

Salud y género. Impacto del mesotelioma pulmonar en la dinámica familiar.

Lucila Scavone

RESUMEN

Este trabajo es el resultado de la investigación "La producción de asbesto y sus consecuencias socio-familiares. Un enfoque comparativo franco-brasileño", realizado en la región de Sao Paulo (1994-96). Se abordan cuestiones relacionadas con las consecuencias de esta enfermedad en la familia y las relaciones sexo/género en el interior de la misma, tratando de responder a interrogantes sobre los impactos de esta enfermedad, la contribución de las relaciones de género en la construcción de la invisibilidad social de las enfermedades profesionales y en la invisibilidad del trabajo de las mujeres por la salud de la familia.

Palabras clave: producción de asbestos, género, familia y salud.

Fecha de recepción: noviembre de 1996

Fecha de aprobación: enero de 1998

Traducción del portugués de la Mtra. Julieta Haidar.

ABSTRACT

This paper presents partial results of research into "Asbestos production and its family and social consequences. A French-Brazilian comparison", carried out from 1994 to 1996 in the Sao Paulo region. The impact of the disease on the family, especially upon sex/gender relationships is addressed. Unequal gender relationships are emphasized as a means for the construction of the invisibility of the illness and women's work as care givers, both, in the workplace and in the household.

Key words: asbestos production, gender, family and health.

Depto. de Sociología de la Universidad Estatal de Sao Paulo, Brasil.

Introducción

Este trabajo es resultado de la investigación "La producción de asbesto y sus consecuencias socio-familiares. Un enfoque comparativo franco-brasileño" realizada en la región de Sao Paulo, Brasil, en el periodo de 1994-1996.¹ En ella, escogimos investigar a las familias de los trabajadores que desarrollaron mesotelioma porque esta enfermedad es raramente diagnosticada en Brasil, está relacionada a la exposición al asbesto y es fatal. A través de tres casos diagnosticados, localizamos a las familias involucradas, sin embargo, una se rehusó a participar en la investigación. No buscábamos representatividad estadística, pero trabajamos con la totalidad de los casos de mesotelioma oficialmente diagnosticados.² En las familias entrevistamos a las esposas de los trabajadores, que habían fallecido hacía poco tiempo. Ellas vivían en Leme, ciudad del interior de Sao Paulo, en donde se sitúan dos industrias medianas de cemento-asbesto y otras de menor tamaño.³

¹ El estudio fue financiado por la red INSERM norte-sur y por el acuerdo bilateral INSERM/CNPq. El equipo de esta investigación fue constituido por dos investigadoras, Fernanda Giannasi y Lucila Scavone, y una ayudante, Claudia Adametis. En la primera parte de la investigación contamos con la colaboración de la ayudante Larissa Barros. Su objetivo principal es valorar la utilización del asbesto en la industria brasileña y evaluar sus efectos en la salud de los trabajadores, revisando cuestiones relacionadas con la legislación laboral y la organización de movimientos sociales afines. Objetivos más específicos son localizar a trabajadores con enfermedades diagnosticadas por la exposición al asbesto y sus familias. Esta parte más específica de la investigación implicó la recolección de datos primarios, mientras que la parte genérica fue realizada a través de datos secundarios y la elaboración de un banco de datos.

² Hasta la fecha de nuestra investigación el equipo de Salud Ocupacional de la UNICAMP había diagnosticado tres casos de mesotelioma de pleura relacionados con la exposición al asbesto, aunque la literatura médica hacía referencia a un cuarto caso. El mesotelioma es un tumor raro atribuido a la exposición al asbesto que puede alcanzar la pleura o el peritoneo. Las otras enfermedades relacionadas con la exposición al asbesto son la asbestosis, enfermedad crónica pulmonar, y el cáncer pulmonar. Es conveniente recordar que las enfermedades relacionadas con el asbesto no solamente son asociadas con exposición laboral, dado que no es necesario un tiempo prolongado de contacto con éste, ni tampoco una cantidad elevada de fibras para ser víctima del daño.

³ En esta región se localizan las principales industrias de asbesto de Brasil. Las entrevistas, de carácter cualitativo, fueron realizadas en dos grandes etapas, en la primera se aborda la historia de la enfermedad del trabajador, incluyendo su trayectoria familiar, profesional y de salud; la segunda etapa busca construir la trayectoria de vida de las mujeres de estos trabajadores. Además, en una de las familias se obtuvo información de la hija más grande y la hermana del trabajador, en la otra, del hermano.

El trabajo aquí presentado enfatiza cuestiones relacionadas con las consecuencias de esta enfermedad profesional en la familia y las relaciones sexo/género en el interior de la misma, donde se establecen relaciones de poder y dominación que delimitan el lugar de cada uno en el espacio doméstico y en el conjunto de la sociedad. ¿Cuáles son los impactos de estas enfermedades en la familia? ¿Cómo las relaciones de género pueden contribuir para construir la invisibilidad social de las enfermedades profesionales? ¿Cómo la enfermedad al ser administrada en el espacio privado refuerza la invisibilidad del trabajo de las mujeres por la salud en la familia?

Familia y salud ¿quién cuida de los enfermos?

La estrecha relación de la salud con la familia ha sido señalada por estudios e investigaciones de sociología y de antropología (Cresson, 1991; Fravot, 1988; Aiach, 1989). Por ejemplo, el trabajo realizado por las mujeres en el cuidado de los enfermos, las perturbaciones ocurridas en la cotidianidad de la vida familiar frente a la presencia de enfermedades crónicas o mortales, la tensión constante de los miembros de la familia producida por la casi certeza de la pérdida próxima de un ente querido, que, en algunos casos, asegura el equilibrio económico del grupo doméstico; la inestabilidad instaurada junto con la enfermedad, entre otros.

Aunque estos aspectos hayan sido abordados con diferentes enfoques, es importante para fines de este estudio destacar el lugar de las mujeres en la salud bajo la óptica de las relaciones sexo/género. Tal lógica

produce una división en el trabajo y en la familia entre hombres y mujeres, cada uno con su lugar específico que se remite al lugar que tienen en el trabajo y vice-versa (Barrere-Maurisson, 1992:123).

Estas relaciones son fundamentadas por el poder y la dominación masculina, produciendo una división desigual del trabajo entre los sexos. En esta lógica el trabajo doméstico se definiría, según la expresión de Fougeyrollas-Schwebel (1995:39) como *une mise au travail des femmes comme groupe social*, que no se restringe al grupo familiar, sino también a las formas colectivas.

En relación al trabajo en la salud, ya fue observado que las mujeres son las principales productoras de cuidados sanitarios, tanto profesionalmente como en sus vidas privadas (Cresson, 1991; Bungener, 1987; Vandelaer, 1985; Graham, 1984). Estos cuidados consistirían en una dimensión del trabajo doméstico que, tanto en la familia como en las instituciones de salud, es atribuido a las mujeres. En la familia tales cuidados implican responsabilidades por el bienestar

de sus integrantes, especialmente de los hijos (as). Representaciones femeninas de la maternidad entre capas populares apuntan a una relación entre el cuidar de la salud de los hijos (as) y las responsabilidades maternas, en general, fundamentadas en el amor (Sacavone, 1992; 1993). Por otro lado, este cuidado refuerza la centralidad de la figura materna, ubicando a la madre como la persona que conoce mejor los sentimientos y sufrimientos de sus hijos (as).⁴ Aunque las investigaciones realizadas en este dominio demostrarán más la actuación de las mujeres junto a sus hijos (hijas) o junto a personas ancianas (que sería la relación inversa, hija cuidando de la madre, del padre o de los abuelos), ella se da también a otros miembros de la familia, apareciendo relacionada a las múltiples manifestaciones del amor familiar: materno, erótico, filial, fraternal. Los cuidados femeninos de la salud en la familia están asociados a la expresión de afecto y porque ponen en juego la vida de un ser querido, se dificulta su reconocimiento como trabajo.⁵ Cresson (1991) clasificó tales cuidados como "trabajo sanitario profundo", que consistiría en una actividad orientada a la salud, que tiene lugar dentro de la familia y no es remunerado. Strauss *et al.* (1985) lo consideran como "trabajo sentimental".

Es importante resaltar que por sus propias características estas tareas deben ser pensadas en un sentido más amplio que la realización de un simple acto sanitario, especialmente en los casos de enfermedades graves o crónicas. Implican tensión y estrés al tener una persona de la familia enferma, la desestructuración y reacomodación de la organización familiar en torno a la enfermedad y la amenaza e inseguridad que la posibilidad de la muerte del enfermo produce.

La enfermedad profesional en las familias investigadas

En nuestra investigación estos cuidados se desencadenan a partir del esposo que se enfermó por la exposición al asbesto. Desde el punto de vista de la esposa, la relación con el marido es, evidentemente, de otra dimensión que la relación con los (las) hijos (as), marcada por el afecto y la intimidad sexual, por las diferencias de género construidas

socialmente, por las condiciones en las cuales estas diferencias son edificadas, por el contrato económico que se instaura con el matrimonio, por la presencia o no de hijos (as) y esta relación va, inevitablemente, a entrar en un profundo proceso de cambio frente a la enfermedad del compañero.

La descripción de los impactos más evidentes de la enfermedad profesional y de su irrupción en la vida cotidiana de las familias investigadas nos da elementos para reflexionar sobre los cambios radicales en la vida personal del enfermo, la creación de nuevas responsabilidades para las mujeres y de las nuevas interacciones que de ahí se derivan. Por otro lado, nos lleva a cuestionar sobre la falta de responsabilidad de la sociedad (en particular de los empresarios) en las enfermedades profesionales.

Características de la familia A:

Se trata de un grupo doméstico compuesto por cuatro hijos (as), dos hombres de 16 y 24 años y dos mujeres de 13 y 21 años, la Sra. Regina y el Sr. Juan. El se murió de 56 años en 1994. La señora Regina nació en 1946, trabajaba en el campo, temporalmente, en la cosecha del algodón, de la naranja, del café, pertenecía a una familia de trabajadores rurales. Estudió hasta el cuarto año de la secundaria, en la época en que él se enfermó, trabajaba en una fábrica de papel corrugado ejerciendo servicios diversos; su trayectoria personal fue bastante variada (trabajador rural, obrero, empleado en un banco, escribano en una hacienda, sirviente en la alcaldía) habiendo laborado un año, de 1967 a 1968, en la Permatex, industria de cemento-asbesto de Leme. Los dos hijos mayores ya habían ingresado al mercado de trabajo cuando el padre se enfermó. Empezaron a trabajar a los 13 y 14 años, pero la situación económica de la familia empeoró durante la enfermedad del Sr. Juan, consiguieron construir una casa con la ayuda de los hermanos de la pareja, mudándose a ella cuando ya estaba próxima la muerte del Sr. Juan, antes pagaban alquiler. La familia ampliada ayudaba y continuó ayudando.

Características de la familia B:

El matrimonio del Sr. Marcos y la Sra. Martha no tuvo hijos. El Sr. Marcos, nacido en 1938, tenía 56 años cuando se murió. La Sra. Marta nació en 1941, criaron una sobrina que se quedó huérfana de madre, hermana de la Sra. Marta. La Sra. Marta trabajó como profesora en primaria y en secundaria, pertenecía a una familia de comerciantes. Estudió en la Facultad de Biblioteconomía, Matemática y Pedagogía. Tuvieron que venir para Osasco (ciudad vecina de la capital Sao Paulo) en donde fue designada profesora del estado. El Sr. Marcos, cuya escolaridad fue sólo

⁴ En una investigación sobre niños que se sometían a diálisis en sus casas. Aiach (1989:204) reproduce lo dicho por una madre "*seulement une mere est susceptible d'être à l'écoute de la souffrance de son enfant et d'accomplir le travail médical avec plus de rigueur possible*".

⁵ Se observa que el trabajo doméstico, en general, no tiene este reconocimiento. Creemos que en el caso de los cuidados de la salud es más difícil, pues involucra vida, muerte y amor.

de primaria, trabajó la mayor parte de su vida en dos vulcanizadoras próximas a las fábricas de cemento-asbesto, tanto en Leme como en Osasco. Entre los años 1969-1979, en Osasco, tuvo una vulcanizadora cerca de la fábrica de asbesto (la Eternit). La situación financiera de la familia era buena, la Sra. Marta no quedó con problemas financieros.

Familia y enfermedad

Las primeras señales de la enfermedad para el Sr. Juan — familia A— aparecen con dolores en la espalda y falta de aire,⁶ en aproximadamente tres años la enfermedad invadió completamente la vida del trabajador y de la familia, instaurando la sospecha de la gravedad y la amenaza de la muerte, ya que los síntomas no desaparecían con los sucesivos tratamientos, al contrario, empeoraban. La relación de la enfermedad con la exposición al asbesto fue establecida por los médicos que diagnosticaron el tumor en Campinas, pero la familia no fue oficialmente comunicada.⁷

El cuadro familiar se transforma, la enfermedad reordena la rutina de la familia y la Sra. Regina busca un ajuste para la nueva situación: hospitalizaciones frecuentes del marido, idas diarias o semanales al hospital de Campinas para quimioterapia, incertidumbre y sospecha de la gravedad.

Con anterioridad al surgimiento del padecimiento, el marido era el principal proveedor y el trabajo de Doña Regina un acontecimiento eventual que, según ella, hacía por gusto y voluntad, "no necesitaba porque él ganaba" —nunca trabajó embarazada y, de hecho, el marido no quería que ella trabajara—. Con la enfermedad, la situación cambió y el trabajo de ella pasa a ser necesario para el sostén de la familia.

El Sr. Juan deja de trabajar, entra en los auxilios para la enfermedad. La Sra. Regina, antes de salir de madrugada para el campo, prepara la comida de ella y de su marido — para llevar para Campinas— y deja la comida lista para los niños. La hija mayor viene al final de la mañana y le "hace compañía al padre" —cuando él no va para el hospital—, calienta la comida, lava la ropa, cuida de la casa y regresa para su trabajo.

⁶ En las dos familias "reconstruimos" el desarrollo de la enfermedad principalmente a partir de entrevistas con las mujeres. Este aspecto es importante de considerar, pues el lugar del hombre en la familia también fue construido a partir de información obtenida con ellas.

⁷ En Leme es común establecer la relación de los cánceres con los trabajadores de las industrias de cemento-asbesto. Esta misma familia tuvo un cuñado que trabajó 17 años en la Permatex y murió de cáncer en 1979. Sin embargo, no fue hecho un nexo causal por los médicos, pero el Sr. Juan y su familia sospechaban que su enfermedad sí tuvo relación con el trabajo.

El cambio producido por la enfermedad también afecta la participación del marido en las tareas domésticas: "él limpiaba la casa, él hacía la comida, a él le gustaba hacer comida, hasta lavaba la ropa, participaba en casi todo cuando estaba bien" (D.R.). Después, como enfermo, continuó haciendo algunas cosas dentro de la casa, pero según la enfermedad avanzaba (tenía mucha tos y dolor), Doña Regina y su hija se ocuparon cada vez más de él y de todo.

La Sra. Regina hace lo que sea para agradarlo: comida, jugo de frutas, no deja que falten manzanas y las otras cosas que a él le gusta comer. La hija siempre le compra frutas, muy solícita con el padre, en las crisis de falta de aire por la noche, iba corriendo a buscar al vecino para llevarlo al hospital. La hija menor vivía poniéndole pomada para aliviarle el dolor, lo abanicaban para ayudarlo con la falta de aire.

El "desorden" familiar producido por la enfermedad viene acompañado de cambios en el comportamiento del enfermo, que de una persona alegre y cariñosa se transforma en una persona triste, irritable con los niños y desconfiada con los otros, quejándose por el dolor fuerte que persiste. Habiéndole dicho los médicos lo irremediable de su mal y lo próximo del fin, la Sra. Regina no dice nada a los (las) hijos (as), "aguanta sola", sólo avisa a la familia de él. Los últimos seis meses antes de su muerte, ella deja de trabajar y se queda cuidándolo.

De la familia B, el Sr. Marcos y la Sra. Marta ya estaban jubilados cuando la enfermedad surge de forma violenta, transformando en un periodo de dos años la vida de la pareja en una lucha por la cura. Después de haber hecho una biopsia el médico constató la gravedad de la situación, fue encaminado para Campinas, en donde fue tratado por un equipo de pneumonólogos. Diagnosticado el tumor, fue recomendada cirugía, junto con el tumor le retiraron cuatro costillas y dos tercios del pulmón y le implantaron una tela.

La Sra. Marta lava el tórax del marido dos veces al día y prepara comida especial con bastante calcio y hierro. Hace todo lo que le dicen que es bueno, manda a buscar una vacuna a Japón, lo lleva a pasear en coche y lo acompaña al hospital, amigos y familiares vienen a visitarlo y venden un coche y un terreno para los gastos médicos.

Después de la operación la situación empeora por lo incómodo de la tela y, a pesar de ella, el dolor fuerte continúa. El Sr. Marcos enfrenta otra cirugía para retirar la tela bajo riesgo de su vida, sobrevive, pero la enfermedad continúa evolucionando, le practican quimioterapia. La Sra. Marta para enfrentar la situación y continuar luchando por la salud del marido encuentra confort en la religión. A ella no le importa

la causa de la enfermedad, no quiere tocar ese asunto: “no pregunté, no quise aventurarme mucho, no quería saber”. Finalmente, los médicos le diagnosticaron mesotelioma, pero como en el caso del Sr. Juan, no comunicaron oficialmente a la familia, ni tampoco la relación de la enfermedad con la exposición al asbesto.⁸

La doble invisibilidad

El análisis de estas dos familias nos ilustra una compleja situación en la que están articuladas la salud, el trabajo y las relaciones de género. Aunque se trate de dos casos y no se pueda generalizar, ambos tienen la misma lógica de las relaciones sexo-género y salud-trabajo observadas en otras investigaciones. La enfermedad profesional causa alteraciones importantes en la familia, que son administradas fundamentalmente por las mujeres. Es imposible evaluar como, en el caso contrario, la situación sería vivenciada por los compañeros. En una investigación sobre hospitalización domiciliaria ya fue observado que cuando los hombres tienen que cuidar a un enfermo encuentran fácilmente apoyo de otras mujeres de la familia o del vecindario (Favrot, 1988). La participación femenina en la planificación de la situación familiar respecto al trabajo y a la salud del marido ha sido en la soustraitance del sustento del sector nuclear, en las minas de Salsigne y también con trabajadores expuestos al asbesto.

El drama cotidiano de la enfermedad es vivido y planificado sustancialmente por la familia, que se debe reacomodar a la nueva situación, restándole poco tiempo o estímulo para reflexionar sobre las causas. Esto, por otro lado, libera a los empleadores de la responsabilidad de la patología del trabajador, que para ellos permanece invisible socialmente, quedando la relación de la enfermedad con el trabajo minimizada frente a la urgencia del tratamiento.

En el primer caso, se trata de una familia modesta, en donde el tumor transforma el equilibrio financiero y emocional del grupo doméstico, trayendo una sobrecarga física y emocional para la esposa y para la hija, aunque ellas no lo admitan.

⁸ El Sr. Marcos desconfiaba de la relación de la enfermedad con el trabajo, pensaba que era el polvo de la goma lo que le había provocado el tumor. Sin embargo, en las entrevistas que tuvo con los médicos hubo relatos de sus ideas a la industria de cemento-asbesto y probablemente le sugirieron su relación con el asbesto, sin embargo, no disponemos de información sobre esto. Esta exposición fue definida por los médicos como paraocupacional, según la ficha que nos concedieron, el Sr. Marcos habría frecuentado la industria en Leme diariamente durante tres años. La Sra. Marta desconocía estos datos hasta el momento en que se los comunicamos. Seis meses antes de la muerte el cuadro empeoró: debilitado el Sr. Marcos es tratado con morfina. Antes era un hombre alegre y juguetón, se quedó triste. Al final, ella pide ayuda al cuñado, pues ya no consigue levantarlo.

Concretamente, en esta familia la enfermedad se expresa por el sufrimiento del marido y por la imposibilidad de resolverlo, por la inseguridad y angustia en relación al futuro,⁹ es igualmente expresión del sufrimiento del compañero y de la proximidad de su pérdida. En ambas trayectorias esta enfermedad, con su rápida evolución y dolor físico violento, hace emerger un sufrimiento difícil de soportar, lo cual estas dos mujeres presencian y buscan calmar.

En el análisis de estos casos merecen destacarse algunos puntos. El primero es el lugar de los maridos proveedores de la familia. Para la Sra. Regina esta situación es más evidente; ella refuerza este lugar antes de la enfermedad, minimizando la necesidad de su propio trabajo y del trabajo de los hijos (as), posición asumida por el marido, aunque ella continuase trabajando. La centralidad de la figura del marido proveedor va a dificultar más las decisiones que ella tendrá que tomar después de la enfermedad y de su muerte. De una posición de esposa y madre donde el ejercicio de la maternidad es una fuente de placer “habría tenido mucho más hijos, me gustan mucho los niños, nunca tuve miedo de tener hijos”, pasa también a la posición de jefe de la familia “todo era responsabilidad de él, después pasó todo para mí”.

En el caso de Doña Marta la situación es atenuada por el hecho de que ella valora su propio trabajo y muestra determinación en la selección y ejercicio de su profesión, no abandonándolo. Al contrario, el marido se transfirió de ciudad para acompañarla, ella continuó estudiando y no quería regresar a Leme, contrariamente al marido que, finalmente, decidió volver. Después de un tiempo, Doña Marta acaba pidiendo su transferencia, renunciando a la docencia de matemáticas en la secundaria que tanto le gustaba, en parte porque no tuvo hijos (as).¹⁰

⁹ En el segundo caso, se trata de una familia sin hijos (as) con un patrón de vida medio y estable, en donde la situación económica de Doña Marta, a pesar de que la pareja haya vendido algunos bienes, es estable.

¹⁰ No pudo tener hijos (as), aunque lo quiso mucho. Intentó adoptar un bebé, pero su marido no aceptó. La sobrina que crió fue a vivir a Alemania. Como la Sra. estaba jubilada cuando el marido se enfermó, tuvo toda la disponibilidad para cuidarlo y se dedicó totalmente a esto. Por otro lado, siempre se ocupó sola de las tareas de la casa, antes y después de la enfermedad, y destaca que el marido la dejó en una buena situación financiera, pensando en todo antes de morirle.

El segundo punto a destacar es el desconocimiento de la causa de la enfermedad y de la historia natural del propio padecimiento, agravado por una especie de pacto de silencio entre los maridos y las esposas, aunque la sospecha del desenlace existiera. Doña Regina no consiguió superarla, a pesar de haber hecho mención a "una cáscara negra" en el pulmón del marido que, según los médicos y él mismo, tenía que ver con el asbesto. Doña Marta, a su vez, sabía desde el principio de la gravedad y de lo raro del caso, pero no quiso indagar al respecto. Además, había poca comunicación con el marido sobre el asunto "a él no le gustaba que le preguntase", estaba al tanto de los interrogatorios médicos con el marido, pero desconocía el tono de las consultas. Este desconocimiento es también agravado por la relación de las dos mujeres con los médicos.

Se observó que aunque los dos casos hayan sido tratados en el mismo hospital, el caso de Doña Marta fue individualizado, dado que fue atendido por el mismo galeno y ella estableció una relación de amistad con éste. En cambio la Sra. Regina identificó de una manera muy genérica a quienes trataron a su marido, como si no hubiera habido una relación especial. A pesar de esta diferencia, ambas evidenciaron poca comunicación con los médicos en el sentido de haber pedido o recibido información más precisa

de la enfermedad y sus causas. Vale la pena destacar que esta situación no anula la conciencia que las dos mujeres tenían de su gravedad, lo que probablemente las llevó, por momentos, a evitar hablar del problema tanto con los enfermos como con los médicos.

Considerando las diferencias socioeconómicas de las dos situaciones, la responsabilidad y el involucramiento de estas mujeres frente al padecimiento de sus maridos es similar: mantenerse solidarias hasta el fin. A través de este compañerismo, fundado en la relación afectiva-sexual, se sitúan como mujeres cuidando de sus hombres quedando disimuladas las contradicciones de esta relación en la situación límite enfrentada.

En estas dos trayectorias es posible decir que la responsabilidad femenina en la familia por los enfermos, a través de una lucha silenciosa y cotidiana por la salud, en este caso, contribuye a la invisibilidad de la enfermedad profesional, desdibujando sus implicaciones sociales. Por otro lado, tal responsabilidad, que se expresa en el conjunto de cuidados tomados por las mujeres en el tratamiento de los compañeros, es también invisible y, por tanto, no reconocida ni personal, ni familiar, ni socialmente.

Bibliografía

- AIACH, P; KAUFMANN, A. & WAISSMAN, R. (1989). "Vivre une maladie grave: analyse d'une situation de crise", Paris, Mèriediens Klincksieck.
- BARRÈRE-MAURISSON, M. A. (1992). "La division familiale du travail", Paris, PUF.
- BUNGENER, M. (1987). "Logique et statut de la production familiale de Santé", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 5, núm. 2.
- CRESSON, G. (1991). "La santé, production invisible des femmes", *Reserches Féministes/Femmes*, savoir, santé, vol. 4, núm. 1.
- FOUGERYROLLAS-SCWEBEL, D. (94-95). "Si la famille m'était comptée", *Politis La Revue*, nov/dec/jan.
- FRAVOT, G. (1988). "L'activité des soins dans le système d'activité familial/facteurs d'insertion et de rejet", Rapport de synthèse, MIRE.
- GRAHAM, H. (1985). *Women, health and the family*, Wheatsheaf's Books Harvester Press.
- SCAVONE, L. (1993). "Familia, maternidade e medicina: quais implicações?", *Anais do XIX Encontro Anual ANPOCS*, Caxambu.
- STRAUSS, *et al.* (1985). *Social organization of medical work*, University of Chicago Press.
- VANDELAC, L. *et al.* (1985). "Du travail et de l'amour". *Le dessous de la production domestique*, Syros.

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:

Dra. Deyanira González de León

Universidad Autónoma Metropolitana
Xochimilco

Departamento de Atención a la Salud

Área Educación y Salud

Calzada del Hueso 1100

04360 México, D.F.