

Autoatención y salud infantil: un trabajo cotidiano dentro y fuera del hogar

Diana Weingast

dianaweingast@gmail.com

Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN). Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.

Centro Interdisciplinario de Metodología de la Investigación Social (CIMECS), unidad de investigación del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS, UNLP/CONICET), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Resumen:

El presente trabajo es parte de un estudio sobre estrategias familiares de atención en población infantil. En él se indagan los saberes de las familias sobre los problemas respiratorios (IRAB) de sus niños-as y los itinerarios de atención frente a estos padecimientos que son recurrentes en su cotidiano.

Utilizamos el concepto de autoatención acuñado por Menéndez (2003, 2005, 2009) en tanto permite relacionar el cuidado y la atención como instancias de un mismo proceso, reflejando la división del trabajo dentro del hogar, las redes informales que se despliegan y las tensiones que esto genera. Dicho concepto remite también a los conocimientos, las prácticas y los recursos que utilizan y articulan de manera complementaria y conflictiva los sujetos/grupos dentro y fuera del ámbito doméstico ante los padecimientos.

Desde esta perspectiva y haciendo foco en los problemas respiratorios infantiles, en esta ponencia recuperamos los relatos maternos sobre las prácticas de cuidado y atención desplegadas tanto en el ámbito del hogar como durante la internación. En el análisis de ambas instancias (hogar/internación), a las que se accedió a través de entrevistas, se tienen en cuenta los condicionamientos que actúan alrededor del género y de las redes familiares.

Las familias seleccionadas presentan diferentes situaciones de pobreza y residen en una localidad periurbana del Gran La Plata distante geográficamente de los centros de salud de mayor complejidad, contando sólo con un centro de atención primaria de salud como único servicio biomédico.

Introducción

El presente trabajo es parte de un estudio sobre estrategias familiares de atención en población infantil. En él se indagan los saberes que manejan las familias sobre los problemas respiratorios

(IRAb) de sus niños-as y los itinerarios de atención frente a estos padecimientos que son recurrentes en su cotidiano.

El cuidado generalmente se lo relaciona con aquellas actividades relacionadas con el trabajo doméstico, mantenimiento y administración del hogar, la crianza de los miembros más pequeños, la atención a las personas dependientes (sean menores y/o mayores), entre otras. En el caso del cuidado en salud y ante la enfermedad, estas actividades están incluidas pero al mismo tiempo lo trasciende ya que requiere un aprendizaje técnico, donde los límites entre el cuidar y atender se desdibujan. Cuidar ante la enfermedad contiene una fuerte carga emocional para los/as cuidadoras que despliegan no sólo sus habilidades y saberes sino que también deben “controlar”/manejar su afectividad, más allá del vínculo parental que las une con el sujeto cuidado. Sumado a que, al igual que el trabajo doméstico, no es valorado económicamente por las diferentes instancias, incluido el Estado.

En relación con lo señalado, sostenemos que hay un límite flexible entre cuidado y atención, y esa flexibilidad se verifica empíricamente en el trabajo cotidiano que las mujeres y varones realizan dentro y fuera del hogar ante situaciones de padecimientos/enfermedades e incluso en momentos de internación particularmente con sus hijos/as.

Generalmente, se sostiene que en los hogares las madres y eventualmente los padres realizan diferentes actividades que tienden centralmente al cuidado de los niños-as, particularmente de los más pequeños, en tanto relación de dependencia biológica y social. Mientras que la atención de los eventos de enfermedad y padecimientos quedan reducidos al espacio de lo público/privado, lo no doméstico, y delimitados a especialistas de la salud. Pero el ámbito doméstico, a través de sus miembros, realizan de manera indistintas ambas actividades de cuidar y atender, flexibilizando en su práctica los sentidos que se le otorgan a estas categorías. Este reconocimiento de lo acontece al interior del ámbito doméstico, permite sostener que las prácticas continuas de cuidar y atender realizadas por las mujeres madres y sus parejas pueden ser sintetizadas en el concepto de autoatención, como lo plantea Menéndez (2003; 2005; 2009). Este autor señala que el concepto de autoatención en sentido amplio, incluye todas aquellas actividades que se realizan para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y de los microgrupos. En sentido restringido, remite a los saberes aplicados intencionalmente por el grupo al proceso de salud/enfermedad/atención, permitiendo en términos de proceso develar la capacidad de acción y resolución de los sujetos/grupos en el marco de sus lógicas y las transacciones que los mismos realizan con las otras formas de atención.

De tal modo, permite articular relacionadamente el cuidado y la atención como instancias de un mismo proceso evitando caer en la dicotomía cuidado y atención como eventos que involucran

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

La salud infantil es constituye un tema/problema de interés público, un ámbito sensible tanto para las familias/grupos como para el estado por lo que constituye un espacio interesante para la promoción, habilitación y refuerzo de prácticas que tiendan a la corresponsabilidad entre varones y mujeres en el cuidado y atención de los niños/as. También, es un espacio para que el sector salud intervenga mejorando la eficacia de las prácticas de autoatención, en tanto constituyente integral del proceso salud-enfermedad-atención, ya que reforzaría la autonomía de los sujetos/grupos sin reducir la responsabilidad del Estado respecto a los servicios de salud y hacia los grupos sociales.

En el marco de la salud infantil, elegimos indagar los problemas respiratorios, principalmente aquellos que la clasificación biomédica involucra como IRAb, porque constituyen uno de los problemas más significativos y evitables, tal como lo expresan diversos organismos y comités de expertos. Asimismo, la frecuencia y recurrencia de los problemas respiratorios infantiles, conjuntamente con su naturalización, induce a que los grupos domésticos en función de sus saberes implementen diferentes tipos de acciones, se apropien y combinen diferentes terapéuticas e incorporen mandatos preventivos (inducción a nuevas vacunas, a implementar medidas higiénicas, etc.) inculcados principalmente desde el sector salud.

Consideramos que se trata de eventos que se encuentran fuertemente intervenidos: las familias despliegan una diversidad de prácticas que apuntan al cuidado y atención por lo que sus modos de actuar permiten mostrar sus estrategias de acción y los itinerarios de atención. Por su parte el sector salud, en sus diferentes niveles, tienden a través de diversas acciones, que no se limitan a una cuestión técnicas, al control y normatización en nombre de la salud.

En este trabajo recuperamos los relatos maternos sobre las prácticas de cuidado y atención ante los problemas respiratorios infantiles desplegados tanto en el ámbito del hogar como durante la internación. Esto permite, por un lado, conocer y entender qué hacen, por qué hacen tal cosa y/o dejan de hacerlo. Por otro, y en relación con lo anterior, permite dar cuenta de los condicionamientos que actúan alrededor del género y de las redes familiares.

Consideraciones metodológicas según características locales

El trabajo de campo lo realizamos en una localidad rururbana del partido de La Plata. Con un total de 4.029 personas (51,4% varones y 48,6% mujeres), el 44,2% de la población se encontraba en situación de NBI¹. Con un déficit en servicios públicos comunes, las viviendas contaban con la posibilidad de acceso al servicio eléctrico no así de gas, dependiendo del gas envasado o leña para cocinar y calefaccionarse. Sin agua de red y algunos pozos estaban contaminados o “vacíos” por lo que para su suministro se utilizaba una canilla comunitaria o se recurría a vecinos que poseían bomba (Weingast, 2012)². Cuestiones centrales al momento de pensar en los cuidados y atención de la salud que efectúan las familias.

Sólo cuenta con un Centro de Salud dependiente de la municipalidad que brinda servicios de ginecología, obstetricia, odontología, medicina general, pediatría, psicología, servicio de enfermería -24 hs- y vacunación, mayoritariamente de mañana³. Sin servicios privados de atención dentro de la biomedicina y farmacias, por lo que se requiere el desplazamiento a localidades vecinas.

Tomamos como unidad de análisis las unidades domésticas⁴ por ser el ámbito donde se realiza la reproducción biológica y social de los sujetos/grupos y sobre la cual repercuten directamente las consecuencias de las políticas económicas y sociales. A su vez, es el ámbito donde los sujetos, con relativa autonomía y en función de sus saberes, realizan diferentes actividades tendientes a detectar, diagnosticar, curar y cuidar los diferentes eventos de enfermedad, antes y después de decidir consultar a un curador profesional y de decidir la continuidad o no de los tratamientos.

En este trabajo seleccionamos, en tanto unidades de observación, nueve unidades domésticas: ocho familias nucleares y un caso representado por una mujer adolescente con su bebé que convivía con su familia materna (familia extensa). En el caso de las familias nucleares, las parejas convivientes eran los padres biológicos de los hijos más pequeños, lo que significa que en algunos casos (2) son familias que reinician un nuevo ciclo familiar mientras que el resto (6) se trata de familias nucleares jóvenes o que el vínculo de la pareja se mantuvo en el tiempo.

¹ A nivel de partido los datos indican que en esta condición se encontraban el 11,3% de las personas.

² Esta información producto del trabajo de campo coincide con lo planteado por Lódola et al. (2011:14) que señala que se trata de uno de los centros comunales más deficitarios en cuanto a servicios públicos comunes, como: cloacas, agua corriente, energía eléctrica por red, alumbrado público, gas natural, servicio regular de recolección de residuos y servicio de transporte público a menos de 300 metros.

³ El centro de salud no contaba con servicio propio de ambulancia y cuando se solicitaba para traslados de urgencia el tiempo de espera supera la hora.

⁴ El término unidad doméstica, siguiendo a Harris (1986), denota una institución cuyo rasgo central es la co-residencia. El concepto supone que las personas relacionadas o no por lazos de parentesco viven en el mismo espacio, comparten con sus integrantes las tareas de mantenimiento cotidiano y organizan la reproducción de la siguiente generación.

Esta distinción adquiere significación en relación con la organización doméstica en momentos de internación, con el papel que asume el cónyuge varón con sus hijos biológicos y con los otros integrantes del hogar.

Todas las familias con más de dos años de residencia en la localidad construyeron vínculos con los vecinos y referentes institucionales, como por ejemplo el personal de salud. La construcción de vínculos se torna importante al momento de buscar resolver, en el ámbito doméstico, situaciones inesperadas como la internación de un hijo/a. El vínculo con el personal local de salud adquiere centralidad tanto para la adquisición de recursos (medicamentos) como en la apreciación valorativa que realizan respecto a la familia, particularmente la figura materna.

Todas las familias se encuentran con una situación similar en cuanto a la accesibilidad geográfica a los servicios públicos de salud: a una distancia promedio de 2 kilómetros del CAPS local y con similares opciones de desplazamiento (caminando, bicicleta, y en menor medida vehículo propio o remis). En el caso de los centros de mayor complejidad, el acceso al Hospital general de referencia requiere, para todos los casos, un traslado a través del transporte público (una línea de colectivos que pasa cada 1 hora a partir de las 6 AM) y/o particular (remis o vehículo particular). Para el traslado al Hospital de Niños de La Plata, centro asistencial de preferencia tanto para las familias como para el personal de salud, se requiere combinar dos líneas de transporte público.

El CAPS se presenta como principal lugar de búsqueda de atención no sólo por su relativa cercanía sino porque entregan la medicación. No obstante, se recurre directamente al hospital cuando los episodios respiratorios transcurren o se agravan durante la noche y/o los fines de semana o cuando se considera, por experiencias previas, que será el camino indicado por el profesional.

Decidir recurrir al hospital implica no sólo estar dispuesto a salir temprano del hogar sino que se ponderan otras variables como tiempo climático (frío, lluvia), tiempo disponible para trasladarse y esperar ser atendido, tener dinero para el viaje de ida y vuelta, contar con alguien que acompañe principalmente cuando se requiere trasladarse con todos los niños-as y/o no se conoce cómo manejarse en la institución⁵. También, se pondera en las experiencias previas en la institución, donde la posibilidad de quedar internado actúa como un factor que limita o no su concurrencia⁶.

⁵ “...porque sabe del hospital de niños, tuvo un nene también ahí... siempre iba ahí, ella (la hermana) conocía porque estaba hace rato ya acá.” (Ent. 7, 19/7/2012).

⁶ Estos contrastes se pueden apreciar en los siguientes relatos de diferentes familias: “... Ella se quedo allá, estaba mal y la tenía que cuidar allá. Acá en la casa no es como en el hospital, allá están con los cuidados. Lo que pasa es que le agarra mucho frío, le agarró el cambio de clima.” (abuelo de la niña 13/8/12); “...allá (refiere al hospital) se mejoran... aquí de vuelta, porque hay mucha humedad.” (abuela de la niña 13/8/12).

Las unidades informativas fueron centralmente las mujeres en sus roles de madres y en menor medida los varones-padres. Esto se debió a que las encontrábamos en sus hogares, se autoidentificaban como las encargadas de los cuidados y atención de sus hijos/as pero también ese rol fue adjudicado por sus parejas, en tanto remitieron a ellas para conversar sobre estos temas. No obstante, en algunos casos contamos con las voces masculinas particularmente en lo referente al cuidado y atención en contextos de internación.

Todas las mujeres-madres tuvieron alguna experiencia de trabajo extradomésticas por las que percibieron un ingreso. En algunos casos se autoidentificaban como amas de casa (realizando exclusivamente trabajo doméstico) sin considerar que las labores extradomésticas esporádicas que realizan y que generan un ingreso al hogar sea trabajo. Otras, sólo realizaban trabajo doméstico incluyendo como actividades el cuidado y atención de los niños/as. Las menos son las que indicaron que realizaban trabajo extradoméstico y, en estos casos, se relacionó con la continuidad temporal del mismo. Indicamos esto porque, encontramos una fuerte relación entre trabajo extradoméstico y la mirada que ellas construyen respecto al cuidado y atención de los niños/as: el trabajo extradoméstico temporal de la mujer se flexibiliza más en contextos de enfermedad. Pero también, se relaciona con el lugar que el grupo familiar (particularmente la pareja) adjudica a la mujer (madre, hermana, hija) en el proceso de atención y cuidado dentro y fuera del hogar. Estas distinciones marcan diferencias entre ellas respecto a la división del trabajo dentro del hogar como también lo hacen las redes familiares y vecinales que se disponen en situaciones inesperadas como es la internación de un hijo/a.

Cuidar y atender en el hogar: el relato de las mujeres

En este punto se presenta que hacen las familias ante la identificación de los primeros signos, describiendo las prácticas que se realizan antes, durante y posteriores a la consulta con un curador profesional. Esto permite mostrar cómo en el quehacer cotidiano las prácticas biomédicas adquieren cierta autonomía en los sujetos que conduce no sólo a su aplicación ante situaciones percibidas como similares sino a su re-creación en función de adecuaciones y combinaciones que no siempre coinciden con los “nuevos” paradigmas de la medicina oficial.

Cabe aclarar que en el caso de la atención infantil, particularmente en los menores de dos años, hay un uso frecuente de la atención biomédica pública tanto para efectuar los controles

porque sé que si ella se ataca mal y voy al hospital yo sé que la van a dejar internada uno o dos días y yo tengo que pensar en X también. ... antes no había problema porque ellos son grandes, se arreglan dentro de todo..., pueden estar un par de horas solos..., pero ya estando el bebé, no. (...) es más complicado porque mi marido tendría que dejar de trabajar” (Ent.4 madre, 30/9/2013)

periódicos de salud⁷ como para la atención de enfermedades⁸. Esto habla de prácticas diferenciales en relación con la edad de los niños/as, donde en los primeros años de vida se pondera la atención biomédica.

Las decisiones de qué hacer y cómo hacerlo, conjuntamente en qué momento recurrir a la consulta de un profesional está en relación con la ponderación que las madres realizan a ciertos signos y comportamientos no habituales convirtiéndolos en señales que requieren mantenerse en alerta. Las diversas narrativas maternas referenciaron que ciertos signos como *“tos rara”, “mocos”, “ahogos”, “ruidos fuertes al respirar”, “respiración rápida”, “se ponía moradito/a”, fiebre⁹, le chillaba el pecho, “tos ronca, fea”* que se mantienen durante un tiempo, combinados con ciertos comportamientos evaluados como anormales (*“tarda mucho en tomar la teta”, “llora” y “molesta”. “ausencia de sueño durante la noche”, decaída “ausencia de sonrisa”, dormía todo el día, llorar y toser, dormir mucho, no querer comer o tomar la teta, ahogarse y tener fiebre durante la noche,*) constituyen disparadores para decidir los cursos de acción.

Este reconocimiento, más allá de la valorización técnica para la biomedicina, habla de una mirada atenta y una destreza en la escucha que las mujeres adquieren a través de la práctica de atención materna. Se trata de un “oído alerta”, de un “ojo atento” que les permite identificar estados corporales no habituales en los otros, induciéndola a realizar una combinatoria de prácticas en función de su experiencia, de las preferencias de aplicación, de los diferentes consejos médicos que se apropiaron y recrearon porque verificaron una mejor eficacia para morigerar y/o resolver los problemas de salud de sus hijos/as.

Entre las acciones más ponderadas por las madres ante los problemas respiratorios se encuentra el PAF¹⁰. Una práctica que ellas utilizan con los diferentes hijos, que aprenden a usarlo con los médicos, lo incorpora a su acervo de conocimientos, y lo utilizan con relativa autonomía porque experimentaron y evidenciaron resultados efectivos de cura en sus hijos. Esto se refleja en que se considera el PAF como una práctica preventiva, que puede/debe ser

⁷ El Estado reforzó sus intervenciones en el campo de la salud materno infantil con incentivos destinados al personal de salud y por su intermedio a los CAPS a través de planes (Seguro Materno Infantil, Plan Nacer que en 2012 se amplió al Plan SUMAR) como a las familias, a través del cumplimiento de las condicionalidades de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social.

⁸ *“...No quiera medicarla así sola, tampoco quería darle una medicación sin que la doctora me diga. Porque a veces sale mal, y después vas a la pediatra y la pediatra te reta porque vos haces sin autorización de ella, es una medicación para los chicos.”* (Ent.1, 2/8/10).

⁹ En algunos casos apareció como un marcador de malestar y que preocupó a las madres, en otros casos las madres indican que les llamó la atención que no hayan levantado fiebre. Por lo que la presencia o no de la misma constituyó un elemento clave a la hora de considerar la gravedad o no de la situación del niño/a.

¹⁰ En el marco del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) y su componente Remediar se editaba un Boletín, de distribución gratuita a los CAPS del programa, dedicado a temas de salud prevalente. Allí se informa que el nuevo paradigma son las aerocámaras porque *“...Mejoran la llegada de la droga y su eficacia, siendo su acción más rápida. (...) Por otro lado son más económicas, más fáciles de llevar y no dependen de la corriente eléctrica.”* (Bernztein, 2003:5). Consideraciones que también fueron señaladas en boletines posteriores, en programas y guías de capacitación para el personal de salud.

usada dos veces al día (mañana y a noche)¹¹, una práctica que se autoprescribe¹² cuando se identifica síntomas que se presentan como familiares. También se utiliza para prolongar la concurrencia a la consulta pediátrica y decidir qué hacer o a dónde ir.

En las narrativas maternas se rescata que inicialmente se utiliza el PAF por prescripción médica domiciliaria pero también porque vieron que forma parte del tratamiento recibido durante la hospitalización y/o en la atención en los centros de salud (rescate)¹³ y resultó ser efectiva en términos de una pronta recuperación. Se resalta el saber hacer, expresado en cómo se debe proceder en su aplicación incluyendo los tiempos entre cada aplicación. Ellas registran que un menor tiempo entre las aplicaciones del PAF significa una mala situación¹⁴, siendo un dato relevante a la hora de las autoprescripciones ya que se relaciona, el “ojo clínico materno” respecto a los signos con la valoración (fuerte/débil) adjudicada al producto. Pero no sólo se apropian y re-crean modalidades de aplicación sino que exploran cuándo son los momentos apropiados para su aplicación, en función de combinar lactancia y PAF¹⁵ o de prolongar el descanso del niño.

Cabe señalar que es en el espacio de la consulta médica, tanto en los CAPS como en el hospital, donde reciben el aerosol (Salbutamol) y la aerocámara conjuntamente con las pautas para su higienización para su realización domiciliaria.

La frecuencia con que se realiza esta práctica hace que en ocasiones no se cuente con los insumos para “nuevas” autoprescripción por lo que, según la premura de la situación, se recurre a una variedad de formas para su adquisición: a familiares y/o vecinos para que “presten” el aerosol, a la búsqueda en diferentes instituciones públicas como CAPS, Hospital y Hospital móvil para su obtención de manera gratuita; a la compra. Acudir a familiares y/o vecinos

¹¹ “...Tengo que usar el paf preventivo, todos los días. A la mañana y a la tarde, cuando se levanta y otro para dormir. Lo muevo y lo agito primero y después le hago. Tengo que usarla sólo con ella (refiere a la máscara del PAF) y, a veces, limpiarla.” (Ent. 2, 18/6/13)

¹² “...le estoy dando, le empecé a hacer un PAF, y le estoy dando el otro. Tengo el preventivo y el otro. Le estoy haciendo cada cuatro horas. Siembre que voy allá y me hacen hacer los PAF. Entonces digo, porque no se los empiezo a hacer aquí. Me dijo que cuando hace mucho frío, no la saque.” (Ent.2 18/6/13); “...cuando anda un rato mal ya le hago los PAF y se le pase... con el PAF, le doy mejorcito... eso, y se le pasa...” (Ent.2, 22/8/13)

¹³ “... cada 15 minutos, 2 PAF, 2 PAF cada 15 minutos, la enfermera lo hizo. Yo lo tenía por qué él ya empezaba a manotear, y la enfermera le hacía y yo le tenía los bracos. Y después de ahí, cada 15 minutos esperaba, pasaban 15 minutos y otra vez, 3 veces y después me vine...” (Ent. 3, 27/6/13)

¹⁴ La indicación de los tiempos de aplicación varían según la indicación médica, no obstante hay un registro inicial de prescripción cada 4 horas pero su modificación por parte del médico, está condicionada por la necesidad del niño. “...era cada cuatro pero dijo que necesitaba bastante, entonces le tengo que hacer cada tres... (...) allá (centro de salud) me le estuvieron haciendo cada quince minutos. ... cada quince minutos la hicieron así y mejoró. Estaba mejor, la revisaron después y estaba mejor. Entonces se lo tengo que hacer cada tres horas...” (Ent.2, 17/5/12).

¹⁵ “... la otra vuelta le estaba haciendo el PAF antes de darle la leche, le hacía el PAF y después le daba la leche y se ponía a llorar, como hace ya más de dos horas que tomaron la leche, entonces le tengo que dar ahora, pero más o menos veinte minutos, le hago el PAF. Lo que es más fuerte es a la mañana, porque a la mañana le hago el de busonide y le... Y a la tarde, digamos, al toque nomás, le doy el sabutamol, son dos, y eso se me hace que es mucho, entonces espero más o menos, media hora, una hora y después le doy lo otro. (...) le lavo con detergente y agua tibia, pero cada uno tiene su aerocámara.” (Ent. 4, 30/9/13)

significa que hay un compartir no sólo del insumo sino de saberes respecto de la situación de salud de los otros niños y de cómo hacer frente a estas situaciones similares sin recurrir, al menos inicialmente, a un curador profesional.

Algunas madres combinan los PAF con las nebulizaciones un procedimiento que están más familiarizadas porque lo realizaron con sus hijos mayores. En otros casos, combinan la autoprescripción del PAF con la prescripción médica de realizar nebulizaciones en el hogar.

La realización de nebulizaciones, en el marco de las prescripciones médicas, queda supeditada a las posibilidades de las familias de contar con un nebulizador. En algunos casos las familias lo adquirieron ante el nacimiento de su primer hijo y se presenta como parte de los insumos que hay que tener aunque su uso no sea frecuente¹⁶; en otros se recurre al préstamo de familiares y/o vecinos como forma de tener autonomía para su realización.

Las nebulizaciones como autoprescripción están en relación con ciertos signos (tos, mocos, nariz tapada) recurrentes que, con frecuencia, se los morigera con este tipo de aplicación; pero también es producto de conversaciones, comentarios, con familiares y/o vecinos donde las experiencias de los otros y las asociaciones de eventos invitan a la apropiación y replica de ciertas acciones¹⁷. Si esto falla, en los niños más pequeños, se recurre al servicio público de salud, el CAPS o el hospital, dependiendo particularmente de la disponibilidad de recursos económicos y del conocimiento que se dispone de las instituciones de salud.

Otras prácticas como los vapores van perdiendo peso en el repertorio de las acciones maternas. La desestimación se vincula con que se registra una menor eficacia, en términos de resolución a corto plazo y con las características de este tipo de procedimiento que está fuertemente vinculado a las precarias condiciones de infraestructura de las viviendas.

Los vapores como indicación médica se presentan como una opción, ante la presencia recurrente de secreciones nasales (“mocos”), que las madres poco utilizan porque requiere implementar alguna estrategia para controlar el contacto con el calor y evitar que la inhalación del vapor quemara a los niños-as. Las maneras de realizarlas difieren según la edad, con los

¹⁶ “... lo compré cuando nació mi otro nene por las dudas, casi nunca lo usaba porque nunca se enfermó. ... con él lo empecé a usar.” (Ent. 3, 26/7/12). La adquisición “por las dudas” es un dato interesante porque permite reflexionar sobre la naturalización en los niños de los problemas respiratorios pero también lleva a preguntarnos por qué las familias asumen como un elemento que se requiere poseer a pesar de no haberse convertido en una necesidad sentida. Ante la prescripción médica su adquisición es una manera de evitar recurrir varias veces al día al CAPS a realizar dicha práctica. “...Con nebulizador. lo compré cuando nació X...porque él tenía moquito cuando nació, a los dos meses. Y hacía calor, él nació en enero, hacía calor y tenía moquitos. Entonces tuvimos que comprar porque el pediatra nos dijo. Nos venía bien porque ya quedaba en la casa y no teníamos que andar pidiendo prestado y demás. Entonces compramos el nebulizador” (Ent.4, 25/6/12).

¹⁷ “...nebulizaciones con agua lo hice (...) me lo presto porque yo se lo pedí porque él estaba muy agitado del pecho...le hice. (...) el hijo de la señora de enfrente. Estaba agitado y le hizo nebulizaciones y se le paso...lo vi yo. ... el bebe estaba con mucha tos, le chillaba el pecho y ella le hacía cada tres, cuatro horas. Pero yo le hice una vez y lo lleve al hospital...” (Ent.5, 25/7/2013)..

niños-as más pequeños se los acerca al vapor sin tapar¹⁸ mientras que con los más grandes se los tapa y se los sostiene para evitar el contacto con la olla¹⁹.

En tanto práctica autoprescripta es esporádica e incluye la incorporación de otros elementos como sal o eucaliptus. La inclusión de estos aditivos remite a consejos familiares donde se pondera la confianza que se tiene a quién se lo indica más que la explicación sobre los beneficios de sus efectos^{20 21}.

En el repertorio materno aparecen otras formas de actuar que de manera selectiva complementan las prácticas anteriores y que se vinculan con experiencias propias infantiles y/o con recomendaciones de familiares cercanos. Por un lado, el uso de ungüentos comerciales como el ivaporuk o el mentisan que lo frotan en la espalda, una práctica que para algunas madres es selectiva según la edad de los niños-as por las características del producto "...te calienta todo por dentro". Por otro, la preparación de un jarabe casero en base a miel y aceite²². Todas estas acciones tienden a buscar morigerar en el ámbito del hogar ciertos signos preocupantes como la "tos fuerte" que en ocasiones se expresa como el "estar atacadita".

Cuidar y atender en la institución hospitalaria: el relato de las mujeres

En ocasiones las intervenciones domiciliarias no dan los resultados esperados por lo que se inician y/o reinician nuevas consultas en las instituciones sanitarias. La decisión cuándo y dónde concurrir está supeditada en primera instancia a la evaluación materna del estado de salud del niño-a, donde adquiere un peso importante la autoevaluación de las acciones domiciliarias; por el conocimiento que se tiene de las instituciones públicas de salud respecto a los servicios que brindan y los posibles desenlaces como la internación y/o la retención para su

¹⁸ "...de arribita no más...que no la pegue tanto al vapor porque sino quema,... de arribita no más y sin taparlo, los más grandes se tapan." (Ent.2, 17/5/12).

¹⁹ "...me dijeron que le haga vapor porque tenía mocos. En una olla. Hiervo agua y lo tengo que tener arriba de la olla tapándolo con una frazada, una sábana, algo cosa de que el vapor no salga y lo aspire bien. (...) Lo hago yo, le digo que se pare al lado de la olla y que se quede quieto. Después yo lo tengo a él, lo tengo agarrado. (...) No, a él (refiere al niño más pequeño) no. Siempre nebulizaciones." (Ent.3, 31/8/12).

²⁰ "...con agua y sal. No sé, me dijeron así que le ponga. Agua con sal. En la familia, que es mejor." (Ent.2, 17/5/12).

²¹ "...le había hecho eucaliptus, me dijo mi mama que le haga. Le hago hervir en una olla y cuando hierve me tapo con una frazada yo y él, y el vapor lo tiene que aspirar él... ah! eso cierto que lo había calmado un poco también. (...) yo y él, y mi otro nene que también andaba con toz, nos poníamos los 3. (...) yo me ponía parada con mi nene y salía el vapor, ponía una toalla para que no salga el vapor por el costado porque tenía que entrarle todo..." "...si, me parece que sí, por que no se agitaba tanto... Yo le hacía eso y como que ya dormía bien. Porque él dormía y se le tapaba la nariz, y esa noche cuando yo le hice ya durmió bien, no se levantó nada, no se le tapo la nariz. Y después al otro día lo lleve a la salita." (Ent.3, 27/6/13)

²² "... mi hermana una vez hizo. Le hacía miel con aceite, para la tos. Ella le calentaba la miel con el aceite, tipo el almíbar, le entibiaba y ahí se le daba a la noche... en cuchara, se le calienta un poquito en tibio y con la miel. Después se le da. Eso le afloja, le saca todo el catarro. (...) a la noche, porque a la noche también es donde más ataca la tos y todos los días, le tengo que hacer." (Ent. 6, 27/6/13)

observación (hospitalización abreviada). También, entra en juego las disponibilidades económicas y organizativas de las familias.

La mayoría de las familias, mientras realizábamos el trabajo de campo, transitaron por una o más internaciones con sus hijos menores de dos años. En pocos casos se trataron de situaciones previstas por las madres²³; en su mayoría la internación apareció como un impensable, una situación desafortunada, que genera tensiones y conflictividad no sólo porque no se está emocionalmente preparada para afrontarla sino por los desajustes domésticos que provoca principalmente en hogares donde la figura de la mujer madre constituye el eje de su funcionamiento²⁴. También requiere adecuarse a la modalidad de organización de la institución a la que fueron derivadas y/o eligieron consultar sin prever que podían permanecer durante un tiempo²⁵.

Durante las internaciones las madres son las principales acompañantes de sus hijos, y esto no sólo responde a una decisión individual sino a un requerimiento institucional que instituye a la madre y/o una figura femenina cercana al niño (abuela, tía) como la cuidadora del niño-a durante la internación. Los padres o figura masculina son considerados institucionalmente como visitas por lo que su presencia se reduce al horario de visita que en general coincide con el horario laboral²⁶ limitando las posibilidades de su participación y reforzando el papel de la mujer como responsable del cuidado de la salud infantil²⁷.

²³ (Respecto de la segunda internación) “...Porque yo decía, bueno por ahí me le van a hacer otro rescate más... Yo no me pensaba pero yo no sé porque lleve este bolso lleno de cosas. Y había preparado el otro bolso con ropa mía y con ropa de ella y más pañales para ella. Yo dije a mi marido ‘si vos ves que yo no vengo me llevás ese bolso’ y la buscas a la X. Y me dice, bueno. (...) Claro, porque el domingo ya me había dicho la doctora ‘mirá que si a ella le vuelve a agarrar te van a internar, así que andate preparada al hospital, me dijo’...”. (Ent. 4, 24/7/12).

²⁴ Fuimos el miércoles a la tarde y quedo el bebe ahí. (...) ...yo pensé que le iban a volver hacer lo mismo. Solamente tenía un poco de pañales y su leche, una mamadera para que tome.” (Ent. 5, 25/7/2013).

“... Yo cuando el médico me dijo eso ‘parece que te quedás’, Yo ahí, al toque le mandé un mensaje y lo llame. Yo le dije tengo que hacer llamadas porque no estoy sola, le digo ‘estoy con el nene de 6 años y la beba’. Y ella tenía un hambre, me acuerdo ese día, porque yo no le había dado la leche por miedo a que devolviera todo. (...) Los cuatro días estuve allá... No, no volví. Llamaba, así como estaban, si necesitaban algo. Trataba de avisar a mi familia de Quilmes que llamen o que si puedan venir...” (Ent. 4, 25/6/12).

²⁵ Una vez ingresado en la institución hospitalaria el margen de autonomía de las familias para decidir cambiar de institución está fuera de su alcance requiriéndose una derivación institucional. En los casos aquí analizados esto es central ya que en ocasiones la elección del centro de mayor complejidad está condicionada por la cercanía geográfica más que por su ponderación respecto del servicio especializado que pueda brindar.

²⁶ “...El hospital no me dejaba quedarme a mí. No, porque el hospital no quería que quede a la noche, solamente de día y nada más. De ocho a cuatro, depende el horario. (...) Yo pedía permiso (en el trabajo) y me lo daban, pero si yo no llevaba un certificado, me descontaban el día que yo. A veces, a veces no me daban nada a mí. Me descontaban lo faltado...” (11/7/12 padre).

²⁷ En un solo caso, el padre solicitó autorización institucional para permanecer durante una noche en el hospital junto a su hijo porque considero que su pareja debía volver al hogar para descansar. Se trata de una decisión poco frecuente tanto institucionalmente como familiarmente, pudiendo ser vista desde el plano de las relaciones familiares como parte un modelo de género en donde se apunta a la promoción de relaciones al menos más igualitarias que se expresan en diferentes aspectos de la vida cotidiana como es el cuidado y atención de los hijos, la ponderación del trabajo femenino extradoméstico, el acompañamiento durante la internación por el parto, entre otras cuestiones. Cabe destacar que este tipo de relación se plasma en el marco de un discurso donde adquiere un fuerte peso la idea de familia y/o “apostar” por la familia.

Se podría pensar que esta legitimación contribuye a empoderar a las mujeres pero las experiencias femeninas muestran y habilitan a sostener que se trata de una sobrecarga de trabajo en tanto se potencia el rol de cuidadora de tiempo completo recayendo además ciertas tareas de atención. Además, de las tensiones que implican sobrellevar la internación en solitario y el conflicto que les genera en relación con sus otros hijos que quedan al cuidado de otros.

La situación de internación también significa un encontrarse con otras mujeres que atraviesan eventos semejantes con sus hijos por lo que, la permanencia constante bajo similares condiciones de tensión y en solitario, genera un vínculo emocional que abre la posibilidad de compartir angustias y preocupaciones sobre los internados pero también sobre los hijos que se “dejaron”. También es un espacio de socialización de saberes en torno a las intervenciones médicas y las experiencias vividas en la institución.

En ocasiones, el vínculo con “las mujeres del hospital” se sostiene durante un tiempo a través redes como wasap, mensajes de texto, facebook, etc.

Al momento de la internación lo primero que se activa es la red familiar y/o de vecinos ya que se requiere reorganizar el cotidiano hogareño intentando mantener las rutinas de los otros hijos-as. La distancia geográfica, las condiciones de salud de algunos parientes, la disponibilidad de tiempo por la carga laboral (doméstica y extradoméstica)²⁸ de los familiares, junto al tipo de vínculo constituyen condicionantes que limitan el contar efectivamente con parientes cercanos. Los vínculos no familiares pero próximos a la residencia son opciones más viables y disponibles para aquellas familias cuyas redes parentales se desdibujan y/o están ausentes²⁹. En estas familias no registramos que se realicen contrataciones temporal e informal de un cuidador o de personal para tareas de cuidado de estos niños-as, adquiriendo centralidad la red parental y vecinal.

En la institución hospitalaria y en el marco de la internación las madres internalizan denominaciones técnicas, participan colaborando con el personal de enfermería en actividades técnicas, administran, según indicaciones médicas, el PAF, las nebulizaciones y/o los medicamentos^{30 31 32}.

²⁸ “...Mi hermano más chico. Nosotros somos siete. Pero él vive allá, trabaja todo el día, trabaja en una empresa que se llama la UOCRA y tiene la mujer que tiene tres chiquititos también. A veces los cuido yo o ella me los cuida. Pero como yo allá no puedo ir porque tiene todo abierto el terreno. Y hace poquito tuvo un accidente, el nene lo chocó un auto. Estaba jugando lo chocó un auto y le quebró toda esta parte, estuvieron dos meses con yeso el nene. (...) Para colmo ella estaba embarazada también, y tuvo a la bebé sietemesina por toda la angustia que pasó.” (Ent. 4, 25/6/12)

²⁹ “...Espero que no la operen, que sea una cosita así no más. Me complica cuando uno queda internado, con los otros chicos me complica mucho. Porque si yo me quedo internada ellos ya se quedan acá en casa ajena, no. Vah!, y como uno no esta no sabe cómo están, no es que los traten mal, pero viste, no es como uno, no es lo mismo que estar conmigo. Son terribles, viste.” (Ent.6, 16/7/12)

³⁰ “... no le encontraban la venita. ‘mira mamá no le encontramos’ me dice, y ya tenía todo el brazo moretoneado. ‘A la tarde la otra enfermera va a intentar, necesitamos sí o sí porque tienen que pasarle la medicación por ahí y el suero. Porque tu nenita necesita sí o sí el suero, por el tema de que no va a tomar leche porque se puede ahogar’.

Además, reciben recomendaciones acerca de cómo deben manejarse y/o cuidar a sus hijo-as en el ámbito del hogar. Las recomendaciones médicas, al decir de las madres, siempre rondan sobre los mismos tópicos: evitar que los niños se enfríen, “calentar la casa”, no fumar y/o prender fuego en el hogar, entre otras. Cuestiones que apuntan a instalar y/o modificar conductas de los miembros del hogar pero que soslayan las condiciones estructurales de las viviendas, que son ampliamente reconocidas por las familias como generadoras de enfermedad y que en muchas situaciones son difíciles de modificar y/o reparar en función de sus condiciones materiales de vida. Asimismo, muchas de las prácticas que se les proponen que realicen son materialmente imposibles de efectuar.

Comentarios finales:

En los casos presentados la organización familiar se sostiene a través de una división genérica de tareas que implícitamente reproduce un modelo tradicional de género. El trabajo extradoméstico es reconocido y adjudicado al varón, a pesar de que algunas de las mujeres realicen actividades que generen un ingreso monetario que se incorpora al funcionamiento del hogar; mientras que el trabajo doméstico recae y es asumido por las mujeres aunque se reconozca que los varones asuman, de manera selectiva, algunas actividades que contribuyen con la dinámica del hogar principalmente en relación con los niños-as.

La actividad masculina/paterna relacionada con los niños-as (“mirarlos”, “quedarme con los chicos”, “buscarlos al jardín y/o escuela”) se presenta como un favor, “una ayuda”, hacia la mujer y no como una responsabilidad, por lo que el propio discurso femenino sugiere la reproducción de un modelo tradicional de género.

En algunos hogares, a medida en que las hijas mujeres incrementan su edad asumen la responsabilidad de los hermanos más pequeños haciéndose cargo de actividades que los

Más tarde me dice una de las enfermeras que hace muchos años que está trabajando ahí ‘¿te animás a ayudarme?’, ‘sí, le digo’, bueno, me enseñó a ponerle ‘yo sé que esto no lo vas a hacer vos, pero yo te voy a enseñar para que vos te quedes tranquila de cómo es esto’. Y bueno, me enseñó a poner la vía. Tres veces intentó ella y no pudo, entonces yo cuando intenté con la ayuda de ella entró. Hasta que le dieron el alta la vía nunca se movió. ... Aprendí, después, lo de la bomba de la leche, que tenés que... creo que son 60 gotas en un minuto, algo así. Entonces vos tenés que ver que estén marcados 60, tenía que llamar si se estaba pasando. (...) despierta continuamente porque cada tres horas le tenía que hacer el PAF, tomarle la temperatura a las 10 de la noche, a las 6 de la mañana y a las 2 de la tarde. (...) El digital..., aprendí en el hospital. Sí, porque yo estoy acostumbrada al otro, con el común, porque acá con los chicos, todo con el común. Pero eso lo aprendí a usar ahí. Me dice mi marido “te hiciste enfermera” (risas)...” (Ent. 4, 28/8/12).

³¹ *“... tenía que hacerle los PAF, la nebulá, darle la leche por sonda, cuidarlo. (...) yo no sabía darle leche por sonda, allí me explicaron y yo le di. Le ponen un cosito, tipo un tubito... (Abuela: una manguerita le ponen acá en la nariz) re chiquitito así es, nada. Le ponen y se ve que va al estomago y vos con una jeringa le pones ahí y va cayendo la leche...” (Ent.5, 25/7/2013).*

³² *“...Estar con ella, cuidar a ellas, por ahí te dan un remedio que vos le tenes que dar y te dicen ‘a tal hora tenes que darle’ y vos tenes que darle la leche, estar ahí con ella. El otro día estaba con las dos, todo el día.” (Ent.6, 2012).*

varones nunca realizan, reproduciendo la división genérica del trabajo en el hogar y asumiendo el discurso maternalista.

La salud infantil ha sido un ámbito propicio para la legitimación del modelo tradicional de género. Desde los miembros del hogar se adjudica, pero también se asume explícitamente, que el cuidado y la atención de los niños-as es un campo de actuación de las mujeres. En y a través de las instituciones de salud se refuerza y actualiza ese papel femenino en tanto las convierte en las responsables de la salud infantil. Particularmente, el discurso y la práctica médica cotidiana ubican a la mujer madre en las cuidadoras “naturales” por excelencia, siendo las destinatarias de sus discursos y acciones pero las condenan y deslegitiman cuando actúan al margen de su intervención.

Cuidar y atender son dos actividades que las madres realizan cotidianamente aunque, en ocasiones, sus límites aparezcan borrosos o se perciba que ellas sólo cuidan y que la atención corre por el campo de lo profesionalizado. El cuidar forma parte de las actividades invisibilidades que se realizan cotidianamente y que apuntan a generar las condiciones necesarias para alcanzar el bienestar de los otros. Se trata, como se registro en los diferentes relatos maternos, un “*estar siempre*”, un poner en acto una diversidad de recursos, redes y acciones que tienden a construir y/o mantener un entorno favorable para los niños-as a pesar de que las condiciones materiales y, en ocasiones, sus entornos afectivos sean hostiles. Atender los problemas de salud de los niños-as, como experiencia materna, significa la destreza para reconocer ciertos signos que se convierten en preocupantes, la aplicación y administración de algunos procedimientos terapéuticos que se evalúan como pertinentes para resolver o morigerar un padecimiento determinado. En estas intervenciones se combinan, recrean y superponen saberes, sugerencias de profesionales y no profesionales en función de las experiencias propias o de otros, las opciones disponibles y las valoraciones atento al grupo de edad. Pero también, la no resolución del problema emergente, significa decidir cómo proseguir y a dónde acudir condicionado por los recursos económicos, las preferencias valorativas y simbólicas.

Capturar la voz de las mujeres permite apreciar las lógicas de cuidado y atención que lleva a elegir ciertos caminos y desestimar otros, a construir ciertas explicaciones y apoyarse en ciertas modalidades de resolución que excluyen o secundarizan otras, en un marco de condiciones materiales y sociales de existencia.

Bibliografía citada

Bernztein, R (2003) “La infección respiratoria baja aguda en la infancia y el uso de medicamentos REMEDIAR en los CAPS”. Atención Primaria de la Salud Boletín PROAPS-REMEDIAR. Año 1, N°1. Ministerio de Salud de la Nación Argentina

Harris, O. (1986). “La unidad doméstica como unidad natural”. En Nueva Antropología, Vol. VIII, N°30.p. 199-222.

Lódola, A; Brigo, R. (2011). “Diagnostico socioeconómico de La Plata y sus centros comunales”. Facultad de Ciencias Económicas UNLP. Serie Documentos de Trabajo N°87, Julio 2011. Recuperado de: www.depeco.econo.unlp.edu.ar.

Menéndez, E. (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Ciênc. saúde coletiva vol.8 no.1 , p. 185-207. Rio de Janeiro 2003 Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Menéndez, E. (2005): “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. Revista de Antropología Social, N° 14. Recuperado de: http://revistas.ucm.es/portal/modulos.php?name=Revistas2_Historico&id=RASO&num=RASO050511

Menéndez, E. (2009): “De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva”. Editorial Lugar, Bs As., Argentina.

Weingast, Diana (2012) “Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas.” Publicado en Actas de las VII Jornadas de Sociología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. (ISSN 2250-8465.) <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/actas/Weingast.pdf/view?searchterm=None>