

EXPERIENCIA SOCIAL DEL RIESGO EN LA SALUD: ¿EN QUÉ CONSISTE LA DIFERENCIA ENTRE VARONES Y MUJERES?

*Ana Domínguez Mon**
*José Garriga Zucal***

RESUMO: Se suele aludir a la diferencia entre los géneros masculino y femenino en la experiencia social del riesgo en salud y en términos de oposición de clases sociales, asignando a los sectores medios, la capacidad de identificación y gestión de los peligros a la salud. En un estudio empírico, entrevistamos a 62 personas usuarias de Centros de Salud Comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires, padres de niños menores de 6 años. Los resultados de la investigación permiten afirmar que las transformaciones registradas en las prácticas sociales en torno al cuidado a la salud no revisten diferencias significativas entre varones y mujeres en los cuidados individuales, así como reconocen alarmas comunes en torno a la salud de los hijos pequeños, solo diferenciadas por las experiencias previas de los agentes en relación con tópicos específicos: alcohol, drogas y 'juntas'. La territorialidad de los peligros alude a experiencias y responsabilidades diferenciales de varones y mujeres en el cuidado cotidiano y futuro de la salud de los hijos. Las instituciones refuerzan estereotipos de género a la vez que desconocen en las prácticas cotidianas la participación masculina en el cuidado de la salud infantil.

PALAVRAS CLAVE: Instituciones de salud; riesgo, género; moralidades; clase social.

* Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Faco de Filosofía y Letras, UBA.
E-mail: anadominguezmon@gmail.com.

** Universidad de San Martín, CONICET. E-mail: josegarriga@yahoo.com.br.

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo problematizamos la especificidad de las diferencias entre varones y mujeres en torno a la experiencia social de la noción del riesgo en salud¹. Indagamos y comparamos las experiencias de dos poblaciones de usuarios de servicios del primer nivel de atención de la salud de los denominados Centros de Atención de la Salud Comunitaria (CESACs) en la ciudad de Buenos Aires. ¿Cómo identificaban y enfrentaban los riesgos a la salud los varones y las mujeres porteños de sectores pobres y medios empobrecidos con hijos menores de 6 años? ¿Quiénes llevaban adelante prioritariamente las acciones de cuidado, quiénes intervienen en las situaciones de emergencia? ¿Son las mujeres las únicas responsables del cuidado de la salud de los hijos y de los integrantes de la familia? A partir de los resultados del trabajo de campo etnográfico advertimos la importancia de evitar las interpretaciones dicotómicas y en oposición cuando buscamos explicar prácticas sociales basadas en las relaciones de género.

¿POR QUÉ INDAGAR EN LA RELACIÓN RIESGO, SALUD Y GÉNERO?

Los agentes sociales así como ambientales pueden tornarse peligrosos cuando se alteran ciertas condiciones esperables o consideradas usualmente “normales” (Douglas, 1973; Godelier, 2000) demostrando que la peligrosidad difícilmente se la encuentre en áreas familiares: la casa, la aldea, sino que proviene de “afuera”, las enfermedades llegan por debilidades en los cuerpos, el peligro siempre ha sido “externo” y aún con las enfermedades autoinmunes, se presume que la predisposición se torna en “daño” cuando el medio ambiente

¹ Nos referimos a los resultados de dos investigaciones realizadas en la facultad de Filosofía y Letras, UBA y financiadas por CONICET (PIP071) y por la Programación UBACyT (FI154), entre 2000 y 2004 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Conformaron el equipo de trabajo de campo en diferentes momentos: Ofelia Mussacchio; Carola Goldberg y Paula Bilder (2000-2002); Alejandra Cetti y Verónica Tirota (2003); Marlene Russo y José Garriga (2004).

es hostil. A mediados de los 90 la noción riesgo es sometida a discusión metodológica (Wilkinson, 2001) y en la Argentina fue indagada por diversos autores (Mendes Diz, 2001 Wallace, 2000, Domínguez Mon, 2000)

¿Cómo conciliar entonces las explicaciones de orden sociológico u antropológico acerca de las acciones de las personas y las consecuencias sociales de las mismas? Se tornó importante conocer, desde el punto de vista de la propia gente, qué valor asignan a las acciones que dicen realizar o los cuidados que dicen prodigar a otros como las que se prodigan a ellos mismos. En los 90 los estudios focalizaron en las perspectivas por un lado de las mujeres y posteriormente en la de los varones. Más recientemente los estudios de género, abandonaron el énfasis en la perspectiva femenina² (Grimberg, 2002) intentando una lectura relacional. Sin embargo en estos análisis perdura la perspectiva racionalista que identifica conocimientos “equivocados” en las personas, sin reconocer en los discursos aspectos esperables de los estereotipos masculinos y femeninos en los grupos estudiados. Transcurridos algunos años desde que los estudios socio-antropológicos abordaron la relación salud y género (Rapp, 1991; Ginsburg, 1998; Scheper-Hughes 1997), este tema permanece aún en tensión entre, por un lado la racionalidad requerida por los programas de prevención y promoción de la salud en la medicina occidental y, por otro, las lógicas a todas luces contradictorias y generalmente rotuladas de la irracionales en poblaciones ‘no cultas’ o sin educación formal, etc.

¿Cómo analizar esta relación sin caer nosotros mismos presa de la falacia epistemológica de las dicotomías presentes en la oposición de la racionalidad occidental vs las creencias y prácticas de las personas de los sectores populares? Fue entonces que pensamos trabajar desde la perspectiva de género desde un abordaje etnográfico³ y reflexivo⁴. Por eso consideramos fundamental escuchar qué nos decían las personas que acuden a los servicios públicos del primer nivel de atención o Atención Primaria de la Salud (APS) y con hijos pequeños,

² En los organismos internacionales, nacionales y locales, se sigue identificando el género con los conocimientos, actitudes y comportamientos de las mujeres.

³ Focalizada en el análisis relacional en el que se reconozcan diversas perspectivas.

⁴ En el cual podamos evidencias el carácter performativo del lenguaje empleado (sea discursivo como gestual).

menores de 6 años, observar sus comportamientos y reconocer los valores que sustentan en torno a los cuidados de la salud.

Inicialmente comparamos las perspectivas en dos poblaciones diferentes por ubicación geográfica y con diversa inserción social⁵. Nos preguntamos si efectivamente existía una forma diferencial en que hombres y mujeres percibían los peligros para sí mismos, para su cónyuge o compañero/a y en relación a los hijos, cuando detectaban problemas de salud, en la forma en que organizaban las actividades en la vida diaria (o lo que conocemos tradicionalmente como la división de las actividades cotidianas), cómo consideraban varones y mujeres, la salud femenina y la masculina, ya que la bibliografía y algunas evidencias de las acciones colectivas tienen a las mujeres por protagonistas para la detección de los peligros.

En principio nos interesó comprender qué entendían los entrevistados por “riesgo”. Pero nos encontrábamos ante un problema: ¿era esta una categoría de los actores o del sistema de salud? Para los usuarios de los CESACs, tal como apareció en las entrevistas, se las nombró como “cuidados”, “alertas” o simplemente “problemas”. Durante 2002 a 2004, observamos que encontrábamos más mujeres dispuestas a “hablarnos” de riesgos a la salud que varones⁶. ¿Es que los problemas de salud son parte del conocimiento autorizado y moralmente adscrito a las mujeres? (Jordan, 1997) ¿O es que la mirada masculina no es valorada como conocimiento autorizado para esta indagación y por ende su participación se torna “invisible”?

⁵ La caracterización de los/as entrevistados/as y la región en que vivían se encuentra al final del artículo.

⁶ Durante casi todo el trabajo de campo (1999-2003) el equipo de investigación lo integrábamos solo mujeres. Al reconocer problemas en el acceso a los varones, consideramos relevante verificar qué ocurriría sin incorporábamos un etnógrafo. Casi en el tramo final del trabajo, en 2004, que ingresó un varón. Nos interesaba un investigador de campo con experiencia teórica sobre masculinidades y que nos permitiera compartir sus conocimientos en esta concreta experiencia de campo. ¿Cómo se expresan los varones sobre estos temas cuando es un varón el que pregunta? ¿Qué temas logra abordar un hombre que habla con otro hombre de su propia salud, de la de su mujer y la de sus hijos? En definitiva ¿en qué se diferencian los varones de las mujeres cuando evocan sus experiencias en torno a los riesgos en salud?

DEL SUR AL NORTE

Para la fecha en que realizamos el trabajo de campo (2000/2004) el barrio de la Boca, ubicado en el sur de la Ciudad de Buenos Aires, presentaba las cifras más altas de pobreza en la Ciudad de Buenos Aires⁷. Sus viviendas colectivas estaban habitadas por población desocupada u ocupada de manera informal y pocos de sus integrantes trabajaban en relación de dependencia y con protección social.

En esta zona hemos entrevistado 32 personas: 25 mujeres (17 a 39 años) y 7 varones (27 a 33 años) con estudios primarios completos y secundarios incompletos⁸. Solicitamos autorización para entrevistar a los adultos con hijos menores de 6 años⁹ que pudieran ser beneficiarios del subprograma Nutricional¹⁰. La muestra estuvo constituida por familias de sectores pobres por ingresos o con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)¹¹.

⁷ Para 2004 y según los datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, sobre la base de datos de la Encuesta Anual de Hogares, se observaban niveles superiores de pobreza al total registrado en la ciudad (9,3 %), en la zona Sur (24,9 %); mientras que se evidenciaban menores niveles de pobreza, también en referencia al total de la jurisdicción en las zonas Norte (3,3 %), Oeste (6,6 %) y Este (8,5 %) http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/Anuario_2004/pdf/pobreza_ingresos.pdf

⁸ Observamos que las parejas más pobres, reciben Planes de Ayuda Social y que uno o los dos miembros no finalizaron la escuela primaria.

⁹ Población beneficiada por el subprograma de Control Integral de la Salud del Niño, conocido popularmente como “control del niño sano”. Este subprograma está dentro de otro mayor Programa Materno-Infantil, de carácter nacional y con cobertura universal para niños menores de 6 años y mujeres embarazadas. Dado su carácter universal debe tener cobertura dentro de las obras sociales (dentro del subsistema de seguridad social en la Argentina todo trabajador formal posee una cobertura de salud para él y su familia, con todos los beneficios de los programas de carácter universal). Aquellas personas que no posean obras sociales o no tengan cobertura de salud, podrán acceder a los beneficios de los programas nacionales como los de cobertura local, denunciando la inexistencia de otra cobertura de salud.

¹⁰ Apoyo nutricional de leche para las embarazadas y niños de 1 a 5 años, este subprograma forma parte del Programa Materno-Infantil de cobertura nacional.

¹¹ “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

Eran familias nucleares completas 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 conformación familiar “ampliada”. De esta forma, por diversas razones: desocupación, desalojo, disputas domésticas, las familias nucleares se transformaban coyunturalmente en grupos más amplios. La mayoría habitaba viviendas colectivas (inquilinos) alquiladas a propietarios privados o propiedad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Un número no menor de entre los más pobres, lo conforman “ocupantes ilegales” de predios, en baldíos, en locales comerciales o antiguos establecimiento fabriles desocupados y habitados por varias familias.¹³

Por su parte, la población del CESAC Norte era de “clase media baja”¹² (gente que tenía obras sociales o seguros de salud privados; los que debieron

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).

¹² Entre las políticas para paliar la pobreza podemos mencionar los Planes Jefas de Hogar, el plan Ciudad de Buenos Aires y otro Nacional. El Plan del Gobierno de la Ciudad comprendía la asignación del “Vale Ciudad”: talonarios con vales para la adquisición de alimentos en locales comerciales del barrio por un valor máximo de 100\$. Las “Cajas de Apoyo Alimentario para la familia” del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Estaban destinadas a los hogares con niños “desnutridos” o con “bajo peso”. De la muestra sólo dos familias estaban bajo este Programa. Sólo cuatro familias recibían el Plan Jefas de Hogares, entre las que se incluían además las que recibían el Apoyo Alimentario: cajas de leche en polvo. Para 2003, los integrantes de estas familias procedían de las provincias del norte argentino con una fecha aproximada de migración entre 5 y diez. Todas las familias registran más de un cambio de domicilio en los últimos cinco años. Todos manifestaron su conformidad por vivir en la Ciudad de Buenos Aires, por la proximidad a sus lugares de trabajo y la reducción notable de los gastos de movilidad, que se duplicarían viviendo en el conurbano bonaerense.

¹³ Por diferentes razones hemos considerado a la noción “clase media o media-baja” una categoría clasificatoria utilizada por los profesionales de salud y por la gente. En la muestra entrevistada y según la clasificación por estratos sociales y categorías ocupacionales de Susana Torrado, la población entrevistada pertenece a los estratos medio asalariado (profesionales en función específica, cuadros técnicos y asimilados, empleados administrativos y vendedores; estrato obrero autónomo (obreros calificados autónomos) estrato obrero asalariado (obreros calificados asalariados) y estrato marginal (obreros no calificados asalariados, trabajadores marginales) (Torrado, 1993, p. 291).

resignar el recurso y los que los utilizaban solo para los hijos; que poseían vivienda propia o compartían una vivienda familiar, con educación media completa) En la zona norte, en general, los usuarios del CESAC, eran en menor medida locatarios de viviendas, tenían trabajos formales o por cuenta propia. Había familias que recibían ayuda alimentaria del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o del Gobierno provincial: leche en polvo; leche fresca en el conurbano y cajas de alimentos. Por las características de enclave limítrofe, la población del CESAC Norte provenía del área metropolitana de los partidos de San Martín y 3 de Febrero (en menor medida de Vicente López e incluso de Lomas de Zamora). Gran parte de las pacientes residentes de la provincia de Buenos Aires admitían tener una doble pertenencia institucional a fin de obtener asistencia y recursos alimentarios en la ciudad de Buenos Aires y en el conurbano. Eran familias acostumbradas a la atención de las Obras Sociales¹⁴, que cambiaron o abandonaron estas prestaciones por los servicios pre-pagos¹⁵ y luego pasaron a atenderse en el sistema público.

La muestra de la zona norte fueron 30 personas: 18 mujeres y 12 hombres. En esta zona hemos podido acceder a más varones probablemente por el tipo de población, el varón está presente o acompaña a la mujer en la consulta pediátrica pese a que sigue siendo la mujer la que es la interlocutora “naturalizada” por las instituciones de salud (Domínguez Mon, 2000)

Las mujeres entrevistadas tenían entre 20 y 42 años, los varones de 20 a 48, tenían más edad que los entrevistados de la zona sur. A diferencia del centro sur, en esta población hay quienes tienen estudios terciarios y universitarios completos. Hemos encontrado inmigrantes, procedentes de las provincias del norte del país y del Perú, en general estos alquilan sus viviendas o viven en hoteles, en tanto que los propietarios pertenecen a los estratos medios-medios y medios bajos locales.

¹⁴ Sistema de asistencia de salud para los trabajadores asalariados en la Argentina.

¹⁵ Seguros de salud privados que se incorporaron masivamente al mercado de salud en Argentina desde fines de los 80.

DETECCIÓN DE LOS RIESGOS A TRAVÉS DEL USO DE LOS SERVICIOS.

En la selección de la atención de la salud por parte de ambas poblaciones, tuvimos en cuenta la experiencia que los miembros de las familias poseían en relación a la asistencia buscada y recibida en las instituciones asistenciales. Esto permitía reconocer en la selección institucional, cómo juegan las experiencias anteriores en la búsqueda de asistencia médica en caso de percibir riesgos en la salud de los miembros.

En general los padres van al CESAC para el control rutinario de la salud de los niños y por eso también obtienen beneficios, como por ejemplo recibir el apoyo nutricional de leche en polvo. Del mismo modo ocurre con las mujeres que controlan sus embarazos en esas instituciones, así como con el control ginecológico y el acceso a los métodos anticonceptivos (MAC)

¿Qué ocurre cuándo el problema excede esta instancia? ¿Cuándo el nivel de complejidad del mismo amerita la intervención del hospital cabecera, cuando el hospital cabecera no les genera confianza, cuando la respuesta médica a su problema no los satisface? Los residentes en la zona sur, calificaron reiteradamente en forma negativa la atención en el hospital más próximo. Preferían en ese caso acudir a los hospitales de referencia pediátricos en la zona sur: el Elizalde o el Garrahan. En la zona norte se dieron respuestas más complejas a esta pregunta: si la situación de alarma se producía de noche, se dirigían al hospital más próximo y una vez solucionada la emergencia inicial, buscaban e indagaban en formas posibles de abordaje más comprensivo al problema. Solicitaban asesoramiento a los profesionales del centro, comparaban los diagnósticos con los profesionales del hospital cabecera del centro o de los hospitales de referencia pediátricos en la ciudad de Buenos Aires (Hospitales Gutiérrez, Garrahan y Elizalde). La evocación de la búsqueda de atención frente al peligro de un problema concreto de salud en los chicos, siempre estaba acompañada de la evocación de otra situación similar vivida por el mismo entrevistado/a o un allegado

Para ambas poblaciones, los controles de salud de los niños¹⁶ son relevantes y esta preocupación se vio reflejada en la asistencia mensual a los controles pediátricos hasta el año de vida. Incluso hay padres que refirieron que pese a haberse mudado lejos del centro, han mantenido el control pediátrico en esa institución. En la selección de la institución intervienen el momento del día en que se produjo el evento y gravedad del mismo (de día van al centro de salud y por la tarde y noche a la obra social y/o al hospital).

Al respecto una entrevistada del CESAC de zona norte afirmaba:

* Entrevistadora: Cuando tenés alguna dificultad nocturna con los chicos, ¿adónde van?

* Cinthia: Bueno, de la parte nocturna, me encanta el 0800 Gobierno de la Ciudad, soy fanática del 0800. Es más, lo primero que hago es consultarlo que tienen mis chicos y que, si ellos lo consideran, que me manden o no médico. Porque sino ellos te van dando la solución por teléfono. Lo uso.. *Entrevistadora: ¿Y los usaste en qué casos?

* Cinthia: En lo que tengan los chicos, lo uso. Sea por dolor de panza, dolor de cabeza, vómitos. El otro día Anibalito estaba con una erupción a la madrugada y llamé y les conté, pensando que podía ser la quinta o la sexta, y me dijeron que no, que suelen los chicos tener estas reacciones, que le de un tiempo, y así fue que se le fue, también. En caso de que sea grave, voy al Colegiales, porque el hospital X es un desastre. Hace poco casi lo operan a mi nene Gabriel de vesícula y salí espantada, me tomé un taxi y me fui al Colegiales, porque aparte tienen ellos los laboratorios, aparte el laboratorio es rápido. Tengo todo en el Colegiales, está totalmente cubierto (Cinthia, 41 madre de dos hijos, usuaria del CESAC norte, ver en el anexo datos de la entrevistada)

¹⁶ 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.

En todos los casos interviene la disponibilidad de recursos materiales y/o familiares en el momento en que se produce el problema, así como la experiencia previa acerca de la afección por la que solicitan ayuda (en el caso de Cinthia, llamar al 0800 y por qué no ir al hospital de cabecera). La diferencia que hemos encontrado entre estas dos poblaciones es la existencia o no de recursos materiales para obtener la mejor atención disponible para sus hijos y criterios ligados a la ‘mayor comodidad’ y la ‘limpieza’ por parte de la gente de sectores medios. En el caso de los habitantes de Buenos Aires, la situación de pobreza no refiere necesariamente a problemas de accesibilidad a los hospitales sino la evaluación de costo beneficio entre lo próximo y aquella prestación que les genera más confianza.

LOS VARONES “AYUDAN”...

En ambos centros los varones se incorporan activamente o intervienen como acompañantes, según evalúen en la pareja (varones y mujeres) la gravedad del fenómeno. Se solicita su “ayuda” cuando alguien tiene que ocuparse de los otros hijos, decidir a qué lugar llevar al niño en una emergencia o acompañar a las mujeres en horarios nocturnos. El lugar del varón es el de “acompañante” y en la toma de decisiones de importancia, si la situación lo requiere.

En ambos centros los varones entrevistados mencionaron haber acompañado a sus mujeres en las situaciones de parto o cuando los chicos tuvieron problemas serios de salud y los que no, mencionaron motivos de orden laboral. Todos los que recordaron problemas en la salud de sus parejas y/o esposas mencionaron haberlas ‘cuidado’ así como a los niños. Las mujeres que estaban sin pareja en el momento del nacimiento de sus hijos mencionaron a familiares varones con los que pudieron contar en esos momentos. En este sentido la responsabilidad alcanza a la mujer “embarazada” y a sus hijos. Con esto no estamos afirmando que los varones “efectivamente” hayan cuidado a sus mujeres o que siempre estén disponibles para el cuidado de sus hijos, si no que esto forma parte de las responsabilidades esperables por parte de los padres y que este mandato moral forma parte de las prácticas esperables de parte de los varones.

En ambos centros hemos observado la existencia de varones en las salas de espera, acompañando en los controles o ante emergencias, sobre todo en invierno. Sin embargo, y hasta el momento en que se finalizó el trabajo de campo, el varón, no alcanzaba el mismo estatus de la madre como interlocutor en las instituciones de salud. Así como las mujeres consideran que el trabajo domiciliario, cuando no está formalizado no es trabajo sino una “ayuda”, los varones consideraban que su actividad en el cuidado de los hijos es “momentánea”, porque no estaba la madre, porque él no estaba trabajando, etc.

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 y encontramos que en ambos grupos existen tres órdenes de peligros que los padres reconocen en relación a los niños en estas edades: la alimentación, los peligros en el hogar y la calle.

A. LA ALIMENTACIÓN

El tema central de los adultos (varones como mujeres) con los niños es la “buena alimentación”. Sean de sectores con NBI como de sectores medios, la alimentación expresa no solo el valor nutricional del alimento en sí, con la consecuente jerarquización otorgada a la variedad en la dieta diaria, sino a evitar la comida que no es “buena” para la salud, conjuntamente con el papel otorgado a las “vitaminas” y a las “proteínas”. Como no hemos trabajado más que con las percepciones sin poder confrontar si estos valores se expresan en las prácticas cotidianas de consumo, hemos preferido profundizar en el sentido que adquieren los alimentos para ambos grupos y si existe alguna diferencia que permita comprender por qué aparece este riesgo con tanta fuerza en población con posibilidad de acceder a los alimentos vía mercado y en menor medida vía subsidios del estado.

Las familias en ambos centros de salud pueden acceder al Apoyo Nutricional del Subprograma de Leche¹⁷ y el Apoyo Nutricional de Alimentos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Pese a que casi todas las familias de la zona sur son pobres (por ingresos y consumo) pocas entre las entrevistadas, solicitaron Planes de ayuda social del gobierno en Sociales en 2003. Las estrategias familiares de vida¹⁸, sobre todo en la población de la zona sur, les permiten afrontar los problemas nutricionales de los chicos y del resto de los miembros del grupo familiar: almuerzan en comedores del barrio, sobre todo los niños y las mujeres, en los casos de que existan merenderos, los niños toman allí alguna colación. Complementan sus dietas con la búsqueda y obtención de bolsones de comida procedentes del Programa de Apoyo Nutricional de CARITAS y del Gobierno de la Ciudad, así como los “Vales Ciudad” para la compra exclusiva de alimentos. En estas actividades las principales gestoras han sido las mujeres. No obstante los varones, aunque en minoría, asistían a los talleres organizados por las pediatras y esperaban a que una vez finalizado, se distribuya las autorizaciones para retirar la leche en polvo.

Registramos cierta discordancia entre lo que “dicen que comen los hijos” y las observaciones que realizamos accidentalmente en los momentos en que coincidían las entrevistas con los horarios de meriendas o colaciones: sólo te, mate con pan en la zona sur. Creemos que en la noción ‘alimentación saludable’ remite al valor moral de ser un buen padre o una buena madre, como aparece citado en la bibliografía (Murphy, 2000) “Lo bueno” y “lo malo” de los alimentos remiten también a un orden de lo moral, aquello que se debe dar a un hijo. Murphy remarca en el deber materno o de la buena madre (*good*

¹⁷ Este subprograma es un beneficio universal, que alcanza a todos niños menores de 6 años y para las mujeres embarazadas, por lo tanto quienes los reciben lo hacen como complemento a la dieta diaria.

¹⁸ 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, p. 77) en Torrado, 2003, p. 28.

mother) como aquella que brinda el mejor alimento para su hijo. En el caso de las mujeres beneficiarias de los planes de Apoyo Nutricional, al mismo tiempo que mostraban los ingredientes que componen las cajas, relataban la elaboración de comidas¹⁹.

Un entrevistado mencionaba la importancia de la alimentación:

*José Luis: Con respecto a la alimentación bueno, trato de alimentarlos lo mejor posible, de acuerdo a las circunstancias también que uno está viviendo.

*Entrevistadora: ¿Cambió la alimentación con el tema de la crisis?

* José Luis: No, por suerte no. Se come carne, se come pescado, se come pollo, se come verduras, es lo primero que trato de preservar. Ahora, estoy esperando que en cualquier momento me cortan la luz, que no la puedo pagar hasta el viernes. Si me la cortan me voy a enganchar y el viernes voy a ir a pagar porque recién el viernes voy a cobrar. Pero ya te digo, no pagué esos \$50 de luz porque no voy a dejar sin comer a mis hijos.

* Entrevistadora: ¿Y qué comida le dan?

* José Luis: De todo, que se yo, guiso, sopa de verduras, pizzas, empanadas. Muchas veces le pregunto a ellos qué quieren comer, como yo soy el que estoy todo el día yo soy el que cocino. Al más grande, empanadas. Le fascinan las empanadas y al más chico las pizzas. Pero por ahí te comen un churrasco, milanesas. Dentro de todo, como somos cuatro, más allá de lo caro que están las cosas, se trata de comer de la misma manera que se comió siempre. Pero siempre les inculqué el tema de la comida sana, verduras, frutas, siempre

¹⁹ 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 (2003).

un pedazo de carne, cada tanto un pollo, cada tanto pescado
(José Luis 24, usuario del CESAC sur, padre de dos hijos, 3
de junio de 2003, ver en el anexo datos del entrevistado)

Los padres que cocinan los almuerzos o calientan las comidas para sus hijos, mostraron gran habilidad para responder las preguntas acerca de qué alimentos y cómo los cocinaban. La buena alimentación ha sido el tema central en torno a la salud de los niños: un buen padre o una buena madre siempre dan de comer en forma saludable a sus hijos. En torno a la alimentación, tipo de cocción y calidad de los alimentos, se expresan formas de cuidado materno/paterno. Por un lado la lactancia materna con fuerte carga moralizadora en las mujeres y por parte de los varones, la responsabilidad de brindar los mejores alimentos aunque las condiciones económicas fueran restrictivas.

B. LOS RIESGOS EN LA CASA Y EN LA CALLE

En general las viviendas familiares no son pensadas como lugar de riesgo. Fueron escasas las menciones al “peligro” que significan los tomacorrientes, hornallas encendidas, uso del gas, etc. Fueron sobre todo las mujeres y los varones del CESAC norte, quienes mencionaron con más detalle qué debían hacer para evitar accidentes en el hogar.

Los entrevistados y las entrevistadas percibían riesgos sobre todo puertas fuera de las viviendas: en los patios y en la 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 vecinos, cuando son hostiles, son realmente “peligrosos” para los hijos porque ensucian, pueden ser violentos, pueden tener animales peligrosos.

En la zona sur, la arquitectura de los inquilinatos y el problema del acceso a las escaleras o los “patios” fueron considerados tan “peligrosos” como la calle, justamente porque las puertas de acceso a esas viviendas suelen estar abiertas o son muy vulnerables.

La “calle”, según los padres, forma parte de los peligros cotidianos que tendrán que resolver los niños comiencen a desplazarse solos:

Entrevistadora: *¿La calle cómo la ves vos?*

* Griselda: Muy peligrosa, la verdad. “[...] 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. (Griselda 27, madre de tres niños, usuaria del CESAC sur, Abril, 2003. Ver en el anexo datos de la entrevista)

Las preocupaciones se concentran en el “futuro”, cuando sus hijos “se muevan solos” por la calle: la “droga”, y el “alcohol” y como foco de los mismos, la “junta”²⁰. “La calle” no se percibe como “peligrosa” cuando los niños están bajo el cuidado de los adultos, quienes son garantía de cuidado. “Mientras esté conmigo, no le va a pasar nada” (Ruben, 30. CESAC sur, Ver en el anexo datos del entrevistado).

Para los varones “la calle” es inevitable como lugar de socialización masculina y por eso prestan especial cuidado sobre cómo enseñar a sus hijos, varones como mujeres, a moverse dentro de ella. Temen que los hijos varones se vean afectados por las “juntas”. En los relatos de los padres que consumieron alcohol y drogas, esto no habría pasado de haber tenido “otras juntas”. Pese a todo, las niñas no parecen estar bajo las mismas sospechas sino como objeto de agresión de estos grupos. En general en la zona sur, se menciona con

²⁰ Término popular por “compañías”, “amistades”, destinado a los amigos con actividades delictivas o ilegales.

especial énfasis el temor a la desaparición o el secuestro de sus hijos (ver fragmento citado de Griselda).

EL ALCOHOL, LOS GOLPES Y LA DROGA EN LAS PROPIAS HISTORIAS

Las y los entrevistados refirieron cómo el alcohol estuvo ligado en sus recuerdos infantiles a los golpes paternos/maternos. Las mujeres de la zona sur, migrantes de provincias del norte, mencionaron malos tratos de parte de sus padres, de las parejas de sus madres, de parte de sus hermanos mayores, incluso mencionando abuso sexual o violaciones.

Pese a que Buenos Aires muchas veces es percibida como una ciudad hostil, que los trabajos que consiguen no siempre les permiten llevar una vida sin privaciones, muchas mujeres de la zona sur referían estar conformes con haber migrado: porque se alejaron de los lugares en los que fueron maltratadas, porque sentían que en la capital podían progresar, porque aquí encontraron pareja (muchas veces co-provincianos). Pero el “alcohol”, las “drogas” siempre estuvieron asociados a las “juntas” y no a la propia iniciativa: jóvenes que permanecen en la calle, que no trabajan ni estudian. Nuevamente como un problema de ‘afuera’, no de ellos. Dado que los temores se proyectan en el futuro, no perciben peligroso que muchos de ellos aún sean consumidores. Piensan que como sus hijos son pequeños, el problema se les presentará “en el futuro”. Recuerdan que ellos “han vivido esas situaciones pero que han salido” y temen que sus hijos no puedan enfrentarlos por las consecuencias de las “juntas” y las marcas que estas han dejado en sus propias vidas. En el caso de las madres entrevistadas, las juntas son evitables en la medida en que los chicos cuando crezcan permanezcan poco en la calle.

En las entrevistas realizadas a los varones, algunos rememorarón las experiencias de su juventud pero remarcaron que la calle cambió, que no es lo que era antes. Los entrevistados percibían que el aumento de violencia era un punto problemático. Sin embargo los varones pose conocimientos que pueden ayudar a sus hijos en situaciones futuras, por las cuales sus hijos inevitablemente pasaran. Por ejemplo, José Luis y Valmir, dos de nuestros interlocutores, durante

las entrevistas mencionaron peleas que los tuvieron como protagonistas. Para estos entrevistados conocer los códigos de la calle puede hacer que sus propios hijos sorteen peligros. Estas experiencias podrían guiar a sus hijos en las adversidades cotidianas. 'Zafar' y no quedarse en la droga tiene que ver con cierta 'habilidad' masculina, un aprendizaje que ellos piensan transmitir a sus hijos.

El consumo de drogas no es un problema que involucre sólo a los hombres, aunque ellos mencionaron explícitamente algunos episodios que los tuvieron como protagonistas. Valmir (33) admitió que el consumo de sustancias era un tema problemático en su vida que, sin embargo, le permitiría enseñar a sus hijos sobre estas cuestiones. La experiencia de los padres serviría de esta forma para que los niños sepan elegir con quien 'juntarse' o cómo moverse en la calle. Los padres varones consideraban que al transmitir esas experiencias a sus hijos, éstos podrían "convivir" con los problemas sin que quedar atrapados en el consumo.

¿QUÉ RIESGOS A SU SALUD PERCIBEN LOS ADULTOS?

Puestos a reflexionar sobre sus propios riesgos de salud, varones y mujeres admiten no reconocerlos de manera espontánea. En caso de emergencias o por enfermedades, evalúan la conveniencia de desplazarse desde sus hogares a los centros asistenciales públicos o los correspondientes a la Obra Social. El costo del transporte público, la proximidad de sus viviendas al Hospital cabecera, el conocimiento acerca de su funcionamiento y finalmente la posibilidad de consultar a los médicos clínicos del Centro, les permite optimizar los recursos que tiene a mano. Para su salud realizan menos desplazamientos que los dedicados para el cuidado de la salud de sus hijos.

A) LOS RIESGOS EN LAS MUJERES

Las mujeres que son beneficiarias del Programa de Procreación Responsable controlan su salud particularmente si recibieron algún método

anticonceptivo (MAC) en el Centro: Entre los métodos más mencionados están: el dispositivo intrauterino (DIU) y las pastillas o las inyecciones. Las mujeres que no utilizaban métodos anticonceptivos bajo control médico, no referían realizar regularmente los controles ginecológicos, tampoco los mencionaron relevantes para su salud, ni siquiera cuando se los mencionamos. Para todas las mujeres de este grupo, el mayor riesgo es el *embarazo* y los controles no han sido asociados a la prevención de las enfermedades del aparato reproductor femenino, pese a que mencionaron el Pap²¹ y menos frecuentemente a la colposcopia como los estudios para la detección de enfermedades, sin especificar cuáles.

El cuidado de su salud lo centraron en los embarazos y en los controles para los métodos anticonceptivos escogidos (sobre todo el DIU). Mencionaron al Hospital cabecera como la institución en la que han nacido sus hijos: como única opción para la gente sin cobertura de salud y como opción alternativa solo en el caso de poseer cobertura. En general todas refieren haber controlado sus embarazos. Pocas han referido complicaciones (hipertensión, diabetes) o riesgos directamente vinculados a enfermedades en el embarazo. Cuando esto ocurre son derivadas desde el CESAC al hospital cabecera.

El ‘embarazo’ constituye el principal temor o amenaza para su salud. Temen más quedar embarazadas que contraer enfermedades, incluso la mención del vih/sida aparece en los relatos como secundaria al embarazo. Es que los embarazos en las historias de estas mujeres y estos varones marcaron las uniones tanto como el fin de las mismas. En general, la llegada de los hijos siempre referida como “sin buscarlos”, acelera cambios no previstos como son las uniones de hecho. En el caso de los varones, ese momento suele decidir alejarse de la pareja embarazada. La presencia de los hijos no es garantía de que estas uniones persistan. Las mujeres saben que cuando anuncian que están embarazadas, comienza un proceso de deterioro para las parejas. En realidad son historias por ellas conocidas, sus madres, sus hermanas mayores, las han sufrido. Sin embargo, entre las más pobres estas circunstancias aparecen como fatalidad, de la que se hacen cargo. Para los varones si bien como una fatalidad,

²¹ Examen de Papanicolau.

la responsabilidad se menciona sobre todo para con los hijos: un hombre demuestra su hombría cuando asume esa responsabilidad. Ellos se “bancan²²”, estas circunstancias aunque esta actitud no sea percibida como tal por las mismas mujeres o por los profesionales de la salud.

El término “cuidado”, en los relatos femeninos aparece como el extremo opuesto al “riesgo”. Siempre está presente la advertencia por parte de sus madres o amigas de la peligrosidad de tener relaciones sexuales sin protección, la norma implícita que “deben cuidarse”, funciona sobre todo como mandato moral. 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 antes que su propia familia. Solo en las mujeres de sectores medios, el embarazo provocó crisis familiares: gritos, expulsiones de la casa paterna, etc. En el caso de estas mujeres de sectores medios, el embarazo refuerza la dependencia con sus padres y con sus parejas. Otra cosa ocurre con las mujeres de sectores populares, ellas afirman haber enfrentado situaciones difíciles pero haber salido adelante sin sus parejas, de las que siempre esperan alguna señal de preocupación por los hijos. En el caso de Griselda, tiene tres hijos con dos varones diferentes. En los partos la acompañó su padre. De todos modos reconoce complacida cuando los padres de sus hijos financian las fiestas de bautismos o las primeras comuniones. Estos gestos los legitiman como padres de sus hijos, aunque la preocupación se reduzca a ese tipo de presencia, por la que ratifican su paternidad²³.

La elección de los métodos anticonceptivos no siempre es discutida con los varones, ellas afirman que “decidieron” usar la inyección, las pastillas o el DIU y pocas veces refirieron las opiniones de sus parejas. Los varones consultados opinan poco acerca de los métodos que escogieron sus mujeres.

²² Soportan con valentía.

²³ En sentido similar, Nancy Sheper Hughes (1997) alude al valor que representa para las mujeres nordestinas en Brasil, que sus parejas les envíen el dinero para comprar las latas de leche en polvo para alimentar a los niños. La autora menciona este acontecimiento para brindar alguna evidencia sobre la pérdida de la lactancia materna en esta zona del Brasil en los años 80.

Ante las entrevistadoras, aceptan la decisión de sus mujeres 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 acerca de la adopción de un método o ayudándolas a recordar tomar “la pastilla”.

B) “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 tenían empleos formales, el riesgo era dejar de trabajar por estar enfermos. Para los varones era más peligroso perder el trabajo por una ausencia que enfermedad. Enfermarse, sobre todo por resfríos o gripes, son situaciones comunes a las que los varones restaban importancia. Ellos pasaban ese tipo de enfermedades sin guardar cama o si lo hacían, no consultaban a ningún médico. “*Ellas, en cambio, se deben cuidar*” (Ruben 26, CESAC sur, julio 2003. Ver en el anexo datos del entrevistado). Cuando ellas van al médico, tampoco lo hacen 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 en sus trabajos. Puestos a reflexionar acerca de los peligros que tienen que enfrentar para su salud en el centro norte, los 12 entrevistados con trabajo (o que están hace poco desocupados) consideraron la ausencia de trabajo como una de las amenazas más importantes en sus vidas. Ellos tampoco refieren este peligro individualmente, sino como responsables de sus grupos familiares: de sus hijos y sus mujeres (en el caso estar viviendo con ellas) Es común advertir que

los varones paguen la atención privada de la salud de sus mujeres en el caso de que los partos sean planificados, como también la salud de sus hijos. Pero en el caso particular de ellos, consideran que no es necesario porque no suelen enfermarse.

La relación de los hombres con su propia salud recorre los caminos de la resistencia. Se muestran fuertes y sanos, o saludables porque resisten las enfermedades. La mayor parte de los varones entrevistados afirmaron ir al médico cuando estaban muy mal, cuando “no daban más”. Comentaban que no podían dejar de trabajar para hacerse ver por males pasajeros y menos para hacerse controles periódicos:

“Yo, te digo la verdad, voy al médico cuando estoy hecho pomada, sino, no. Pero tengo que estar muy hecho pomada sino no. Aparte, que yo trabajo con el cuerpo. Si me llego a enfermar o a pasar algo, también dejo de trabajar y bueno, como que trato de hacer vida sana y en cuanto veo algún síntoma de algo más o menos me automedico, que está mal, pero bueno.” (Gustavo 40, CESAC norte, 2004- Ver datos del entrevistado en el anexo)

Tanto los varones como mujeres desarrollan autonomía o uso de la propia libertad frente a las “recomendaciones” desde los servicios de salud. Esto no quiere decir que desoigan las propuestas institucionales, sino que realizan una elección de qué hacer y en qué momento aunque hayan escuchado y comprendido las indicaciones médicas. Dadas las precarias condiciones de la mayoría de las personas entrevistadas, varones y mujeres optimizan y reelaboran las recomendaciones, aplicando siempre la experiencia de la que disponen o el “conocimiento autorizado”²⁴ producto de la crianza de sus hijos. Esta experiencia agrupa y sintetiza escenas previas consideradas semejantes a las presentes. Esta experiencia en general, no siempre, se organiza en función de

²⁴ Concepto utilizado por Brigitte Jordan (1997) en relación al conocimiento basado en la experiencia corporal.

llevar a cabo 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 dieron el resultado esperado.

LA PALABRA DE LOS VARONES EN CUESTIONES DE MUJERES

La palabra del varón aparecía en el relato de las mujeres a través de recomendaciones de cuidado en los niños y hacia la propia salud. Esta voz en muchas ocasiones es 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, presenta a las mujeres con mayor predisposición a hablar acerca de la intimidad, de los temas de salud de la familia y con disponibilidad para tratar con las instituciones²⁵.

Preguntados los varones sobre sus conocimientos en temas como la salud reproductiva de sus parejas, éstos admiten conocer poco o no estar del todo informados. Esta actitud de exclusión masculina de los temas que supuestamente hacen a la “procreación responsable”²⁶ se verifica en la organización institucional de los servicios de salud, como los CESACs cuya organización está destinada principalmente a la salud “materno-infantil”. Las leyes y los programas vigentes, ratifican el sentido común masculino. Pese a

²⁵ Las entrevistas fueron realizadas en su mayor parte en los domicilios de las y los entrevistados. Inicialmente contactábamos a las mujeres y a través de ellas a sus maridos. En la última etapa del trabajo de campo realizado a usuarios del CESAC norte, contamos con la colaboración de los pediatras, quienes solicitaban a los varones de la sala su colaboración para realizarles la entrevista. En esta última etapa, las entrevistas fueron realizadas por el investigador varón en casa o en el trabajo de los entrevistados.

²⁶ Nombre con que se conoce en la Argentina a los programas de anticoncepción.

los esfuerzos de las profesionales, la organización institucional refuerza el prejuicio masculino de que este es un tema de mujeres:

* Entrevistador Vos dijiste en otra entrevista que vos no te encargabas de la decisión de los métodos de anticoncepción de tu mujer.

* Entrevistado: Sí.

* Entrevistador ¿Vos no tomás ninguna decisión al respecto, tu opinión, no gravita?

* Entrevistado: Sí, que gravita. Bah, no sé, me parece que no gravita una mierda.(se ríe) Porque ahora que me estás diciendo, me doy cuenta que no gravita una mierda. Mi señora nunca usó nada para cuidarse, siempre fue por almanaque. Como el último embarazo fue de alto riesgo, la ginecóloga de la salita le puso un DIU, y yo soy anti DIU totalmente, no sé si te lo dije la otra vez. Mi hijo más grande, el primero, nació con DIU. La tercera de mi hermano, nació con DIU, y conozco varios más. Pero dicen que ahora son más modernos, que son mejores, así que, bueno. Si llega quedar embarazada...(Entrevista CESAC sur, 2004)

Pese a que la salud reproductiva es un tema de interés para varones y mujeres, que los convoca como pareja, la responsabilidad de la planificación reproductiva es exclusivamente femenina. Sin embargo los hombres que desean que sus mujeres no queden embarazadas, insisten en que se cuiden y que se controlen, sin importar tanto el método sino su efectividad. ¿Qué pasa si Ana queda nuevamente embarazada, si falla el método? Omar (28) pareja de Ana (21) responde “*No va a fallar y si falla se lo saca*”(CESAC sur 2003, Ver anexo datos del entrevistado)

LOS HOMBRES Y EL TIEMPO PARA LOS HIJOS

Un rasgo que define la categoría masculina de padre, es “hacerse cargo de los hijos”. Para los entrevistados varones la salud y cuidados de sus

hijos es una preocupación que comparten con sus parejas y que incluso puede ser motivo de discusión. Son padres en contacto con las instituciones, accedieron a ser entrevistados y, para el momento de nuestro estudio, realizaban muchas tareas domésticas para los chicos. Por esta razón, un tema recurrentemente mencionado por muchos de las y los entrevistados es el “tiempo” que ellos y ellas dedican a sus hijos en comparación con el que sus padres les dedicaron

En el centro norte, los varones fueron contactados en el centro de salud acompañando a sus hijos al pediatra, eso es todo un dato de la relación con sus hijos: los llevan al jardín o los van a buscar, les cocinan y los llevan a la plaza a jugar o juegan con ellos en sus casas. Pueden mencionar qué prefieren comer sus hijos y cómo preparan las comidas. Estas actividades, según sus recuerdos, sus padres no las realizaban. La relación filial parece encauzarse entre los padres entrevistados en caminos distintos a los vínculos que ellos mantuvieron con sus padres. Muchos, como Jose Luis, reprochan haber carecido de la falta de atención de parte de sus padres y se proponen no caer en esos errores con sus hijos. Así como las mujeres ansían no reeditar las historias de violencia de las que las hicieron partícipes sus padres y también sus madres, por acción o por omisión.

¿Conforman estos cambios elementos apreciados como relevantes por parte de los padres? José Luis (24) subrayó la importancia de demostrar cariño a los hijos como factor para una relación armónica con ellos. Algunos se manifestaron “orgullosos” de esta relación con sus hijos. Otro entrevistado remarcó que habían cambiado las actitudes que los padres tenían con sus hijos, que en la actualidad existía diálogo y relaciones que habían desarmado posiciones jerárquicas que antaño tornaban distante el vínculo padre-hijo. El tiempo dedicado a los hijos, de acuerdo con el relato de los entrevistados, constituye una transformación en la identidad paterna en la que estar con los hijos, compartir actividades periódicamente con ellos, es un valor moralmente relevante para los varones en ambas zonas, aunque significativamente mayor en los varones de los sectores medios.

CUANDO LOS HIJOS HACEN LA DIFERENCIA

Los hombres dicen dedicar a su salud poco tiempo y esfuerzo, está claro que esta es una impronta de una masculinidad tradicional, el cuerpo vivido como máquina para trabajar y para realizar las “obligaciones cotidianas”. Sin embargo, para los profesionales de los CESACs, la presencia de los padres en las salas de espera hablaba más de los momentos de crisis laboral que de una práctica extendida de involucramiento masculino. No obstante, los varones acuden si son convocados, estén o no conviviendo con las madres de sus hijos.

Comparativamente, las mujeres no realizan más controles que los varones si no fuera porque están dentro de un programa de anticoncepción; para ellas los controles forman parte de los requisitos institucionales para acceder a recursos como por ejemplo: los anticonceptivos. El control como derecho a la propia salud no aparece como valor ni para las mujeres, ni para los varones sino en relación a un problema específico: el embarazo en las mujeres o en las personas de los hijos. ¿Son las mujeres las que más alertan a los varones para acudir al médico? En esta muestra las mujeres persisten en el rol de promotoras de los cuidados, siendo que están más informadas acerca de lo que promueven las instituciones porque son las que más están en contacto con ellas. Sin embargo, a la hora de discutir sobre los peligros para los hijos, se evidencia disputas u opiniones encontradas en torno a dónde, cómo y con quién atenderlos.

La ausencia de cuidado en los varones hasta el punto de “no dar más”, les produce a veces problemas graves, exponiendo la propia salud, aludiendo a la expresión extrema de “masculinidad”. Desvelados por la búsqueda de recursos para los hogares, los varones y muchas mujeres “olvidan” que ellos también deben cuidarse. Ahora bien, este “olvidarse” tiene poco que ver con el rol proveedor de los hombres y está más relacionado con los vínculos del hombre con la medicina y sus profesionales, basados en relaciones de temor, de desconfianza y de distanciamiento. Felipe (48) aducía no tener tiempo para el cuidado de su salud, tanto que ante la pregunta de por qué no iba regularmente al médico, la respuesta era que “no lo necesitaba”. Tiempo después, le

descubrieron un cáncer de pulmón y falleció en pocos meses a comienzos de 2005.

En los CESACs los espacios de participación están ideados para la concurrencia femenina, cuando los hombres se acercan, sienten que esos ámbitos de participación y discusión no están pensados para ellos. Ante la consulta de la participación en los talleres y charlas en los centros de salud, uno de los entrevistados dijo que el único taller que conocía era el taller mecánico. Contraponiendo dos espacios: uno femenino y otro masculino. Las instituciones convocan a los hombres como es el caso de la salud reproductiva y cuando logran que estos se acerquen, la misma dinámica institucional los aísla. Los espacios ligados a la salud reproductiva son concebidos como estrictamente femeninos. En cambio, cuando los padres llevan a sus hijos pequeños a las consultas pediátricas, consideran que ellos están igualmente capacitados que las madres de los niños para participar y consultar a los profesionales. En las instituciones reconocen que cuando los padres van a la consulta con la madre, consideran que existe una preocupación de los padres sobre el tema de consulta: esto puede ser indicador de un “problema familiar” antes que de una responsabilidad compartida.

Algunos padres afirmaron estar mejor preparados que sus mujeres en las consultas médicas para sus hijos, ya que no temen preguntar y van hasta el centro de la cuestión. Según sus propias afirmaciones, son los que manejan las situaciones de emergencia. En el caso específico de la salud de los hijos, la opinión y la acción masculina son relevantes, aunque para los servicios de salud, se naturalice el rol de la responsabilidad femenina (madres, abuelas, tías, etc). Las mujeres que no viven con los padres de sus hijos, valoraban que ellos se presentaran cuando los llamaban o les reprochaban no poder contar con ellos.

Desde las instituciones de salud, los padres no parecen todavía tener lugar definido y se los trata ambiguamente, se los convoca sin incorporarlos como actores sino como “acompañantes”; se los percibe en un lugar poco valorado, los padres que no están en las instituciones es porque trabajan y esto sí es moralmente aceptable. Esta actitud institucional ¿desalienta a los varones para la participación en las instituciones de salud? Si recordamos los carteles

en las salas de pediatría y de los CESACs las madres son las figuras exclusivas destinatarias de los mensajes y responsables morales de la salud de los hijos. Para muchos varones estos cambios son parte de la “ayuda” que brindan a sus mujeres en forma ocasional, porque no tienen trabajo, porque están de franco pero de ninguna manera es una responsabilidad conjunta.

Podemos pensar en políticas inclusivas que tiendan a ir contra estas concepciones y así poder incluir a los hombres en temáticas que hasta la actualidad le han sido esquivas. Reconocer en los varones los ejecutores legítimos de muchas de las acciones en salud que se están llevando a cabo en los hogares porteños, equivale a revalorizar la participación masculina en el cuidado de la salud de los hijos y tal vez, lograr descomprimir los mandatos femeninos en torno a los cuidados, en la medida en que estos no son exclusivamente maternos, en la medida en que no todas las mujeres que cuidan niños son las madres de aquéllos ni que las instituciones sigan reproduciendo la presencia materna como la única responsable del cuidado de los hijos.

CONCLUSIONES

La vida doméstica, en el grupo con que hemos trabajado, sigue sin ser considerada una responsabilidad de los varones pese a que muchos de ellos mostraran habilidades para el cuidado cotidiano de los hijos: prepararles la comida (generalmente los almuerzos); bañarlos y vestirlos; llevarlos al jardín de infantes o al colegio. En este sentido las prácticas son más dinámicas que la visualización de la participación masculina en lo cotidiano familiar. De todos modos la responsabilidad moral es principalmente femenina, sobre todo en los casos en los que las mujeres no trabajan o trabajan en sus casas.

Si bien en las Ciencias Sociales solemos apelar usualmente a las dicotomías para demostrar oposiciones, la etnografía nos ha permitido reconocer variedades de respuestas allí donde el sentido común advierte solo homogeneidad: “los varones son” de tal forma; “las mujeres son” de tal otra. La referencia obligada a la oposición y a la complementariedad de los sexos, no hace más que opacar la riqueza de las prácticas de varones y de mujeres

(Copjec, 2006) Esto se evidencia en los cuidados que se prodigan cotidianamente varones y mujeres y la forma en que experimentan los riesgos para su salud y los que destinan a la detección de los peligros para la salud de los hijos pequeños. El énfasis puesto en las dicotomías, en la división sexual de las tareas domésticas, en las responsabilidades frente a la reproducción cotidiana, invisibiliza la gran transformación de las prácticas de los agentes, sobre todo en el cuidado de los hijos.

Los parámetros que definen lo femenino y lo masculino son producto de relaciones que se ajustan a contextos y tiempos diversos. Y la relación que define qué es ser hombre o mujer en un contexto determinado no se limita a la dicotomía de género; la definición relacional exhibe que las interacciones intragénero son sumamente relevantes a la hora de construir fronteras – siempre lábiles por el dinamismo de las prácticas.

La variabilidad de las prácticas observables entre hombres y mujeres, entre hombres y entre mujeres en las dos regiones estudiadas, si bien refiere a desigualdades estructurales, no se agotan en éstas sino que remiten a particularidades reconocidas en las formas en que se expresan las moralidades situadas. La crisis de 2001-2002 en Argentina repercutió de manera diferencial entre varones y mujeres de sectores pobres y de sectores medios. Mientras que los primeros persistían en moralidades contradictorias a las prácticas de cuidado: desocupación, flexibilización laboral y trabajos informales, fueron transformando las cotidianidades de varones que, pese a provenir de estructuras familiares tradicionales, sus prácticas cotidianas evidenciaban cambios no siempre conscientes de roles de cuidado hacia los hijos. Por el contrapartida, las mujeres y los varones de los sectores medios, experimentaron en los años de la crisis, cambios inéditos en sus vidas laborales (desempleo, cambios en la organización de sus trabajos) que a veces reforzaron estructuras tradicionales: mayor dependencia de las mujeres de los padres y los maridos o parejas, sobre todo en mujeres con estudios terciarios o universitarios incompletos. Los roles generan ideas de espacios excluyentes que las prácticas tiran por tierra: las mujeres pobres no son más dependientes de los varones por ser pobres, ni las de los sectores medios demuestran mayor independencia por tener una educación formal más completa que las primeras. Varones y

mujeres están asistiendo a transformaciones de las prácticas que no siempre van acompañados por las estructuras ideológicas de las instituciones del estado argentino, en el caso que nos ocupa, las instituciones de salud.

De esta forma, en la tensión entre prácticas y mandatos, el dato etnográfico nos ha permitido desencializar el género. Las prácticas de los sujetos que entrevistamos no se ajustan a los mandatos estrictamente de su género: los hombres no se identifican exclusivamente en su rol de proveedores y encuentran en los afectos y el tiempo que destinan a sus hijos, formas de gratificación inéditas, según estos autores, en las historias familiares. Por su parte, las mujeres de los sectores pobres tienen una activa participación en las esferas públicas, gestionando recursos vía políticas públicas que las dan como objeto privilegiado de intervención (por ejemplo en alimentación). La dicotomía público-privado que estaba directamente vinculada a roles de género en virtud de una diferencial organización de la vida productiva y reproductiva, estalla contradictoriamente en las cotidianidad de las prácticas. Las astillas de este fragmento siguen conformando patrones y modelos poco funcionales a cambios tan drásticos en la vida de la sociedad salarial²⁷. La distancia entre los mandatos morales tradicionales para varones y para mujeres y las prácticas, genera numerosos ejemplos de comportamiento inclasificables en los hombres que ya no son proveedores como para las mujeres que ya no son madres en tiempo completo.

Las instituciones evidencian un papel ambiguo y contradictorio en este juego. Formalmente intentan desconstruir los roles convencionales aludiendo a la responsabilidad compartida frente al cuidado de los hijos. Sin embargo, sus acciones cotidianas refuerzan los estereotipos vinculados tradicionalmente a los géneros. Las políticas públicas enuncian el interés por incluir al hombre como protagonista de, por ejemplo, la 'paternidad responsable' pero la dinámica institucional no puede salir del modelo basado en la relación 'madre/hijos', en el que el hombre solo tiene un rol secundario como "ayuda",

²⁷ Término utilizado por Robert Castel (1987) para aludir a un momento histórico basado en el valor cultural asignado al trabajo salarial, como organizador de la vida de las personas insertas en formas productivas y reproductivas basadas en el empleo formal y en la dependencia salarial.

“compañía” y no como agente. La tensión entre las prácticas y los modelos²⁸ tiene aquí el dinamismo contrario al producido por los actores en su cotidianeidad. La práctica institucional reafirma el modelo cultural basado en el mandato y la responsabilidad femenina en temas como la salud y que pocos varones y mujeres siguen en el trajín cotidiano. La paradoja de esta contradicción es que los roles reproducen la desigualdad que las instituciones buscan modificar a través de los talleres y charlas. Excluyen a los varones al no incorporarlos como co-protagonistas del cuidado de la salud de los hijos, al mismo tiempo que los responsabilizan por no participar activamente de las esferas de cuidado y protección para la salud sexual y reproductiva.

En la cotidianeidad la desigualdad es tanto estructural como ideológica. Pero los roles en transformación, a través del ejercicio de prácticas de cuidado, se invisibilizan en la dinámica cotidiana de las instituciones de salud. La dicotomía público-privado se reproduce sólo como un mandato social, cuando la realidad del mercado laboral informal, tiene a las mujeres como la fuerza de trabajo más dinámica a la vez que más precaria. Las prácticas desmienten cotidianamente las exigencias de la tradicional división sexual del trabajo entre varones y mujeres en las sociedades modernas capitalistas dependientes. Los cambios se producen pero no siempre por una mayor conciencia de los derechos y las responsabilidades de los varones y de las mujeres en la esfera doméstica. La crisis de la sociedad salarial (Castel, 1987) catalizó transformaciones en ciernes y no siempre concientemente buscadas en el orden doméstico o de la intimidad (Giddens, 1995) ¿En qué se diferencian varones y mujeres a la hora de reconocer peligros a la salud? En poco o casi nada si aludimos a la responsabilidad que varones y mujeres refieren (no siempre el enunciado de responsabilidades se compadece con sus correspondientes prácticas) en relación al cuidado de la salud de los hijos pequeños; en casi nada, cuando se trata de los cuidados para la propia salud.

²⁸ Pensamos en la noción “modelos de” y “modelos para” presente en la diferenciación que Geertz (1994) reconoció para los patrones culturales.

CUADRO N°1
CENTRO SUR
2002-2003
MUJERES

*Juana*²⁶ Nació en Formosa. Vive en una casilla en el predio de un inquilinato con sus hijas (7 y nueve meses), su pareja, su padre (43) y su cuñado(16) Todos están desocupados. No ha completado la escuela primaria. Reciben planes sociales. Quedó embarazada en el periodo de descanso de las pastillas anticonceptivas. Actualmente en PPR en CESAC. Recibió preservativos pero no los utilizó. Beneficiaria del Programa de Apoyo Nutricional (PAN leche en polvo) en el CESAC

*Griselda*²⁶ Nació en Santa Fe. Vive con sus hijos 7, 3 y 1 y una hermana (16) en una casilla en un inquilinato. Es empleada de limpieza en una empresa, tiene obra social. Secundaria incompleta. Usa DIU desde quedó embarazada en el descanso de las pastillas. No convive con su actual pareja. Usa preservativo para evitar ITS. Se realizó la prueba de vih/sida.

*Norma*³⁰ Vive con el marido, las dos hijas (4 y 8), un medio hermano y su cuñada, en un departamento propio. Estudios secundarios incompletos. Su marido tiene obra social pero ella va a la pediatra al centro y recibe anticonceptivos en el PPR del CESAC.

*Alejandra*²⁷ Nació en provincia de Bs As (Moreno). Vive en un departamento de un inquilinato con su marido (32) ayudante de cocina, 6 hijos (entre 12 y 3 años) y su suegra Beneficiaria del Plan Jefas, de planes sociales del estado y de agrupaciones piqueteras. Estudios primarios incompletos. Recibe leche en polvo del CESAC y anticonceptivos del PPR

*Karina*²⁷ Nació en Buenos Aires. Vive con su hijo (1 año), una hermana y su mamá en un departamento alquilado. Actualmente está desocupada. Estudios universitarios incompletos. No tiene actualmente MAC.

*Andrea*²⁵ Vive con su pareja, el hijo (9 Recibe Leche del Programa de Ayuda Alimentaria CESAC meses) y hermana de 18 en una pieza alquilada. Empleada doméstica. Tiene estudios secundarios incompletos. Su pareja trabaja. No tiene método.

María O29 Nació en San Juan. (hace un año realizó su 2da emigración) Vive en conventillo en dos piezas con marido y 4 hijos Tiene secundaria incompleta. Recibe Planes Alimentarios. Actualmente desempleada. Programa PPR. Usó pastillas pero se olvidaba de tomarlas. Se aplicó. perlutal. Actualmente utiliza mesigyna.

María Victoria29 Nació en BsAs. Vive con su madre e hijo de 1 año y cuatro meses en una pieza alquilada en un conventillo. Tiene estudios universitarios incompletos. Está actualmente desocupada. Le practicaron un aborto Usa DIU

Ana21 Emigró hace 8 años de Jujuy (San Pedro de Atacama) vive con su pareja (28), su hija (2) y sus cuñados en un local ocupado. Tiene primaria incompleta. Controla la salud de la nena en el Centro. Fue beneficiaria de un Plan Jefas pero lo perdió cuando tuvo que viajar a Jujuy para atender a su madre accidentada. No usa MAC y no quiere tomar pastillas.

Marcela26 Nació en Entre Ríos. Vive en un departamento alquilado con su marido (26) y sus dos hijos (9 y 2) Tiene secundaria incompleta.. Actualmente no trabaja. Está embarazada de 7 meses e intentó interrumpir este embarazo.

Esther16 Vive con su mamá, su hermano de 17 y su hijo de 1 año y 9 meses. Viven en un inquilinato. Interrumpió la escuela secundaria. Se ocupa de la crianza de su hijo.

Elena39 Nació en Salta. Vive en una pieza de inquilinato con su marido (31) y su hijo (4). Tiene estudios secundarios incompletos. Es empleada doméstica. Controla la salud de su hijo en el Centro y asiste a los talleres de PPR.

Gladis46 Nació en Santiago del Estero. Migró hace 17 años. Vive con hija (16) y su nieto en una pieza de inquilinato. Tiene primaria incompleta. Trabaja como empleada doméstica.

Miriam24 Nació en Paraguay. Vive en un departamento alquilado con su hijo (2años) y su marido (33) nacido en Jujuy. Ella es ama de casa y él trabaja como chofer en una empresa de colectivos de la zona. Controla la salud del niño en el Centro. Tienen OS. Actualmente no usa método por problemas en AC con pastillas.

*María Elena*²⁶ Migró hace 10 años desde Curuzú Cuatiá (Entre Ríos). Viven con su marido (27) y con la hija (4) en un departamento alquilado. Es ama de casa y su marido es conductor de máquinas viales. Controla la salud de la niña en el Centro.

*Mónica*²⁸ Migró hace un año atrás (2002) desde Quilmes, provincia de BsAs. Vive con su marido (25) y con sus hijos (7, 6, 4 y 1 año), la suegra y los cuñados. Tiene la escuela secundaria incompleta. Es ama de casa. Su esposo trabaja de custodio. Hace un año le colocaron un DIU en el Hospital Cabecera.

*Karina*²⁶ Nació en la provincia de Bs As, su marido en Salta. Tienen 2 hijos menores de 6 años. Es empleada doméstica. Controla la salud de los niños en el Centro. Recibe leche en el centro.

*Azucena*³⁹ Es empleada doméstica. Vive con su marido y su hija en un inquilinato. Tiene primaria incompleta. No tiene método y no se controla en ginecología.

*Liliana*⁴¹ Nació en Córdoba. Vive en un conventillo con su marido y cinco hijos. Se controla en ginecología. Actualmente está amamantando. Ha tomado pastillas irregularmente. Recibe leche en el Centro.

*Susana O.*²² Nació en Jujuy y su marido (26) de Salta. Vive en un conventillo con pareja e hijas (5 y 2) Su marido trabaja 12 horas en restaurante. Se controla en ginecología. Toma pastillas.

Adriana C. Nació en Salta. Estudios secundarios completos. Empleada doméstica, vive con marido y dos hijos. Toma pastillas por amamantamiento. Va a recibir leche después de los 6 meses de su hijo menor (2002).

*Lorena*²⁷ Nació en Jujuy. Trabajan los dos. Vive en un conventillo con su maridos, 5 hijos y un sobrino de 15. No tiene método porque tiene miedo a las pastillas. Tiene miedo de quedar embarazada y considera que los métodos no son accesibles (2002).

*Karina S*²⁵ Nació en Salta. Viven con sus hijos (3) en un conventillo. Está amamantando a su último hijo y está embarazada. No quiere tomar pastillas Recibe leche (2002).

*Silvia J*²⁸ Vive con su marido y 5 hijos en una vivienda propia. Es maestra jardinera. Su marido es gasista y trabaja en un supermercado como

repositor. Toma pastillas y usa preservativo. Beneficiaria del Plan Jefas. Recibe leche en el CESAC (2002).

Estela28 Vive con su marido (ayudante de portería), tres hijos (13, 9, 1) y sobrino. Tiene OS pero no puede usarla por costo del transporte. Recibe Plan Jefas. Utilizó pastillas y en ese momento DIU Recibe leche en el Centro(2002)

VARONES

Omar28 Nació en Jujuy. Hace 8 años que está en Bs As. Vive con su Ana (21) y su hija (2) en un local ocupado. Tiene primaria incompleta. Trabaja como mozo. Controlan la salud de la niña en el Centro.

Roberto32 Nació en Entre Ríos. Vive con su mujer (39) y su hijo (4) en una pieza de inquilinato. Tiene la secundaria incompleta, Es chofer y se encuentra actualmente desocupado. Reciben un Plan Jefas de Hogar. Controlan la salud del niño en el Centro. Reciben leche del centro.

José Luis24 Nació en Rosario, vive en una pieza de inquilinato con su mujer y dos hijos menores de 6 años. Tiene secundaria incompleta, Es profesor de Karate. Controla la salud de los niños en el Centro. Recibe leche en el centro..

Leonardo26 Nació en Entre Ríos. Vive con su mujer embarazada y dos hijos en un departamento alquilado. Trabaja como estibador de camiones. Tiene la escuela primaria completa.. Recibe leche en el centro.

Rubén26 Nació en Entre Ríos. Vive en un departamento con su mujer y su hija. Es chofer de máquinas viales. Su hija y su esposa controlan su salud en el Centro. Tienen obra social.

Lorenzo30 Nació en Salta. Viven con sus hijos (3) en un conventillo. Su esposa está amamantando a su último hijo y está embarazada. No quiere tomar pastillas. Reciben leche en el Centro.

César27 Vive en un departamento con su esposa e hijo (1 año y medio) Secundario incompleto. Cobrador. Esposa empleada administrativa. Recibe leche en el Centro.

CUADRO N|2 CESAC NORTE GRILLA MUJERES – 2004

Paola27 Vive con su pareja e hija (3) en departamento familiar prestado. Su pareja está ocupado. Controla en ginecología en CESAC. Sin cobertura médica, sí su pareja y la nena (se la paga su suegro). Control pediátrico en CESAC. Parto en hospital publico No recibe leche en el centro.

Gladis22 Nació y vive en Prov de Buenos Aires (San Martin) con su pareja (29) y bebé (8 meses) en un departamento alquilado. Ambos estudios primarios completos. El trabaja y ella es ama de casa. Taller de Lactancia y Control Pediátrico en CESAC. Atención ginecológica particular. Amanta a su bebe y recibe leche en el centro.

Verónica26 Vive en Prov de Bs As con marido e hijos varones (3, 6) en la vivienda es de los suegros de ella. Ella y su marido trabajan en una rosticería del barrio de la que son propietarios. Ella además limpia casas y oficinas por el barrio. Control pediátrico en CESAC, tienen OS.

María39 Nació en Santiago del Estero. Vive en Prov de BsAs (San Martin) con su pareja y cuatro hijos: tres varones (11, 5 y 4) y una nena (7) en una casa alquilada. Estudios primarios incompletos. El trabaja como estibador en papelera. Reciben el Plan Vida de Prov. Control pediátrico. Recibe leche en CESAC.

Patricia29 Nació en Jujuy y vive con marido e hijos (12 y 6) e hija 6 meses en un barrio militar. Marido trabaja como músico Tienen Obra Social IOSE pero prefiere la atención pública de la salud. Estudios secundarios incompletos.

Mariana32 Nació en Perú vive con su pareja (27), la hija de ambos (1) y un hermano de ella en un departamento compartido con otra familia peruana. Trabaja como empleada doméstica y él como costurero. Reciben ayuda alimentaria del Gobierno de la Ciudad de Bs. Control pediátrico en el CESAC, por el bajo peso de la hija. Recibió leche maternizada

Gisela24 Vive con sus padres, su hermana y dos hijos nena (3) y varón (6 meses) en el departamento familiar en Capital Federal. Estudios secundarios incompletos. Desocupada. Viven de un negocio familiar (taller de compostura

de calzado) Realiza el control pediátrico en el Centro de Salud. Recibe leche del Centro.

Cecilia20 Nació en Perú. Vive con familiares en una casa de alquiler y su hija (2). No trabajaba ni recibe ningún tipo de ayuda. La nena hace su control pediátrico en el Centro; ella se atiende allí en ginecología y clínica médica. No recibe leche del Centro.

Priscila26 Vive en Villa Pueyrredón, con su hijo (4) en un departamento familiar (12 personas) Separada del padre de su hijo por violencia doméstica. Desocupada. Estudios primarios incompletos. Su actual pareja con estudios secundarios incompletos. Recibe leche. Lleva a su hijo al pediatra...

Carina24 Vive en Prov. de BsAs (Villa Maipú) con el padre de su hija (11 meses) en departamento alquilado. Con estudios secundarios completos, su pareja trabaja como conductor de remis. Control pediátrico en el CESAC. MAC: pastillas anticonceptivas. Recibe leche en el Centro.

Nelly42 Nació en Salta, Vive en Provincia de BsAs (José LSuárez) con tres de sus seis hijos, su pareja (57) en una casa alquilada. Completó la escuela primaria y no trabaja; su actual pareja no terminó la primaria y trabaja como pintor. Recibe leche del centro. Control pediátrico en el CESAC.

Clara30 Vive en Prov de BsAs (San Martín) con su marido (29) y dos hijos: una nena (6) y un varón (1) en un departamento de su suegra. Tiene estudios terciarios completos, es profesora de inglés, su esposo, estudios secundarios completos El marido trabaja como zapatero. Controla la salud de los chicos en el Centro, la nena recibe atención psicológica en el hospital cabecera.

Marcela23 Nació en Entre Ríos y tiene un hijo de 5 meses. Vive en el departamento de la hermana en Colegiales con su bebé y un hermano de ella. Separada del papá de su hijo luego de migrar a BsAs y del nacimiento. Asiste al Taller de Lactancia y realiza el control pediátrico en el CESAC. Recibe leche en el Centro.

Marta23 Nació en Misiones y migró hace 4 meses, vive con su pareja (27) y su hija (9 meses) en un departamento alquilado. Su pareja trabaja como portero, realiza otros trabajos en su tiempo libre. Control pediátrico en su provincia, Asistió a charla en PPR para informarse por métodos y porque no quiere volver a quedar embarazada.

Cinthia41 Vive con el padre de su último hijo (36) y dos hijos más en un departamento propio en Capital Federal. Es psicóloga y trabajan en el hogar, cosiendo prendas y debido a la crianza del hijo más pequeño. Su pareja trabaja en la seguridad en un supermercado. Control pediátrico en el CESAC, su último bebé lo tuvo en una clínica privada. Recibe leche en el Centro

GRILLA CONTROL NIÑO SANO - CNS - VARONES

Gustavo40 Vive con la madre de sus 2 hijos en un departamento en Capital Federal. Él tiene los estudios universitarios completos y trabaja como enfermero.. Tienen obra social. Control pediátrico en el CESAC.

Gastón28 Vive con su pareja (22) y su hija (4 meses) en un departamento alquilado en Villa Urquiza. Ambos padres trabajan, a la beba la cuidan ellos o los padres de Gastón. Ambos con estudios secundarios completos, él cursa el profesorado de educación física. Control pediátrico en CESAC.

Diego32 Nació en Perú , migró recientemente. Vive con su pareja y los dos hijos de ambos. Ella trabaja como empleada doméstica. Él no tiene trabajo y se encarga de los chicos. Control pediátrico en el Centro. No tienen obra social.

Ricardo43 Vive en Prov. de Bs As (San Martín) en depto alquilado con tres hijos los propios (2 de un matrimonio anterior) y una beba (10 meses) con actual pareja y su hija (8) Trabaja como colectivo y ella como personal de limpieza. Control pediátrico en CESAC. Con OS para emergencias. .

Valmir33 Nació en Corrientes. Vive con su esposa (24) y el hijo de ambos (2) en un hotel familiar en una pieza. Trabajan ambos como encargados del hotel Con estudios universitarios completos realiza trabajos en sistemas. No tienen OS.

Martín29 Vive a pocas cuadras del centro en departamento familiar, con su mujer y su hija de meses Empleado bancario, tiene cobertura privada y para urgencias utilizan los servicios del CESAC. Con estudios universitarios completos y su mujer continua la secundaria..

Felipe48 Vive en departamento propio cerca del CESAC con su esposa (38) y dos hijos (2) y (5). Tiene otro hijo de una unión previa y ella tiene 7 hijos

más de otras uniones. Él trabaja como mecánico y ella trabaja en su casa. Reciben ayuda de Caritas y leche en el centro. Control pediátrico en el Centro tanto psicológica para la nena (5)

*Raúl*⁴⁷ Nació en Catamarca. Vive con su esposa (36 años) y con su hijo (3) en un departamento alquilado en Capital Federal. Trabaja como colectivo y ella como empleada de limpieza en una empresa. Los dos tienen los estudios primarios completos. Ambos tienen cobertura médica. Control pediátrico en el CESAC

*José César*⁴² Vive en Prov. de BsAs (San Martín) con su mujer (40) y su hijo (1 año) en un departamento propio. Completó la escuela primaria. Trabaja en una fábrica metalúrgica en Villa Martelli. Control pediátrico en el CESAC. Sin OS.

*Valerio*³⁶ Tiene 36 años y vive con su mujer (41) y tres niños en el departamento de ella. Trabaja en seguridad en un supermercado y tiene los estudios primarios incompletos. Su mujer realiza trabajos de costura en la casa. Fue consumidor de drogas. Control pediátrico en CESAC. Reciben Leche.

*Gonzalo*³⁴ Nació en Chaco. Vive en Prov de Buenos Aires (San Martín) con su pareja (23) y dos hijos (3y5) en casa alquilada. Estudios terciarios: agrónomo. Realiza trabajos temporarios como jardinero; ella como empleada doméstica. Ella fue consumidora, él continúa siéndolo. Recibe ayuda de Caritas y leche en el Centro. Mencionó violencia doméstica, entre los adultos como hacia los niños. Control pediátrico en CESAC.

*Santiago*²⁰ Vive en casa propia con su pareja (Carolina) de 20 y una beba (6 meses). Ninguno de los dos tiene trabajo y él no terminó el secundario pero tiene estudios terciarios en enfermería. Consume drogas. Reciben leche en polvo del centro y al momento de la entrevista, era la primera vez que concurrían al CESAC, Control pediátrico en hospital en Villa Devoto.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

CASTEL, Robert, "Las metamorfosis de la cuestión social", Buenos Aires, Ed. Paidós, 1997.

- DOMINGUEZ MON, Ana "El enfoque de riesgo en la atención materno-infantil: análisis antropológico de la noción riesgo en el manual *PALTEX de la OPS*" en: Domínguez Mon, Federico Andrea, Findling, Liliana y Méndes Diz, A. M., *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*, Buenos Aires, Ed. Dunken, 2000.
- DOMINGUEZ MON, A; CETTI, Alejandra, TIROTTA, Verónica y PIAGGIO, Laura, "Experiencias acerca del riesgo en salud en familias usuarias de un Centro de Salud de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires", en: *V Jornadas de Estudios de Salud y Población*, Inst. Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2003.
- DOMINGUEZ MON, A, "Visibilidad femenina e invisibilidad masculina: Análisis sociocultural de la noción "riesgo en salud" en el Programa de Procreación Responsable de la ciudad de Bs. As. (1987-1999)" en: *actas VI Jornadas De Historia De Las Mujeres. I Congreso Iberoamericano De Estudios De Género*, Instituto Interdisciplinario de Género - Departamento de Historia, Facultad de Filosofía y Letras, 2- 5/8 de 2000.
- DOUGLAS, Mary, *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid, Siglo XXI, 1973.
- GEERTZ, Clifford Cap.3: Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico), en: *Conocimiento local*. Barcelona, Paidós, 1994.
- GIDDENS, A. *La transformación de la intimidad.*, Madrid, Cátedra/Teorema. 1992.
- GINSBURG, Faye (1998) *Contested Lives The Abortion Debate in an American Community*, USA, University of California Press.
- GODELIER, M. *Cuerpo, parentesco y poder: Perspectivas antropológicas y críticas*, Cap I: Cuerpo, Abya-Yala, Ecuador, 2000. pp. 19-53.
- JORDAN, Brigitte (1997) *Authoritative knowledge and its construction en: DAVIS FLOYD, Robin & SARGENT, Carolyn Fishel, Childbirth and*

authoritative knowledge: cross-cultural perspectives, USA, University of California Press.

MENDES DIZ, Ana María (2001) *El riesgo en los jóvenes: una alternativa de vida.*, Buenos Aires, Ed. Corregidor

n. ???

MURPHY, Elizabeth (2000) Risk, Responsibility, And Rhetoric In Infant Feeding en: *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 29 No. 3 June, 291-325.

RAYNA Rapp, Moral Pioneers. Women, Men and Fetus on Frontier of Reproductive Technology en: Micaela Di Leonardo (ed) *Gender at the crossroads of knowledge: feminist anthropology in the postmodern era*, University of California Press, 1991 .

SCHEPER-HUGHES, Nancy. “Dos pies de hondo y un ataúd de cartón. La producción social de la indiferencia frente a la muerte infantil”. En: *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Barcelona, Ed. Ariel, 1997.

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.

WALLACE, Santiago, *Consumo de drogas y VIH-sida. Representaciones y prácticas*. Buenos Aires, Ed EUDEBA, 2000.

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