

# Vida cotidiana y estrategias familiares en salud en el contexto de la pobreza urbana

El caso de las mujeres del barrio Inta

## Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar las concepciones, experiencias y el accionar que despliegan las mujeres pobres en torno a los procesos de salud-enfermedad que ellas padecen y/o que atraviesan otros miembros del hogar. Las formas culturales que adquiere para las mujeres el estar sanas o enfermas son parte de los procesos históricos y sociales en los que se conforma su subjetividad colectiva, en tanto integrantes de los sectores populares urbanos, y en los que ellas mismas se constituyen como sujetos. El eje central del trabajo es la experiencia del padecimiento y las estrategias que las mujeres desarrollan para hacer frente a esa experiencia. Asimismo, intentamos poner en relación las experiencias y las estrategias de las mujeres con las condiciones en las que desarrollan su vida cotidiana y con el contexto barrial en el que habitan.

Los datos provienen de una investigación mayor financiada por la Universidad de Buenos Aires acerca de los vínculos entre las condiciones de vida, las estrategias familiares en salud y los procesos de salud enfermedad. El trabajo de campo se llevó a cabo en una villa de la Capital Federal –barrio Inta– y se desarrolló en dos etapas. La primera tuvo como eje la realización de una encuesta y en la segunda se llevaron a cabo entrevistas con profundidad.

**Palabras claves:** condiciones de vida, estrategias familiares para el cuidado de la salud, género, pobreza

## Abstract

This work aims to analyze the conceptions, experiences and actions of poor women concerning health problems they or other family members suffer. The cultural meanings of being healthy or sick are part of the historical and social processes in which the women's collective subjectivity as members of the popular urban sectors is shaped, and in which they themselves act as subjects. This study focuses on the experience of these women in undergoing health problems and the strategies that they develop to face this experience. In this way we attempt to connect/relate the experiences and strategies of these women to the conditions in which they live out their daily lives and to the *barrio* context in which they live.

The data comes from a larger study financed by the University of Buenos Aires on the links between living conditions, family strategies in health, and health/illness processes. The field work was carried out in a slum / shanty town in the Federal Capital –*barrio Inta*– and included two stages. In the first a survey was administered, and in the second, in-depth interviews were carried out.

**Key words:** Living conditions, family strategies in health.

Fecha de recepción: junio 1999  
Fecha de aprobación: noviembre 1999

**Correspondencia:** Universidad de Buenos Aires. Chivilcoy 1379, (1407) Capital Federal, Argentina, tel. 4 566 5384, Fax 4 501 2665, e-mail: mercedesm@arnet.com.ar

## Introducción<sup>1</sup>

Esta historia de mujeres comenzó en un barrio pobre de la Ciudad de Buenos Aires. Empezamos esta investigación como quien sigue una huella vaga, cuyo destino aún es incierto. El campo se había presentado como una llanura dilatada, en donde los caminos y las sendas se cruzaban en múltiples direcciones. Así comenzamos una travesía por un lugar desconocido, en el que debimos buscar informantes, aliados que nos dieron la posibilidad de discriminar esos senderos; reconocer sus recorridos y alcanzar destinos menos inciertos. En este itinerario nos pusimos en contacto con las mujeres del barrio Inta; ellas fueron las verdaderas hacedoras de esta historia: son sus protagonistas y sus narradoras.

Nos acercamos con el propósito de comprender las concepciones, las experiencias y las prácticas que despliegan en relación con los procesos de salud-enfermedad que ellas padecen y/o que atraviesan otros miembros de sus familias. Asimismo intentamos poner en relación con el contexto barrial las experiencias y las estrategias que instrumentan las mujeres para el cuidado de su salud,<sup>2</sup> y las condiciones en las que se desarrolla su vida cotidiana.

Nuestra investigación se prolongó durante tres años. En su devenir relevamos información de las protagonistas por medio de una encuesta que involucró a 175 mujeres y de entrevistas a profundidad realizadas con algunas de ellas.

### El espacio de esta historia: el barrio

Las protagonistas de esta historia viven en el barrio Inta, que es una villa de emergencia ubicada en la parte sudoeste de la Capital Federal, en la intersección de las avenidas Ricchieri y General Paz. Desde el puente Madero, que corta la Av. General Paz, se visualizan dos calles que constituyen la columna vertebral del barrio. Una conduce hacia el centro del barrio, lugar donde se localizan sus principales instituciones: la capilla, la salita San José y el comedor.

El barrio se constituyó, aproximadamente a fines de la década del sesenta, con aquellos sectores sociales que, por su reducida o inexistente capacidad de ahorro, no pudieron acceder al mercado privado de vivienda y que no fueron alcanzados por las respuestas dadas desde el sector público. La propiedad de las tierras es de la Comisión Municipal de la Vivienda (en adelante CMV).

A través de un proceso paulatino de ocupación del suelo por parte de familias, a quienes se sumaron coterráneos, parientes y amigos, se contó, entre los años 1966 y 1975, en el barrio con cerca de 483 familias y 1,812 habitantes.<sup>3</sup> A fines de 1993 la CMV realizó un nuevo censo de población en el barrio, que arrojó un total de 2,561 habitantes, conformados en 624 familias, y ocupaban 588 viviendas.

Las características de estos hogares hacen evidente su pertenencia a los sectores urbanos pobres. Mientras que en otros barrios de la Capital Federal el promedio de personas por hogar es de 2,8 miembros, en el barrio Inta el promedio medio asciende a 4,11 miembros (cuadro 1). El 86% de los hogares capitalinos cuenta con un máximo de cuatro miembros; en Inta este porcentaje desciende al 42%. La proporción de hogares con jefe mujer alcanza al 11%, mientras que en sectores de mejor posición económica de la Ciudad de Buenos Aires es del 32% (INDEC, 1991).

### Cuadro 1

#### Estructura sociodemográfica de la población y Características de los hogares

|                                                |              |
|------------------------------------------------|--------------|
| <b>Población total</b>                         | <b>2,561</b> |
| <b>Cantidad de hogares</b>                     | <b>623</b>   |
| <b>Género, edad y origen</b>                   |              |
| % de mujeres                                   | 48.4         |
| % de menores de 14 años                        | 33.5         |
| % de mujeres de 14 años y más                  | 65.4         |
| % de extranjeros                               | 33.4         |
| Promedio de personas por hogar                 | 4.11         |
| Promedio de mujeres por hogar                  | 1.99         |
| Promedio de mujeres de 14 años y más por hogar | 1.28         |
| % de hogares con jefatura femenina*            | 11.0         |

Fuente: Censo de la Comisión Municipal de la Vivienda, 1993.

\* Datos de la Encuesta (véase nota al pie núm. 4).

<sup>1</sup> Agradezco los valiosos comentarios de Hilda Herzer, Martín Moreno y Graciela Prece.

<sup>2</sup> Denominamos *estrategias familiares para el cuidado de la salud* al sistema de opciones locales provistas por el contexto exterior a la familia y a los arreglos y decisiones autogeneradas por ella a partir de su inserción en tal contexto, a fin de preservar y cuidar la salud de sus miembros (Di Virgilio, 1998).

<sup>3</sup> Datos extraídos del *Informe sobre villas erradicadas*, de la Comisión Municipal de la Vivienda, 1980.



Si para aproximarnos a la medición de la pobreza tenemos en cuenta el criterio de necesidades básicas insatisfechas (NBI), y consideramos que la totalidad de las familias del barrio habitan en viviendas consideradas inadecuadas, llegamos a la conclusión de que todas las familias constituyen hogares pobres por NBI. Resulta importante destacar aquí que alcanza al 34 % el porcentaje de hogares que no logran satisfacer, por lo menos, algunas necesidades básicas.

## Con ustedes, las protagonistas

En este apartado presentaremos una caracterización general del universo de 175 mujeres, cuyos datos fueron relevados a partir de una encuesta realizada durante la primera etapa del trabajo de campo. Sobre la base de la misma seleccionamos a las protagonistas de las historias que aquí ellas mismas relatan.<sup>4</sup>

Nuestras protagonistas fueron, en general, mujeres jóvenes —su edad promedio era de 31 años— que se desempeñan en el hogar como compañeras o cónyuges (65%). Sólo un 11% de las mujeres eran jefas de hogar. Llegaron al barrio Inta desde países limítrofes (42%) o desde el interior del nuestro (38%). Sin embargo —nos contaron— hace más de una década (12 años, en promedio) que viven en la Capital Federal.

El 70% de las mujeres ha completado o superado la escolaridad primaria, pero sólo unas pocas continúan estudiando (13%). Son mujeres que registran tasas de actividad —el 51% son activas— más elevadas que las de sus

pares de otros barrios de la Capital Federal. Su actividad económica principal se centra en el servicio doméstico (63.4% de las activas). Un factor que parece explicar en parte esta situación es la cercanía de los hogares en los que son empleadas (demanda laboral). En los sectores pobres la educación no privilegia la forma ni el tipo de inserción laboral. No importa que tan preparadas estén para salir al mercado a buscar trabajo, ellas no logran insertarse en trabajos más calificados.

Sólo el 19% de las mujeres entrevistadas poseía algún tipo de cobertura social, y un porcentaje aún más reducido (7%) declaró que sus empleadores les realizan descuentos en concepto de aportes jubilatorios.

## La vida cotidiana de las mujeres pobres

La vida de las mujeres del barrio Inta sigue un ritmo bastante homogéneo durante casi todos los días del año. Sus actividades se circunscriben, casi exclusivamente, al ámbito de la casa. Incluso en el caso de aquellas mujeres que trabajan afuera (sea en el servicio doméstico, en limpieza de oficinas, como personal de maestranza, entre otras actividades similares), las tareas que desarrollan en sus empleos son extensión de aquellas que realizan en el ámbito doméstico.<sup>5</sup>

Fabiola O., se levanta temprano, prepara el desayuno para su esposo antes de que él se vaya al trabajo, ordena, lava, cocina para los chicos y espera el regreso de su marido con la “comida bien hecha”. El vuelve de su trabajo a las ocho de la noche. Fabiola no trabaja fuera de su casa y sus niños aún no van a la escuela. Hace aproximadamente dos años y medio atrás trabajaba cuatro horas diarias, separando y cortando prendas, pero fue despedida cuando sus patrones se enteraron de que estaba embarazada; después se dedicó a vender ropa, pero dejó esa actividad cuando nació su hijo menor.

La descripción de la secuencia diaria de las tareas domésticas que realizan Fabiola y la mayoría de nuestras entrevistadas refleja que sus vidas están fuertemente marcadas por las actividades de los otros miembros del hogar (en particular, compañero e hijos). Asimismo pone de manifiesto la aceptación de su dedicación a la casa y a la familia. Para las mujeres —especialmente, para aquellas que

<sup>4</sup> Durante la primera etapa del trabajo de campo, la población en estudio estuvo constituida por la totalidad de las familias/unidades domésticas residentes en el barrio. Si bien se relevaron datos referidos a todos los miembros del hogar, nuestra unidad de recolección fue la mujer mayor de catorce años de cada una de las familias incluidas en la muestra. Aplicamos un diseño muestral por áreas, del cual se seleccionaron 134 hogares y se relevó a 175 mujeres. El diseño de corte sincrónico/transversal tuvo como meta obtener información referida tanto al momento de la realización de la encuesta como al anterior a la misma, relativa a la posición socioeconómica de las familias y a sus características sociodemográficas.

Para la segunda etapa del trabajo de campo de nuestra investigación definimos una metodología cualitativa de abordaje, que contempló la realización de un estudio socio-antropológico, que tuvo como objeto sólo a un grupo de los hogares previamente seleccionados para la encuesta. Elegimos un conjunto de 15 mujeres, teniendo en cuenta aspectos que diferenciaban a los hogares entre sí, como son las características socio-demográficas del hogar, las socio-ocupacionales del jefe y las condiciones del hábitat.

<sup>5</sup> Acerca de la inserción laboral de las mujeres pobres, véase Di Virgilio y Martínez Mendoza, 1998.

no trabajan fuera del hogar— su actividad cotidiana tiene sentido a través de su papel de dueña de casa, esposa y madre (Segovia, 1997, :125).

Cuando las mujeres organizan sus actividades cotidianas lo hacen, fundamentalmente, en función de sus hijos. Las familias de sectores populares no muestran una disposición a delegar la crianza de sus hijos en agentes externos. Los niños de las mujeres entrevistadas, permanecen casi exclusivamente bajo el cuidado de su madre y/o hermana mayor hasta el momento de ir a la escuela. Si bien las funciones de la madre se delegan en otro miembro de la unidad doméstica, ello se produce dentro del ámbito interno. La maternidad, en el sentido de asumir las responsabilidades en aquellas cuestiones relacionadas con la reproducción cotidiana de los pequeños, no está únicamente en manos de la madre, sino que es compartida por las mujeres que conviven en el hogar (Cf. Larrea Flores, 1994:35 ss).

Las mujeres que trabajan deben organizar su vida cotidiana, también, en función de los horarios que les impone su rutina laboral.

M: “Laburando (...) usted sabe, con problemas, con problemas que representan el día, que sé yo. Algún trámite, llevar al colegio, atendiendo a la familia, cosiendo como ahora, dándole de comer. Como tiene que ser un hogar”. (María B.)

De las mujeres entrevistadas sólo una trabaja diariamente como empleada en una empresa de limpieza; el resto lo hace en el servicio doméstico algunas horas por día y/o algunos días a la semana o bien venden comida y/o cosméticos en el barrio. Pero aún entre ellas las tareas domésticas y el cuidado de la familia ocupan un lugar central: la mujer mantiene la responsabilidad por el cuidado de los niños (Hibbard y Pope, 1991).

GG: “Me levanto, me voy a ‘laburar’, después vuelvo. Si hay ropa para lavar, lavo y si no aprovecho para hacer las cosas, antes de que me tenga que ir de vuelta al trabajo. A la mañana entro a las ocho y me tendría que quedar hasta las doce, pero como (no) nos supervisan nos quedamos solamente hasta las diez. En el banco saben que yo tengo muchos chicos y son más flexibles. A la tarde voy desde las cuatro hasta las ocho de la noche”.

— ¿Los chicos se levantan a la misma hora que vos?

GG: “Walter y Jonathan se levantan conmigo a las seis, les hago la mamadera y se la doy a los dos; me voy más tranquila si ellos ya tomaron algo antes de que se levanten más tarde”. (Gloria G.)

La gran mayoría de las mujeres no recibe ayuda de sus compañeros en las actividades domésticas. En general, ellos no comparten las tareas cotidianas del hogar, las mismas recaen en las mujeres, en sus hijas mayores o en alguna otra mujer adulta que convive en el hogar.<sup>6</sup>

E: “No, mi marido no lava ni plancha, ni te acomoda nada; pero la comida de los domingos la prepara él”. (Estela A.)

— Cuando se enferman las mujeres de esta casa, ¿quién cuida a los chicos, a la nena?

G: “Nosotras, las mujeres de la casa”.

— O sea que lo hace usted o su hija mayor ¿Y si las dos se enferman simultáneamente?

G: “Hasta ahora no nos pasó de enfermarnos las dos juntas”.

— Para las tareas domésticas, ¿también se apoyan entre ustedes?

G: “Sí”.

— ¿No hay ningún vecino a quién recurrir, todo ocurre adentro de la casa?

G: “Sí. Mi hija tiene su abuela ahí enfrente, pero a ella no le dejamos la nena. Siempre la cuido yo, porque mi hija sí trabaja, lo hace dos veces por semana, cuando se va a trabajar yo me quedo”. (Grecia R.)

Entendemos que hay dos cuestiones, aunque de diversa índole, que pueden influir sobre este comportamiento: por un lado, la importancia que las familias de sectores populares otorgan al rol materno y a la imposibilidad que existe de que sea ocupado por personas extrañas. Por el otro, el hecho de la reciente apertura en el barrio, a mediados de 1997, de una guardería que depende de *Cáritas*. Hasta ese momento el barrio no contaba con una infraestructura de servicios tal que les permitiera a las madres delegar el cuidado de sus hijos.

Respecto de la organización de la vida cotidiana de las mujeres interesa destacar que, entre las entrevistadas, aquellas mujeres que padecen algún problema de salud no realizan tareas extradomésticas. Ellas perciben que esos problemas limitan sus posibilidades de insertarse en el

<sup>6</sup> Sobre el tema de organización doméstica y trabajo, véase Dionisi, 1998.

mercado de trabajo, y por ello deben dedicarse exclusivamente al trabajo doméstico en el hogar.

A: "Sí, hasta el '93 trabajé. Trabajaba en casa de familia por hora. Dejé de hacerlo porque tuve problemas de prolapso y no podía estar mucho tiempo parada, agachándome, limpiando el piso y planchando. Esos trabajos me hacen muy mal. Durante dos años consecutivos trabajé sin parar, hasta que no pude más con el dolor de cintura; entonces fui al médico, quien me dijo que tenía prolapso, pero que no era para operar". (Ana B.)

Los encuentros y las charlas con las mujeres pusieron sobre el tapete una cuestión que estimamos importante para seguir profundizando. La combinación de los roles domésticos y los laborales ¿les resulta a estas mujeres una situación conflictiva y/o desbordante, de tal manera que afecta negativamente su salud? El tener niños pequeños en el hogar aumenta las responsabilidades de las mujeres y es la fuente de conflictos entre los roles familiares y laborales más importante. Las mujeres que trabajan fuera de su casa tienen más inquietudes y dificultades para cumplir con las expectativas del rol de esposa y madre que las que no lo hacen.<sup>7</sup> Los trabajos que realizan las mujeres pobres son fuertemente cansadores y desgastantes, les exigen mucho esfuerzo físico que, en combinación con las obligaciones familiares, quizá llevan a serias dificultades de salud.

El empleo provee a las mujeres de grandes ventajas, tales como soporte social y oportunidades para aumentar la autoestima. Potencialmente, las mujeres derivan beneficios de los distintos roles que ocupan: integración social, privilegios, recursos y autogratificación. El trabajo les brinda un ingreso—recurso escaso entre las mujeres del barrio Inta—estructura su tiempo y le otorga una identidad como trabajador/a.

Es en tal sentido que se plantea que los beneficios inherentes a cada uno de los roles que deben desempeñar las mujeres superan ampliamente los costos de su desempeño, y que, por ello, ellas derivan algunas ventajas de salud en sus múltiples roles. Sin embargo, cuando nos trasladamos hacia el universo de las mujeres pobres esto

parecería estar cuestionado. En este caso, la combinación de roles domésticos con tareas extradomésticas pondría en gran riesgo la salud de las mujeres, un riesgo mucho mayor que el de aquellas mujeres pobres que permanecen desempleadas (Hibbard y Pope; 1991: 805 ss).

## El tiempo libre

El barrio Inta no dispone de espacios ni de recursos que propicien las acciones comunes entre los vecinos como, por ejemplo, la recreación.<sup>8</sup> Los niños concurren a escuelas que se encuentran fuera del barrio, y los centros de recreación, plazas o parques, se encuentran también fuera del entorno barrial. Estas circunstancias concretas explican, en parte, cómo las mujeres y sus familias utilizan el tiempo libre de que disponen.

Sólo aquellas entrevistadas que se encuentran mejor posicionadas en la producción y el consumo dedican parte de su tiempo libre a cultivar los contactos y relaciones con los familiares y/o amigos que viven fuera del barrio o a realizar alguna salida con su grupo familiar.

M: "Así que ahora no salgo. Antes íbamos a casa de mamá, recorriamos la familia; a otro lado no íbamos. Y antes, cuando teníamos un tiempo libre (...), como trabajaba en fábrica (...) íbamos a Córdoba, siempre que teníamos algún peso íbamos a Córdoba con los chicos". (María B.)

— El fin de semana, ¿es igual o diferente a la semana?

G: "Como está mi marido es diferente porque salimos".

— ¿Tu marido trabaja todo el día?

G: "Sí. Está los domingos a la tarde porque trabaja en un negocio, y el sábado también trabaja".

— ¿Vos tenés que hacer las mismas tareas que todos los días o el fin de semana cambian?

G: "Hago todos los días lo mismo, a veces salgo, voy al médico, lo llevo a mi hijo. Antes salíamos más, ahora salimos poco por el cambio de trabajo de mi marido". (Grecia G.)

<sup>7</sup> Esta característica no se da solamente en las clases populares, también en otros estratos sociales se pueden encontrar conflictos entre roles laborales y domésticos. Como nos abocamos exclusivamente al análisis de estas cuestiones entre las mujeres de un barrio pobre lo remarcamos como algo que caracteriza su situación particular.

<sup>8</sup> Antes de la puesta en marcha del Plan de Radicación de Villas de la Capital Federal (1993/94), el barrio contaba con una improvisada cancha de fútbol, que servía como espacio de recreación para los niños. Pero la construcción de nuevos módulos habitacionales requirió el uso de dicho espacio, y el barrio se quedó sin cancha; todavía no cuenta con otro espacio que la reemplace. Ante esta carencia, los niños toman la calle como espacio de juego, aumentando el riesgo de accidentes.

Para aquellas mujeres que viven en los hogares peor posicionados no existen, básicamente, diferencias entre los días hábiles y el fin de semana. Para ellas lo que marca la diferencia entre la rutina semanal y el tiempo libre es que disminuye la magnitud de las tareas domésticas: se lava menos o no se lava, o durante la mañana se realizan tareas para poder descansar y mirar la televisión por la tarde; pero estas tareas siguen presentes aún en su tiempo libre. Generalmente no salen de vacaciones, sólo ocasionalmente han regresado a su ciudad o país de origen. La única alternativa posible es la visita a parientes y/o vecinos del mismo barrio o llevar a sus hijos a algún parque cercano.

Por último, observamos que algunas familias también se dedican a actividades de tipo religioso, como ir a misa o enviar a los niños a catequesis.

N: "Lo único que cambia es que ese día no lavamos mucho, vamos a misa y ellos van a catequesis a la capillita". (Natalia N.)

Debido a las implicancias que el uso del tiempo libre tiene para la salud de las mujeres cabe remarcar que ninguna de las circunstancias, ni el contexto de vida contribuye al mantenimiento de la misma: la escasez de recursos implica limitar o, directamente, suprimir actividades de ocio, deportes y/o vacaciones. El trabajo que realizan les consume un gran número de horas diarias; a esto se suma la falta de existencia de algún lugar y/o institución barrial que les ofrezca, incluso a los niños, actividades de esparcimiento.

### ***Las estrategias desplegadas en relación con la salud y la enfermedad***

Nuestro objetivo en este apartado es analizar las concepciones, las experiencias y el accionar que despliegan las mujeres del barrio Inta en torno a los procesos de salud-enfermedad que ellas padecen y/o que atraviesan los miembros de sus familias. Las formas culturales que adquieren para ellas el estar sanas o enfermas son parte de los procesos históricos y sociales en los que se conforma su subjetividad colectiva, en tanto integran los sectores populares urbanos, en los cuales se constituyen como sujetos (Schapira, 1993, : 41). El eje central de esta sección es la experiencia del padecimiento y las estrategias que desarrollan para hacerle frente. Asimismo, intentaremos poner en relación estos hechos frente a las condiciones en las que se desarrolla su vida cotidiana y el contexto barrial en el que habitan.

Nos interesa destacar que el análisis que aquí se presenta, más que arribar a conclusiones universales, se centra en un

nivel acotado histórica y socialmente; que son los mecanismos sociales de satisfacción de necesidades en un barrio carenciado de la Ciudad de Buenos Aires.

**"Aunque estuviera a punto de morir, siempre sería yo la que cuidaría a los chicos".**

Tradicionalmente las mujeres han desempeñado el papel del cuidado y la atención de la casa y de la familia. Recaen sobre ellas las responsabilidades de los quehaceres domésticos y aquellas referidas al mantenimiento y a la preservación de la salud de sus hijos y de otros miembros familiares. "La madre de familia —fundamentalmente en los sectores populares— es el núcleo, donde se articulan, operativamente, los recursos para la salud (organización del gasto familiar, preparación de medicamentos, hervido de agua, etcétera), y aquellos dirigidos a atender en la enfermedad" (Módena, 1989: 109).

En el caso de nuestras entrevistadas también se repiten estas apreciaciones. Generalmente son ellas las encargadas de detectar los primeros síntomas de la enfermedad, de poner en práctica las posibles soluciones y de decidir en qué momento del desarrollo de la dolencia se debe buscar ayuda afuera de la red de relación inmediata. En esta función de primera fuente de atención de la enfermedad las mujeres condensan en sí la prescripción y las normas médicas, la aplicación privada de esa prescripción y los recursos caseros. Interrogadas acerca de los métodos que implementaban en el caso de experimentar alguna enfermedad, y antes de consultar a un profesional, la mayoría declaró aplicar alguna medicina casera.

N: "Soy yo la que se da cuenta si tienen húmedos los ojitos por el frío y si están enfermos. Si es un resfrío espero y, si tienen un poco de fiebre, los llevo al médico al día siguiente". (Natalia N.)

Grecia R. nos contó que, cuando no tienen mucha fiebre, antes de consultar al médico acostumbra a darles un té.

GR: "La fiebre baja con un té y una aspirina con pomelo caliente, pero tiene que estar bien caliente. Porque hace sudar mucho. Es rico porque es dulce. Exprimo el jugo de pomelo, lo caliento bien y le pongo una aspirina, la que es efervescente. Hago té de anís, de boldo y de manzanilla".

Josefina C. nos contó que cuando va a la sala del barrio con sus hijos que están afiebrados, el pediatra le dice que los bañe y que les dé una aspirineta; como ella ya lo sabe, lo hace antes de llevarlos. Otras mujeres les dan otros medicamentos, como Novalgina o Mejoralito.



Sus testimonios hablan de la adaptación, traducción y reconversión simbólica que las mujeres hacen de saberes y creencias, incorporadas a partir de las prescripciones médicas. Ya que el uso de analgésicos y antifebriles suministrados por las mujeres obedece, fundamentalmente, a la repetición de recetas dadas por los profesionales en situaciones similares. A partir de la consulta médica, la mujer incorpora a su bagaje tradicional el uso de medicamentos u otras prácticas médicas (Módena, *op cit*:110).

En este punto es importante destacar que las mujeres no reproducen pasivamente los preceptos y las indicaciones médicas, sino que adaptan, traducen y reconvierten estos saberes, conservando su especificidad de agente activo en el cuidado de la salud (Módena, *op cit*; Schapira, *op cit*).

Muchas viven como un deber la experiencia de ser la primera cuidadora, como una obligación inherente al rol femenino. Es por eso que, si por alguna razón no pueden cumplir con esta misión, suelen recurrir a otras mujeres (abuelas, hijas mayores, sobrinas, vecinas, que cumplen un papel fundamental en la cadena generacional de la transmisión de los roles de género) para solicitarles ayuda (véase apartado sobre vida cotidiana).

— ¿No hay nada que te resulte difícil?

H: “No, porque cada uno sabe dar su lugar. Yo, por ejemplo, me dedico mucho a mis hijos. Cuando ellos están enfermos, ese lugar les pertenece ¿De qué vale, entonces, la consulta que vas a hacer? Porque no depende del médico curar a tu hijo, sino de vos: él (sólo) te da la medicación”.

— Cuando te enfermás vos, ¿quién cuida a los chicos?

H: “Y, trata de cuidarlos Lisandra, que es la que más está conmigo y la más grande. Siempre la responsabilidad cae sobre ella porque es una chica”.

— ¿Y los trabajos domésticos también?

H: “Los hace ella porque Lidia está en el colegio, a no ser que esté acá y la ayuda limpiando la pieza”. (Olga H.)

GG: “Me cuesta un poquito el horario para darle la medicación. (...) Hay horarios en los que yo no estoy, y ellos (refiriéndose a sus hijos) se olvidan. A veces le digo a mi cuñada, ella los llama y se lo da”. (Gloria G.)

En este punto hemos detectado dos tipos de situaciones diferenciadas. Si la mujer trabaja afuera del hogar, la enfermedad de un familiar, como el caso de los hijos, le ocasiona fuertes trastornos de la rutina cotidiana. La mayoría de las veces significa faltar, ausentarse del trabajo antes de

horario o bien llevarlo al lugar de trabajo, poniendo en peligro la relación laboral o movilizándolo toda una red de solidaridad vecinal y familiar.

Si son ellas quienes se enferman, las complicaciones aumentan. Se refirieron a esta circunstancia diciendo que “no tienen tiempo para enfermarse”, que “casi nunca” les pasa o que, cuando les sucede, “sólo pueden estar un día en la cama”. A pesar de ello debemos notar que una gran mayoría ha manifestado que sufre enfermedades crónicas, con las que aprendieron a convivir durante mucho tiempo.

— Cuando te enfermás vos, ¿quién cuida a los chicos?

C: “Y yo, porque no me quedo en la cama, me quedo cuidándolos”. (María del Carmen G.)

N: “Tengo que estar todos los días bien”. (Natalia N.)

G: “Casi nunca me enfermo, gracias a Dios. Este año me engripé mucho y tuve que quedarme un día en la cama, y él (se refiere a su hijo) al lado mío. A la vecina la conocés, ‘la’ Lucy iba y venía. Somos vecinas y una cuida a la otra”. (Grecia G.)

Tal como fue señalado anteriormente, su propio tiempo, aún el socialmente destinado al ocio, como el de los fines de semana, está pautado por las demandas y actividades de los otros miembros de la familia. Tal como sugirió una de las entrevistadas, en este aspecto “no hay diferencia entre un día normal y un fin de semana, hago todo igual”.

Es justamente por esta razón que sus propias dolencias y trastornos parecen ocupar un lugar secundario en una escala jerárquica, en la que la primera posición está ocupada por las enfermedades de los niños.

— ¿Podés cumplir con las indicaciones que te dan (los médicos)?

A: “Con el mío no pude cumplir (se refiere a su médico) porque me quedaba lejos, pero tenía que ir, y fui, creo, que una sola vez; después dejé de ir. Me sentí bien y dejé de ir”. (Ana B.)

— ¿Qué hacés cuando vos o los chicos se enferman?

L: “Siempre voy al médico para atendernos, porque las cosas hay que tomarlas con tiempo y no (...) correr después, pero a veces yo no me ocupo”.

— ¿De vos no te ocupas?

L: “No, no”.

— De los chicos, ¿sí?

L: “Sí, (...) hago lo más que puedo, desde que se murió mi hijo yo me enfermo cuando los chicos se enferman”. (M. Inés)

Enfermarse, en este contexto, tiene un costo muy alto para la vida de las mujeres. Pero también puede ser muy dañina para su bienestar físico y mental la imposibilidad de hacerlo por la responsabilidad asumida frente al grupo familiar. Cabe mencionar aquí la existencia de numerosos estudios (Castro y Bronfan, 1993), que relacionan el estrés y la depresión femenina con su persistente tarea de brindar apoyo psicosocial al grupo doméstico.

## Mapa de las situaciones de riesgo

Tomando como punto de partida el modelo de análisis que Minujín y Kessler (1995, : 134 ss) plantean para ilustrar la problemática de la salud entre familias empobrecidas y teniendo como ejemplos casos ilustrativos trazamos, para las mujeres del barrio Inta, un *mapa de las situaciones de riesgo*. A tal efecto consideramos los datos sobre cobertura social para ellas, los rubros sanitarios que son motivo de atención y los que no, el tipo de síntoma que lleva a consultar a un profesional, el que es pasado por alto o el que se resuelve por autodiagnóstico y automedicación. Cada uno de los casos seleccionados para la construcción del *mapa de situaciones de riesgo* representa situaciones distintas respecto de la cobertura médica:

- Mujeres y familias sin cobertura médica que no utilizan los servicios públicos de salud.
- Mujeres y familias sin cobertura médica, pero que sí utilizan los servicios públicos de salud

Interesa destacar, en el caso de las mujeres que utilizan exclusivamente servicios públicos de salud, que, en general, aquellas que consultan en el circuito de los hospitales municipales lo hacen cuando son ellas mismas las que demandan atención ante alguna enfermedad. Si las mujeres no experimentan problemas de salud, su vinculación con los circuitos sanitarios se circunscribe, casi exclusivamente, a aquellos servicios que ofrece la sala San José.<sup>9</sup>

- Mujeres y familias que poseen cobertura médica, pero que la utilizan escasamente.

- Mujeres y familias con obra social que la utilizan regularmente.

## Modalidades de utilización de la cobertura y trayectorias desarrolladas

Las mujeres atraviesan diferentes etapas durante el proceso de toma de decisiones relativas al cuidado de la salud. Este procedimiento está fuertemente condicionado por las interacciones con el grupo familiar y social inmediato, y por las experiencias previas de las mujeres con los servicios de salud. Recorrer este camino significa producir posibles trayectorias a seguir; estos recorridos están limitados por las disposiciones personales y el mundo subjetivo de las mujeres, además del abanico de opciones concretas que tiene a su alcance (Schapira, 1993: 51).

Tal como surge del mapa de riesgo construido y, dado que la disponibilidad de cobertura médica no implica necesariamente su utilización, intentaremos reconstruir el modo concreto en que las mujeres utilizan o no los servicios de salud y/o las combinaciones que realizan con el uso de otros recursos de salud.

- a) Un grupo de mujeres combina el uso de obras sociales y/o prepagas a las que pertenecen, con consultas en la sala del barrio. Resulta provechoso destacar que esta combinación no se produce con todos los servicios públicos; ya que no concurren a los hospitales municipales, van al servicio de salud barrial.

Sin embargo, esta combinación se da en dos circunstancias diferentes. Por un lado, como en el caso de Gloria, puede atribuirse a factores burocráticos (Minujín y Kessler, *op cit*:141). Gloria es la jefa de un hogar donde conviven siete niños, siendo ella la principal proveedora de recursos para la familia. Carece de tiempo, ya que trabaja afuera del hogar. Concurrir a la obra social implica perder horas de trabajo por los trámites que debe realizar para conseguir una consulta médica o tener que faltar al banco en donde se desempeña como personal de maestranza. Si bien trabaja en relación de dependencia, le es muy difícil concurrir al servicio de salud sin tener parte de enferma (también son trabas burocráticas). Gloria optó por recurrir a la salita del barrio, allí ya conoce a los doctores y, si en alguna oportunidad ella no pudo ir debido a su trabajo, envió a su hija Eli con el hijo enfermo; y los doctores, que ya las conocen, los atienden aunque ella no esté presente.

Por otro lado, encontramos casos como el de Grecia, quien consulta primero en la salita del barrio y luego en la obra

<sup>9</sup> Recordemos que en la sala San José se ofrece Servicio de pediatría, enfermería, ginecología y nutrición. Asimismo se llevan a cabo los Programas de Nutrición y Crecimiento y el de Corazón Sano, que prevé, solamente, la detección de enfermedades de riesgo cardiovascular. No se ofrece servicio de clínica médica.



social. Según su perspectiva personal lo hace en ambos lugares para estar más segura del diagnóstico. A diferencia de Gloria, Grecia no trabaja.

b) Otras mujeres resuelven sus problemas de salud en el ámbito público, combinando las prestaciones de los hospitales municipales con las de la sala San José. En este grupo encontramos a aquellas que tienen alguna enfermedad crónica, como pueden ser problemas de insuficiencia renal, cardíacos, etcétera. La sala del barrio no les da respuesta a sus necesidades, y sólo la utilizan para el control pediátrico de sus hijos. En estos casos, la elección del efector se vincula con la prestación de servicios especializados para dar repuesta a su problema.

GR: "Me hicieron todo tipo de exámenes para ver por qué tenía la presión alta, y ahí surgió que tenía problemas renales. Después me realizaron una biopsia en el Fernández —que fue cuando me trasladaron— (porque no podía hacérmela) en el Tornú. Fue entonces cuando empezó el tratamiento (...), esa vez empezó (...) Siempre concurro al médico por los problemas que tengo; a la nena, generalmente, la llevo a la salita por las gripes que sufre". (Grecia R.)

Aún cuando las mujeres no requieran atención médica, la combinación tiene lugar en la atención de los hijos pequeños; ya que se utiliza la sala para consultas menores y el hospital para aquellas más graves y/o urgentes.

Para las mujeres que resuelven sus problemas de salud en el ámbito público, el inicio de las trayectorias se elige, en primer lugar, por el tipo de problema y la gravedad que en principio le adjudican. En segundo término por cuestiones de accesibilidad geográfica (Schapira, *op cit*:52). Si se tratara de enfermedades de los niños que conviven en el hogar, el inicio de la trayectoria es la sala del barrio, cuya atención es altamente valorada por las mujeres. Se continúa con efectores de mayor nivel de complejidad dentro del mismo subsector. Las razones que justifican el cambio de institución se relacionan con problemas burocráticos, derivaciones que el mismo médico de la salita indica, o por falta de conformidad con el diagnóstico recibido.

J: "A los chicos los atienden en ese centro (se refiere al CESAC núm. 7). Muchas veces, cuando pedí turno, nunca tuvieron en esta sala. Entonces me decepcioné, porque uno está en el barrio y podría ir al lugar más cercano, (pero cuando llegás) ya está todo el mundo anotado y no hay más números. Entonces empecé a levantarme más temprano porque hay que estar a las siete ahí, porque la puerta la abren a las nueve para dar turnos". (Josefina C.)

E: "Si veo que está poco claro, voy a otro doctor para saber si me dice lo mismo. No me quedo con un solo informe. Si es una cosa que es algo confusa no me quedo con un doctor, voy a otro especialista". (Estela A.)

Tal como sugiere Schapira (*op cit*:52), puede hablarse de huellas del prestigio de los grandes hospitales; especialmente de aquellos vinculados con la atención infantil, como el Garrahan o el Elizalde (ex casa cuna). Si se trata de la salud de las propias mujeres el hospital aparece, como en el caso del discurso de María Estela C., como el prestador privilegiado, por la mayor concentración de recursos, el ahorro de tiempo y eficiencia en el tratamiento.

c) Por último, en el proceso de construcción de las trayectorias, la medicina casera se constituyó en una práctica frecuente entre las mujeres de sectores populares, especialmente en el cuidado de su propia salud. Esta práctica se realiza de modo simultáneo con la consulta médica y, en muchos casos, puede retardar el examen en el sistema formal de salud.

G: "Sí, tomo yuyos. Yo pregunto qué yuyos puedo tomar, tengo por ejemplo para el corazón, el que tomo para la presión alta, el olivo". (Grecia G.)

### Factores que inciden en el uso y el desuso de los servicios públicos de salud

Anteriormente mencionamos que, entre los factores que inciden en la elección de los servicios, las entrevistadas destacaron la cercanía geográfica. Por este motivo, la salita San José es valorizada porque se encuentra ubicada en el barrio. Es indudable que este factor tiene un peso considerable cuando un grupo considerable no tiene la capacidad económica mínima para hacer frente al costo del transporte. Esta cercanía les permite mantener una relación familiar, casi afectiva con el lugar y los médicos que atienden allí; facilitando, por este motivo, el seguimiento de las enfermedades.

MB: "Yo los llevo a la salita, los llevo más cerca, porque llevo más rápido". (Mariana B.)

A: "Acá para todos los chicos. Porque, de todos modos, estos médicos atienden también en el Santojanni, y porque si no tengo plata para el bono, no voy a poder ir ahí; entonces a mí, por lo menos, me atiende bien la doctora. Cuando el nene tenía cinco días lo atendió la Dra. Zulma. Y, bueno, ahora lo sigue atendiendo ella. Gracias a Dios nunca los llevé por una cosa (...) muy grave, es para control nada más, algo pasajero".

— ¿Encontrás alguna diferencia cuando te vas a atender al hospital?

A: "Sí, eso sí. Porque allá hay más aparatos y eso. Pero en otra cosa, no. Ahora cuando están acá los médicos residentes, sí hay diferencias. Yo no sé si ellos no saben, o a lo mejor saben, pero no quieren dar, entonces yo prefiero no llevar los chicos cuando están los residentes". (Ana B.)

G: "Cuando vas a los hospitales es muy diferente, en la salita ya te conocen". (Gloria G.)

Otro criterio privilegiado de evaluación es la capacidad que tienen cada uno de estos servicios para proveer medicamentos y leche gratuitos. En este sentido, la sala es mejor evaluada que los hospitales públicos más cercanos, como el Santojanni o el Piñero a donde también concurren.

— ¿Sentís que en general la sala les provee de todo, les faltan cosas?

A: "A mí me dan siempre. No tengo quejas de ellos, porque los medicamentos que hay, cuando me hago atender, me lo dan siempre. Los doctores atienden bien a los chicos". (Ana B.)

O: "La salita es muy provechosa para mí; me provee, por ejemplo, de leche, que es importante para los chicos; también me dan los medicamentos y los antibióticos que son los que más utilizan mis hijos". (Olga H.)

EE: "Nosotros estamos conformes. Yo estoy conforme. Atienden muy bien y cuando hay remedios nos dan. Cuando no los tienen nos dicen que vayamos a comprarlos al hospital. Si no tenemos la plata vamos a *Cáritas*". (Eliana E.)

La disponibilidad horaria y la facilidad para obtener un turno no es un tema menor. Pese a que la sala no tiene un horario muy amplio de atención, las señoras resaltan la ventaja de conseguir turnos sin tener que levantarse muy temprano. Y, como señala una de ellas, "*con menos papeleo administrativo*". Cabe señalar también que las salas barriales no cuentan con un médico clínico y con tecnología de alta complejidad, la sala está asociada con la atención de enfermedades leves, mientras que el hospital está para las más complejas. Pero también es cierto que las salas barriales suelen recibir casos de patologías agudas que revisten gravedad, y que son derivados, deben contar con radio para pedir ambulancia, por el médico o por la enfermera a los hospitales.

— ¿Y cuando tenés que ir al hospital, al Santojanni, por ejemplo, por alguna cosa, te manejas bien o es más complicado?

C: "No, es más complicado por los turnos para los estudios. Yo, por ejemplo, tuve que esperar para el turno para hacerme un electro; lo saqué en agosto y me lo dieron recién para el miércoles (el mes de realización de la entrevista fue octubre), ¿viste? Y yo lo necesito urgente, pero no hay turnos porque están todos programados". (María del Carmen G.)

E: "Del hospital sí que me quejo un poco, porque te 'pelotean' mucho. En el Santojanni atienden bien, pero te pelotean mucho. Que vaya acá, que vaya allá. Te hacen ir a las cinco de la mañana y te atienden recién a las siete. Hay mucho "peloteo" administrativo (...) O sea que cuando por fin entraste al consultorio del médico, ya estás cansado de hacer trámites". (Estela A.)

N: "Acudo con poca frecuencia a la salita, pero tampoco vamos al hospital, porque las enfermedades, que son solo resfríos, no son tan importantes como para ir hasta allá. No son problemas importantes de salud, y simplemente vamos a la salita". (Natalia N.)

Entre los factores que desalientan e inhiben el uso del hospital —en la mayoría de los casos fue el Santojanni— las mujeres resaltaron las cuestiones administrativas; los horarios de atención de los consultorios externos y de algunas especialidades médicas son matutinos y es necesario acudir muy temprano para poder efectivizar el turno. Sin duda, esta dinámica expulsa del sistema de salud pública a buena parte de los jefes de hogar —ya sean mujeres o varones— que no pueden ausentarse de sus trabajos para concurrir a la cita. Se suman a este factor los altos costos que tienen los servicios de alta complejidad como por ejemplo, la quimioterapia. Por otra parte, cabe mencionar la serie de escollos burocráticos que tienen que enfrentar para realizar, por ejemplo, autorizaciones de tratamientos prolongados.

Algunas mujeres, las que cuentan con un capital social mayor, hacen uso de contactos personales o de punteros políticos, para poder acceder a lo que debería ser un servicio libre y universalmente ofrecido por el hospital. Tal es el caso de una de las entrevistadas, quien para poder recibir tratamiento de quimioterapia sin costos recurrió a un "*político conocido para que le escribiera una carta a la Cooperadora del Hospital*", solicitándole la rebaja en la prestación.

Frente a la situación descrita, las mujeres del barrio Inta que concurren al hospital no tienen demasiadas alternativas: algunas deciden hacer frente a todas estas trabas e inician el proceso de cura y otras, luego de varios intentos, terminan abandonando los tratamientos y desertando del sistema de salud.

## Medicina doméstica y otras yerbas

¿Cómo enfrentan los problemas de enfermedad? ¿De qué maneras intentan paliar las situaciones que afectan su salud y la de otros miembros familiares? ¿Qué representaciones se producen alrededor de la enfermedad y la cura, y cuáles con relación al saber científico y al doméstico?

El análisis del material cualitativo destaca que la práctica más habitual para solucionar problemas de salud/enfermedad es apelar al saber médico, y/o recurrir a la experiencia provista por la historia personal y/o familiar. A fin de analizar por qué algunas mujeres eligen, como primera medida curativa, una u otra estrategia examinaremos más detalladamente estas elecciones y los contextos en los cuales se realizan.

En primer lugar, la información provista por las entrevistas revela que los factores que definen el camino a seguir son el sujeto que padece la dolencia y la aparente gravedad de la misma. Tratándose de los hijos y si los síntomas observados no parecen revestir seriedad, resultan conocidos y/o recurrentes en la propia historia de enfermedades, ya que suelen acudir —en primera instancia— al *background* de lo aprendido en estos casos. Generalmente reaccionan de este modo ante síntomas tales como resfríos, catarros, fiebres o enfermedades como el asma.

J: “Cuando tiene fiebre (...) si el chico está muy decaído, uno lo nota un poco raro. O cuando dice “abuela, me duele la garganta”, entonces yo lo llevo a controlar”.

— ¿Lo llevan a control enseguida o esperan y le administran algún remedio casero?

J: “Cuando uno lo lleva con fiebre le dicen que le haga un baño y le dé una aspirina (...) Entonces yo espero al día siguiente, para saber si le pasó. Si está bien es porque había sido una cosa pasajera”. (Josefina C.)

— ¿Consultás al primer síntoma o dejas pasar a ver si se le pasa?

MG: “No, a veces le dejo pasar un poco porque a veces tiene mañas, pero otras veces no”. (M. del Rosario G.)

Aquí las experiencias se inscriben en el acervo tradicional de recetas transmitidas por sus propias madres o por familiares, y abarcan desde el uso de hierbas y tés, hasta el alcohol y la grasa de las gallinas para aliviar un ataque de asma. Pese a que todas manifestaron preferir las indicaciones del médico o verificar su *diagnóstico casero* recurriendo al saber científico, lo cierto es que, si no hay mayor gravedad, se convierten en *prácticas de autocuidado*. Si pretendiéramos hacer un pequeño *vademécum* de los tipos de enfermedades y remedios caseros, podríamos enumerar los siguientes:

- aspirina con pomelo caliente para que la fiebre baje
- té de anís para cuando tienen (se refiere a los chicos) gases
- té de olivo para la presión alta
- agua con limón para el dolor de estómago
- miel con aceite para el asma

Al mismo tiempo parecería tener cierta relevancia la autoprescripción de medicamentos de venta libre, como *Termofrén*, *Mejoralito*, *Novalgina*, aspirinas o los jarabes para calmar el dolor e incluso de otros, como los antibióticos, cuya venta se encuentra restringida. Esta práctica, posiblemente, podría implicar riesgos para la salud de las mujeres y de otros miembros del hogar. Tal como sugieren Minujín y Kessler (*op cit.*: 143), entre las familias de sectores populares las prácticas del autodiagnóstico y la automedicación existieron desde siempre. Por lo general se concentran en un número limitado de diagnósticos y medicamentos, situación que impone límites a la decodificación que las mujeres pueden hacer de los signos de malestar.

G: “Acá se compró Ventolín jarabe y Ventolín para nebulizar. A veces ni ellos me lo piden (se refiere a los médicos), pero yo los tengo guardados por si me los piden. Yo sola los compro, porque ya sé lo que toman ellos (sus hijos)”. (Gloria G.)

H: “A los síntomas los detecto yo. Por ejemplo cuando Dahiana tiene mucha fiebre, y si hay algo que no funciona, la llevo a la salita y sé que es una otitis. Nunca los dejo estar, los llevo al principio porque es muy peligroso. Aparte cuando ella tiene mucha fiebre le agarran convulsiones”.

— ¿Antes de ir al médico vos ya sabés de qué se trata?

H: “Más o menos por la experiencia que ya tengo”.

— ¿Haces alguna otra cosa antes de ir al médico o vas directamente?

H: “Si tiene mucha fiebre trato de bajársela con algo, con Termofren para la fiebre. Prácticamente ya sé qué es lo que se les da. Nunca me dejo estar cuando puedo ir al médico. Si se enferman un viernes a la noche yo ya tengo en la heladera antibióticos, ahí se los doy, y el lunes los llevo”. (Olga H.)

El resultado de una primera diagnosis presuntiva demostró que el ámbito doméstico se presenta como el espacio donde se inician las acciones curativas; y es allí donde usualmente se decide la *carrera del enfermo* y el lugar al cual será derivado: el hospital o la salita del barrio. Puede decirse también que estas prácticas están encaminadas a aliviar el dolor o las molestias y no a curar el supuesto trastorno. Para ello y si se llegara a tratar de enfermedades importantes

(congénitas o crónicas) acudirían inmediatamente al médico. Ampliaremos este último punto en el siguiente apartado.

La medicina doméstica o las prácticas de autocuidado constituyen un paliativo frente a la falta de medios económicos e institucionales para obtener medicamentos. En este sentido es que podemos sostener que representa una estrategia, que les permite anteponerse a la enfermedad con los escasos recursos con los que cuentan, aunque muchas veces el costo sea alto. Una de las mujeres consultadas nos relató como su hijo asmático *casi se intoxica* (Gloria G.) al utilizar un remedio casero.

Tal como afirma Menéndez, *"este modelo (el de la autoatención) es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención de la misma (...) su estructuralidad se basa en las funciones, no sólo curativas sino sobre todo socioeconómicas, que cumple para los grupos en que opera"* (Menéndez, 1984:8).

Es precisamente esta dinámica de interrelación entre prácticas y representaciones la que genera *"una racionalidad en la cultura médica materna, que tendería a establecer acciones cuyo objetivo es prevenir o atender las enfermedades y sus consecuencias"* (Osorio, 1988:307).

### Prácticas preventivas y condiciones de vida

En un barrio con las características del Inta podemos observar que no sólo existen situaciones heterogéneas en relación con la posición de las familias en la producción y el consumo. Además hallamos formas heterogéneas de constitución subjetiva, como una yuxtaposición de diversas mentalidades o formas de pensar. Al mismo tiempo, cada una de esas configuraciones subjetivas particulares atraviesa, de un modo conflictivo y contradictorio, la vida cotidiana de familias y grupos. En tal sentido, entendemos que las actitudes hacia el hábitat, con relación al cuidado de la salud, son elementos fundamentales y característicos de esas diferentes mentalidades en contrapunto (Galli y Malfé, 1996:173).

Observamos tres grupos de mujeres que son portadoras de distintas concepciones respecto de las relaciones entre hábitat y salud:

- 1) Un grupo coincidió en señalar, de manera concurrente, los siguientes aspectos como factores fundamentales a tener en cuenta en la prevención de padecimientos y/o enfermedades: la limpieza, la higiene doméstica, la de los alimentos y el tipo de alimentación. Este grupo de

entrevistadas manifestó que la higiene y la alimentación están estrechamente vinculadas con la buena salud: los aspectos señalados se circunscriben casi exclusivamente al ámbito privado y al de las responsabilidades individuales: en tal sentido Eliana E. manifestó que para tener buena salud es necesario, sobre todo, *"lavarse las manos, limpiarse, bañarse todos los días, tratar de tener el baño limpio"* y tratar de *"tomar mucha leche porque hace bien"*.<sup>10</sup>

— ¿Qué cosas de la vida cotidiana creés que ayudan a conservar la salud?

J: "Y me parece que la higiene y el buen trato entre la familia. Si alguno está enfermo que lo cuente, así se puede detectar y frenar una enfermedad a tiempo". (Josefina C.)

- 2) En el segundo grupo, las representaciones acerca de por qué las mujeres del barrio y/o sus hijos se enferman, guardan una relación directa con el hábitat donde se desarrolla su vida cotidiana. En este sentido rescatan aspectos que podemos resumir en las siguientes dimensiones: aquellos que tienen que ver con la infraestructura de saneamiento del barrio y, en consecuencia, con sus características ambientales, las condiciones de la vivienda y, por último, la higiene personal.

H: "Este no es un ambiente para que el chico crezca sano". (Olga H.)

La falta de saneamiento y la limpieza del barrio son vistas como factores que inciden en la vulnerabilidad del grupo familiar; la inexistencia de cloacas en algunas zonas, la basura circundante a las casas y cercana a los sitios donde los niños juegan habitualmente, y la falta de asfalto son considerados como focos de infección.

MG: "Que no vayan a la basura, que no anden tanto tiempo en medio del agua podrida. Que no coman cosas que no tienen que comer". (M. del Rosario G.)

— ¿Hay algún aspecto de la vida cotidiana que ayuda a la aparición de problemas de salud?

<sup>10</sup> Schufer de Paikin y otros (1987, pág. 27 ss) en una investigación sobre *Estrategias familiares en relación con la atención de la salud*, opinan igual con relación a la incidencia de la higiene en la salud.

J: "Y sí. Porque estamos llenos de microbios de la calle por la humedad. Se juntan muchos mosquitos que traen tantas enfermedades; puede ser que se contagie por transmisión de los mosquitos".

— ¿A vos te parece?

J: "Sí, porque yo leí mucho y sé que sería conveniente echar asfalto negro, para que se tapara un poco el barro ¿no?" (Josefina C.)

Hay quienes identifican el hacinamiento como una variable fundamental. El "vivir todos apretados" (Ana B.) es visto como una causa, pero al mismo tiempo, es vivido con culpabilidad. Muchas de estas mujeres se sienten responsables por no poder brindarles a sus hijos mejores condiciones de vida. Otro factor de importancia que señalan es la inexistencia de electricidad o gas en algunas viviendas, lo que imposibilita tener calefacción durante el invierno.

A: "Yo creo que sí, porque viviendo todos apretados por qué no se podría enfermar alguno, digo yo. Tal vez, yo hago divisiones, pongo esta cortina y las dos camas de los chicos. A veces me levanto de noche y vengo para acá y veo tan chiquito el dormitorio de ellos que me da no sé qué". (Ana B.)

3) Finalmente, un grupo de entrevistadas que, interrogadas acerca de cuáles son los aspectos de sus vidas cotidianas que vinculan con tener buena salud, respondieron con largos silencios, sin poder expresarse acabadamente.

Podemos conjeturar —aunque esto requeriría una investigación más amplia— que aún cuando ellas comparten el espacio barrial, sus actitudes, su mentalidad, sus formas de pensar y de percibir la realidad se formaron en contextos socioeconómicos y culturales diferentes. Las diversas realidades están vinculadas, en la mayoría de los casos, con los recorridos que realizaron hasta el momento de asentarse en el barrio, tal como lo dijimos al presentar las características del mismo. Precisamente son esas diferencias las que se reflejan en los grupos y en las constelaciones de actitudes que ellos representan. Sin embargo, cabe hacer aquí una salvedad. Es poco probable que las constelaciones de actitudes que se distinguen se presenten de manera pura entre las mujeres y los vecinos del barrio. Sólo podemos percibir, en todo caso, prevalencias (Galli y Malfé, 1996:174).

## Las dolencias padecidas

En cuanto a la percepción de la gravedad de la enfermedad padecida por ellas u otros miembros familiares, las mujeres

entrevistadas identifican un grupo de dolencias consideradas *poco serias*, conformado básicamente por resfriados, gripes, enfermedades respiratorias (asma, broncoespasmos) y otitis crónicas. Llama la atención que incluyan dentro de este grupo a las dos últimas patologías. Podemos pensar que la frecuencia con que han sufrido estas enfermedades en sus historias personales y las herramientas prácticas con las que aprendieron a mitigar sus efectos las han ido transformado en dolencias de menor importancia. Por otra parte y, tal como vemos en el análisis de los otros ejes, es justamente frente a este tipo de padecimientos cuando se genera un desplazamiento del médico como primera instancia de atención en la carrera curativa.

Asimismo resulta interesante reparar en la apreciación que hacen de algunas enfermedades que conllevan riesgos reconocidos; por ejemplo, las patologías del corazón no son percibidas como dolencias que exigen cuidados mayores. Este fue el caso de una de las mujeres entrevistadas. Su hija había sido operada por problemas en la carótida, pero ante la pregunta por la existencia de algún miembro de la familia con un trastorno grave, respondió negativamente. Otro ejemplo: una de las madres, con un hijo con niveles considerables de desnutrición, se mostró disconforme con el diagnóstico, aduciendo que su familia era de complexión delgada y de poca altura.

## La relación médico-paciente y la decisión ante la consulta médica

¿Qué significados adquiere la prescripción médica? ¿Cómo son resignificadas por las mujeres pobres? Como ya hemos señalado, las madres recurren al médico luego de comprobar que los paliativos caseros implementados no han logrado los efectos queridos. O bien, cuando los síntomas o las enfermedades demuestran cierta gravedad o no son reconocidos como *normales*.

Pese a la posibilidad de tomar este hecho como un ejemplo de práctica curativa alternativa del modelo tradicional, lo cierto es que ellas manifiestan, simultáneamente, una total entrega, conformidad y muy bajos niveles de cuestionamiento a los diagnósticos y prescripciones médicas.

I: "Óigame una cosa: a veces una tiene que escuchar, porque algunas veces no sabe; tiene que aprender de ellos algunas cosas, para eso estudió porque los médicos están en eso, una tiene que escuchar las cosas". (M. Inés)

— ¿Creen, en general, en el diagnóstico médico o a veces les resulta dudoso?

GR: "No sé, yo confío mucho en la doctora que me atiende. Ella me da mucha confianza. En ningún momento dudé de lo que me dijo". (Grecia R.)

A: "No, acá yo les tengo fe a los médicos que no son residentes. No es que no les tenga fe a los residentes, cómo no van a saber si son médicos; pero lo que pasa es que ellos no te dan remedios". (Ana B.)

Algunas mujeres, como Mariana en el caso siguiente, cuestionan el saber médico:

MB: "¿Ellos (los médicos) saben lo que tengo que hacer y yo no?"

Sin embargo, no se observa esta actitud crítica entre aquellas mujeres que han vivido experiencias dramáticas en relación con malos diagnósticos médicos, que pusieron en riesgo sus propias vidas o las de sus hijos, o que, en algunos casos, han debido sufrir la muerte de alguno. Este es el caso, por ejemplo, de Maria Inés, quien consultó a un médico de un hospital porque su hijo había amanecido "*tirado, cansado, pero no tenía fiebre, ni vómitos*"; el médico le prescribió un medicamento y le dijo "*mañana va a amanecer bien*", pero al día siguiente murió de meningitis.

También tenemos el caso de otra mujer con una hija de un año y tres meses que estaba engripada; por este motivo la llevó al hospital. El médico le recomendó *aspirineta* y un jarabe. Cuando volvió de comprar estos remedios en la farmacia, "*la nena dejó de respirar o apenas respiraba*". La dejó internada en el hospital con neumonía y a los dos días falleció. (Ana B.)

En ninguno de los casos mencionados se hace referencia a una mala praxis, a un diagnóstico errado y muchísimo menos se plantea la posibilidad de realizar pleitos legales, poniendo en duda la atención médica. Por el contrario, parecería que la confianza se renovara ¿Cómo entender esta actitud?

Como hipótesis para ser profundizada podemos pensar que el cuestionamiento de la práctica de aquellos que, socialmente son reconocidos como aptos para curar, tiene un costo alto para estas mujeres. Perder las certezas en el ámbito de la salud implicaría un moverse en las tinieblas, no saber a quién recurrir, sentirse más desamparados de lo que ya lo están social y económicamente. Quizá es por eso que recurren a otro tipo de explicaciones para darle respuestas a estos hechos.

Como otros aspectos de esta relación médico-paciente, podemos señalar que el modo en que el primero transmite la información, cómo explica las causas de la enfermedad y da

las indicaciones a seguir, no sólo es factor determinante a la hora de evaluar la atención, sino que también condiciona el grado de percepción que esa paciente tiene acerca de la enfermedad diagnosticada y, por lo tanto, de las precauciones que tome.

Lo dicho surge con evidencia en el caso de Natalia, una mujer a la cual le diagnosticaron mal de Chagas y, luego de unos años, el médico decidió colocarle un marcapaso. Pese a tenerlo puesto, ella quedó convencida con la solución propuesta por el especialista. Adujo que su "*explicación no fue muy práctica*" y que, además, "*hacía muchos años que tenía ese problema y nunca le había pasado nada*".

Observamos que, con respecto a lo que ellas consideran como limitaciones o impedimentos para seguir los tratamientos, básicamente, son los costos económicos de los medicamentos recetados. Por tal motivo es que, en general, miden la calidad de atención recibida a partir del ofrecimiento gratuito del medicamento por parte del profesional.

— ¿En general podés cumplir con las indicaciones médicas o te resultan difíciles de llevar adelante?

G: "Son difíciles porque tengo que comprar el medicamento y no sobra plata". (Grecia G.)

## Conclusiones

Concluida nuestra investigación abandonamos el barrio, pero no nos fuimos iguales que cuando llegamos. Aprendimos mucho de nuestras entrevistadas. Ellas poseen una característica propia que quisiéramos resaltar aquí; es el valor y la inteligencia de la mujer que intenta sobrellevar su vida y su historia personal y familiar en un contexto de pobreza urbana.

Las conclusiones científicas, que también surgieron de este trabajo de campo, son las que siguen a continuación. Un aspecto relevante, surgido a lo largo de los relatos, es la contradicción que plantea para las mujeres pobres la combinación de roles domésticos y laborales. Esta combinación de tareas hogareñas con el trabajo extradoméstico parecería poner en gran riesgo la salud de este grupo social, en un riesgo mayor que el de sus pares que permanecen desempleadas.

A las exigencias que les impone el desempeño de múltiples roles, se suman las escasas posibilidades de esparcimiento que tienen las protagonistas. El barrio no cuenta con instituciones que les puedan ofrecer a las mujeres actividades

de este tipo. A las limitaciones del contexto se agregan las restricciones impuestas por la escasez de recursos de que disponen, hasta el caso, de verse obligadas a suprimir el desarrollo de actividades de ocio, deportes o vacaciones.

Las situaciones de enfermedad de otros miembros del hogar ocasionan serios trastornos en las rutinas cotidianas de las mujeres; especialmente de las que trabajan afuera del hogar. Ellas se ven obligadas a faltar o a ausentarse del trabajo poniendo, en muchos casos, en peligro la relación laboral. Por otra parte, la enfermedad duplica las cargas y las tareas en el hogar, acrecentando las tensiones en las relaciones familiares/laborales. Cuando son ellas las que se enferman, aumentan las complicaciones.

En cuanto a la disposición y al uso de prestaciones médicas para el cuidado de la salud encontramos diferentes situaciones: mujeres y familias sin cobertura médica y que no utilizan los servicios públicos de salud; mujeres y familias sin cobertura médica y que utilizan los servicios públicos de salud; mujeres y familias que poseen cobertura médica pero la utilizan escasamente. Y, por último, mujeres y familias con obra social que la utilizan regularmente.

En este contexto, las mujeres desarrollan diferentes modalidades de uso o no uso de los servicios de salud y realizan múltiples combinaciones entre los distintos tipos. Un primer grupo combina el uso de obras sociales y/o prepagos de que disponen con consultas en la sala del barrio; otras resuelven sus problemas de salud exclusivamente en

el ámbito público, combinando las prestaciones de los hospitales municipales con las de la sala San José. Por último, algunas mujeres optan por privilegiar la medicina casera como práctica para el cuidado de su propia salud.

Entre los factores que inciden en el uso y el desuso de los servicios públicos de salud las mujeres destacan la cercanía geográfica; en ese sentido la sala del barrio es muy valorada pese a que no dispone de una cobertura completa de servicios.

Asimismo, las entrevistas y los testimonios de las mujeres dan cuenta de las diversas estrategias y trayectorias que ellas, quienes genéricamente pertenecen a los sectores populares urbanos, implementan y producen para el cuidado de su salud y la de los otros miembros del hogar. Esta diversidad está básicamente relacionada con:

- Los recursos con los que cuentan las mujeres y los grupos domésticos para el cuidado de la salud.
- La ocupación de las mujeres.
- La posibilidad que ellas tienen de reprocessar y utilizar información sobre el sistema de atención médica y de desarrollar determinada capacidad crítica frente al medio. Estas capacidades y posibilidades, que constituyen el capital cultural de las mujeres, guardan, asimismo, estrecha relación con su nivel de instrucción, las experiencias anteriores de contacto con el sistema de salud y las redes sociales que están a su disposición.

## Bibliografía

- ALTIMIR, O. (1979). "La dimensión de la pobreza en América Latina", en: *Cuadernos de la CEPAL*, núm. 27, Santiago de Chile, CEPAL.
- DI VIRGILIO, M.M. (1998). "Condiciones de vida y estrategias familiares en salud. Su impacto sobre el proceso de salud/enfermedad". Informe final de beca UBACYT. Buenos Aires. Area de Estudios Urbanos del Instituto Gino Germani. Mimeo.
- GARCÍA, B. Y DE OLIVEIRA, O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.
- GALLI, V. y MALFÉ, R. (1996). "Desocupación, identidad y salud", en: Beccaria, L. Y López, N. (Comps.). *Sin trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina*. Buenos Aires, UNICEF/Losada.
- GERSHANIK, A. (1993). "Salud en los niños y empobrecimiento: Su atención", en: Minujin y otros. *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: Efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires, UNICEF/Losada.
- HERZER, H. y DI VIRGILIO, M.M. (1996). "Buenos Aires: Pobreza e Inundación". *Revista EURE*. Revista de Estudios Urbanos y Regionales, Instituto de Estudios Urbanos, Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile, Diciembre.
- HERZER, H; DI VIRGILIO, M.M; REDONDO, R; LAGO MARTÍNEZ, S; LANZETTA, M. y RODRIGUEZ, C. (1997). "Aquí está todo mezclado. Percepciones de familias ocupantes de inmuebles en Buenos Aires sobre su situación habitacional". *Revista Mexicana de Sociología*. año LIX, núm. 4, México, UNAM.
- HERZER, H; DI VIRGILIO, M.M; REDONDO, R; LAGO MARTÍNEZ, S; LANZETTA, M. y RODRÍGUEZ, C. (1998). "Hábitat popular, organizaciones territoriales y gobierno local en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Análisis comparativo de dos estudios de caso". Informe final, proyecto UBACYT CS032, programación 1995-1997, Área de Estudios Urbanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Mimeo.
- HIBBARD, J. y POPE, C. (1991). "Effect of Domestic and Occupational Roles on Morbidity and Mortality". *Social Science & Medicine*, vol. 32, núm. 7, Great Britain, Pergamon Press.
- LARREA FLORES, R. (1994). *Criar hijos no es fácil. Familia y crianza en sectores populares*. Quito, CEPLAES/FODINFA.
- MENÉNDEZ, E. (1984). "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud". Documento de Trabajo, México, CIESAS.
- MERCADO MARTÍNEZ, F.J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- MINUJÍN, A. y KESLER, G. (1995). *La nueva pobreza en la Argentina*. Buenos Aires, Ensayos.
- MINUJÍN, A. y VINOCUR, P. (1989). "¿Quiénes son los pobres?" *Documentos de trabajo*, núm 10, Buenos Aires, INDEC.
- MÓDENA, M.E. (1989). "Vicios públicos, virtudes privadas: individuos, personas y conjuntos sociales en la salud y la enfermedad". *Nueva Antropología*. Revista de Ciencias Sociales, núm. 36, México.
- OSORIO, R.M. (1988). "La cultura médica materna en torno a la morbilidad infantil y preescolar". Proyecto de investigación, México, CIESAS.
- SCHAPIRA, M. (1993). "Representaciones del proceso de salud/enfermedad y la valoración de la atención médica desde la perspectiva de las mujeres". *Cuaderno Médicos Sociales*, núm 65/66, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- SCHUFER DE PAIKIN, M; PRECE, G; NECCHI, S. y ADAMO, M.T. (1987). "Estrategias familiares en relación con la atención de la salud". Buenos Aires, CONICET/Medicina y Sociedad, Mimeo.
- SEGOVIA, O. (1997): "La mujer habitante: uso, comportamiento y significado en el espacio público". en: Herzer, H. (comp.) *Postales Urbanas del Final del Milenio. Una construcción de muchos*. Buenos Aires, Instituto Gino Germani/Oficina de Publicaciones del CBC.

# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO**

## **TALLER DE INFORMACIÓN PERIODÍSTICA EN SALUD**

Espacio de información, análisis e investigación sistemática de los acontecimientos en el campo de la salud en México

**Distribución gratuita**

**Para mayor información dirigirse a:**  
Departamento de Atención a la Salud  
Área de Educación y Salud  
Calzada del Hueso 1100  
04960, México, D.F.



# ***Salud Problema***

## **PUBLICACIONES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Con este número la revista ***Salud Problema*** continúa su nueva época editorial abriendo sus espacios a colaboraciones de calidad enfocadas a temáticas de investigación sobre las relaciones entre la salud y la sociedad; es una publicación científica editada por el posgrado en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, bajo los siguientes requisitos para facilitar su edición.

### **DATOS GENERALES PARA LA RECEPCIÓN DE ESCRITOS**

1. La revista ***Salud Problema*** publica artículos, reportes de investigación, ensayos, comentarios polémicos, noticias, información sobre nuevas publicaciones, reportajes, entrevistas y reseñas bibliográficas. Los textos que se envíen deberán ser inéditos y no haber sido sometidos a consideración de otras publicaciones. La revista no provee servicio de captura o corrección de textos, dibujos o arreglos de ilustraciones, es responsabilidad de cada autor llevar a cabo estas tareas, así como entregar los manuscritos de acuerdo con las normas editoriales que se establecen. El Consejo Editorial se reserva el derecho de regresar a sus autores los materiales que, a su juicio, no cumplan los requisitos de calidad, extensión o cuidado formal y editorial.
2. Los trabajos deberán ser elaborados en español, con un resumen (sinopsis) en inglés y español. Palabras claves en español e inglés.
3. Las colaboraciones se deberán entregar en diskette 3.5; en procesador de textos Win Word, Word Perfect (5.0 o superior), anotándose sobre el diskette el título del artículo, nombre del autor y el programa en que fue capturado el texto, acompañado de tres copias impresas.
4. En caso de artículos o ensayos, la extensión del texto será hasta de 40 cuartillas escritas a doble espacio incluyendo carátula, resumen, agradecimientos, cuadros, gráficas, notas, dibujos, currículum de los autores y referencias bibliográficas.
5. Siguiendo el criterio anterior; los reportes de investigación, los comentarios polémicos, las noticias, los reportajes, las entrevistas y las reseñas bibliográficas no deberán exceder de 10 cuartillas.
6. El currículum (resumido) del autor y/o autores deberá contemplar: grados académicos, institución donde trabaja, líneas de investigación que desarrolla y experiencia laboral, en no más de 15 renglones y en hoja separada al final del texto.
7. Todos los trabajos incluirán en una hoja aparte (primera hoja), el nombre del autor y/o los autores, institución a la que pertenecen, domicilio, número telefónico, fax y correo electrónico para su rápida localización.
8. Los trabajos deberán entregarse a los miembros del Consejo Editorial o enviarse a: Director(a) de la Revista ***Salud Problema***, Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, CP 04960, México, DF.
9. La aprobación o no de los textos enviados a ***Salud Problema*** se basa en opiniones fundamentadas de dos dictaminadores.

### **DATOS PARTICULARES PARA LA PRESENTACIÓN DE UN ESCRITO**

1. Los manuscritos deberán presentarse en hojas blancas tamaño carta escritas por un sólo lado, a doble espacio (incluyendo resumen, agradecimientos, notas y bibliografía), con márgenes de tres centímetros, cada página deberá contener 27-30 líneas.
2. La primer hoja llevará la información requerida en el punto número 7 de los datos generales.
3. La segunda hoja, el resumen de 15 renglones con su traducción al inglés y de tres a cinco palabras clave.
4. A partir de la tercera se incorpora el texto, repitiendo sólo el título en la parte superior con un margen (colgado) de 9-10 líneas. Asignando a esta hoja el 1, numerar el resto.

5. En el cuerpo del texto y para referencias no textuales, incluir entre paréntesis el o los apellidos de los autores a que se hace referencia y el año de publicación. Ejemplos: (Gómez, 1996), (Gómez y Pérez, 1996) o (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996). En caso de que se trate de más de tres autores, sustituir los apellidos del segundo en adelante con la expresión *et al.* (sin cursivas y sin punto después de *et*). Por ejemplo: (Gómez *et al.*, 1996). Para referencias textuales, incluir la o las páginas correspondientes: (Gómez, 1996:26), (Gómez y Pérez, 1996:26-27), (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996:26-28) o (Gómez *et al.*, 1996:26).
6. Las citas textuales que ocupan menos de cinco renglones no se separan del texto y se entrecorren, las de más de cinco renglones se separan del texto dejando una línea en blanco antes y después, sangrando cinco espacios a la izquierda y a la derecha, además de escribirse a renglón seguido y subrayando para componer en cursiva. En este último caso, omitir las comillas.
7. Se utilizarán corchetes [], cuando se integre un dato agregado por el autor a una cita y tres puntos suspensivos a las omisiones hechas al texto original.
8. Al principio de cada capítulo así como resumen, introducción, títulos diversos, bibliografía y demás divisiones de la obra, el margen de la cabeza (colgado) deberá de ser de 9 -10 líneas, centrados y deberán escribirse en mayúsculas y minúsculas.
9. Al inicio de cada párrafo se dejará una sangría de cinco golpes. Pero se dejarán de sangrar los párrafos con que se inician cada capítulo y los que siguen a un subtítulo.
10. Llamadas y notas: Las llamadas de notas deben indicarse con números volados, sin puntos ni paréntesis. Si hace falta una segunda serie se señalará con asterisco y si se precisa todavía una tercera, puede usarse letras voladitas. En todo caso las llamadas irán después de los signos de puntuación. Las notas se harán en hoja aparte al final del texto y comenzarán con una sangría de tres golpes. No es aceptada la elaboración de notas para efectuar referencias bibliográficas.
11. La bibliografía se presentará en hoja aparte refiriendo solamente a los autores mencionados en el documento. Se alfabetiza por el apellido paterno del autor principal y del más antiguo al más reciente para dos o más títulos del mismo autor o autores. Las referencias deben ser elaboradas siguiendo este formato:  
**Libros:**  
BURÍN, MABEL (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México, Paidós.  
**Dos o más autores:**  
BURÍN, MABEL y PEDRO LÓPEZ (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México, Paidós. (Notar que en el segundo autor se menciona primero el nombre). En las referencias bibliográficas no se usa la expresión *et al.*, se listan todos los autores.  
**Capítulos en libros:**  
LÓPEZ, OLIVA (1993). "¿Desmantelamiento o modernización de la política social?", en: S. Fleury (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Brasil, Fundación Osvaldo Cruz de la Escuela Nacional de Salud Pública, pp. 25-48.  
**Artículos en revistas:**  
VEGA, GENARO (1994). "Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar". *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 3, pp. 283-287.
12. Cuadros y gráficas se pondrán por separado indicando claramente su lugar en el texto con la leyenda **insertar cuadro o gráfica núm. X** (cada tabla o gráfica debe estar impresa en una hoja separada, numeradas progresivamente, con título y la fuente). Los mismos criterios deben ser usados para las ilustraciones (dibujos y fotografías).
13. Siglas y abreviaturas: se escribirán con mayúsculas, sin puntos ni espacios.
14. En caso de ser aprobados para publicación, el Consejo Editorial, se reserva el derecho de llevar a cabo correcciones de redacción y estilo a los manuscritos, así como modificaciones al título de los trabajos.