

IDES/IDAES- UNSAM

Maestría en Antropología Social

# La gestión del malestar como saber experto.

Prioridades, encrucijadas y estrategias en la atención de la salud desde la perspectiva de personas que viven en contexto de pobreza en el sur de la Ciudad de Buenos Aires

Tesis de maestría en Antropología Social

Virginia Cunzolo

**Directora de Tesis:** Dra. Paula V. Estrella

Agosto 2022

## INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Antecedentes.....	9
La investigación y sus aspectos metodológicos.....	12
Organización de la tesis.....	20
CAPÍTULO 1. EL CONTEXTO DE LA VIDA.....	23
La salita “50”.....	30
El “mundo” hospital.....	40
CAPÍTULO 2- LA VIDA COTIDIANA Y EL LÍMITE DEL CUERPO.....	49
Llegar “con lo último” o el cuerpo como límite.....	49
Última yo, demorar la atención.....	55
Salud y vida cotidiana. Condiciones y ritmos de vida.....	57
Postergar el malestar. A un trabajador le duele la cabeza cuando no trabaja.....	65
CAPÍTULO 3- LOS VAIVENES DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE SALUD- ENFERMEDAD.....	71
Del “dejarse estar” al “no dejarse tratar”.....	74
“No se deja tratar”.....	79
CAPÍTULO 4- ESTRATEGIAS DURANTE LA GESTIÓN DEL MALESTAR.....	87
EN EL CENTRO DE SALUD.....	89
Consultar donde corresponde. Yo quiero que me expliquen bien.....	89
Las relaciones “de referencia” y/o personales.....	92
Pedir excepciones.....	98
Relaciones barriales: estrategia de auto-atención para evitar la urgencia. O la atención de lo postergable.....	101
Pero...para evitar los malestares: prevenir.....	108
EN EL HOSPITAL.....	114
Ser paciente problemática/o.....	114
Controlar la internación.....	118
Consultar y luego...La fuga.....	124

Reclamar autonomía .....	129
Las estrategias y los cálculos .....	131
<b>CAPÍTULO 5- MALESTARES EN TORNO AL ADENTRO Y AFUERA- LO SUCIO Y LO LIMPIO- LO BUENO Y LO MALO .....</b>	<b>135</b>
El “Afuera- Adentro” y las cosas de la vida .....	135
El cuerpo, lo bueno y lo malo, lo podrido y el destino.....	138
El cuerpo expuesto a la y en su suciedad- la internación .....	143
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>152</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>161</b>

## RESUMEN

Esta tesis se propone abordar la gestión del malestar desde la perspectiva de personas que viven en situación de pobreza. Para ello analiza los escollos que se les presentan en la vida cotidiana para atender sus malestares, pero también da cuenta de saberes y conocimientos que guían el camino de decisiones y estrategias durante la atención e inclusive de las encrucijadas que se despliegan en la misma.

La forma de vivir la salud y experimentar la enfermedad en contextos de pobreza constituye un interrogante para las ciencias sociales. Desde hace tiempo, los estudios han mostrado fructíferamente sus diversos sentidos y posibles trayectorias. La presente tesis, como corolario del trabajo realizado en el marco de la maestría en Antropología Social Ides-Idaes/Unsam, profundiza un camino dentro de aquella línea de investigación: la gestión del malestar.

La investigación se realizó aplicando un enfoque etnográfico utilizando como fuentes y técnicas cualitativas las entrevistas en profundidad mediante preguntas abiertas y semi-estructuradas, observación, observación participante y registros en diario de campo, durante dos etapas, una en el año 2015 y otra, principalmente, durante los años 2019-2020. Desde el estudio realizado en dos instituciones de salud pública, se describe y analiza una diversidad de prácticas y estrategias que alberga la gestión, considerando sus sentidos, los ámbitos en los que se ejerce y como nodo central, la perspectiva nativa de salud y enfermedad que la contiene.

Palabras clave: salud- enfermedad- gestión- malestar- estrategias

## INTRODUCCIÓN

Mi recorrido investigativo partió de inquietudes, que me motivaron en el acercamiento a un ámbito que conocía por mi inserción laboral desde el Trabajo Social. Me inquietaba que las personas se acercaran a realizar consultas empezando el relato en tono de lamento o con un pedido de disculpa, apenas les abrían la puerta. En ese sentido, para conseguir mi atención como trabajadora social utilizaban un estilo similar, comenzando con frases tales como: “Señorita, por favor disculpe que la moleste pero no sé qué hacer”. Los relatos que escuché durante años se reiteraban, algunos eran más espontáneos y otros algo más teatralizados y en general siempre encarnaban algún pedido. Observaba una especie de performance, un “acting” en las presentaciones que me llamaba la atención. A menudo escuchaba la misma solicitud dirigida a algún/a médica/o para que les atendiera a pesar de no haber llegado a pedir un turno. Al realizarme un pedido me hacían saber que previamente ya lo habían solicitado a otros/as profesionales. Era común que me contaran sus derroteros con un estilo que también se repetía como: “le dije a la doctora si me lo podía ver al nene, que hace días que lo tengo mal pero me dijo que hoy no podía que ya tiene los turnos completos”. Entre lamentos, solían detallar una innumerable cantidad de dificultades que habrían tenido para llegar a tiempo a solicitar un turno. Aparecía también el relato sobre el “reto” que les habría proferido un/a médica/o por demorar la consulta ante la aparición de síntomas de una enfermedad o no haber asistido a un turno programado y las respuestas que obtenían cuando intentaban conseguir una medicación o turno para un estudio.

Observar estas recurrencias durante la atención en el hospital y el centro de salud donde trabajaba me motivó a investigar el sentido de aquellos comportamientos, me interpeló sobre el porqué de los mismos y si esto guardaba relación con la perspectiva que las personas tenían sobre la salud y la enfermedad.

Al comienzo del trabajo de investigación sus protagonistas no me hablaban de lo que yo esperaba, al menos no en la forma en que yo pretendía. Continué entonces desde otra pregunta, intentando partir del que creía era un punto previo al de mis primeras inquietudes: qué entendían por salud y cómo se enfrentaban a la enfermedad.

\*

La presente tesis es el resultado del trabajo realizado en el marco de la maestría en Antropología Social del Ides-Idaes/Unsam. La misma, trata sobre los sentidos en torno al proceso de salud/ enfermedad/atención/cuidado (en adelante PSEAC) y la gestión del malestar desde la perspectiva de personas que viven en condiciones de pobreza en barrios de la zona del sur de la Ciudad de Buenos Aires. El tema emergió a raíz de mi experiencia laboral en dos instituciones, un centro de salud (al que también mencionaré como salita<sup>1</sup> y/o centro de salud y acción comunitaria- CeSAC) y el hospital general de la zona en la que trabajé. El eje estará puesto en describir cómo las personas llevaban a cabo las gestiones de sus malestares y enfermedades y, cómo las presentaban frente a las/os profesionales, qué hacían al respecto, cómo y cuál era la demanda de atención, qué recursos y estrategias ponían en juego, y cómo se vinculaba ello con sus perspectivas en torno a la salud y la enfermedad. Si bien el término malestar conlleva diversos significados, me pareció pertinente la definición de Kleinman (2017) que lo plantea como resultado de la relación entre enfermedad y padecimiento. En este sentido, la enfermedad es presentada como el episodio biológico entendido según términos biomédicos y el padecimiento como la experiencia cultural de la enfermedad (Kleinman, 2017; Frankenberg, 2003).

Otro de los conceptos que esta investigación considera es el de proceso de salud, enfermedad y atención, entendido como un proceso social que implica que la forma de enfermar, el tipo de enfermedad, las causas de muerte y la forma de tener salud están indisolublemente vinculadas a las condiciones materiales de vida (Laurell, 1981; Rojas Soriano, 1999).

Cabe aclarar que las preguntas que originaron esta tesis no sólo me interpelaron desde la curiosidad, sino que el estilo de los planteos, performances y presentaciones me

---

<sup>1</sup>Era común que quienes asistían al centro de salud y quiénes trabajaban en él lo denominaran como “la salita” Como explica Pozzio (2011), el término “salita” proviene de la identificación con las salitas de primeros auxilios y puedo coincidir con la autora en que reporta dos usos simultáneos con valores diferentes: la salita como espacio cercano y amigable, que demuestra cierto afecto con la que se reconoce y se recorre como “la salita del barrio”. Y otro uso que refiere a “la salita” como el ámbito de lo pequeño, de la atención sin complejidad y sin recursos, opuesto a lo grande del hospital. Utilizando el término nativo que utilizan sus vecinos/as nombraré al centro de salud también como “la salita”.

resonaban e inquietaban con respecto a los derechos. En principio me parecía que eran producto de injusticias repetidas, desde sus condiciones de vida hasta los obstáculos de accesibilidad en la atención a causa de la burocracia organizativa y los distintos tipos de maltrato y discriminación institucional. Las personas se acercaban (no sólo a mí) exhibiendo sus heridas, relatando sus desgracias, sus sufrimientos, sus malestares, abarcando distintos niveles de intensidad, pero dando cuenta de una trayectoria de vulneración de derechos. A pesar de reconocerlas e incluso “naturalizarlas” como parte de un contexto laboral cotidiano recurrente, estas escenas me afectaban y las relacionaba con el incumplimiento de derechos de salud básicos.

En la normativa vigente, comprendida en la constitución nacional de nuestro país y la legislación específica, se dictamina que la salud es un derecho universal y gratuito, lo cual significa que es para todas/os y el Estado es quien tiene la responsabilidad de garantizarla a las/os habitantes. El derecho a la salud es un derecho social de segunda generación.<sup>2</sup> En este sentido, desde mi formación como trabajadora social, el marco legal de trabajo que guía las prácticas laborales considera la ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, que plantea que las personas usuarias tienen derecho a:

“b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

---

<sup>2</sup> Los derechos humanos son clasificados por la doctrina jurídica en derechos de primera, segunda y tercera generación (Fischer-Lescano y Möller, 2012 en Bonet de Viola, 2015). Los derechos de segunda generación son los económicos, sociales y culturales como el derecho a trabajar, a una remuneración digna, a la seguridad social, a la salud, a la educación, a un nivel de vida digno. Los derechos de segunda generación son de carácter positivo, pues necesitan de una acción positiva del Estado para lograr su realización. En la Constitución Argentina están reconocidos en el Art. 14 Bis y por medio del Art. 75 inc.22.

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.”

Los derechos que establece esta normativa eran parte de los que me inquietaban y hacían “ruido”. Mi experticia como trabajadora del sistema público de salud era la que me llevaba a explicar lo que observaba desde la normativa del sistema de salud y su incumplimiento. La situación de las personas y, sobre todo, observar la distancia entre lo que la ley dice y lo que a las personas les ocurría me interpelaba como profesional de salud. A su vez, entendía que el lugar que ocupamos las/os trabajadoras/es sociales en una institución no resulta neutral, no sólo presenciábamos la vulneración de derechos, sino que “intervenir” frente a esta es una de las funciones formales fundamentales de nuestro rol profesional<sup>3</sup>. Ahora bien, más allá de las incumbencias legales de la profesión, se nos asignan socialmente otros roles y funciones, tanto las/os otras/os profesionales como las personas usuarias. En el cotidiano del centro de salud y el hospital, las/os demás profesionales y las personas usuarias convocaban a las trabajadoras sociales frente a una variedad de situaciones en las que se mezclaban tanto sus percepciones personales sobre lo que era, hacía, podía o debía hacer una trabajadora social, como los modos de funcionamiento que cada institución en particular había ido construyendo y los propósitos y funciones formales de la profesión. En suma, a partir de pensar y re pensar mis interrogantes al comenzar esta investigación, me di cuenta que yo no era una observadora neutral y tampoco me veían así. Mi mirada profesional teñía y condicionaba mis observaciones. Correrme del lugar de trabajadora social al de investigadora constituyó uno de los mayores desafíos de este trabajo. Más adelante volveré sobre este aspecto.

En el desarrollo de la tesis pude observar cómo se vulneraban los derechos de la ley citada de diversas maneras. Entre ellas, mediante la negativa a atender o la demora en hacerlo. Empero, al mismo tiempo pude observar cómo las personas, lejos de ocupar un lugar de víctimas, se las arreglaban para resolver sus malestares o buscaban otros lugares de atención por fuera del sistema, entre otras respuestas. Ello me condujo a reflexionar

---

<sup>3</sup> El marco legal de la profesión de Trabajo Social se establece en la Ley Federal de Trabajo Social 27.072. Disponible en <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

sobre la puesta en práctica de formas específicas adicionales al simple hecho de solicitar atención, sobre prácticas que les permitían sortear demoras y tratos insatisfactorios.

Las condiciones de vida de las personas consideradas en esta tesis muestran la desigualdad social existente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que a su vez, repercute en su salud. A lo largo de este trabajo las relacionaré con la modalidad de gestión particular del malestar. Las diversas acciones para sostener la rutina cotidiana representaban una prioridad en la modalidad. La gestión se configuraba en torno a una trama de relaciones entre los obstáculos que imponían las condiciones materiales de vida y el modo de atención de las instituciones. En primer lugar, las personas tenían en cuenta las preocupaciones de la vida cotidiana que anteponían frente al desarrollo del malestar. Por otro lado, ponían en juego una serie de estrategias que habían configurado y ejecutaban al momento de gestionar un malestar impostergable que, a su vez, les permitía sortear los obstáculos propios del sistema de salud.

El trabajo indagó el modo en que las/os sujetos usuarios/as atendían, entendían y abordaban sus procesos de salud y enfermedad. A partir de una serie de interrogantes como: quiénes pedían atención, a través de qué relatos, qué demandaban y qué problemas de salud presentaban cuando concurrían al efector, qué preguntaban, qué entendían sobre la forma en la que enfermaban y la atención de salud a la que accedían, cuándo asistían a cada institución y por qué, qué buscaban en cada una, cuándo resolvían sus padecimientos y malestares sin demandar la atención de un profesional; me aproximé a las cuestiones que en su vida cotidiana relacionaban con salud y enfermedad, qué consideraban que les proporcionaba bienestar y qué acciones estratégicas realizaban para gestionar sus malestares.

Conocer las formas de gestión del malestar constituyó el interés central de la tesis ¿Qué particularidades asumía la gestión del malestar a través del sistema de salud pública? ¿Cuáles y cómo eran las estrategias particulares y específicas para lograr la atención de la enfermedad? ¿Qué estrategias se articulaban para tomar decisiones sobre la forma de atención que se elegía? ¿Cómo se relacionaba la gestión del malestar de las personas y el derecho a la salud?

## Antecedentes

Esta tesis ha tenido múltiples aportes de investigaciones y estudios valiosos que abordaron distintos aspectos del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. Diversos trabajos, históricos, sociológicos, del campo de la salud colectiva, así como estudios antropológicos y etnográficos. Los aportes de algunos de estos últimos serán los que más desarrollaré en este apartado.

La forma de vivir la salud y experimentar la enfermedad que tienen distintos grupos sociales a los que se les vulneran derechos básicos ha sido un interrogante para las ciencias sociales. Consideraré diversos estudios que, realizados en torno a comunidades con condiciones de vida “precarias” pertenecientes a sectores pobres y trabajadores, acercaron el conocimiento sobre distintos aspectos de su salud y su vivencia de la enfermedad.

En este sentido, la línea de estudios socioculturales realizó sus contribuciones desde el análisis de las narrativas de la enfermedad y del sufrimiento. Desde la perspectiva desarrollada por Good (2003), se entiende la narrativa como acto discursivo, siendo necesario recorrer la trayectoria biográfica para abordar desde allí el significado de la enfermedad para las personas.

Por su parte, se encuentran los estudios de Alves y Rabelo (1999; 2009), que abordaron la enfermedad desde tópicos específicos de las narrativas, considerando distintos eventos conformados como una unidad semántica. Sus estudios tuvieron en cuenta además, los determinantes sociales de la salud y de las enfermedades<sup>4</sup>.

Asimismo, otros estudios buscaron entender las perspectivas nativas a través del lenguaje verbal que usaba el grupo para explicar sus enfermedades (Castro Perez, 2009), haciendo hincapié en las nociones de sentido común para comprender la causa y vivencia de las enfermedades.

Por otro lado, se han realizado estudios que abordaron particularidades de la vivencia de afecciones crónicas, como el VIH (Castro y Farmer, 2003; Grimberg, 2009; Barber y Margulies, 2009; Recoder, 2011), o de largo tratamiento como la tuberculosis

---

<sup>4</sup> Factores sociales desfavorables que influyen diferencialmente en los distintos sectores sociales condicionando sus enfermedades o su salud (Berlinguer, 2007).

(Goldberg, 2008; Goldberg, 2009; Pratto, 2016). La experiencia de enfermedad, según entienden Recoder (2011) y Alves (2006), se concibe como una categoría analítica que refiere a los medios y los modos en que individuos y grupos sociales perciben, conciben y responden a un determinado episodio de enfermedad. De esta manera, distintos estudios analizaron la enfermedad a través de categorías como “trayectoria de enfermedad”, “itinerarios terapéuticos”, “carrera del enfermo”.

Respecto de la experiencia de enfermedad, Recoder plantea: “Para el abordaje de esta categoría, la literatura especializada parte de la premisa de que las personas producen y reproducen los conocimientos y prácticas médicas existentes en el universo sociocultural del que forman parte...” (Recoder, 2011:81). No obstante, en la apropiación que cada persona hace de las creencias en torno a la enfermedad hay una interpretación particular y diferenciada de las mismas (*Ibid*).

Estos estudios realizaron una valiosa contribución respecto de las perspectivas, sufrimientos y formas de atención que las personas atraviesan en torno a una enfermedad específica. A su vez, algunos de estos trabajos (Grimberg, 2009; Rabelo y Alves, 2009; Pratto, 2016) abordaron también atravesamientos de género y sexualidad en la enfermedad y determinados estigmas que la misma acarrea a quienes la padecen.

Los estudios enfocados en determinadas enfermedades resultaron útiles para reconocer el modo en que la experiencia y la atención se estructuran en torno a las metáforas y estigmas, que pesan socialmente sobre tales enfermedades. Al mismo tiempo, iluminaron sobre estereotipos cargados en ciertas poblaciones a las que se les adjudica mayor posibilidad de contraerlas y transmitirlos. Los estudios realizados respecto del padecimiento de tuberculosis en personas migrantes (Pratto, 2016; Goldberg, 2008; 2009) constituyen ejemplos al respecto, al igual que aquellos realizados en torno a mujeres/varones de determinados grupos sociales que viven con VIH (Grimberg, 2009; Barber y Margulies, 2009). Asimismo, enfocan la experiencia y recorridos de quienes las transitan en contextos de precariedad, teniendo en cuenta los impactos que el diagnóstico y tratamiento provoca sobre las personas. Han realizado contribuciones significativas sobre las desigualdades que se encarnan históricamente en esos estereotipos y el modo en que se reflejan en trayectorias particulares.

Por otro lado, también se han estudiado los procesos de atención médica profundizando en distintas aristas, como las trayectorias terapéuticas (Barber y Margulies, 2009; Pratto, 2016), o las particularidades de la atención bajo el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005; Otegui Pascual, 2009).

Autoras como Pozzio (2011) han analizado la experiencia de atención de mujeres en instituciones de salud (en el primer nivel de atención), y los diversos sentidos en relación a la gestión y apropiación de políticas de salud desde atravesamientos de género. Dicha autora trabajó el modo en que las políticas públicas en salud intervienen sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

Por otro lado, consideré los estudios sobre el cuerpo y la incorporación de diversos patrones sociales en él. Es en el cuerpo en donde la enfermedad entra en relación con el recorrido de vida, configurando diversas trayectorias terapéuticas vinculadas también a estereotipos, estigmas y determinantes sociales. En algunas de las investigaciones mencionadas se abordó la corporalidad en relación a la enfermedad (Grimberg, 2009; Epele, 2010). Estos aspectos resultan útiles para entender la enfermedad como realidad intersubjetiva y la agencia de las personas en sus estrategias de gestión.

Múltiples estudios han abordado específicamente cuestiones sobre la corporalidad y las significaciones del cuerpo en distintas épocas y contextos. De esta manera, en las ciencias sociales contamos con aportes sobre los significados que reviste el cuerpo para los distintos sectores sociales. Para esta investigación han sido de utilidad aquellos estudios que analizaron significaciones del cuerpo en la actualidad en distintos ámbitos (Citro, 2010) y aquellos que han trabajado respecto a los procesos de salud y enfermedad en sectores pobres. El cuerpo se entiende desde estos estudios como una herramienta o máquina para lograr los objetivos instrumentales de la vida cotidiana. En relación a ello, De Hers y Galak, (2011) abordaron la enfermedad como una interrupción de la actividad de la máquina corporal.

Los trabajos de las/os autoras/es citadas/os me permitieron dialogar, tensionar y articular lo que observaba en el campo, con sus reflexiones y aportes teóricos. Los tuve en cuenta en el desarrollo de la tesis, en los distintos aspectos y experiencias que sustentaban la tolerancia al dolor, las demoras en la atención y las distintas dimensiones que se hacían

presentes frente a la gestión de los malestares, enfocándome sobre todo en las estrategias que las personas ponían en juego para llevarlas adelante.

### La investigación y sus aspectos metodológicos

El trabajo de campo de la presente investigación fue realizado en dos instituciones. Una de ellas fue un centro de salud y acción comunitaria, ubicado en una de las villas<sup>5</sup> de mayor dimensión de la ciudad de Buenos Aires, en la zona sur, a la que llamaré villa Reina. La segunda es el hospital de referencia de la zona, cercano a la misma.

El hospital general de agudos, como tal, forma parte de lo que en el sistema de salud se denomina segundo nivel de atención, lo que significa que recibe a pacientes con distintos tipos de patologías, para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, en estado agudo o episodios de evolución breve. En otras palabras, no es un hospital especializado (de tercer nivel) y las internaciones deberían ser por tiempos acotados. El centro de salud, ubicado al interior de la villa, como el resto de los centros de la Ciudad de Buenos Aires, depende de un hospital general como parte de su área programática<sup>6</sup>. Los centros de salud integran lo que en el sistema público de salud se denomina primer nivel de atención.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> A lo largo de esta tesis utilizaré la palabra villa ya que es la denominación nativa que usaban sus habitantes, que no le llamaban “barrio” como a veces le intentábamos llamar los/as que “éramos de afuera”. Barrio y villa se diferenciaban para quienes vivían en ellos, barrio le solían llamar a los complejos habitacionales de edificios emplazados en los alrededores de la villa.

<sup>6</sup> Tal como se describe en la página del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, por área programática se entiende “la forma de organización del Subsistema Público de Salud, para desarrollar la estrategia de atención primaria de la salud, pensándola como la puerta de entrada al sistema de salud de la comunidad. En sus acciones desarrolla actividades asistenciales y preventivo-promocionales a través de la constitución de equipos interdisciplinarios de salud”. Recuperado de: <https://www.buenosaires.gob.ar/departamento-de-area-programatica>. Consultado: 19.05.2020

<sup>7</sup> En el primer nivel de atención se deben implementar, principalmente, acciones de prevención y promoción de la salud. Esto está definido como parte esencial de lo que se denomina estrategia de “atención primaria de la salud”, amparado en la declaración internacional de Alma Ata del año 1978 a la que nuestro país adhiere en la planificación de su sistema de salud. La atención primaria es definida como el primer nivel de contacto del sistema de salud con los individuos, las familias y la comunidad, para acercar la atención de la salud al lugar donde las personas viven. Según su formulación ideal debe centrarse en realizar acciones educativas y preventivas en la comunidad en torno a los principales problemas sanitarios de la misma. Por esa razón muchos centros de salud, incluido este, realizan talleres en distintas instituciones del barrio, campañas preventivas, postas de salud, charlas informativas, espacios grupales, etc. El sistema

A lo largo de la investigación accedí a una cantidad de relatos diversos respecto de la complejidad y de la situación de salud por la que las personas recurrían a cada institución (desde consultas de control con un pediatra, hasta intervenciones quirúrgicas que requirieron internaciones). Para este estudio me enfoqué en personas que concurrían a esas instituciones y que vivían en los barrios de referencia de las mismas.

Mi acercamiento a la población y a las instituciones comenzó, en primera instancia, a partir de mi inserción como trabajadora social en el hospital en el último decenio: desde el 2010 al 2013 como residente<sup>8</sup>, (tiempo en el cual trabajé también durante un año y 8 meses en el centro de salud al que luego regresé para realizar esta investigación); del 2013 al 2014 como jefa de residentes y del 2014 en adelante como profesional de planta permanente del servicio social del hospital. Mi experiencia laboral ha sido parte de las condiciones de producción de esta tesis. La posición de trabajadora social de la institución me facilitó el contacto con las personas, al tiempo que me obligó a deconstruir buena parte de los conceptos y planteos que me acompañaron durante varios años para intervenir sobre la población que luego se constituyó en sujeto de investigación. En tal sentido, el trabajo de campo fue realizado a través de entrevistas, observación participante y registros en diario de campo durante dos etapas, una en el año 2015 y otra, principalmente, durante los años 2019-2020. En la primera etapa me enfoqué en el trabajo con las usuarias del centro de salud, en donde las condiciones de

---

público de salud está integrado por niveles de complejidad que “deberían” trabajar articulados realizándose en todos ellos prevención y promoción para lograr la eficacia de la estrategia de Atención Primaria. El segundo nivel del sistema público de salud está conformado por los hospitales generales de agudos, como el hospital al cual pertenece este Centro de Salud, y el tercer nivel por hospitales especializados (Arce 2012). A la vez que, como otros Centros de Salud y hospitales, ejecutan, distribuyen, ponen en práctica y trabajan con recursos y políticas sociales del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y del Gobierno nacional.

<sup>8</sup> La residencia de Trabajo Social es un programa de formación en servicio que tiene sede en un hospital y, en el caso de esta profesión, es la manera más frecuente de obtener un empleo en el área de salud. En este sentido, parte de lo que establece el programa de formación de la residencia en hospitales generales de agudos es la rotación por un Centro de Salud y Acción Comunitaria. En lo que a mi experiencia concierne en la sede hospitalaria la rotación en CeSAC se realizaba durante un año y medio, si bien yo la extendí a un año y 8 meses. Asimismo, los primeros y los últimos 6 meses de la residencia, en mi experiencia, fueron desarrollados en el hospital.

vida en la villa constituían el escenario indeleble. Allí pude tener una aproximación incipiente a la problemática abordada.

Con esa intención, tenía el propósito de conocer las nociones de salud y enfermedad de personas que vivían en condición de pobreza, concurrentes a un centro de salud y acción comunitaria pero que también concurrían al hospital, dando cuenta de las prácticas que desarrollaban a tal fin y prestando especial atención al modo en que gestionaban el malestar por el cual solicitaban atención.

Empecé por preguntas que luego modificaría, como ¿qué consideraban las personas que era la salud y de qué modos la buscaban y/o generaban en su vida cotidiana? Las respuestas de las personas a estos interrogantes me condujeron luego a comenzar preguntando ¿qué hacían cuando se enfermaban y qué estrategias utilizaban para atenderse en las instituciones de salud?

En esta primera etapa fui acercándome a los modos de gestión del malestar que ponían en juego las personas al interior de las instituciones de salud. En este sentido, la gestión del malestar alberga diferencias respecto a las estrategias. Las últimas involucran aquello que observé o me dijeron que hacían cuando se enfermaban y atendían. La gestión del malestar, abarca las estrategias, pero implica otras tantas situaciones, como por ejemplo: si hacían algo o no con aquello que les sucedía y por qué, qué consideraciones, motivaciones o argumentos mostraban detrás de tales acciones, todo aquello que usaban u observé así como lo que se derivaba de sus relatos, como discursos, escenificaciones, lamentos, enojos, entre otros.

Al avanzar en el trabajo de investigación e indagar sobre las prácticas de salud y enfermedad el campo fue adquiriendo mayor riqueza analítica, a través de los relatos de las/os informantes, de su vida cotidiana, su forma de vida, el cuidado de las/os hijas/os, y las formas de atención que recibían en las instituciones de salud.

Esta investigación fue realizada priorizando un enfoque etnográfico, que siguiendo a Guber (2001) constituye una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros. De esta manera, como enfoque busca realizar una representación coherente de lo que piensan y sienten las/os nativas/os. Si bien, tal enfoque se vale de la descripción como aspecto

central, no “es” el mundo de las/os nativas/os sino una conclusión interpretativa del/la investigador/a (Guber, 2001). Para la investigación utilicé las técnicas cualitativas de observación, observación participante y de entrevistas en profundidad, con preguntas abiertas y semi-estructuradas.

Las entrevistas y observaciones realizadas se centraron en las prácticas y estrategias desarrolladas en torno a la salud y la enfermedad, los modos de conducirse y de hacer al respecto en diversos ámbitos (centro de salud, hospital, doméstico y comunitario-barrial). En el desarrollo de la primera etapa me llamaron la atención las estrategias que ponían en juego en las relaciones con las/os profesionales, la utilización que hacían de ese vínculo para lograr atender sus padecimientos y la manera en que todo eso incidía en las consideraciones que las personas tenían sobre la salud y la enfermedad.

El trabajo de campo en el centro de salud y acción comunitaria incluyó 5 entrevistas, 4 de ellas a mujeres que se atendían allí y una de ellas a una médica generalista. Además constó de observaciones en la sala de espera, observaciones de acontecimientos particulares como la entrega de leche y la juegoteca, observaciones de reuniones del equipo profesional en la institución y conversaciones e intercambios con distintas profesionales de la misma. La información recabada allí me permitió problematizar por ejemplo, los vínculos cercanos que las personas que se atendían tenían con las/os trabajadores de la institución y como aquel condicionaba la gestión de las personas. Esto se debía a que el centro de salud se encontraba en un ámbito de acceso cotidiano de la población de la villa, constituía un lugar que las personas transitaban con frecuencia, conociendo de cerca tanto los ritmos y rutinas de atención como a las/os profesionales a las/os que podían y elegían recurrir.

El centro de salud integra, como dije, el primer nivel de atención del sistema de salud. Depende de un hospital general de agudos, y comparte el área con otros centros de salud, en distintos barrios de la zona<sup>9</sup>. Este centro de salud contaba con un total de 22

---

<sup>9</sup> Los servicios que brindaba el Centro de Salud eran Enfermería, Medicina General, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Psicopedagogía y Odontología. A su vez, algunas/os profesionales realizaban actividades grupales, en forma semanal, en la institución, o en otras instituciones del barrio. Entre ellas se destacaban: el rincón de lectura, una actividad destinada a niñas/os a quienes se leían cuentos y se realizaba en la sala de espera del CeSAC. La juegoteca también tenía lugar en la sala de espera. El grupo de mujeres

profesionales, una cantidad pequeña en relación a los otros centros de salud del área programática, que solían tener entre 40 y 50 profesionales<sup>10</sup>.

El acceso al campo y a las entrevistadas en el centro de salud fue facilitado por dos de mis ex compañeras de trabajo, que oficiaron de “porteras”. Accedí a través del vínculo de referencia y conocimiento que tenían con mis informantes claves, facilitando mi contacto con ellas. Por tanto, mis informantes en la salita no fueron elegidas al azar para entrevistarse conmigo. Por el contrario, fueron personas que se atendían con frecuencia en la salita, que eran conocidas por mis ex compañeras, quienes consideraron que podían aportarme información relevante a los fines de este trabajo y fueron personas que aún con dudas y reparos accedieron a las entrevistas, tal vez porque quienes se lo habían solicitado eran profesionales con quienes tenían confianza. Las entrevistas fueron realizadas a mujeres porque la población que asistía a ese tipo de institución era mayoritariamente de mujeres y niñas/os.

A la vez, he registrado en cuaderno de campo observaciones realizadas durante mis jornadas laborales en el CeSAC. A partir de la revisión de los registros en el cuaderno de campo y de las entrevistas, me surgieron interrogantes con respecto a qué sucedía con las estrategias y gestión del malestar en otro nivel de atención de la salud como el hospital, en el que yo estaba trabajando. Ello me llevó a comenzar un registro sistemático de observaciones e interacciones de mi trabajo en tal efector, principalmente de aquellas que me resultaban significativas. En este sentido fui organizando la segunda etapa de la investigación que estaría enfocada en lo que sucedía en torno a la problemática, pero esta vez localizada en el hospital. Aquí me surgieron algunos

---

era una actividad grupal destinado a mujeres del barrio que estuvieran atravesando una situación de violencia de género. El control de peso y talla, estaba destinado a vecinos del barrio que asistían a comedores. Funcionaba también un grupo de estimulación temprana para niños de 0 a 6 años. Asimismo se realizaba la planificación y la coordinación de talleres de distintas temáticas de salud, entre ellos: métodos anticonceptivos, que solían realizarse tanto en la sala de espera del CeSAC, como en los comedores del barrio.

<sup>10</sup> Al momento de la realización del trabajo de campo la composición de trabajadores era la siguiente: 3 pediatras, 4 médicas generalistas, 1 ginecóloga, 2 obstetras, 2 odontólogos, 1 nutricionista, 2 trabajadoras sociales, 2 psicólogas, 1 psicopedagoga, 3 enfermeras, y el director del establecimiento que era psicólogo. A excepción del director, los dos odontólogos y dos de los pediatras, el resto del equipo de profesionales estaba compuesto por mujeres. A las/os 22 profesionales se sumaban tres mujeres que realizaban tareas administrativas y dos personas, una mujer y un varón, que realizaban la limpieza del establecimiento.

obstáculos con respecto a mi rol profesional. Me preocupaba, al principio, el lugar que ocupaba en la institución, por un lado, y el lugar como investigadora por otro. Luego de las jornadas laborales reconstruía lo sucedido y realizaba los registros en el cuaderno de campo, “objetivizando” la experiencia de trabajo. En este sentido, había un doble ejercicio, por un lado, registraba lo que acontecía y por otro, era consciente que mi presencia laboral activa en muchas de las escenas me convertía también en sujeto de mi investigación. No sólo se trataba de problematizar la “ecuación personal”<sup>11</sup> en tanto investigadora y cómo los diversos condicionamientos de esa posición afectaban la tarea, sino que, en mi caso, se sumaba que mi propia actividad laboral/profesional en el campo incidía en ella. Esta situación constituyó un desafío permanente en el recorte y análisis de la problemática abordada. Lejos de querer negar o minimizar las dificultades, contradicciones y tensiones, me pareció necesario explicitarlas como parte del proceso de investigación.

Durante la segunda etapa, como mencioné me enfoqué las situaciones en el hospital. Realicé registros de mis interacciones con pacientes internadas/os, de los intercambios con profesionales de las salas de internación de adultas/os y de observaciones en las mismas. Realicé sobre ese material un proceso reflexivo y de distanciamiento a través de las preguntas que orientaron la elaboración de esta tesis.

Los registros de cuaderno de campo analizados para esta tesis respecto del trabajo con pacientes particulares, describen personas que conocí durante sus internaciones en las salas de adultas/os del hospital. Específicamente analicé los registros de la experiencia de trabajo con 3 varones internados en las salas de clínica médica, una mujer y un varón que atravesaron internaciones en las salas de cirugía, y una mujer que atravesó internaciones en la sala de traumatología.

Cabe aclarar que las personas mencionadas que estuvieron internadas en el hospital, fueron acompañadas durante su estadía por profesionales de Trabajo Social (entre las que me incluyo), así como también por sus familiares o referentes vinculares. Desde el

---

<sup>11</sup> Como refiere Miguel López Coira (1991), se trata de tener en cuenta la subjetividad del observador como factor posible de alteración de lo observado, que en mi caso no era sólo tener en cuenta mi subjetividad como investigadora sino también como trabajadora social de la institución.

servicio de Trabajo Social se intentaba diseñar estrategias para facilitar la continuidad de tratamientos y la recuperación luego del alta hospitalaria. Este proceso no se realizaba con todas las personas internadas, sino bajo determinados criterios de intervención. Tales criterios, en general, tenían que ver con cuestiones vinculadas al acceso o vulneración de derechos, como por ejemplo, la accesibilidad a la gestión de determinadas políticas sociales; personas sin redes vinculares que tuvieran necesidades de cuidado y ayuda para las actividades de la vida cotidiana; conflictos familiares debidos a distintos aspectos que desencadenaba el proceso de internación; diagnósticos recientes de enfermedades crónicas o avanzadas; dificultades para sostener determinados tratamientos médicos de la enfermedad; problemáticas habitacionales; problemáticas de salud mental; consumo de sustancias; violencia de género, violencia doméstica; final de vida; entre otros. Para el servicio de Trabajo Social la convocatoria a intervenir podía partir de la propia evaluación profesional o provenir de otras/os profesionales, de las/os pacientes o sus familiares. Como he expresado más arriba en las solicitudes de intervención por parte de otras/os profesionales o pacientes se mezclaban los criterios mencionados con consideraciones propias sobre lo que hacía o debía hacer una trabajadora social.

Pude observar en la investigación que los pedidos de intervención expresados por otros/as profesionales presentaban determinadas intenciones como, lograr que la/el paciente se fuera del hospital ya que se encontraba de alta médica, averiguar qué tipo de contención tenía respecto de su red socio familiar, averiguar si su domicilio se encontraba en condiciones de que retornara allí, intervenir frente a gritos o enojos que había manifestado la/el paciente o su familia. A su vez, por parte de las/os pacientes o sus familiares los pedidos de intervención tuvieron que ver con acceder a información sobre prácticas médicas, diagnóstico y tratamiento, acceder a información y gestión de subsidios o ayudas económicas estatales, pedir ayuda o intercesión frente a un conflicto que habían tenido con un/a medica/o y/o enfermera/o, entre otras.

Desde el servicio de Trabajo Social se realizaban entrevistas con las/os pacientes y sus familias para abordar su situación en forma procesual, mientras durara el curso de su internación y a menudo continuaban luego del alta, por consultorio. Con la/el paciente

internada/o se solían realizar al menos dos entrevistas semanales. No obstante, la cantidad de encuentros tanto con la persona internada como con sus referentes vinculares dependía de lo que la situación ameritara. Esto último tenía relación con que el tiempo de internación que tenían las personas a menudo no era el mismo que el que duraba una intervención, la persona podía llevar días o meses internada y que sin embargo se convocara la intervención del Trabajo Social mucho después del inicio de su internación o inclusive sobre el final de esta, por ejemplo cuando el motivo se relacionaba a que se concretara su salida del hospital. Por otro lado, la cantidad y tipo de encuentros con las/os pacientes y sus familiares dependía de la gravedad, conflictos o particularidades de la situación, como también de la demanda que realizaran las/os pacientes y sus familiares o, del momento del proceso. Al respecto, al inicio de las intervenciones solían ser entrevistas extensas para conocer a la persona y su situación, luego podía tratarse de encuentros más cortos o eventuales para realizar un seguimiento de la internación o abordar cuestiones puntuales.

En la segunda etapa de esta investigación, aquellas observaciones y registros de campo que describen situaciones particulares corresponden a interacciones con 6 personas que estuvieron internadas en el hospital. Pedro, con quien me vinculé cuando estuvo internado en el hospital durante un mes y medio entre diciembre 2019 y enero de 2020, en la sala de clínica médica; Estela quien entre agosto y septiembre de 2019 cursó una internación de 18 días en la sala de cirugía; Ramón que estuvo 12 días internado en la sala de clínica médica del hospital en marzo de 2020; Juan quien estuvo 22 días internado entre marzo y abril del 2020 en la sala de cirugía; Alicia, con quien desarrollé un mayor acercamiento ya que se internó en la sala de traumatología en múltiples oportunidades entre 2015 y 2019. Y, finalmente, Roberto quien estuvo internado 2 meses y 12 días en la sala de clínica médica desde enero de 2020.

En el hospital fue posible observar las situaciones de internación de personas que presentaban manifestaciones corporales de episodios agudos de enfermedad. De esta manera pude conocer qué aspectos resultaban comunes y cuáles se diferenciaban respecto de las experiencias relevadas en la primera etapa de la investigación realizada en la salita; a su vez, pude observar diferencias entre el relato sobre la enfermedad desde

la cotidianeidad (las entrevistadas de la salita que hablaron sobre lo que consideraban enfermedad pero en el marco de su vida cotidiana) y el relato sobre la enfermedad en curso, que provocó una internación.

El trabajo de campo realizado en el hospital me permitió centrarme en el momento en que la enfermedad irrumpió en la vida cotidiana obstruyéndola y puso en escena al cuerpo físico como prioridad, delimitada generalmente por el dolor. Al mismo tiempo pude recabar aspectos sobre el periodo de tiempo que la persona toleró el malestar antes de consultar, por qué motivos consultó o demoró la consulta, en qué condiciones llegó a una internación y qué características revistió ese proceso, qué evaluó sobre las prácticas institucionales y cómo le impactaron.

Con respecto a las personas que asistían a las instituciones en las que se realizó el trabajo de campo, quienes iban a la salita alternaban las consultas que realizaban allí con las que efectuaban en el hospital. Por el contrario, las personas del hospital no se atendían regularmente en centros de salud, sino que directamente lo hacían en el hospital cuando les sucedía alguna urgencia.

Es importante señalar que todos los nombres que aparecen en esta tesis, sean de personas o lugares, son ficticios, con la finalidad de preservar su anonimato, de manera de evitar posibles identificaciones.

### Organización de la tesis

La tesis se encuentra estructurada en capítulos. La intención es que a través de los mismos queden trazadas diversas experiencias del PSEAC, teniendo en cuenta sus variadas consideraciones y las vivencias concretas, así como las modalidades que desarrollaban en torno a la gestión de un malestar.

En el primer capítulo abordé algunos aspectos centrales sobre las condiciones de vida de las personas con quienes trabajé. Teniendo como objetivo caracterizar y ubicar el contexto socio-ambiental, describí el escenario local/ barrial, su relación con la situación de salud y las características socio económicas de la población que allí habitaba.

En el segundo capítulo consideré aspectos relativos a la vida cotidiana de las personas que protagonizan mi tesis. Indagando cuáles eran sus prioridades observé que su consideración y acción sobre la salud se vinculaba intrínsecamente al sostenimiento de

las rutinas. A la vez, esto dio indicios del motivo por el cual, a menudo, cuando los padecimientos, malestares o enfermedades aparecían se posponía su atención hasta que la urgencia física se imponía. Allí observé el modo en que se concretizaba la idea del cuerpo como herramienta de trabajo y las percepciones del cuerpo vinculadas al sector social, que a su vez, condicionaban o influían el armado de prioridades y parámetros de urgencia.

En el tercer capítulo abordé las modalidades que adquirió para la población estudiada la gestión de un malestar, padecimiento o enfermedad cuando interpeló significativamente su cuerpo. Además, indagué cuáles eran las prioridades en términos de la urgencia que se desplegaron a partir de la enfermedad. Comencé en esas páginas a aproximarme a las dificultades que enfrentaban las personas en las instituciones de salud cuando debían gestionar su malestar, abordando la dificultad que esto implicaba en sus vidas cotidianas. El cuarto capítulo resultó ser el más extenso de esta tesis, duplicando a los otros. Tal extensión se debe a que recabé las estrategias de las personas, recuperando su agencia, describiendo sus saberes sobre las formas de atender una enfermedad y un padecimiento. Estas estrategias incluían su manejo al interior de las instituciones, las performances, la manera en que hacían prevalecer sus prioridades y algunos de los recursos que ponían en juego.

El quinto capítulo intentó condensar los capítulos anteriores a través de retratar con mayor profundidad las perspectivas de algunas de las mujeres en torno a la enfermedad. Las mismas aparecían en relación a discursos morales, o vinculadas a condiciones espaciales como el adentro y afuera de la casa en la villa y/o entraban en diálogo con ideas acerca de la suciedad, la limpieza, la podredumbre, entre otras cuestiones. A su vez, complementé este análisis con lo relevado en las situaciones de internación hospitalaria. Allí aparecieron consideraciones morales y espaciales en relación a la suciedad y la limpieza/ higiene del cuerpo. En ambos contextos, pude relevar las decisiones que tomaban en relación a las concepciones del malestar, así como las gestiones que realizaban en consecuencia, qué malestares les generaba el ambiente, el adentro y el afuera, la suciedad y cómo se gestionaba ese malestar.

Por último, en las conclusiones recuperé e integré el análisis de los puntos principales de los distintos capítulos arribando a una nueva síntesis.

\*\*\*

## CAPÍTULO 1. EL CONTEXTO DE LA VIDA

En este capítulo, mediante la utilización de fuentes secundarias, de datos epidemiológicos, censales, habitacionales, articuladas con fuentes primarias a partir observación participante, me propongo brindar herramientas para describir la situación socio-demográfica, sanitaria y socio-económica local. El fin será el de visibilizar el contexto socio-ambiental de vida de las/os protagonistas de esta tesis.

La zona sur de la ciudad, donde se encuentran los barrios en los que viven las personas con las que trabajé, muestra los mayores índices de pobreza de la ciudad de Buenos Aires. Recogiendo algunos datos que aportó el documento del Análisis de la Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires del año 2017<sup>12</sup> (ASIS), puedo señalar que entre los valores más significativos la zona sur lleva los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) más altos de la ciudad. La población de las comunas<sup>13</sup> en la que se encuentran los barrios, villas y asentamientos de la zona en la que investigué, tienen en conjunto un porcentaje que ronda el 24%, valores muy por encima de la media de la ciudad que no supera el 4%.

De igual manera, entre los datos recuperados del ASIS 2017, se establece que las 2 comunas a las que pertenecen los barrios donde residían las personas mencionadas en esta tesis están entre las 3 comunas del sur que registran la tasa de analfabetismo más alta de la ciudad (ASIS, 2017). Por otro lado, en la zona sur se encuentra la mayor proporción de población que padece precariedad habitacional<sup>14</sup>. Teniendo en cuenta lo anterior, las comunas de referencia llevan valores de hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto) de más del 30%. Esto se debe a que la zona sur es la que registra la mayor cantidad de villas y asentamientos, a lo que se le añade los riesgos que se desprenden de encontrarse emplazada en la cuenca Matanza Riachuelo<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Los datos corresponden al año 2016 si bien su publicación se realizó en 2017.

<sup>13</sup> Las comunas son las unidades descentralizadas para su gestión política y administrativa en las que se divide la CABA, que reúnen distintos barrios cercanos a estos fines.

<sup>14</sup> Siguiendo el ASIS, para considerar la precariedad se tiene en cuenta el tipo de vivienda, el nivel de hacinamiento, y la falta de acceso a servicios básicos.

<sup>15</sup> La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es atravesada de este a oeste por la Cuenca Hídrica del Río Matanza-Riachuelo (CMR). La CMR recibe el curso de desechos industriales y efluentes

Debido a que la mayor parte de las personas que aparecen en esta investigación habitaba en villa Reina, desarrollaré algunas de sus características a los fines de la contextualización.

La villa está organizada en distintos sectores de asentamiento, por un lado, de acuerdo a su antigüedad: las manzanas históricas formadas desde antes de los años '70 con sus habitantes también históricos; por otro lado, en torno a la comunidad de origen de las personas que la habitaban, era usual escuchar “la manzana de los bolivianos”, “las manzanas de los peruanos”. Al recorrer el espacio pude ver como cada una de estas manzanas se diferenciaba incluso desde sus características físicas, los colores, la modalidad de organización, entre otros. Por ejemplo, en “la manzana de los bolivianos” observé muchos comercios de comestibles o comida preparada, que a simple vista, me sugerían la impresión de romper con la apariencia de villa para asemejarse a un barrio, con zona comercial incluida. “La manzana de los peruanos”, resonaba a menudo entre las personas del barrio y las/os profesionales de la salita como una manzana “peligrosa”, identificada como aquella “en la que estaban los narcos”. Las llamaban así, “las manzanas de...” porque en ellas habitaban en su mayoría migrantes de esos países, que entonces, le ponían sus características a su zona. A estas se sumaban las que podría llamar “las manzanas de los argentinos”, aunque sólo para diferenciarlas, porque en la villa no las llamaban así.

La villa<sup>16</sup> ha crecido tanto en sus más de 70 años de existencia que al momento del trabajo de campo contaba con 34 hectáreas organizadas en 31 manzanas, de manera

---

cloacales, que la posicionaron como el tercer río más contaminado del mundo. En la CMR se distingue tres zonas topográficas: la cuenca alta, media y baja. La CABA se localiza en la cuenca baja, la cual, a diferencia de la cuenca alta, se caracteriza por una elevada densidad poblacional, un territorio totalmente urbanizado y la presencia de industrias. La CMR recorre los barrios del sur de la Ciudad. Según datos del Censo 2010, un 27,3% de la población de la ciudad residía en el área de la CMR (ACUMAR, 2014). El área de CMR-CABA coincide con las comunas que presentan de mayor vulnerabilidad social. En la CMR-CABA se contabilizan al menos 30 asentamientos y villas. Las villas y asentamientos en general se ubican en terrenos bajos e inundables, o en zonas antiguamente destinadas a basurales, playa de maniobras del ferrocarril, depósitos de chatarra o ex trazas de autopistas. Se trata de terrenos que fueron considerados no aptos para la urbanización y que pueden contener altos niveles de contaminación del suelo por metales pesados y estar más expuestos a la contaminación de la cuenca (ASIS 2017).

<sup>16</sup> Según define el Instituto de la Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires una villa es una comunidad asentada en terrenos fiscales de la ciudad, en proyecto de urbanización e

irregular, separadas por calles asfaltadas en algunos casos y por pasillos estrechos en otros. Dadas sus dimensiones se constituía en una de las villas más grandes de la ciudad de Buenos Aires. Atravesarla, por la avenida que la trazaba a lo largo, llevaba un buen rato. A lo largo y a lo ancho, la villa mostraba su enormidad. Dentro de sus dimensiones se calculaba, según los datos del censo realizado 2010, que vivían 25.973 personas. Sin embargo otros informes, ya antes del censo, indicaban que allí habitaban más de 70.000 personas<sup>17</sup>, de distintas nacionalidades, y que gran parte de ellas eran migrantes provenientes de Bolivia, de Perú y de Paraguay, en mayor medida.<sup>18</sup>

Como se verá a través de las/os protagonistas de esta investigación, y en coherencia con los datos que mencioné, una de las problemáticas más prevalentes en la población de la villa era la de la vivienda. En cuanto a las condiciones de habitabilidad, por ejemplo, se visualizaba que las construcciones crecían en sentido vertical, la villa crecía para arriba, mediante edificaciones en altura de ladrillo sin revoque, diferentes a las de chapa, cartón o madera que caracterizaron los orígenes de la villa. Crecía para arriba porque los laterales estaban delimitados por terrenos pertenecientes a la policía federal, es decir que como no podía extenderse horizontalmente, lo hacía en altura, es así que las estructuras edilicias contaban con 3 o 4 pisos, multiplicando así la cantidad de población que vivía en la zona. Y dado el crecimiento, la organización de sus manzanas había tomado una lógica propia y de ordenamiento diferente a la de la planeación urbana<sup>19</sup>.

---

incorporación a la trama urbana. Con saneamiento básico satisfecho, independientemente de las condiciones y la calidad de su servicio o su posterior degradación. Cuenta con instituciones y/o organizaciones barriales comunitarias. Poseen numeración y un alto grado de reconocimiento por parte del Estado. <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/#top>

<sup>17</sup>Informe Buenos Aires sin techo. Informe sobre la Emergencia Habitacional en la Ciudad de Buenos Aires. Comisión de vivienda de la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Noviembre 2009

<sup>18</sup>Según el Ministerio de Hacienda y la dirección general de estadísticas y censos de la ciudad el 41% de la población del sur de la Ciudad de Buenos Aires es pobre y el 45% de los habitantes de las villas de emergencia son migrantes. Ya al año 2000 el 77% de la población de la villa era migrante. Datos de la dirección de estadísticas y censos de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: [www.estadistica.buenosaires.gob.ar/](http://www.estadistica.buenosaires.gob.ar/). Consultado 19/07/20.

<sup>19</sup>La numeración de las manzanas no era siempre correlativa, asimismo las numeraciones de las casas ubicadas en una misma manzana no eran, a menudo, correlativas entre sí. Por otro lado, las casas o habitaciones que se construían arriba de las casas ya existentes para fines de alquiler también complejizaban la numeración ya que podían o no mantener el número de la casa de origen.

Estas construcciones, realizadas autónomamente por sus habitantes, eran precarias, no porque estuviesen mal construidas, o por desconocimiento de los saberes de la construcción, ya que una de las fuentes laborales más frecuentes entre la población masculina de la villa era la construcción (ASIS, 2017). La precariedad se debía a: las instalaciones (de electricidad, por ejemplo), la falta de servicios de luz, agua y gas de tendido oficial y la falta de cloacas, de la que adolecían por estar en una villa, dado que sus habitantes no contaban con las escrituras de propiedad del terreno; la falta de ventilación, la labilidad y empinamiento de las escaleras (que provocaban gran cantidad de caídas de altura, sobre todo en niñas/os y adultas/os mayores), entre otras características de infraestructura. Estos datos son relevantes porque ayudan a entender de qué modo estos aspectos exponen a la población a vulnerabilidades particulares que afectaban específicamente a la salud: caídas de altura, infecciones por falta de cloacas, accidentes con la electricidad, falta de agua, falta de luz, humedad en las casas, etc.

Dentro de la villa funcionaba un mercado de alquiler entre propietarias/os de las casas e inquilinos/as que alquilaban habitaciones dentro de las mismas. Se trataba de un intercambio informal ya que los alquileres no se realizaban bajo un contrato legal, porque las casas, al estar construidas en terrenos tomados, no contaban con títulos de propiedad. Según referencia de las personas con quienes trabajé, el alquiler de una pieza en la villa en las condiciones que vengo describiendo y en la que vivían, a menudo, familias enteras oscilaba entre los 7000 y 10000 pesos (tomando como referencia diciembre del 2019<sup>20</sup>), monto que resultaba elevado dado que las familias no contaban en general con ingresos estables. La informalidad del alquiler incidía también en el hecho de que las personas y las familias cambiaran con frecuencia la habitación que alquilaban.

La enormidad de la villa, la facilidad o dificultad para transitar ciertas zonas y el cambio frecuente del lugar donde se habitaba hacía que a las/os mismas/os vecinas/os les costara ubicarse en su interior. La dificultad para ubicarme al recorrerla también marcó mi experiencia en la villa. Buscaba diversas formas de guiarme ya que nunca lograba

---

<sup>20</sup> Al momento de finalización de la escritura de esta tesis, en 2021, los alquileres se cobraban entre los 10000 y los 12000 pesos.

aprender la organización de sus manzanas. La ubicación de un pequeño cartel que proponía orgulloso sobre un poste: “te lavo tu nave” en la esquina de una avenida neurálgica de la villa y que regalaba un elogio a todos los autos que se preciaran de recibirlo, constituía una referencia guía para recibir orientaciones y saber en qué dirección moverme. A la vez, como pude comprobar al poco tiempo de estar en la salita, un gran número de vecinas/os que allí se atendía no podía indicar su dirección, es decir, la manzana y la casa en la que habitaban, o bien, cuál era la manzana de enfrente o la de al lado. A veces, acompañaban el argumento con alguna explicación como “es que hace muy poco que me cambié ahí o la casa es la 19 pero la manzana no me la acuerdo” o simplemente referían que llegaban a sus casas de memoria o daban el nombre de alguna de las calles linderas. Este fenómeno también tenía que ver con que gran cantidad de la población sólo se movía o transitaba por el sector que habitaban, o sólo por determinadas calles. Consideraban a menudo que otros sectores les quedaban lejos o que no podían transitarlos por cuestiones de seguridad personal, aunque se distanciaran por unas pocas cuadras, siendo frecuente escuchar expresiones del tipo “me queda muy lejos”; “por allá no voy”; “de la avenida X para allá no me manejo”; etc. Situaciones como estas incidían en su gestión del malestar, por ejemplo, respecto de los lugares y momentos que elegían para consultar.

Además, en las adyacencias de la villa existían las urbanizaciones de edificios tipo complejo habitacional realizadas por quienes gobernaban la ciudad de Buenos Aires en distintas épocas históricas, algunos de los cuales fueron “tomados”, bajo procesos de ocupación, por las personas que esperaban la adjudicación de los departamentos que el Instituto de la Vivienda de la Ciudad no realizó. Esto sucedió en los primeros años de la década del 2000 y, corrían rumores que he escuchado en la salita, que el mismo Instituto de la Vivienda de la Ciudad abandonó los edificios para que fueran “tomados”. La causa presunta era que tenían errores tan grandes en la construcción, que para solucionarlos había que hacerlos nuevamente y no había presupuesto para ello. Por tal motivo, esos complejos no contaban con provisión de luz, agua y gas, ya que las obras nunca habían sido terminadas.

Los datos de la situación laboral resultaban coherentes con los que mencioné en cuanto al déficit en la calidad de vida de la población de la villa. La mayor parte de la población mantenía empleos “en negro”, principalmente en la construcción para los varones y el empleo doméstico para las mujeres; otro sector de empleo que resultaba mayoritario por la cantidad que había en el territorio, eran los talleres clandestinos de producción de ropa, que empleaban a hombres y mujeres (ASIS, 2017). Este sector de trabajo también reflejaba la precariedad habitacional, ya que en los talleres las personas trabajaban más de 12 horas por día y hasta vivían en ellos, a veces, junto a sus familias trabajando en el mismo taller.

En mi experiencia laboral como trabajadora social la pregunta, “¿Estás trabajando?” era obligada al momento de realizar cualquier entrevista y, era habitual escuchar, “Sí, costurando en un taller”. Sin embargo, al recorrer la villa, esa gran cantidad de talleres no se veía. Su clandestinidad implicaba que fueran lugares cerrados, que funcionaban al interior de las casas de la villa, lugares pequeños, sin presencia de ventanas, con un número variable de máquinas de coser, lo cual determinaba la magnitud del taller, el nivel de trabajos que tomaba y el lugar ocupado en la cadena de producción clandestina. En ese sentido, era frecuente ver por las mañanas a las/os postulantes a un puesto de trabajo en los talleres, reunidos en una esquina a pocas cuadras de la villa, esperando que las/os dueñas/os se acercaran a ofrecerles empleo. Más aun, en una oportunidad yo misma fui protagonista de la escena, cuando al estar esperando en esa esquina a una compañera se acercó un hombre a preguntarme: “¿collerista?”, no entendí la pregunta, y simplemente respondí: “no”. Luego mi compañera me explicó que “collerista” le llamaban a quienes se dedicaban a coser los cuellos de las prendas. De modo que, o me estaba pidiendo empleo ofreciéndose como collerista, o me estaba ofreciendo trabajo de collerista.

El taller solía ser un lugar de vivienda y trabajo para las personas que no podían resolver de otra manera la necesidad habitacional. Trabajando tanto en la salita como en el hospital, muchas mujeres me han contado que las dejaban quedarse allí con sus hijas/os, mientras ellas costuraban. Una de las mujeres me dijo preocupada durante una entrevista: “En el taller en el que trabajaba costurando me dejaban con mi nene, ahora

que la tengo a ella también, ya no pude seguir ahí”. Las/os niñas/os en general eran encerradas/os en alguna habitación del taller, prohibiéndoles estar en la zona donde se encontraban las máquinas. Respecto a esto, y como otra dimensión que podría incidir en la gestión del malestar, a menudo para estas/os trabajadoras/es enfermarse, o tener que realizar un tratamiento implicaba perder el único trabajo con el que contaban.

El hacinamiento, la insalubridad, la mala alimentación, las ininterrumpidas horas de arduo trabajo (ya que el pago se realiza por prenda, y es muy bajo, cuanto más prendas se cosen más dinero se recibe y las/os dueñas/os no permiten la interrupción del trabajo)<sup>21</sup>, la acumulación de polvillo de la tela en el aire, la posición en la que se cose, propenden a generar enfermedades, posturales, anémicas, de la vista, y sobre todo respiratorias, de las cuales, una muy común es la tuberculosis<sup>22</sup>.

Para sumar a la contextualización de las condiciones de vida de la población agrego algunos datos epidemiológicos en relación a la prevalencia de enfermedades. En lo concerniente a la cantidad de casos de tuberculosis, el hospital se ubicaba sólo por detrás de los centros de referencia en enfermedades infectocontagiosas de la Ciudad como el hospital Muñiz y el Instituto de Tisioneumonología Vaccarezza. De 1254 casos de tuberculosis en la CABA en 2018, 158 pertenecieron al hospital tomado de referencia para esta tesis. Respecto de otras problemáticas de salud, también se reportaba en la zona sur una incidencia mucho mayor al promedio de la ciudad en la tasa de mortalidad infantil<sup>23</sup> que alcanzaba un 44,1% quintuplicando la de las zonas con mayor nivel

---

<sup>21</sup> Las investigaciones de Goldberg (2008; 2009) y de Pratto (2016) analizan en profundidad estas problemáticas. Para describir en términos generales aquellos talleres que implementan una modalidad de cuasi esclavitud, alcanza con mencionar que las personas que trabajan en los talleres sólo pueden interrumpir la tarea para comer y dormir sólo un par de horas. La comida es proporcionada en el taller, por aprendices que se dedican a esa tarea, y para dormir, en lo que se conoce como “camas calientes” porque los talleristas duermen cerca de dos o tres horas y en cuanto se levantan, otro tallerista ocupa esa cama y continúa el proceso de producción incesantemente, sin que la cama llegue a enfriarse.

<sup>22</sup> Las múltiples y variadas afecciones y padecimientos de salud que provoca el trabajo en los talleres clandestinos en relación cuasi esclavista ya fueron ampliamente trabajados por estudios como los de Pratto (2016) y Goldberg (2008). Goldberg lo analiza como un proceso destructivo deteriorante de las/os inmigrantes bolivianas/os en la CABA, considerando que gran cantidad de ellos se encuentra en la villa en la que habitan varias de las personas de esta investigación.

<sup>23</sup> Comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad postneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año. La Tasa de Mortalidad

socioeconómico de la ciudad; además de contar con las tasas de mortalidad general más elevadas. Por otro lado, el mayor número de casos de dengue se ubicaba en las villas y asentamientos del sur de la ciudad; así como también en esta zona se presentaba la mayor cantidad de casos de meningoencefalitis. A su vez, el hospital contaba con la mayor tasa de sífilis positiva en el embarazo (4,6 %); y un 89% del total de embarazos eran “no planificados” (ASIS, 2017).

Otro dato relevante es que la zona sur de la ciudad de Buenos Aires, cuenta con el mayor porcentaje de población que posee como única cobertura de salud el sistema público, un 77%, número diez veces mayor a la media de las comunas de mayor nivel socioeconómico de la ciudad (ASIS, 2017). Este último representa un indicador negativo porque los hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires, como los de todo el país, atraviesan desde hace décadas la implementación de políticas públicas de ajuste, desfinanciamiento del sistema, desmantelamiento de programas de salud, insuficiencia del número de profesionales en la atención, falta de insumos básicos para la atención, retardo en la realización de operaciones y entrega de turnos, escasez de medicación, brindando una calidad de atención a menudo deficitaria y de baja accesibilidad (Iriart et al., 2000; Jelin et. al., 2007).

El contexto en el que transcurre la vida de las/os protagonistas de esta tesis está caracterizado por los indicadores y datos mencionados anteriormente. Con respecto a la atención de su salud, muchos/as de ellos/as asistían a “la salita”.

### La salita “50”

El centro de salud o “la salita” se encuentra en el interior de Villa Reina. Al concurrir asiduamente se podían apreciar rápidamente situaciones recurrentes. El movimiento y el ruido recuerdo que fue de lo que primero me afectó sobre el lugar. En conjunto con el uso del espacio componían una lógica institucional singular. Asimismo, otra característica que puede resultar ilustrativa del efector era la lógica de la urgencia que allí se podía observar.

---

Infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año (ASIS, 2017)

El movimiento y el ruido eran una particularidad muy constante. En la sala de espera eran múltiples y sincrónicas las charlas que se sucedían. Al mismo tiempo se combinaban con los sonidos incesantes de llamadas o mensajes a teléfonos celulares, con las voces de las/os niñas/os, y las de mujeres que hablaban fuerte casi gritando. El calor agobiante de los días de verano de mi trabajo de campo, combinado con los ruidos de celulares, llantos de niñas/os y conversaciones diversas, componían una escena por momentos ensordecedora e incluso tensa y angustiante, por ejemplo, cuando se sucedían ciertos acontecimientos como la entrega de leche.

En una de mis jornadas de campo, cuando entré a la sala, observando la abultada cantidad de personas que se concentraba en la entrada y sus alrededores, no advertí que el suelo estaba siendo un terreno de juego hasta que casi pisé una de las numerosas pequeñas piezas de plástico y de cartón dispersas allí. Era miércoles, la juegoteca estaba en plena actividad, de modo que evitar pisar piezas coloridas de distintos juegos y algunos juguetes, era una de las tareas que debía lograr para abrirme paso. La juegoteca era una actividad que se realizaba los miércoles, al mediodía, para niñas/os entre los 2 y los 12 años, y consistía en crear un espacio de juego en sala de espera, mediante el uso de juegos de mesa y juguetes didácticos para las/os más pequeñas/os.

Más de diez niñas/os estaban participando de la juegoteca ese miércoles, las/os más pequeñas/os de entre dos y cinco años agrupadas/os juntos en los bloques de goma eva que servían de alfombra en el piso, bajo la mirada de la psicopedagoga a cargo de la actividad. El resto de las/os niñas/os aprovechaba libremente los juegos distribuidos en el suelo y en la mesa que, ubicada algo incómodamente al lado de la puerta, servía de apoyo a los juegos de salón para las/os niñas/os más grandes. Dos niñas, cercanas a los diez años, sentadas en la mesa disputaban una batalla naval de tablero, parecían muy concentradas, al punto de desconocer el clima que reinaba en la sala aquella tarde. Varias de las mujeres que esperaban en la fila por un turno volvían sus miradas, frecuentemente, a alguno de las/os niñas/os en la juegoteca, mientras otra se salía de la fila para recordarle a uno de ellos: “te dije que cuides a tu hermano que estoy haciendo la fila”. Por tal actividad, ese día había más niñas/os que otros días de la semana. Todo lo cual, dadas las pequeñas dimensiones de la institución, incrementaba el ruido, las

corridas de niñas/os, el movimiento de personas, y además, volvía dificultosa la salida a quienes se retiraban del centro de salud, obligándolas/os a abrirse camino cuidando de no pisar a los niñas/os, sus juguetes o de chocarse con alguna de las personas que hacía la fila.

En el mismo lugar en el que transcurría la juegoteca, en otras jornadas se podía observar el ritmo algo más calmo de la sala de espera. Escenas comunes eran aquellas como la que presencié de una conversación entre dos mujeres mientras aguardaban por ser atendidas en una consulta médica, provistas con termo y mate, inmersas en una profusa charla en los primeros asientos, demostraban que se habían preparado para una larga espera. Los temas de su charla atravesaban desde las/os hijas/os, hasta la escuela, el día que les tocaba retirar la leche y cuánto tiempo tendrían que esperar para que las médicas las atendieran. Una de ellas decía “yo a veces voy a la otra salita, la 71 [que quedaba a una cuadra y media], que hay menos gente, acá siempre hay que esperar mucho”. Por su parte, el señor de más atrás dormía una siesta. Y más tarde, otra mujer se acercaba al mostrador de turnos a preguntar: “¿Sabés cuánto falta para que me toque? Hace 2 horas y media que estoy esperando”, y frente a la respuesta de que faltaban tres personas y luego le tocaba, dijo algo ofuscada: “Tardan un montón, bueno me voy, no puedo esperar más, tengo que ir a buscar al nene a la escuela”. De a ratos las conversaciones se suspendían para escuchar el nombre mencionado por alguna de las médicas que salía de su consultorio a buscar a quien sería su próxima/o paciente del día. Esa era una escena, tal vez, demasiado intrascendente, común y diaria de la salita. Sin embargo, en el ambiente cotidiano también se esperaba aquello que, según transmitían las profesionales, en cualquier momento podía pasar: algo grave, un desastre o una “urgencia”, es decir, que podía llegar, como le llamaban, “un caño” o “un terrible quilombo”.

La institución era pequeña y, podría decir, de fácil recorrida. El lugar por el que se ingresaba al centro de salud era la sala de espera que ocupaba el espacio central y alrededor de la cual se ubicaban los consultorios y el mostrador de turnos. El espacio total del centro de salud era pequeño para la cantidad de personas que concurría, más aún cuando la circulación de vecinas/os y profesionales, casi siempre apurada, iba en todas las direcciones. Antes de ocupar la localización actual, el CeSAC como institución

funcionaba en un pequeño lugar en una calle cercana y no contaba con más de un consultorio. Con el curso de los años, la población del barrio y el personal del centro reclamaron un establecimiento más grande y con más profesionales. Esta es la historia que relataban tanto las personas del barrio como las/os trabajadoras/es de la institución de aquel momento.

El tránsito era muy concurrido sobre todo durante la mañana y hasta el mediodía, pero a veces también a última hora de la tarde, debido a los horarios escolares, la circulación de personas era incesante y el ambiente se tornaba algo agobiante. Esta sensación no sólo me correspondía, sino que era compartida por las profesionales (médicas, trabajadoras sociales, psicólogas) con las cuales transcurrí aquellas jornadas. No obstante, todas parecían estar acostumbradas a la dinámica de la institución, las veía ir y venir, recibir personas, saludar mujeres y niñas/os que allí se atendían y que conocían hace tiempo. Si bien expresaban un cansancio quejoso por el ritmo agobiante y ajetreado de la institución, realizaban múltiples tareas en simultáneo: participaban de reuniones de equipo o de planificación de actividades, que interrumpían para atender a alguien que las buscaba, a la vez que contestaban el teléfono si les sonaba o atendían sin turno o fuera de los horarios pre establecidos, entre otras cuestiones. Estas situaciones, junto a expresiones de convencimiento e identificación con su forma de trabajo y, con las que se diferenciaban de otras instituciones con una atención “menos accesible”, me hacían pensar que se trataba de una “queja convencida”. Frases como “Así son los veranos calientes del centro de salud” (haciendo referencia al ritmo que tomaba el trabajo); “Porque acá atendemos todo y en cualquier momento, no como en otros lados, por eso la gente viene acá”; “Nosotros acá trabajamos así”, son algunos de los dichos y situaciones que presencié en ese sentido.

La circulación por el espacio reducido también me llamó la atención. En el CeSAC, se producía una dinámica particular de circulación de las personas del barrio. Más allá de su espacio físico reducido, la posibilidad de transitarlo íntegramente estaba habilitada, no había zonas donde la población usuaria no pudiera acceder con facilidad, inclusive la cocina y la oficina de dirección eran lugares de tránsito para las/os pacientes. La cantidad reducida de profesionales (en relación a otros CeSACs), y la antigüedad de

muchas/os de ellas/os en la institución, hacía que la población las/os reconociera, buscara y convocara evocando un conocimiento histórico y mutuo.

Podría decir entonces, que la pequeñez de esta institución y la posibilidad de abarcarla y recorrerla fácilmente, reconociendo sus diversos espacios y a sus habitantes, se contraponía a la lógica de la villa donde estaba emplazada. Ante las dimensiones de la villa y la complejidad de transitarla íntegramente y ubicarse con facilidad, el centro de salud parecía tornarse lugar de referencia común, tal vez, una coordenada espacial fija y permanente. Tal cuestión me llevó a entenderlo como un punto nuclear en aquella zona de la villa (junto con otros lugares como la escuela, o el comedor) para asentarse.

En la dinámica de la institución pude observar la fusión entre la atención de lo cotidiano y lo que irrumpía como grave. En relación a lo cotidiano, no sólo se observaban charlas entre quienes esperaban, sino que la salud y la enfermedad se mostraban con todo aquello que excede por mucho la explicación biologicista de las mismas. Los motivos por los que las personas buscaban a las/os profesionales y realizaban consultas abarcaban una variedad de temas. Quienes consultaban en el centro de salud, lo hacían frecuentemente, tanto para consultas más importantes como para cuestiones menos urgentes. El tránsito por la institución, a menudo ponía en escena un recorrido histórico allí. Aquellas/os que consultaban habitualmente buscaban a las/os profesionales que ya conocían. Esto significaba que muchas veces, cada consulta o cada pasaje por la salita implicaba para las/os profesionales no sólo el conocimiento de la persona, de su familia, de su presente y probablemente de alguna parte de su historia personal, sino que también implicaba conocer la historia del barrio, la dinámica cotidiana, lo que era posible y lo que no, lo que sucedía y lo que no, y hacía que la consulta particular se remitiera a todo eso. Por ejemplo, ante una situación de violencia de género, aunque la persona la presentara por primera vez, habría tal vez, una historia de esa familia que se conocía, una idea de quiénes estarían presentes como redes vinculares; por otra parte, en cuanto a lo médico un conocimiento de la historia clínica de otros miembros de la familia antecesores o predecesores a quien consultaba.

De igual manera, el centro de salud parecía funcionar como un lugar de encuentro entre vecinas/os o familiares. En reiteradas oportunidades presencié encuentros entre personas

del barrio que se saludaban mostrando que se conocían y se preguntaban por cuestiones de su vida. Otras veces hubo quienes se acercaron específicamente para ver si allí encontraban a una vecina/a o familiar a quien andaban buscando, “¿no la viste a X por acá hoy?” eran consultas usuales dirigidas tanto a trabajadoras/es como a otras/os usuarias/os. Las personas, entonces, parecían encontrarse en un terreno común de convivencia y reconocimiento, donde las pude observar entablando relaciones amigables o conflictivas. A esta escena cotidiana también la acompañaba una especie de presagio de urgencia.

La urgencia estaba omnipresente. Sin embargo, el criterio de urgencia en la salita parecía marcado por cuestiones respectivas a la vida cotidiana. Considero que iba más allá de lo que en los parámetros médicos se entiende como urgencia (una situación o evento de gravedad física pero que no pone en peligro la vida en forma inminente), o desde otros términos, por ejemplo, de una situación de violencia de género o doméstica (cuestión que también resultaba frecuente cuando se acercaba alguna víctima que había sido golpeada). El criterio de urgencia parecía resultar muy subjetivo y tal subjetividad se relacionaba quizás con el modo cotidiano en que las personas transitaban por la institución. Las consultas que se transmitían como urgentes parecían ser aquellas en las que el orden de lo cotidiano se veía interrumpido por la aparición de problemas que era necesario resolver, al menos, para destrabar en la rutina. Tales cuestiones podían incluir síntomas físicos o dolorosos: “¿No me lo puede ver al nene? Es urgente, lo tengo con fiebre desde ayer y no lo estoy pudiendo mandar a la escuela”; “Necesito hacerte una consulta urgente, la dra X no me quiso atender y ya tuve que faltar al trabajo hoy para venir”, son ejemplos de consulta de este estilo. Las demandas urgentes podían tratarse también, de cuestiones de habitabilidad y vivienda, de escolaridad o relacionadas a la relación con la pareja o las/os hijos: “Necesito hablar con vos urgente, X volvió a caer en cana”; “Me podés atender un ratito, es urgente, X se desapareció y no volvió desde ayer, ¿no lo viste por acá?”, son consultas que pude presenciar. Observé también un pedido que se trataba de cómo tramitar el DNI de los hijos que llevaba vencido 6 meses, “Su urgencia eran renovar los DNI de los nenes ¿a vos te parece? Los tiene vencidos hace 6 meses, pero hoy era urgente, ¡y con los quilombos que tiene!”, me expresó la

trabajadora social a quien la señora buscó con apremio. Las situaciones mencionadas me permitieron observar que había criterios de urgencia en la salita que se vinculaban a cuestiones de la vida cotidiana o formas de conseguir la atención del personal. A su vez, observé que a menudo había una diferencia entre lo que las personas reclamaban como inaplazable y lo que las/os profesionales evaluaban como consulta urgente o, la trascendencia que tenía para cada una/o.

Estas cuestiones “urgentes” se mezclaban con otro tipo de apremios, aquellos que interrumpían abruptamente el clima cotidiano de la salita, como cuando llegaba alguien herido gravemente, o existía la necesidad de asistir a una víctima de violencia que requería atención, o algún evento de robo o tiroteo al frente o cerca de la institución, entre otras situaciones.

El criterio de urgencia, así como la forma de transitar la institución “hablaban” de aspectos relevantes en lo que involucra a la gestión del malestar a través de la consulta en la salita.

La intersección de premuras definidas desde diferentes criterios fue una de las características observadas en el trabajo de campo en la salita. Entre las urgencias definidas desde la perspectiva nativa se encontraba “la leche”. Cada mes se realizaba en la salita la entrega de leche como un evento significativo en la vida de las personas que concurrían allí con “urgencia”.

La “entrega de la leche” es un evento que observé durante mi trabajo de campo en el centro de salud y del que también participé cuando trabajaba allí. La descripción del acontecimiento resulta significativa porque da cuenta de uno de los escenarios/ contextos de esta tesis y de las relaciones, dinámicas e interacciones que se producían al interior del mismo. Asimismo, permite identificar las relaciones entre profesionales de salud que atendían en el barrio y las personas que vivían allí, visibilizando también los incidentes en las gestiones de sus malestares.

El evento de la entrega de leche consistía en repartir mensualmente cajas de leche en polvo a personas que tenían a su cargo niñas/os de entre 0 y 6 años, como parte del Programa Materno Infantil, dependiente tanto del Ministerio de Salud nacional, como del de la Ciudad de Buenos Aires.

Las cajas eran siempre de un kilo, aunque, la marca comercial de la leche que llegaba a la salita variaba de mes a mes, desde las más reconocidas hasta las más baratas del mercado: La Serenísima, Verónica, Purísima, entre otras. Sin que se conozcan los motivos de la variación de la marca, en el centro de salud las/os profesionales suponían que dependía del presupuesto que asignaran los Ministerios para tal fin. Esta variación no resultaba indiferente a las personas que retiraban la leche. Los meses en los que la leche era de marcas menos reconocidas con frecuencia, sobraban cajas. La urgencia de la leche por parte de las personas se encontraba con distintas respuestas de las/os profesionales, pero también que urgiera o no retirarla estaba condicionado por la calidad y/o marca de la leche. En algunas oportunidades sobró casi la mitad de las cajas recibidas, debido a que, buena parte de la población destinataria no se acercaba por la leche. Durante mi trabajo de campo, en varias ocasiones escuché decir a las mujeres que atendía en la salita frases como: “No, la Purísima no la quiero, no rinde nada, es pura agua”. La cantidad de kilos que se les entregaban variaban según la edad de los niñas/os: de 0 a 6 meses, correspondían 3 kg; de 6 meses a 2 años, correspondían 2 kg; y de 2 años a 6 años, correspondía 1 kg<sup>24</sup>.

La entrega de la leche era un evento que alteraba, en gran medida, la vida cotidiana de las/os vecinas/os, del barrio en su conjunto; y por supuesto, de la salita. La tarea era tediosa para las personas que iban a buscarla, pero también para las/os trabajadoras/es que debían entregarla. Estas/os últimas/os diseñaban continuamente nuevas estrategias con la intención de que la entrega resultara más sencilla o menos problemática en cuanto a las demoras y conflictos evitables. No obstante, cuando se le negaba a una persona retirar la leche de sus hijas/os por incumplimientos en relación a los requisitos para la entrega eran inevitables los gritos, insultos, enojos o acusaciones de injusticia a las/os integrantes del centro de salud, hechos que sucedían allí mismo cuando recibían la respuesta.

---

<sup>24</sup>El programa materno infantil correspondía a una política pública focalizada debido a que estaba dirigido a la población de 0 a 6 años específicamente. Para retirar la leche se podían inscribir todos/as los/as niñas/os de entre 0 y 6 años en los centros de salud de su barrio. Se inscribían por medio del control pediátrico, debían solicitar un turno con un/a pediatra, que les realice un control de básico de peso, talla y antecedentes de enfermedades y luego de eso habilite la inscripción para la entrega de la leche en la salita respectiva.

Durante el tiempo que trabajé allí como trabajadora social pude observar que la entrega estaba acompañada de acusaciones que se dirigían en varias direcciones, de las/os vecinas/os entre sí, de las/os vecinas/os a las/os profesionales y también de las/os profesionales a las/os vecinas/os. Aunque las/os profesionales no las explicitaban a las/os vecinas/os sino que las comentaban entre ellas/os. Las acusaciones más usuales eran: “Retiran la leche y después la venden en la feria...”, entre vecinas: “Yo necesito la leche y no me la dan y acá la retira cualquiera que después la vende...”(esta acusación constituía una doble sanción tanto a las mujeres que la vendían como a las/os profesionales que se la entregaban y se la negaban a otras) y también: “Yo sé que hay gente que retira sin carnet, y como hace quilombo se la dan...”, en este último caso, de las vecinas a las/os profesionales, y que incluían la adscripción nacional como forma de deslegitimar la entrega: “A ellos que son bolivianos le entregan la leche y a mí que soy de acá, no...”

Además de la leche, otro bien valorado que la salita entregaba, consistía en un recurso fundamental: los medicamentos. La medicación se entregaba mediante receta médica a las personas que realizaban consultas o tratamientos específicos individuales en el centro de salud, indicada por las/os médicas/os del mismo. El centro de salud contaba con una farmacia que era provista de medicamentos genéricos tanto por el Ministerio de Salud Nacional mediante el Programa Remediar, como por el de Ciudad de Buenos Aires. Los medicamentos con los que contaba eran los que se encontraban en el vademécum<sup>25</sup> de ambos Ministerios, aunque a menudo solía haber faltante de muchos de ellos que, por algún motivo, no estaban siendo entregados. Luego de la consulta médica, y si la/el profesional con el que consultaron les indicaba alguna medicación, las/os pacientes podían acercarse a retirarla por la farmacia. El retiro de la medicación era individual y particular de cada paciente. Si bien, ser vista/o retirando algunas medicaciones particulares asociadas a enfermedades estigmatizadas socialmente como el VIH o la

---

<sup>25</sup> El vademécum es el listado de medicamentos disponibles para el sistema público de salud y que son provistos por el Ministerio de Salud a las farmacias de los hospitales y centros de salud.

Tuberculosis<sup>26</sup> era evitado por algunas personas, no era usual que el retiro de medicación fuera causante de conflictos o acusaciones entre vecinas/os.

La leche, por su parte, se asignaba en forma individual y, como señalé más arriba, según el número de hijas/os y sus edades. Pero la peculiaridad de la leche estaba en la frecuencia elegida para su entrega: de lunes a viernes de una semana por mes, la cual no se podía precisar con anterioridad ya que dependía de cuándo llegara la leche, evento que no tenía una fecha fija. Las/os vecinas/os se enteraban de la entrega porque consultaban a las/os profesionales del centro de salud. Preguntas como: “¿Cuándo llega la leche?”; “¿Cómo hago para recibir la leche?”; “Perdí el carnet pero necesito la leche, ¿me la pueden dar?”; “¿Cuándo me toca buscar la leche?”, eran usuales.

Los días de la entrega eran numerosas/os las/os vecinas/os que se congregaban en la institución en el mismo momento, en la misma fila, con el mismo objetivo y “urgencia”: retirar la leche. Todas/os se cruzaban y veían qué cantidad retiraba cada una/o; y debido, a que se conocían del barrio, decían saber qué hacían y cómo algunas/os “usaban” la leche. Esta exposición es la que daba lugar a las acusaciones, comentarios y rumores sobre el destino final que cada persona daba a la leche que retiraba. En varias oportunidades, observé y escuché duros comentarios que censuraban a las mujeres que optaban por vender la leche que retiraban de la salita. A veces surgían frente a la negativa del personal a entregarla o, simplemente como comentario entre vecinas o hacia las/os profesionales.

En suma, la entrega de la leche era un evento que desataba, cada vez que tenía lugar, fuertes conflictos entre las/os vecinas/os y entre estas/os y el personal que la entregaba en el centro de salud. A su vez ponía en escena el modo en que la población usaba los recursos y en el que circulaban al interior de la institución. En efecto, no todas las marcas de leche se consideraban aceptables más allá de que se pudiera acceder al recurso. Al mismo tiempo, si bien tanto la leche como los medicamentos eran recursos que la institución entregaba a las personas, guardaban significaciones muy diversas e implicaban adjudicaciones distintas entre quienes accedían a los mismos. La entrega de

---

<sup>26</sup> Pratto (2016) hace referencia a los estigmas asociados a la entrega de medicación contra la tuberculosis.

leche mostraba ciertas formas de relación al interior del barrio donde se insertaba y los conflictos que podían suscitarse con la institución. Volveré más adelante a trabajar aspectos significativos de este evento.

Las tensiones y los vínculos más o menos conflictivos que parte de la población de la villa mantenía con la “salita” y sus profesionales presentaban características diferentes a los distintos tipos de interacciones que otras personas sostenían con el hospital local.

### El “mundo” hospital

El hospital local existe desde mucho tiempo antes de que se conformaran las villas y asentamientos en los que vive actualmente la población que concurre al mismo. Su arquitectura pabellonada refleja la época en la que se construyó (principios del siglo XIX). Los parques y árboles en medio de los pabellones fueron pensados bajo una concepción que entendía la recuperación de las/os pacientes mediante la respiración del aire puro. Encarnaba un modelo sanitario que buscaba evitar y curar enfermedades, como la tuberculosis, a través de la estadía y permanencia al aire libre considerando que los espacios verdes eran los pulmones de la ciudad (Armus, 2007). No obstante, esa idea original fue transformada y esta institución se constituyó en uno de los hospitales públicos que reciben las problemáticas más complejas de la ciudad asociadas a las condiciones de vida en su área programática. Esta situación, a su vez se encuentra cotidianamente influida por la falta de insumos y recursos, propio del sector público y de las políticas de ajuste ya mencionadas.

Durante el desarrollo de esta investigación me he detenido a observar su cartelería, tanto como la circulación de las/os y las/os profesionales y qué dicen sus actores allí adentro. A continuación describiré brevemente ciertos hechos particulares que observé a fin de ofrecer una aproximación del escenario, ya que el mundo del hospital es vasto y significativo en múltiples aspectos que exceden a los objetivos de esta tesis. A su vez, realizaré una breve caracterización de las salas de internación. Algunas escenas “pseudo” surrealistas que serán mencionadas reflejan situaciones tragicómicas que dan cuenta del mundo hospitalario “bizarro” y contradictorio.

La silla de plástico fue uno de los inventos que me dio un indicio del mundo hospitalario bizarro y decadente pero también creativo. En una de mis jornadas de observación se presentó ante mí una escena significativa: la primera vez que vi la silla de plástico. Un hombre era trasladado desde la guardia externa hacia algún servicio del hospital, en una silla de ruedas hecha con una silla de plástico blanco, clásica silla de jardín, montada sobre unas ruedas de silla de ruedas. Podría haber pensado que pertenecía al paciente, sin embargo, la presencia de un trabajador vestido de blanco de sanidad que lo trasladaba parecía poner en duda esta posibilidad. Volví a ver esa particular silla en distintas ocasiones por las cercanías de la guardia, y luego confirmé que era un bien que pertenecía a la institución, no a un paciente. A su vez, en la sala de traumatología de varones observé otra silla devenida en silla de ruedas, se trataba de una tradicional silla de computadora sin respaldo, que los pacientes imposibilitados de caminar utilizaban para trasladarse allí. La circulación de esas sillas daba cuenta, por un lado, de la escasez de un recurso básico en un hospital como una silla de ruedas, en condiciones adecuadas. Por otro lado, mostraba aquellos modos de estar, de circular y de atender que eran admitidos y reinventados por trabajadoras/es y pacientes dentro del hospital.

Otro aspecto llamativo era el traslado en camilla. El hospital estaba dividido en pabellones unidos por un parque al aire libre. Las personas que estando internadas debían ser trasladadas en camillas por distintos servicios o pabellones del hospital, en general para hacerse algún estudio particular, eran transportadas a través del parque, ya que no existía un corredor interno entre pabellones. Más allá de las condiciones climáticas de extremo frío o calor y de las situaciones de gravedad en que se encontrara la/el paciente el tránsito se efectuaba al aire libre, por el parque y bajo la mirada de quienes transitaran por allí. En invierno con alguna frazada encima, en verano sin sábana que las cubra y todo lo que debía ser trasladado con ellas ubicado encima de su cuerpo, ya fuera una bolsa colectora de sonda vesical<sup>27</sup>, o la carpeta de su historia clínica. Ese tipo de tránsito era un hecho que captó mi atención desde el primer momento. Por un lado, me impactaba que este proceso se realizara bajo la exposición a ambientes no esterilizados, con las hojas y frutos que podían caer de los árboles (que hasta provocaban

---

<sup>27</sup> La sonda se coloca en la vejiga para recolectar la orina.

episodios alérgicos en personas no internadas), con riesgos posibles por contactos con otras personas que transitaban o bien el clima, que podía causar daños en pacientes vulnerables. Por otro lado, me impactaba por la circulación de virus o bacterias que podían fomentar las/os pacientes enfermas/os trasladadas/os por zonas de común circulación del hospital. Asimismo, más de una vez provocó mi atención la velocidad con la que estas personas eran transportadas. El mismo tipo de traslado se utilizaba para los cuerpos de las personas fallecidas, dentro de una bolsa negra, o roja (si habían fallecido de alguna enfermedad infectocontagiosa), sobre una camilla y por los lugares comunes de tránsito del hospital como parque y pabellones. “Muertos”, “vivos sanos” y “vivos enfermos” transitaban por los mismos lugares, sin que ello generara cualquier tipo de asombro y/o problema, parecía que existía una legitimación y “naturalización” de estas situaciones.

Otra situación llamativa para mí eran los carteles. Me refiero aquí a aquellos letreros colocados en las puertas o ventanillas de los distintos servicios del hospital con alguna aclaración sobre la forma de atención, no a la cartelera oficial de la institución o la provista eventualmente por los Ministerios de Salud. Escritos a mano o en computadora, era muy frecuente que exhibieran alguna prohibición o restricción: “Acá no es tomografía”; “Esto no es informes”; “No golpee, estamos atendiendo a su familiar”; “No golpee, espere a ser llamado”; “No se permiten visitas fuera del horario de visita, no comprometa al personal”; “No hay turnos”; “Turnos solo con receta de derivación”; “No se entrega medicación sin receta”. Las leyendas que mostraban hablaban por sí mismas, ya sea de las reglas o información que tenían para dar las/os trabajadores a las/os pacientes, como las que se consideraban consultas fuera de la “regla”, la no aceptación de pedidos que buscaban una excepción para atenderse, para ingresar por fuera del horario preestablecido, solicitar turnos o medicación sin receta o golpear puertas a fin de recibir atención. Tal vez a la inversa de la circulación por el espacio que se daba en el centro de salud, en el hospital se observaba que los carteles prohibían o limitaban el tránsito y acceso a determinados lugares o personas. No obstante, a veces eran tachados, escritos o dibujados por quienes transitaban el hospital. Las tachaduras o escrituras parecían burlar las restricciones que los carteles imponían. Un ejemplo eran los letreros

que en las puertas de los consultorios externos decían con letras vinílicas adhesivas: “No golpee, espere a ser llamado”. Alguien había retirado la doble “l” de la palabra “llamado” de cada uno de los carteles, con lo cual la frase que exhibían luego de tal intervención era: “No golpee, espere a ser amado” (en lugar de llamado).

Una característica cotidiana en el hospital era la queja. Era algo que escuchaba y observaba con frecuencia, que podía ser un descriptor de la experiencia de trabajadoras/es y pacientes allí adentro. La queja sobre lo mal que funcionaban las cosas allí era de lo más usual en la institución. La expresaban gran parte de las/os trabajadores: quejas sobre la saturación de la demanda, la falta de recursos, el estancamiento de las/os pacientes, las/os que no trabajaban, las/os que debían trabajar por lo que no trabajaban otras/os, la soledad en la tarea, las discusiones y peleas internas, las/os jefes, las/os pacientes que ocupaban las camas y no se iban de alta, la forma usualmente calificada de deficiente o errónea en la que trabajaban los otros servicios. A diferencia de lo que observé en el centro de salud, las quejas en el hospital parecían mostrar que el pesar y el malestar predominaban en el ambiente. Otro tanto manifestaban las/os pacientes: el maltrato, el tiempo que demoraba la atención, la falta de turnos, la falta de atención o la mala atención. La queja sobre la experiencia en el hospital se expresaba en charlas, discusiones, aparecía hasta en expresiones o gestos apesadumbrados en medio de saludos de buenos días o buenas tardes. O, también, con gritos, notas elevadas a los jefes de servicios o a la dirección del hospital, entre otras situaciones. Por supuesto que la queja no era la única actitud, había quienes tenían una buena experiencia de atención y trabajo en el hospital, sin embargo, parecían ser una minoría.

Como ya he mencionado, el efector es uno de los 14 hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tiene como función la atención de episodios de enfermedad en estado agudo. Según el portal de internet del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, los hospitales generales de agudos son aquellos que brindan asistencia a la salud en clínica médica, pediatría, traumatología, cardiología, dermatología, ginecología, obstetricia, cirugía y otras especialidades. Además realizan estudios

complementarios (radiología, mamografías, tomografía, laboratorio, ecografías y otros estudios de diagnóstico y prevención de enfermedades)<sup>28</sup>.

En ese sentido, la función y especialidades de un hospital general se relacionan con el modo en que se organiza nuestro sistema de salud, por niveles de complejidad. A su vez, se vincula con aspectos históricos de la conformación de la estructura sanitaria argentina y con los parámetros de la medicina hegemónica (Menéndez, 2003). Según tales parámetros y estructura, el hospital es considerado una institución que debe atender únicamente episodios agudos de enfermedad y que, por tanto, no debiera responder a cuestiones excedentes a esta dimensión.

El edificio del hospital se encuentra conformado por diversos espacios, entre ellos las salas de internación, en las cuales permanecen las personas luego de intervenciones quirúrgicas y/o en proceso de tratamiento, rehabilitación, en pos de su curación.

Las salas donde he realizado observaciones y registros que analicé para esta investigación son salas de internación de adultas/os del hospital. Puedo destacar algunos aspectos de las mismas a fin de caracterizarlas.

Las salas de cirugía al igual que las de traumatología son dos, una de varones y una de mujeres. Las internaciones en esas salas solían ser breves, ya que sus profesionales eran menos tolerantes a la atención de todos aquellos problemas no médicos que excedieran el episodio físico que había provocado la internación de una persona. Eran aquellas salas donde las/os pacientes solían quejarse de que las/os médicas/os no les explicaban lo que tenían o que no pasaban a verlas/os. Se internaba allí a quienes debían atravesar una cirugía por una enfermedad o síntoma de un órgano (sala de cirugía) o de los huesos (traumatología). En las mencionadas salas las altas hospitalarias se daban, por lo general, al día siguiente o dos días posteriores a las operaciones. Las/os pacientes en algunas ocasiones se manifestaban conformes y en otras, consideraban que las altas eran prematuras porque no se sentían rehabilitadas/os o recuperadas/os como para retirarse.

Lo dicho anteriormente tiene relación con el hecho de que todas las salas del hospital debían cumplir con el “giro cama” más efectivo que resultara posible y, la información

---

<sup>28</sup> Información extraída de: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospitales-generales-de-agudos>. Consultado 20/01/2021

sobre este indicador debía ser notificada a la dirección del hospital regularmente. Según el portal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el giro cama es un indicador que muestra la producción de los servicios. Resulta de medir el número de egresos que en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible. Es un indicador sobre la media de rotación de las camas que muestra cuántas/os pacientes pasan en determinado periodo de tiempo en promedio por cada cama disponible. Las salas quirúrgicas (cirugía, traumatología, por ejemplo) tenían un giro cama mayor que el resto de las salas debido a que una vez cumplimentada la cirugía y la estabilización de la persona buscaban concretar el alta hospitalaria. Por otro lado, cabe destacar que en todas las salas de internación se consideraba fundamental que la/el paciente se retirara del hospital en cuanto hubiesen concluido los motivos clínicos que provocaran la internación, a fin de evitar “intercurrencias”, es decir, infecciones intrahospitalarias.

En las salas de varones, tanto de cirugía como de traumatología, era frecuente que se encontraran internadas personas que habían sufrido daños corporales vinculados a algún episodio delictivo o de consumo de sustancias sucedido en los barrios del área programática del hospital. En las de mujeres esto también resultaba frecuente, pero en menor medida. Las salas de cirugía eran muy estrictas en sus reglas, por ejemplo, no admitían el ingreso de familiares fuera de los horarios de visita. A su vez, usualmente el silencio reinante y una aparente mayor higiene respecto del resto de las salas llamaba mi atención. Por el contrario, las salas de traumatología, sobre todo la de varones, eran ruidosas. La diferencia tenía que ver con que las/os pacientes podían ingresar televisores o radios, además, era usual que se escuchara música fuerte y que las/os pacientes estuviesen reunidos con otras/os en habitaciones distintas a las que se les habían asignado. Entre otras cuestiones, también era frecuente observar pacientes fumando dentro de las habitaciones, sus pertenencias se veían poco ordenadas y se percibía poca higiene general y en las habitaciones. Por otro lado, en diversas ocasiones pacientes de la sala de varones me habían hecho saber que, dentro del hospital, y de esa sala en particular, habían accedido u observado la compra y venta de drogas como paco o cocaína entre otras. A su vez, sucedieron en más de una oportunidad, episodios de violencia entre pacientes.

Las salas de clínica médica eran 4 y eran mixtas, a excepción de una que era exclusivamente de varones. En el pasado las salas de clínica se dividían entre salas de mujeres y salas de varones (como aún sucede con las de cirugía o traumatología). Cuando consulté el motivo por el cual una de ellas continuaba siendo exclusiva para varones me respondieron que “antes estaban divididas y esta quedó así”. La respuesta mostraba algo que parecía frecuente en el hospital. Había modalidades de funcionamiento que se sostenían sin mayor causa aparente que la de que “siempre había sido así”, y/o porque quien estaba a cargo del servicio lo había decidido. En relación a ello, cada sala tenía su propio equipo médico y jefa/e pero las 4 respondían a una jefatura superior. A pesar de contar con una jefatura en común se podía percibir que cada una tenía particularidades diferenciales respecto del modo de relación entre sus profesionales y el trato a las/os pacientes. Las personas con las que interactué transmitían mejores experiencias de trato y atención en dos de ellas. En estas se visualizaba, a la vez, una relación más amigable entre algunas/os profesionales. En las otras, en diversas oportunidades, las/os pacientes y sus familiares habían referido fuertes malos tratos de profesionales y presiones más intensas por el alta hospitalaria. Era usual que en las salas de clínica médica se escuchara por parte de las/os profesionales la queja sobre la extensión del tiempo de internación de las/os pacientes. Tal queja se debía a un giro cama considerado muy lento, que provocaba observaciones por parte de la dirección del hospital y promovía que las/os pacientes quedaran expuestas/os a infecciones intrahospitalarias. La mayor duración de las internaciones se debía, en primera instancia, a los motivos de hospitalización de las personas que, en general, requerían primero el diagnóstico de la situación y luego el tratamiento. Sin embargo, las diversas dificultades para que las/os pacientes vieran concretada su alta hospitalaria se relacionaban fundamentalmente con otros motivos. Era por aquellas situaciones que se generaba mayor cantidad de conflictos al interior del equipo de atención de la sala, entre trabajadoras/es y pacientes y/o familiares y entre el equipo de la sala y otros servicios (como por ejemplo el servicio social)<sup>29</sup>. Los más frecuentes se

---

<sup>29</sup> El servicio social era usualmente consultado por las/os médicas/os para intervenir en las situaciones de aquellas personas que podrían ver demorada su internación más allá de la

vinculaban a una serie de problemáticas a gestionar, por ejemplo, cuando resultaban necesarios ciertos cuidados que en domicilio la persona no estaría en condiciones de recibir debido a no contar con familiares disponibles para ello; otra situación habitual se relacionaba con la carencia de herramientas de cuidado de los familiares presentes o la insuficiencia de infraestructura y/o condiciones edilicias adecuadas; también era usual la demora en la concreción de una vacante de derivación a otra institución, ya sea de residencia (hogar, geriátrico) o de rehabilitación.

No obstante, era en las salas de clínica médica donde era posible visualizar un trato de cierta cercanía entre profesionales y pacientes, así como mayor consideración o atención a los padecimientos que presentaban las/os pacientes y que excedían los aspectos médicos.

A pesar de las diferencias descritas, las experiencias vividas en las salas de internación del hospital expresan conflictos y tensiones que repercuten en los PSEAC tanto de pacientes y familiares como de trabajadores/as de salud, que serán retomados más adelante.

\*

En el presente capítulo describí aspectos contextuales de las condiciones de vida de las personas de mi investigación. Caractericé los escenarios por los que circulaba la población, el tipo de consultas que realizaban y dónde. En relación a esto último, el propósito principal de describir aspectos característicos y particulares tanto de la salita como del hospital fue el de reconocer su incidencia en la gestión del malestar, a la vez que, considerar la apropiación que las personas podían realizar de estos espacios. En este sentido, fue posible observar que el centro de salud habilitaba y fomentaba la permanencia de la población que atendía. Esto sucedía aun con expresiones

---

conclusión del episodio de internación. Aquellas que, por ejemplo, no contaran con familiares disponibles para prestarles cuidados o que requirieran de una vacante para su derivación. No obstante, la demora de estos procesos representaba un problema frecuente, debido a la necesidad del alta que expresaban las/os médicas/os para evitar futuras re infecciones en la/el paciente y a su vez liberar la cama. Esta situación chocaba contra las imposibilidades de las/os pacientes y sus familias y con las evaluaciones realizadas por el servicio social sobre las complicaciones que para la salud de la persona podían significar tales impedimentos.

contradictorias de sus profesionales que mostraban quejas, pero también convencimiento por el ritmo de trabajo que tenía la institución. A la vez, observé que las personas realizaban consultas sobre aspectos urgentes y cotidianos con criterios muchas veces discrepantes respecto de los del personal, pero en general sostenidos por una confianza y conocimiento mutuo. Si bien esto sucedía, también es posible pensar que las personas transmitían con urgencia sus consultas porque debido a la alta circulación y demanda que recibía la institución no era sencillo conseguir turnos de atención. Asimismo, abordé un evento particular, la entrega de la leche, para dar cuenta del vínculo de las personas entre sí y en el escenario institucional, que mostraron aspectos sobre las urgencias, y como las personas gestionaban su salud y su enfermedad a través de la institución.

Por otro lado, la descripción del escenario hospitalario se relaciona con ofrecer indicios para comprender los recorridos de las personas por la institución. Para ello describí ciertos aspectos característicos y peculiares de la vida allí. Asimismo, presenté aspectos generales de las salas de internación en las que realicé observaciones.

En el próximo capítulo, se abordan las demoras en consultar, los conflictos y las estrategias que protagonizaron las personas que acudieron tanto a la salita como al escenario hospitalario como parte de su modalidad de gestión de sus malestares. Se describen, a su vez, las restricciones de ingreso y atención, y cómo las rutinas de trabajo relacionadas con la organización doméstica y familiar, condicionaban la percepción del dolor y el sentido asignado al malestar por parte de la población que utilizaba “tardíamente” efectores de salud para gestionar sus malestares.

\*\*\*

## CAPÍTULO 2- LA VIDA COTIDIANA Y EL LÍMITE DEL CUERPO

En este capítulo presento vicisitudes de la vida cotidiana de las personas con las que realicé el estudio que las llevaban a dilatar la atención y cuidado de salud. En él describo sus prioridades en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y abordo sus consideraciones sobre la enfermedad, sus vivencias en torno a síntomas y malestares y las temporalidades que implican. Además, señalo las acciones que realizaban desde su aparición, el tipo de atención que buscaban -que en ocasiones se retardaba- y que dependiendo de la gravedad podía determinar una urgencia.

### Llegar “con lo último” o el cuerpo como límite

Es posible pensar que todas las enfermedades que revisten cierta gravedad suponen en algún modo una urgencia desde la subjetividad de quienes las atraviesan. Sin embargo, para los/as profesionales del sistema de salud tanto la urgencia como la emergencia albergan significados específicos. Por su nivel de complejidad, definido desde criterios biomédicos, es el nivel hospitalario el encargado de tratarlas. Si bien en otros niveles como un centro de salud pueden recibirlas, el criterio es derivarlas/ referenciarlas al hospital.

Dentro de las emergencias se prioriza la atención de las/os pacientes en estado crítico con inminencia de muerte, para quienes se dispone una sala de reanimación (denominada shock room) y cuyo posterior destino puede ser una unidad de cuidados intensivos, el quirófano o la morgue. A la vez, dentro de las urgencias se considera a la/el paciente que ingresa con una patología aguda, de moderada o severa gravedad, pero sin riesgo de muerte inminente. Estas personas requieren hospitalización de guardia y su destino posterior puede ser una sala de cuidados intensivos, el quirófano o la internación general a cargo de los distintos servicios (Ministerio de Salud, 2001)<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Resolución 428/2001. Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Guardia en los Establecimientos Asistenciales, incorporándola al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/66972/norma.htm>. Consultado 23/08/2020

En mi trayectoria laboral como trabajadora social, observé situaciones recurrentes relacionadas con el abordaje de síntomas o padecimientos. Si bien a cualquier persona que tolere síntomas durante largo tiempo sin atención puede sucederle una urgencia, las situaciones extremas a las que llegaban las personas consideradas en esta investigación constituían la “norma”, o una especie de patrón recurrente.

Al respecto, he observado a lo largo del tiempo que las personas “llegaban” al hospital con un nivel muy elevado de deterioro físico, con síntomas muy avanzados que a menudo ponían en riesgo la vida. Acudían a un servicio o efector de salud cuando ya no podían más, cuando no aguantaban el dolor y, sobre todo, cuando el síntoma se imponía frente a su posibilidad de controlarlo y ya no les permitía continuar trabajando. Ese síntoma podía tratarse de un dolor ya inaguantable, un desmayo, la pérdida de conocimiento, la pérdida de sangre, entre otras cuestiones. Pues bien, aquel síntoma que ponía el límite solía, a menudo, ser “de gravedad”, según su definición en el sistema de salud. Era frecuente en casos de personas con diabetes que a su ingreso al hospital el avance de la enfermedad implicara la amputación de alguna extremidad. En personas con consumo problemático de alcohol, el deterioro podía significar un daño hepático o cerebral irreparable. Si se trataba de enfermedades infecciosas curables como la tuberculosis, el progreso que la enfermedad había tenido podía provocar la muerte.

Qué era entonces lo que sucedía antes de que la urgencia emergiera. En situaciones como estas, las personas describían la aparición de síntomas previos e incluso la gradualidad con la que se habían ido agudizando. No obstante, mediante sus relatos o los de sus familiares, parecía revestir “gravedad” sólo el episodio que finalmente había provocado la internación o lo que implicaba la situación que desencadenaba la misma, no así los sucesos previos. Recuerdo algunas de las situaciones que me contaron en el hospital. En una de ellas la pareja de un paciente me relató que lo había instado a consultar en el hospital cuando notó que ya no lograba levantarse por sí mismo ni siquiera para ir al baño. En otra ocasión, Pedro un paciente del que escribiré más adelante, expresó: “Venía con dificultad para respirar hasta que me desmayé y me trajeron al hospital”. Por su parte, una mujer me explicó cuándo había decidido consultar diciendo: “Me dolía pero después empezó a largar un pus que tenía muy mal olor”. Para

expresarme el aumento en sus síntomas otra paciente me dijo: “No era que me dolía mucho, hacía las mismas cosas de siempre, después cuando ya no aguanté el dolor paré”. A su vez, en situaciones como estas podía suceder que las personas se sorprendieran cuando les informaban que debían quedar internadas. Así lo demuestran algunas de las numerosas expresiones que registré en ese sentido: “Es la primera vez que me internan”; “Yo nunca me había enfermado”; “Yo siempre me arreglé solo, no sé qué voy a hacer ahora”.

El haber escuchado durante varios años los relatos de las personas en situaciones de enfermedad grave en el hospital, me llevó a pensar la internación como un evento que para algunas puede resultar un hito/bisagra en su trayectoria de vida, a partir de las situaciones que desencadenaba. Entre ellas puedo mencionar, el reencuentro, en función del diagnóstico recibido, con algún familiar con quien se había perdido o cortado relación. Tal reencuentro a veces se vinculaba al deterioro que se encontrara atravesando la persona y la necesidad de recibir ayuda, o simplemente por el deseo de reencontrarse con algún familiar o amigo/a. En torno a estas y otras situaciones, es frecuente que la internación de lugar a una resignificación vital. Esto se relaciona con que las personas internadas evalúan y reflexionan sobre su propia vida, sobre su pasado en función del diagnóstico recibido y el desconcierto que implica tener que negociar sus necesidades cuando comienzan a depender de otras/os para recibir cuidados cotidianos.

Esta resignificación que aparecía recurrentemente me llevó a considerar el denominado paradigma del curso de la vida. El mismo sostiene que las biografías reciben el influjo de distintos episodios individuales y socio históricos que configuran puntos de inflexión en los cursos de vida. Estos hitos se tornan significativos y se acumulan en las diferentes etapas de la vida condicionando y diferenciando nuestro devenir (Rada Schultze, 2016). Entre los hitos socio históricos se deben contar variables económicas, étnicas o genérico-sexuales, entre otras. Es decir, la forma en la que se producía el hito individual (en este caso de la internación), en el curso vital se conjugaba con otros hitos delineados por la variable económica que atravesaba las condiciones materiales de vida (Moody, 1998; Odone y Aguirre, 2005). Por ejemplo, en el caso de Juan que se trabajará más adelante, su vida tuvo un punto de inflexión a partir de la enfermedad irreversible que le habían

diagnosticado. El cambio definitivo que provocaba en su vida le generaba la preocupación de convertirse en una carga para su hijo e hija por el tiempo y dinero que demandarían sus cuidados.

Por otro lado, en la internación aparecían narrativas de la enfermedad (Grimberg, 2009). El hito particular que marcaba una internación estaba condicionado por la forma en que el cuerpo marcaba un límite y en el modo en que la vida podía organizarse luego de ello. En este sentido, la mayoría de las veces que las personas llegaban a una internación muy deterioradas o en situación grave, expresaban que conocían y habían percibido los síntomas mucho antes de llegar al límite que significó su hospitalización. Por ejemplo, como se verá más adelante en el testimonio de Ramón, que padecía una infección avanzada en una de sus piernas pero había demorado la consulta por estar dedicado al cuidado de su mujer en sus últimos días de vida, había dicho “Yo después voy a ir y me voy a internar...”. No obstante, otra de las cuestiones con las que el trabajo de campo me enfrentó frecuentemente fue la consideración por parte de las/os profesionales de que la persona se había “dejado estar”.

El “dejarse estar” se basaba en la situación clínica deficitaria de la/el paciente al momento de su ingreso a la internación. En otras palabras, cuando recibía la atención luego de haber atravesado síntomas de enfermedad o malestar de largo tiempo de evolución. Se trataba de aquellas situaciones en que la demora en consultar hubiera llegado al punto tal de requerir medidas de tratamiento de mayor complejidad y riesgo; o situaciones en las que hubiesen dejado y/o interrumpido un tratamiento de una enfermedad aguda pero de largo tratamiento (como la tuberculosis, entre otras) o de una afección crónica (diabetes, VIH, por ejemplo). La expresión “se dejó estar” se utilizaba también para aquellas personas que hubiesen recibido previamente indicación de acudir a especialistas o realizarse estudios específicos y no lo hubiesen hecho.

La pregunta acerca de qué es lo que había detrás del “dejarse estar”, constituye un interrogante que abordaré desde la perspectiva de las personas que según muchas/os profesionales de salud “se dejaban estar”.

Las mujeres de la salita me dieron indicios sobre este tema. Sus relatos me permitieron entender que no era por no percibir los síntomas que no realizaban consultas. Desde su

percepción y experiencia de enfermedad, o “illness” (Kleinman, 2017), lo que predominó en sus relatos se vinculaba más a lo que se desplegaba a partir de la enfermedad.

Desde la perspectiva biomédica, las personas con las que trabajé “no se anticipaban a la enfermedad”. La decisión de atenderse con un/a profesional estaba permeada por la tolerancia o umbral del dolor. No era habitual que realizaran una consulta médica para hacerse “estudios de control o preventivos” y, en general, no acudían a menos que resultara imprescindible. La consulta se relacionaba con la autopercepción de un límite. Al percibir el límite, luego de haber manejado los padecimientos cuanto tiempo fuera posible, comenzaban la gestión del malestar<sup>31</sup> o tratamiento mediante la atención médica.

Las situaciones que observé colocaban el dolor en una dimensión socio- cultural, en tanto desde los criterios biomédicos, las/os profesionales no podían entender cómo las personas podían soportar tanto tiempo determinados dolores, síntomas y diversos grados de avance de enfermedades con los cuales se encontraban en la atención diaria. Por ello, el sufrimiento parecía una clave para abordar estas diferentes perspectivas en torno al dolor. Siguiendo a Otegui Pascual (2009), el sufrimiento constituye una forma sociocultural del dolor, el dolor no existe sino a través de la persona que sufre. Refiere que hay determinados grupos sociales –étnicos, de clase, género- que establecen estrategias diferenciales que delimitan percepciones distintas sobre qué experiencias internas o externas deben ser consideradas como fuentes de dolor. Esta autora, siguiendo a Veena Das (1995), entiende que en este proceso se pueden reconocer las herramientas políticas que el poder impone para reproducir las relaciones de dominación de una sociedad. De esta manera, a las clases subalternas se les atribuye mayor capacidad de aguante, fuerza y fortaleza. Tal atribución constituye un elemento de diferenciación y un recurso de los procesos de socialización muy interiorizado por los grupos subalternos que reproducen así, “sin violencia”, relaciones de dominación específicas a través de la

---

<sup>31</sup> Entenderé el malestar como ya he referido anteriormente, siguiendo a Kleinman (2017), como el resultado de la relación entre illness o percepción del padecimiento y disease, el discurso biomédico que explica la enfermedad desde una perspectiva biológica.

inscripción en el cuerpo de marcas que permiten la adscripción a una clase, señala Otegui Pascual (2009).

Estas consideraciones resultan aportes útiles para analizar aquello que hace que las personas aguanten los síntomas de sus padecimientos hasta que el cuerpo marca un límite. Sin embargo, es necesario destacar que en mi trabajo de campo el “aguantar el dolor” no apareció asociado a la falta de percepción del mismo. A la vez, tampoco significó que no se reconocieran los diversos síntomas que demostraban la existencia de una enfermedad. El padecimiento se atendió cuando obstruyó definitivamente las actividades normales de la rutina. Asimismo, la percepción del malestar se tomaba como un entorpecimiento en las actividades de la vida cotidiana<sup>32</sup>.

Las personas poseían dolores y el “atraso” en abordarlos no significaba que los síntomas les dolieran menos, sino que como refiere Le Breton (2011) a la enfermedad, el dolor y los síntomas se les atribuían una significación diferente. Según la propia historia y la pertenencia social, el desciframiento sensorial del mundo es diferenciado (*Ibid*). Tal consideración parece tener sentido para analizar las experiencias de las/os protagonistas de esta tesis y su preocupación por el dolor.

La percepción del malestar de mis informantes, contrastaba en un contexto cultural que, como expresa Citro (2010), propone continuamente la atención y evaluación constante del cuerpo. La preocupación por la estética, la realización de tratamientos, estudios médicos y consultas preventivas y el consumo de medicamentos frente a cualquier malestar cotidiano o en forma preventiva, se vuelven parte de lo habitual. A su vez, desde la corriente de la Medicina Social y la Salud Colectiva, Iriart y Merhy (2017) plantean que la preocupación constante por el cuerpo es parte del deber de cuidado corporal, que le impuso a nuestra cultura el complejo médico industrial, mediante la biomedicalización de la vida cotidiana. Esto permitió que se medicaran los padecimientos más comunes, conduciendo a la posibilidad de diagnosticarnos y medicarnos autónomamente y contratar seguros de salud cada vez más onerosos en forma preventiva. A su vez, también se profundizan las desigualdades sociales, ya que la

---

<sup>32</sup> La enfermedad como obstrucción de la vida cotidiana también fue abordado por diversos autores como Otegui Pascual (2009); Castro Perez (2009), Grimberg, (2009), entre otros/as.

población perteneciente a los sectores más pobres de las sociedades recibe las mismas imposiciones y mensajes respecto del deber de preocupación constante por el cuidado del cuerpo que, sin embargo, a menudo transita con culpa y frustración por no poder llevarlos a cabo (Iriart y Merhy, 2017).

A lo largo del trabajo de campo encontré que el consumo de medicamentos en forma preventiva y la realización de estudios médicos de control desde la perspectiva de la medicina occidental, fue mencionado como algo ocasional y reducido a cuestiones específicas (estudios ginecológicos o de embarazo). En cuanto al malestar, su percepción se podría relacionar a una falla en el cuerpo que obstaculizaba la gestión de las actividades diarias.

#### Última yo, demorar la atención

Cuando entrevisté a Gabriela en el centro de salud, me contó que llevaba años postergando dos operaciones. Una suya, de vesícula, y otra de uno de sus hijos por una hernia testicular. Debía posponer las intervenciones quirúrgicas porque ella era el único sostén de sus hijos, tanto en la rutina de la vida cotidiana como en lo que refería a la manutención económica.

Gabriela era de la Ciudad de Buenos Aires, tenía al momento de la entrevista 42 años, vivía en villa Reina según sus palabras desde hacía “uff una banda”, mucho tiempo. Residía en una pieza de cuatro por cuatro (metros), que había construido junto al padre de sus hijos luego de que este comprara un pedazo de un terreno en el barrio. Se refería a un terreno público que hacía muchos años había sido tomado por un grupo de personas que se habían asentado allí dividiéndolo para construir casas, o para vender parcelas con el fin de que otras construyeran las suyas. Vivía con dos hijos de 8 y 11 años, y una hija, Viviana de 23 años, que había ido recientemente a vivir con ellos, llevando consigo a su hija e hijo.

Gabriela tenía problemas de salud crónicos, que para ser resueltos requerían una logística que alteraría en gran medida la organización de su rutina de vida cotidiana. Debía haberse operado de la vesícula hacía varios años, pero según expresaba:

“Yo, por ejemplo, tengo piedras en la vesícula de hace...Nico tiene 8 años ya, me dijeron: tiene tu hijo dos meses y te vas al hospital y ya te operás urgente... nunca más fui.”

Recordaba su operación pendiente cuando sentía profundos dolores, así lo expresó ella:

“Me acuerdo cuando me agarra el patatin ese, aggg... esos dolores. Pero estoy tirando, tiro acá, tiro para allá y última yo, entonces me olvido, pero bueno...”

Lo que estaba detrás de la postergación de esas operaciones, el “tirar para acá y tirar para allá”, era la rutina de la vida cotidiana.

Sin embargo, a veces sí decidía realizar una consulta médica. Para Gabriela los motivos que ameritaban esta práctica tenían que ver con sus hijos, cuando estaban enfermos, o “les pasa algo”. Para explicarme esto puso como ejemplo lo ocurrido en el festejo del 1° de enero de aquel año, cuando uno de ellos se hizo un corte en un dedo y tuvo que llevarlo de urgencia a la guardia del hospital, donde le hicieron una sutura. Ese tipo de eventos los resolvía acudiendo a la guardia, pero frente a otro tipo de malestares menos urgentes, administraba alguna medicación o ponía en práctica algún método, por ejemplo, para disminuir la fiebre:

“Y no, si veo que está con fiebre y veo que ya es tarde o es la madrugada o algo, yo misma lo baño, le doy ibuprofeno, que yo sé más o menos calcular lo que tengo que darle.”

Como expresó Gabriela, para ella el dolor funcionaba como una señal que en cada ocasión que reaparecía le recordaba su padecimiento. Sin embargo, la tolerancia al mismo y el hecho de que apareciera eventualmente, hacían que Gabriela “aguantara”. Toleraba el dolor mientras resultaba posible porque asumir una resolución de ese malestar, como era internarse para ser intervenida quirúrgicamente, hubiese alterado la organización y los ritmos de la vida cotidiana, que resultaban prioritarios para mi interlocutora.

Para que Gabriela y su hijo resolvieran sus malestares en el hospital tenían que acceder a una cirugía, lo cual requería de varios trámites previos y posteriores: la realización de estudios pre quirúrgicos ordenados por la/el médica/o a cargo, la obtención de los turnos para los mismos cuya concreción podía demorar muchos días, los turnos y visita a cirujanas/os especialistas, que en general no atendían diariamente y luego, el tiempo

específico de la operación y de internación que, en principio, resultaba imprevisible. Todas estas gestiones imprescindibles para realizar una intervención quirúrgica, Gabriela no podía hacerlas en el centro de salud, donde solía atenderse. Estas prestaciones sólo se realizaban en el hospital, por el nivel de complejidad médica y de infraestructura que requerían.

Por lo tanto, organizar la logística de dos operaciones pendientes no sólo le implicaba disponer de mucho tiempo, sino también de posibilidades de organizarse con el cuidado de sus hijos pequeños y de su casa. Asimismo, en relación al sostenimiento económico de la vida familiar, el hecho de que su empleo no fuera en relación de dependencia -Gabriela realizaba “changas” de limpieza en casas- determinaba que no gozara de licencia médica para operarse. Dejar de trabajar durante el periodo de convalecencia implicaba no percibir su salario y por tanto alteraba o, más bien, impedía el sostenimiento de su hogar.

A continuación, describo situaciones que denotan las prioridades de las personas que entrevisté (incluida Gabriela), que me brindaron indicios sobre la demora de la atención profesional de sus padecimientos.

#### Salud y vida cotidiana. Condiciones y ritmos de vida.

El dolor que emergía eventualmente actualizaba la necesidad de la operación que Gabriela debía realizarse. Sin embargo, al aparecer espasmódicamente, era minimizado frente a la necesidad de ocuparse de sus hijos pequeños, su nieta y nieto por un lado, y las dificultades habitacionales por otro, que ocupaban la mayor parte de su tiempo y sus proyecciones. Respecto a esto último, Gabriela expresó su hastío por las condiciones en que se encontraba su casa, la forma en que tenían que hacer sus necesidades fisiológicas, las infecciones que les generaban a sus hijos y nieta por las condiciones en que vivían. Así lo expresó ella:

“Yo... bueno, tengo mi casa, no tengo ni baño ni nada porque se me llueve, estoy luchando por mi casa, para ver si me dan algo mejor, no me dan bola en ningún lado, vengo ¿hace cuánto? 6-7 años yo sola remándola para que me ayuden.”

Como he mencionado anteriormente, en los últimos años la villa había crecido verticalmente. Las personas que habitaban allí seguían construyendo casas o

habitaciones, en el terreno del que disponían o del que disponía algún miembro de la familia, arriba o adelante de otras casas o habitaciones. Esto a menudo acarrea dificultades entre las/os vecinas/os por las consecuencias o malestares que generaba la construcción, sobre todo porque podía implicar la reducción del espacio de las casas aledañas o su encerramiento si eran construidas más adelante. Esto es lo que le sucedió a Gabriela con su casa:

“...el piso está abajo, está todo levantado, departamentos atrás, hicieron casas acá y casas allá y yo me quedé abajo, y la tierra como que no sirve, hay que rellenar todo. Gracias a Dios apareció mi hermano que me está ayudando.”

Para Gabriela, los problemas que se derivaban de la construcción de viviendas en terrenos reducidos, como en el que estaba su casa, adquirirían centralidad en la organización de su vida cotidiana. Porque afectaban a la salud de sus hijos, su nieta y su nieto. Las deficiencias en el piso de la casa de Gabriela hacían que esté continuamente permeada por la humedad. De igual modo, ella refirió que cuando llovía mucho el pozo rebalsaba (la mayor parte de la villa no contaba con un sistema cloacal<sup>33</sup>) y su casa se inundaba de agua y de materia fecal. Estas cuestiones generaban con mucha frecuencia, enfermedades respiratorias e infecciones reiteradas en sus hijos. Y la obligaban a establecer prioridades, de forma tal que, las afecciones crónicas que requerían procedimientos como la cirugía de su hijo y sus problemas de vesícula parecían pasar a un segundo plano en relación a las infecciones causadas por los desbordes del pozo ciego. Ella relató de la siguiente manera el malestar que esta situación le generaba:

“...mi hijo ya tiene 11 años, estar haciendo tus necesidades en un tacho no da, no da porque está ahí el pozo, cuando llueve, se inunda, sale y uno no respira, ellos, por eso, estuvieron mucho tiempo enfermos también.”

---

<sup>33</sup>Según una resolución sobre la situación habitacional de esta villa realizada por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, ya durante abril del año 2010: “entre las necesidades percibidas por el barrio descriptas por referentes sociales de la zona, se identificó como uno de los ítems que integran la necesidad de urbanización de la villa, a las cloacas y desagües”. En este aspecto, se informó que “...existen espacios donde las aguas servidas están expuestas, sin ningún tipo de cobertura, resultando un espacio más de contaminación y de alto riesgo para la salud de los habitantes de la zona”. Disponible en [www.defensoria.org.ar](http://www.defensoria.org.ar). Consultado 15/08/2020

En relación al estado de su casa había iniciado acciones al respecto, reclamamos a distintos actores e instituciones gubernamentales de la Ciudad de Buenos Aires con injerencia en la problemática habitacional, pero no había obtenido resultados positivos.

Gabriela señaló que tenía que irse de esa casa y eso era lo que deseaba, sin embargo, aún no tenía dinero para buscar otro lugar. Reclamaba que había sido censada por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires<sup>34</sup> (censos que albergaban pretendidos objetivos de urbanización de la villa), pero que esta institución nunca le había dado una respuesta. Ante la falta de resultados para su situación habitacional, Gabriela comprendía que la única opción que le quedaba era trabajar, para juntar su dinero y resolverla por sus propios medios.

“...estoy luchando por muchas cosas, pero hasta ahora ningún resultado, lo único que me queda hacer es empezar este año con todas las pilas y trabajar, trabajar por lo menos 4 horas y seguir juntando, seguir juntando a ver si puedo comprarme una casita o un terrenito, algo.”

La experiencia de Gabriela reviste un eje en común con los otros relatos que conocí en el centro de salud: ser convocadas a hablar de salud y enfermedad llevó a mis entrevistadas a hablar sobre su vida cotidiana y sus condiciones materiales. La decisión de atender o no los malestares, se hizo presente en sus relatos vinculada a los ritmos de la rutina. La posibilidad de enfermarse, de consultar en la salita, en el hospital, o no hacerlo, así como

---

<sup>34</sup>El Instituto de la Vivienda (I.V.C) es el ente encargado de la política habitacional en la Ciudad de Buenos Aires. En este sentido, la Ley 1251 establece que el I.V.C. es la autoridad competente para la ejecución de las políticas de vivienda que desarrolle el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La norma le atribuye a dicho organismo la obligación de contribuir al acceso a la vivienda de aquellos sectores poblacionales imposibilitados por razones económicas y sociales de acceder a la misma por cualquiera de los medios regidos por el sector privado y que requieran de la participación del sector público para lograrlo, cumplimentando así el mandato constitucional. “El I.V.C. es actualmente el único organismo con competencia en materia de ejecución de políticas habitacionales. A su vez, en virtud del Convenio Marco de Cooperación y Asistencia suscripto -el día 18 de febrero de 2008- entre el I.V.C., el Ministerio de Desarrollo Económico del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Corporación Buenos Aires Sur S.E., se delega a la Unidad de Gestión de Intervención Social (UGIS), dependiente del mencionado Ministerio, “...las tareas inherentes al mantenimiento del hábitat en las situaciones de emergencia en villas y núcleos habitacionales transitorios” (...). Cabe destacar que entre las tareas a realizar se incluye: el mantenimiento y desagote de pozos negros con equipos atmosféricos; la desobstrucción de sistemas pluvio-cloacales con equipos hidrocinéticos y la limpieza y sanidad.” Defensoría del Pueblo, resolución abril de 2010. Disponible en [www.defensoria.org.ar](http://www.defensoria.org.ar). Consultado 15/08/2020

aquello que creían peligroso para sus hijas/os, entre otras cuestiones, se encontraba condicionado por el ritmo de la rutina que tuviera su vida cotidiana. Tales rutinas incluían principalmente el sostén diario de sus hijas/os.

Ángeles fue quien en su relato expresaba lo intrincado de los ritmos cotidianos en los que la presencia de enfermedad significaba un desorden difícil de asumir. A ella también la conocí en la salita y al momento de la entrevista tenía 22 años, había venido a vivir a la Argentina desde su Bolivia natal a los 15 años. Desde esa edad vivía en la villa. Tenía dos hijos, Cristian de 3 años, y Manuel de un año y seis meses.

Para Ángeles requerir una consulta médica implicaba, según lo dijo, tener que disponer todo el día para esperar por un turno. Dado que no tenía quién más cuidara a sus hijos, encaraba esta tarea solamente si se trataba de la salud de ellos, ya que hacerlo para sí misma implicaba que aquel día los niños no asistirían a la escuela, no podría cocinarles, ni atender sus necesidades.

“Porque perdés todo el día en el hospital y no se puede hacer nada, suponete que a la mañana vienes a sacar el turno y después esperar la gente y, después, si o si sales a la tarde, algo por ahí, y por eso casi que cuando yo estoy mal yo no vengo, pero cuando ellos están mal, sí o sí los traigo.”

Ángeles detalló el esfuerzo de sostener sus rutinas cotidianas, y dedicó una gran cantidad de minutos de nuestra entrevista a relatar los avatares del lavado de ropa. Estas cuestiones parecían tener para ella un valor superlativo ya que su prioridad estaba puesta en el cuidado de sus hijos, en enviarlos al jardín con ropa limpia.

“Y eso, mi rutina de mi es trabajar, yo los dejo a la mañana a ellos (sus hijos), me levanto a las seis de la mañana, me ducho, primero lo alisto al bebé, lo cambio, todo, después lo alisto a él, ocho y cinco tengo que tomar el colectivo, la 38, porque ellos estudian en San Patricio [escuela de nivel inicial del barrio], llego, vengo caminando, ocho y media, llego, por ejemplo hoy día los dejé y tuve que llegar directo a lavar la ropa porque no tengo lavarropas, lo lavo a mano, y donde yo vivo, la dueña de casa no te deja lavar todos los días la ropa, solamente una vez a la semana, y a mí me toca los miércoles. Y hoy día me tocaba lavar y llegue, tome un matecito de té, después me quedé lavando ropa hasta las 12, 11.45 habrá sido, porque vino mi hermana, hizo un café con unas tostaditas y tomé rápido porque mientras que lavaba la ropa, mientras enjuagaba, lo fui a secar y en el tiempo que tenía barrí, tendí, lavé los platos, después al barrer ya estaba re transpirando, me duché y al salir 12.15, porque mi bebé sale 12.15 y todos a las corridas. Y después, agarré, mi mamá me invitó un poquito de carne, me dijo que coma con pan, entonces agarré, y después me vine directo aquí a retirar la leche,

porque después estaba secando la ropa, porque el tema es que iba a llover, tenía que ir a verle a la vuelta, la dejé en el tendedero, medias, tenía que secar, entonces me vine directo aquí con él, entonces desde la mañana, es la misma rutina.”

Dicha tarea parecía, a su vez, comprometer el cuerpo de Ángeles a quien se la notaba cansada ese día:

“Hoy ha sido cansador y seguro que mañana me levanto con dolor de espalda, porque ponele que el lavamanos es acá [hace un gesto con sus brazos indicando el lado derecho, lo que significa que la pileta para lavar se encuentra a la derecha de su habitación] y los baldes de agua se cargan allá [indica hacia el otro lado, mostrando que la canilla para cargar agua está al final de un pasillo], entonces son baldes que tengo que alzar, echar a la pileta, porque tampoco te deja usar agua la dueña, del tanque que viene directo, entonces agarro y alzo los baldes y como te puedo decir, el agua no te espera, si se corta el agua, olvídате, no enjuagas más, no lavas más, tienes tu horario...”

Sin embargo, el esfuerzo y energía dispensada hacia el cuidado de sus hijos era muy diferente de la que destinaba para sí misma. Para la atención de sus hijos elegía al hospital o la salita, en función de la urgencia del caso. Cuando se trataba de un malestar personal, otra era su elección, así lo explicó:

“...o a veces me pasa, cuando yo estoy mal, mal, empiezo a levantar fiebre o me empiezo a resfriar, empiezo afónica, y yo dije, ‘si voy al hospital voy a estar toda la tarde. ¿Quién los va a cuidar? ¿Quién los va a llevar al jardín?’ porque ellos [sus hijos] en el jardín almuerzan bien. Comen bien. A veces lo que yo no hago en casa. Y cuando yo estoy, hasta ahorita no almorcé nada, comí un pedacito de carne que me invitó mi mamá, pero ellos son diferentes. Y cuando están ellos sí o sí tengo que cocinar, porque él [Cristian] me pide la comida a la hora, y me dice ‘mamá tengo hambre’, es a la fuerza para ellos sí o sí, pero cuando estoy sola yo no, ando más en mis cosas ocupada, en esto y en lo otro, bah, eso es mi rutina.”

Que sus hijos concurrieran al jardín permitía a Ángeles tenerles asegurado el almuerzo semanal, que incluía comidas que ella en su casa no les preparaba<sup>35</sup>. Explicó que como sus hijos almorzaban en el jardín, ella pasaba de largo esa comida. De tal modo, si no asistían a la escuela, la alimentación de sus hijos se veía afectada.

Ángeles trabajaba con su mamá vendiendo comidas en la calle, también hacía por períodos trabajos de costura mientras sus hijos estaban en la escuela, tiempo en el cual

---

<sup>35</sup>El jardín al que iban los niños era de jornada completa, por lo tanto incluía el almuerzo que preparaban las cocineras de la institución con los recursos que eran asignados por el Ministerio de Educación para tal fin.

además se dedicaba a otros quehaceres como el lavado de ropa. Interrumpir sus tareas por una consulta médica que llevaría todo el día era algo que no parecía permitirse. De esta manera demostraba, de una forma similar a Gabriela, que los padecimientos físicos se veían condicionados a la organización y sostén de la casa, la rutina y el trabajo.

El aguante del cuerpo parecía resultar funcional al sostenimiento de los ritmos cotidianos. En este sentido Strasser argumenta: “El cuerpo está mucho más presente en la conciencia cuando se utilizan sus recursos en la vida cotidiana, las actividades físicas vinculadas con el trabajo y quehacer doméstico resaltan el anclaje corporal de la existencia” (Strasser, 2011: 109).

En mucha de la bibliografía disponible sobre el estudio del cuerpo en las ciencias sociales se argumenta que el cuerpo es una realidad inadvertida hasta que se enferma y marca su presencia (Strasser, 2011; Otegui Pascual, 2009; entre otros). Le Breton en *La sociología del cuerpo* (2011) establece que es una realidad cambiante de una sociedad a otra, los signos que lo ponen en escena socialmente y los sistemas de conocimiento que intentan dilucidar su naturaleza son infinitamente variados. De esta manera, el autor insta a la Antropología y la Sociología a comprender la corporeidad como estructura simbólica sin dejar de lado representaciones, imaginarios, conductas y límites variables según las sociedades. El cuerpo es una ficción culturalmente operante, viva. Así, diferencia la tarea de estas dos ciencias sociales del saber biomédico, que, si bien se establece como el saber oficial sobre el cuerpo en las sociedades occidentales, es una representación más entre otras. Sin embargo, si bien el cuerpo puede ser, para las personas en general, una realidad inadvertida y cambiante, para quienes cuentan con condiciones de trabajo y de vida precarias y de pobreza, se genera un problema adicional cuando es advertido a partir de la enfermedad: la dificultad para atenderlo.

“... las clases populares establecen una relación más bien instrumental con su cuerpo. La enfermedad, por ejemplo, se experimenta como una limitación a la actividad física, especialmente la profesional. (...) La enfermedad es lo que les quita a los miembros de estas capas sociales la posibilidad de utilizar habitual y familiarmente su cuerpo (sobre todo en su uso profesional). Por eso, prácticamente no le prestan atención al cuerpo y lo usan sobre todo como una ‘herramienta’ a la que le piden que funcione bien y que dure. La valorización de la fuerza los lleva a una mejor tolerancia del dolor, ‘no les gusta sentirse enfermos’.” (Le Breton, 2011:87)

Considero oportuno realizar una salvedad a los aportes del autor. El uso del cuerpo como herramienta y la tolerancia a la enfermedad para evitar la interrupción laboral atraviesa los distintos sectores sociales. Más aún en países como Argentina donde el empleo por monotributo o sin relación de dependencia determina que un día sin trabajar es un día sin cobrar. No obstante, esta tendencia se profundiza cuánto más precarias son las condiciones de vida. Por lo tanto, la tolerancia al dolor no se debe por supuesto a cierta cualidad específica de las personas pobres, sino a mayores dificultades de atención establecidas por más y, más complejas, imposibilidades cotidianas.

A su vez, más allá de esta cuestión es necesario considerar que en los distintos sectores sociales hay un retardo o demora por parte de las mujeres en ejercer prácticas de salud y atención de la enfermedad para sí mismas. Findling y López (2018) si bien coinciden en considerar que, en los grupos sociales más pobres, el cuerpo se percibe como una máquina que permite la subsistencia y se repara cuando funciona mal, profundizan en las particularidades que adquieren las tareas de cuidado en la población femenina.

El cuidado implica la organización de actividades, bienes, recursos y servicios que hacen viable la salud, la alimentación, la higiene propia y de las personas que requieran asistencia para tales actividades. Esto significa la simultaneidad de roles y responsabilidades en ciclos difíciles de traducir en tiempo y esfuerzo. Las autoras mencionadas, destacan que hubo cambios generacionales en cuanto a los estereotipos asociados al género femenino y al masculino en función de los que las mujeres serían las tradicionales encargadas del bienestar y cuidados de sus familias y los varones serían los responsables proveedores. No obstante, continúan registrándose particularidades vinculadas a cada género en estos aspectos, siendo las mujeres las que sumaron mayor carga de trabajo remunerado y no remunerado de cuidados. Sus cuerpos sufren los desgastes consecuencias de ello.

A la vez, es necesario considerar el nivel socioeconómico de los hogares incluyendo la posibilidad de acceso al cuidado de niñas/os y adultas/os mayores. En la actualidad las mujeres asumen las cargas del trabajo doméstico en mayor medida, sumándolas a las del trabajo extra doméstico. En consecuencia, se observa una tendencia hacia la feminización de los cuidados (Esquivel et al., 2012). Los mandatos sociales continúan

indicando que es prioridad de las mujeres el cuidado de las/os hijas/os por lo que deciden resignar otras actividades propias para dedicarse a ellas/os, con un cariz de “un sacrificio que vale la pena”. Y, entre aquello que resignan se encuentra el descanso o el cuidado de la propia salud considerando prioridad la consulta sobre la salud de las personas que están bajo su responsabilidad (Findling y López, 2018).

En este sentido, son habituales las prácticas de auto-cuidado, que constituyen las diferentes actividades médicas y no médicas que las personas y familias desarrollan en la vida cotidiana para cuidar su salud y evitar enfermedades. Como tales, abarcan controles de salud, actividades de recreación y físicas, vida social y tiempo libre. Las prácticas de cuidado se diferencian según sexo, edad y determinantes sociales, como según el nivel socio económico y las experiencias de muerte o enfermedades de personas cercanas (*Ibíd.*).

Desde esta perspectiva, en los distintos segmentos sociales se registra que las estrategias de vida de las mujeres giran alrededor de expectativas de cuidado centradas en el nacimiento y crianza de sus hijas/os y la atención de adultas/os mayores. Sin embargo, en los sectores bajos o más pobres son mayores las dificultades que implica el acceso a los cuidados y el descuido de sí mismas. Respecto a la consideración sobre la salud, aparece vinculada a la ausencia de enfermedad y no al disfrute. La dificultad para acceder a controles médicos es mayor y, más allá de que haya quienes realizan más controles que otras, la constante aparece en relación a la salud de sus hijas/os (Lehner y Ponce, 2018). En efecto, la precariedad en las condiciones de empleo no habilita dedicarle tiempo al malestar sin que ello implique una controversia en la elección entre el trabajo o la salud.

Los aportes de Lehner y Ponce (2018), van en sintonía con los testimonios que en mi investigación brindaron Gabriela y Ángeles. Las autoras argumentan, en coincidencia con lo que le sucedía a mis entrevistadas que, en los estratos medio bajos, la prioridad que reviste el cuidado infantil incide en que se postergue la propia atención ante la manifestación de un problema de salud. Uno de los argumentos para sustentar la demora en la consulta lo constituye el temor de las mujeres a recibir un diagnóstico de

enfermedad que modifique su presencia ante sus familias, situación que se agrava frente a la falta de redes de apoyo para el cuidado.

Consideraré a los fines de esta investigación, aunque resulte una obviedad, diferenciar “salud” de “pasaje por la institución” y reconocer el aporte a la comprensión que puede dar analizar los dos aspectos. En el trabajo de campo observé que el acercamiento de las personas a las instituciones, se producía cuando resultaba imperioso atenderse por un malestar o, cuando estaba vinculado a las/os hijos/as. Las acciones preventivas sobre sí mismas, por lo general, no tenían curso mediante la atención en efectores de salud.

Al respecto Ángeles había expresado que buscaba atención sólo si se trataba de sus hijos porque “perdés todo el día en el hospital y no podés hacer nada”. En un sentido similar, Teresa, sobre quién me explayaré en el próximo capítulo, expresó que si bien era “dejada de sí misma” no lo era para su hija, para quien sí se disponía a realizar tareas, “en el sentido de que tenés que andar sacando turno por acá, por allá, madrugando...”.

En cuanto a consultar en el hospital, Gabriela y Ángeles asistían allí si se trataba de sus hijas/os o si requerían una consulta por la guardia. Al respecto Gabriela había dicho: “a la guardia, si a mis hijos les pasa algo y está cerrada la salita”; Ángeles refirió que, si se enfermaban sus hijos o tenían temperatura alta, enseguida se asustaba y “directamente lo llevo al hospital, lo llevo de guardia”.

Durante el trabajo de campo pude observar que el pasaje por la institución no se vinculaba tanto a la salud propia, sino a la atención de las/os hijas/os, la consulta por guardia o el límite de tolerancia al dolor del cuerpo.

#### Postergar el malestar. A un trabajador le duele la cabeza cuando no trabaja

Cuando lo conocí durante su estadía en el hospital, Pedro estaba internado por una neumonía. Tenía 59 años y vivía en su casa en la manzana 54 de Villa Reina, el mismo lugar en el que vivía desde hacía 30 años cuando había venido de Paraguay, su país de nacimiento donde trabajaba haciendo carbón. Al poco tiempo de llegar a Argentina compró un terrenito en la villa “barato, pero que costó”, se instaló, construyó su casa allí y le fue sumando habitaciones con el tiempo y, como le dije, “vio crecer a la villa”. A lo anterior asintió y me contó que cuando recién empezó a vivir ahí y durante algún

tiempo, se subía a las habitaciones de más arriba de su casa para ver los partidos que se jugaban en la cancha cercana de un importante club de fútbol. Pero, como la villa ya creció tanto dijo “me taparon la visión”, y añadió, “ahora ya no hay ningún terrenito para comprar”.

Volvió a Paraguay sólo una vez, porque mucha de su familia estaba allá, aunque otro tanto estaba en Argentina. Él no tuvo hijas/os pero si tuvo relaciones afectivas con varias mujeres. Tenía muchas/os sobrinas/os, según me contó, y agregó humorísticamente “porque mis hermanos no tenían tele”. Dos de sus sobrinas vivían en el barrio y una de sus hermanas vivía “en provincia” (como se le dice popularmente los barrios del conurbano bonaerense). Esa hermana era quien lo llevaría a su casa para cuidarlo luego de la internación hasta tanto se recuperara un poco más. Por otra parte, serían sus sobrinas en el barrio, quienes cuidarían y custodiarían la casa para que no se la ocuparan mientras estuviese vacía.

Pedro, en enero de 2020 llevaba ya un mes y 4 días de internación en el hospital. Casi todo ese tiempo había estado en terapia intensiva. Hacía 7 días que se encontraba internado en la sala de clínica médica cuando la médica a cargo pidió la intervención de Trabajo Social, para averiguar cómo era la red sociofamiliar del paciente y si estaba en condiciones de acompañarlo luego del alta. Con él tuve varios encuentros durante las últimas dos semanas de su internación. Al principio me refirió que trabajaba en una cooperativa de limpieza en el barrio, durante 4 horas por la mañana. Además, por las tardes hacía changas de trabajos que le ofrecían, de albañilería, arreglos, entre otras cosas.

Cuando relató cómo fue que quedó internado, expresó que se quedó sin aire y por eso tuvo que ir al hospital, allí quedó internado en la terapia intensiva. Era hipertenso y tomaba medicación, se atendía en este hospital y en otro de la zona, pero no iba muy seguido porque le resultaba muy trabajoso conseguir turnos. Por eso, a veces, se compraba la medicación en lugar de buscar un turno, solicitar la receta y retirarla gratuitamente en el hospital. Expresó que a veces le subía la presión y si llegaba a tomar un poco de alcohol, le subía más. Igualmente agregó que no tomaba mucho, 4 o 5 cervezas cada 15 días, porque si no, “no hay trabajo que aguante”.

Pedro me transmitió que antes de que le sucediera lo que terminó concluyendo en una internación, hacía días que había comenzado a sentirse mal porque no podía respirar normalmente. Luego ya no podía hablar, se quedó sin aire y sin habla, se desvaneció, entonces un amigo lo llevó de urgencia al hospital. No había buscado atención, tampoco seguía un tratamiento en los centros de salud cercanos, que conocía, aunque no frecuentaba. Mencionó varias veces lo dificultoso que le resultaba conseguir turnos, por lo cual realizaba consultas esporádicamente. “Si yo no siento enfermedad, es trabajar nomás”, expresó para explicarme que si no estaba enfermo no iba a ningún efector de salud ni realizaba consultas porque se dedicaba a trabajar.

Según Pedro, si podía sostener su rutina, su rutina de trabajo, significaba que no estaba enfermo, aún más, la enfermedad aparecía si no podía trabajar. Así lo expresó él: “a un trabajador le duele la cabeza porque no trabaja, cuando trabaja se le pasa el dolor”. A eso se debía su ansiedad por retirarse del hospital. En nuestro segundo encuentro ya me manifestó que se quería ir a su casa y consideraba que podía hacerlo, porque en días previos no tenía fuerzas para caminar, pero ya lo había conseguido y según expresó, estaba listo para volver a trabajar. Tal es así que tres días después se fue de alta. Aquel día, Pedro estaba ansioso por retirarse temprano. Busqué fundamentalmente informarle cómo y en qué consultorio del hospital podía atenderse sin turno para que le hicieran el seguimiento de sus malestares, cómo podía retirar la medicación que le habían indicado para evitar comprarla y cómo debía hacer para conseguir turno para los estudios de control que le habían ordenado, todas ellas eran preocupaciones mías, pero no de Pedro. Hasta aquí, a partir de los testimonios citados advertí que los padecimientos del cuerpo no pasaban inadvertidos para las personas con la que trabajé. Tanto Gabriela como Ángeles los percibían y atravesaban, pero los postergaban en función de sostener los cuidados cotidianos de sus hijas/os. De igual modo, al considerar la experiencia de Pedro pude ver que también percibió y atravesó padecimientos previamente a su internación, sin embargo, no tomaron un lugar de prioridad, frente a los ritmos de su vida cotidiana, para ser gestionados mediante la atención del sistema de salud.

La corporización de experiencias a la vez que la incorporación de los patrones sociales o embodiment (Csordas, 1994), permite considerar el significado que la aparición de la

enfermedad o enfermedades particulares, pueden revestir para el género masculino. La enfermedad puede entenderse como una fragilidad corporal que tensa la construcción de las masculinidades (Grimberg, 2009). Y, puede vincularse a la idea de que los varones no consideren estar enfermos cuando no están incapacitados para ir a trabajar (Knaut y Victora, 2009).

A su vez, varios estudios (Findling y Lopez, 2018; Menendez, 2005) indican los estereotipos de género respecto a los varones, en relación al cuidado de su salud y la atención de la enfermedad. Las demoras en consultar y atender los padecimientos se vinculan a la carga de la responsabilidad del varón proveedor. No obstante, la dilación de la consulta termina agravando las situaciones. En cierta medida entonces, los varones en general, retardan la atención de sus padecimientos. Aquello se debe a que el estereotipo asignado al género masculino vinculado a la fortaleza y la capacidad de provisión influye en el aguante del malestar y, a la vez, en el aplazamiento de las prácticas de cuidado y atención de la enfermedad.

Influye en el varón también su condición de trabajador. No se trata de que no perciban sus malestares, o no les den importancia, sino que su gestión se ve atravesada por las condiciones de vida y trabajo precarias. La demanda de atención del sujeto que trabaja, una vez reconocida la enfermedad, dice Menéndez (2005), tiene que ver con un condicionamiento económico/ ocupacional del tiempo: enfermarse y asumirlo implica dejar de trabajar afectando así la supervivencia. Los varones deciden atenderse, dice el autor, cuando ya no aguantan más, en comparación con la mujer tal vez aún en un límite mayor.

“Considero que la demora en demandar atención médica del trabajador dado que (...) sólo decide atenderse cuando ya no aguanta más, es una de las características que ha conducido a crear la imagen del varón como reacio a la atención médica, sobre todo en comparación con la mujer.” (Menéndez, 2005:27)

En experiencias como la de Pedro se puede visualizar el extremo de esa tendencia, es decir, continuar trabajando hasta no poder más. En efecto, en cuanto a la atención de los varones en el ámbito de la salud, en el trabajo de campo observé una mayor presencia en la internación hospitalaria que en la salita. Al respecto, el foco lo puse en el factor de la urgencia a través de la cual el cuerpo marca el límite y se delinea la trayectoria en las

instituciones de salud. En este sentido, Menéndez (2005), plantea que los varones, en la búsqueda de restaurar la salud o reparar la enfermedad de la forma más inmediata para retornar al mercado laboral perciben la medicina científica como la más rápida y eficaz. No obstante, es posible observar en esta investigación, las demoras y obstáculos que aparecen en cuanto a la búsqueda de atención.

En torno a la experiencia de Pedro, el cuerpo es valorado en su función instrumental por sobre el cuerpo con síntomas de enfermedad. Si bien reconocía que estaba sufriendo síntomas, tenía trabajo, por tanto, tener un dolor y tener trabajo no eran compatibles, según sus palabras, “a un trabajador le duele la cabeza cuando no trabaja”.

En el testimonio anterior es posible dilucidar que más allá de los comportamientos usuales asociados al estereotipo de varón, Pedro unía la salud y la enfermedad a una categoría socioeconómica: la de “trabajador”. Para Pedro, y según sus palabras para “el trabajador”, sus síntomas y malestares se podían curar trabajando: “cuando trabajo se me pasa el dolor [de cabeza]”. Ello influía junto a determinados roles de género y sus condiciones de trabajo en la demora en acudir a la atención médica. Pedro interpretaba sus síntomas y su enfermedad en la trama del sentido de su cuerpo como un cuerpo de trabajo que se enferma si no trabaja y se cura trabajando.

\*

A lo largo de este capítulo, se puso de manifiesto que lograr cumplir con la rutina y el trabajo podía revestir mayor importancia en términos de salud y bienestar cotidianos que acceder a la sanación o atención del cuerpo. El tiempo que insumía realizar una consulta en un efector de salud devenía en que se concretara sólo para lo imprescindible, las/os hijas/os y el límite de la tolerancia al dolor o en que la vida resultara vivible. La demora parecía tener una de sus razones no tanto en la enfermedad en sí misma, sino en lo que la rodeaba.

Los límites o extremos con respecto a la tardanza en la atención de malestares, el cuidado, su relación con el género, con las condiciones de vida y de trabajo (rutinas, ritmos) fueron considerados en función de cómo todo ello condicionaba la “urgencia”. A la vez describí los cuidados que priorizaban las mujeres de la salita en relación a sus

hijas/os. Fue posible exponer que la demora en las consultas no tenía que ver con que las personas no percibieran dolor o síntomas de enfermedad. Por el contrario, la tendencia a postergar la atención se relacionaba a percepciones culturales del dolor vinculadas al cuerpo vivido como una herramienta para el trabajo. No obstante, la postergación de la atención se ve agudizada en los sectores sociales pobres debido a las dificultades que encuentran para sostener las rutinas cotidianas y acceder a los servicios de salud en caso de que busquen consultar.

Observé que el aplazamiento en el abordaje de los síntomas de una enfermedad tiene un límite que el cuerpo marca y, es allí cuando por el mismo acto por el que el cuerpo se pone en urgencia, emerge también la urgencia en torno al desarrollo de la vida cotidiana. En el próximo capítulo continuaré estas líneas de análisis dedicándome a trabajar algunas de las características del proceso de gestión del malestar.

\*\*\*

### CAPÍTULO 3- LOS VAIVENES DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

En el presente capítulo describiré particularidades que tomó la gestión de malestares en relación con su complejidad, nivel de urgencia y dificultades que su atención y consecuencias podían implicar para la vida cotidiana. En este proceso, en torno a los malestares, expondré que las consideraciones y decisiones de las personas no parecían responder directamente a la prioridad expresada por el binomio diagnóstico- tratamiento, propuesto por el modelo médico, sino que se relacionaban con la gestión de la vida cotidiana. En este sentido, trabajaré desde la perspectiva nativa, el “dejarse estar” y el “no dejarse tratar” y su relación con las implicancias y posibilidades de la gestión de los malestares al interior del sistema de salud.

Cabe señalar que la gestión del malestar involucraba diversas situaciones: atenderse, no hacer nada, resolverlo consultando a personas conocidas o dilatar la atención tanto como se pudiera. La acción de retardo, tardanza, inacción o la búsqueda de atención podría considerarse dentro del conjunto de los tipos de gestión de malestar.

En este sentido, es preciso diferenciar los tipos de atención que pudieran requerirse respecto, tanto del nivel de complejidad y gravedad de la dolencia, como de la alteración que significara en la rutina y el modo en que la pusiera en tensión. Una atención ambulatoria que puede realizarse a través de una consulta en un centro de salud o consultorio es diferente de lo que implica la atención por guardia del hospital o una internación. Sobre las cuestiones ambulatorias, Gabriela, Teresa y Ángeles se refirieron a los controles médicos de sus hijos/as o a la atención de sus malestares pasajeros. Las consultas ambulatorias les requerían invertir varias horas del día entre el acceso a un turno y la atención, pero podían hacerlas mediante la salita, una institución pequeña y “accesible” ubicada al interior de su barrio y con profesionales que ya conocían.

Diferentes son las consultas por guardia del hospital, que según la organización del sistema de salud atiende las cuestiones que antes definí como urgencias (cuando el estado es de elevada gravedad), o emergencias (situaciones en las que hay inminencia de muerte). La guardia hospitalaria es además el único servicio del sistema de salud de la

Ciudad de Buenos Aires que brinda atención las 24 horas. Pude observar situaciones en las que se evidenciaba una discrepancia entre la concepción que las/os trabajadoras/es sanitarias/os tenían sobre los problemas que debían llegar al sector de urgencias y los que llegaban a menudo.

En efecto, una multiplicidad de las consultas que llegaba a la guardia no era entendida por las/os profesionales como cuestiones de urgencia/emergencia y, resultaba frecuente que enviaran a las personas a su casa nuevamente o les sugirieran atenderse con un profesional de consultorio. Era usual que muchas personas se dirigiesen al Servicio Social para buscar que se intermediara a fin de que una/un médica/o las atendiera porque en la guardia les habían expresado frases como: “Andá a tu casa tenés una gripe nomás”; “Esto no es para la guardia, sacá un turno y que te vean en consultorios externos”. A su vez, yo misma en diversas oportunidades, como trabajadora social tuve la experiencia de solicitar atención para algún/a paciente y que las respuestas fueran negativas, una de las que registré al respecto fue: “Pero esto no es de guardia, es crónico”.

Efectivamente muchas personas concurrían a la guardia, porque sabían que era la forma de atender un problema, fuera o no grave desde el punto de vista médico. Esto tenía que ver con que, más allá del criterio médico, las personas que lo atravesaban lo consideraban grave, o simplemente con que era la forma de ser atendidas en el día, sin tener que buscar un turno. Asimismo, podía ser la manera de hacerse estudios (si lograban que las/os profesionales se los indicaran por guardia) para los que resultaba muy difícil conseguir turno programado. Más allá de tales cuestiones, fue frecuente encontrarme con personas que estando internadas (sobre todo por tuberculosis, por ejemplo, pero también por otras afecciones de gravedad) me expresaron que, si bien previamente habían consultado en la guardia, les habían indicado volver a su casa. Múltiples relatos coincidían en lo mismo, por síntomas como dolor en el pecho, tos, fiebre o dificultad para respirar, y sin hacerles estudios, les diagnosticaban gripe y les indicaban retornar a su domicilio. Por tanto, entre los criterios por los cuales ameritaba consultar o no a la guardia, más allá de aspectos médicos, se mezclaban aspectos subjetivos, tanto de pacientes como de profesionales.

Al respecto, Gabriela refirió que la búsqueda de atención en la guardia, así como el motivo por el que ocasionalmente consultaba en el hospital tenían que ver con que la salita estuviera cerrada y requiriera una consulta por sus hijos, como cuando uno de ellos se había hecho un corte en un dedo. Ángeles, por su parte, si bien asumía que la consulta en la guardia le implicaba todo el día, iba allí cuando “se asustaba”, por ejemplo, si a sus hijos les subía mucho la temperatura. La guardia podía atender consultas de gravedad que luego tuvieran una resolución ambulatoria o, que continuaran con una internación en el hospital, cómo sucedió con Pedro.

Por su parte, una internación para tratar una enfermedad implica transcurrir una cantidad de días en el hospital, que está sujeta a la gravedad y evolución clínica de la situación. La internación, por tanto, significa la interrupción prolongada del curso de la rutina y los trajines cotidianos. En el caso de Pedro, luego de superada la urgencia y la posterior internación, tenía la intención de recibir el alta médica para poder volver a trabajar. En el caso de Gabriela, evitaba concretar las cirugías pendientes, porque no tenía quien la reemplazara en sus tareas durante las internaciones. La demora en la consulta o en la concreción de una internación podía estar vinculada entonces a la interrupción que implicaba en el ritmo cotidiano y la imposibilidad de sostenerlo con planes alternativos. A la vez, una enfermedad que conduce a una internación puede tener implicancias a largo plazo que podrían alterar significativamente la vida.

Al encontrarse en una situación de internación o frente a un diagnóstico de cronicidad y/o gravedad ni Gabriela, ni Pedro pusieron en el centro del relato el temor a la muerte o el temor al sufrimiento por la enfermedad. Por el contrario, sus inquietudes se vieron condicionadas en mayor medida por la rutina cotidiana, sus condiciones de vida y, de esta manera, el problema que su ausencia podría significar en el sostén de sus tareas. Esto se convirtió en una constante en los relatos de las personas.

Que existieran “otras/os” involucradas/os con la persona que presentaba un problema de salud significaba que la gestión estaría condicionada. En algunos casos por la responsabilidad y cuidado de esas personas, o bien, por la posibilidad y necesidad de recibir cuidados/compañía (temporales o a largo plazo) de terceros. De igual forma, la ausencia de otras personas configuraba también gestiones particulares. En el caso de que

la persona no tuviera otras/os que dependieran de ella, como por ejemplo Pedro; o ya sea que la gestión estuviese condicionada por la ausencia de quienes presten cuidados a aquella que atraviesa el malestar en caso de necesitarlos. Para abordar los vaivenes en la gestión del malestar me centraré en la experiencia de Teresa y de Estela. En torno a ello, señalo dos tópicos particulares: la expresión de “dejarse estar”, frente a resultados no concluyentes o imposibilidades de acceder al tratamiento sugerido y, la de “no dejarse tratar” frente a intentos de intervenciones clínicas. Pondré en relación el “dejarse estar” de Teresa con el “no dejarse tratar” de Estela. La experiencia de Estela presentó algunas similitudes con la de Teresa, pero también diferencias por las que “no se dejaba tratar”.

#### Del “dejarse estar” al “no dejarse tratar”

Gestionar el malestar mediante la atención médica para las personas no significaba, en todos los casos, acceder a una resolución exitosa en términos de concretar los tratamientos requeridos.

Empero, un comentario usual entre profesionales frente al deterioro físico con el que llegaban muchas/os pacientes era que se “dejó estar”. A menudo esto se convertía en un llamado de atención a la persona que recibía tal observación como parte de las causas de su diagnóstico.

En el relato de su experiencia Teresa expresó sus angustias, preocupaciones y reflexiones en torno a su vida, sus hijas/os y sus enfermedades.

Teresa era de la provincia de Mendoza, aunque al poco tiempo de haber nacido fue con su familia a vivir a la provincia de Jujuy, y al momento de la entrevista contaba con 54 años. Vivía en villa Reina desde hacía casi 23 años. Sin embargo, ella dividía esos años entre el tiempo que había vivido en la manzana 2 de la villa y el tiempo que llevaba viviendo en los edificios de departamentos, desde hacía 15 años aproximadamente. Edificios que técnicamente no debían ser considerados parte de la villa porque no tenían la precariedad edilicia de las construcciones de la villa, dado que eran complejos habitacionales construidos por el Instituto de la Vivienda en el marco del “Plan de urbanización de villas”. La población que habitaba allí, tanto como la que habitaba en la

villa los llamaba “los edificios”, aunque estaban allí entre las manzanas de la villa<sup>36</sup>. Tenía tres hijas mujeres de 34, 30, y 10 años y dos varones, uno de 23 y otro de 20. Llegó a la entrevista con su hija más pequeña, de 10 años.

Teresa, sin saberlo, me aportó un eje de análisis, al hablar de la atención de sus enfermedades al auto calificarse reiteradamente como una “dejada”. Allí apareció la idea del “dejarse estar”, utilizada con frecuencia por las/os profesionales. Así lo expresó ella:

“...siempre consigo turno allá la salita...del barrio X [El centro de salud al que se refiere se encuentra a una cuadra y media del centro de salud en el cual nos encontramos. Ambos están dentro del área programática del hospital], pero como está el dentista entonces aprovecho una sola vez para todo, porque yo soy muy dejada para mí, pero para ella [su hija] no, en el sentido de que tenés que andar sacando turno por acá por allá, madrugando...”

Sin embargo, la trayectoria que Teresa me relató incluía la realización de una variedad de consultas médicas y estudios a fin de arribar a un diagnóstico y un tratamiento para sus padecimientos, que hasta aquel momento no lograba conocer. Entre los que describió se detuvo en aquel que le provocaba una tos crónica, explicando que se vinculaba a lo pulmonar, también se refirió a malestares intestinales. Cuando le pregunté si sabía qué problemas tenía, Teresa respondió así:

“¿De la tos que tengo? No, no, me hicieron todo, tomografía, me hicieron también estudio del intestino, enema de colón, no, un coso, no me acuerdo, tomografía también... -se ríe-... y no encontraron, me dieron dieta, tal vez, celiaquía, yo agarré y dije bueno basta, ya me cansó, la dieta para el pobre no da...”

Comprendí que la única enfermedad que le habían diagnosticado era el “mal de Chagas”, ya que de sus malestares respiratorios e intestinales expresó que nunca le habían dado un diagnóstico certero. Por este motivo no logré saber con claridad cuáles eran los malestares que padecía. Esto se debía a que según dijo las/os médicas/os no habían encontrado una causa. Los diversos estudios que le habían hecho: tomografía, enema de colón, un estudio del intestino del cual no recordaba el nombre, no habían arrojado un diagnóstico claro.

---

<sup>36</sup> Teresa vivía en uno de los edificios realizados como parte de la política habitacional como una etapa de la urbanización de la villa. A los fines prácticos las/os vecinas/os diferenciaban “los edificios”, de “las manzanas”, pero se solía referir en forma genérica a todo como “la villa”, debido a la proximidad espacial y a que quienes vivían en los edificios antes vivían en las manzanas.

A Teresa tampoco le habían indicado un tratamiento adecuado a sus posibilidades. Relató que le recetaron dietas y alimentos que no se encontraba en condiciones económicas de afrontar. Esto se debía a que en su economía la diferencia entre utilizar un pedazo de carne para ponerlo en un guiso del cual se alimentaban ella y sus hijos, o hacerlo a la plancha y comerlo sólo ella, resultaba fundamental. Tal como relató a continuación, cuando Teresa cocinaba, lo hacía para toda la familia, y esta era su prioridad:

“Porque muchas veces nosotros hacemos con un cuarto de carne hacemos un guiso para todos, y si voy a hacer ¿cuánto corresponde comer a un ser humano?, ¿un cuarto? ¿200 gramos? ¿Y qué le pones en la olla? 50 gramos, no vas a hacer un guiso para todos. O a veces, o hago para todos o sino... y bueno es muy cara, por eso digo, una dieta, porque para dieta tenés que hacer un churrasquito a la plancha, así, todo dietético como te dicen, además, el queso caro, salud no sé qué te dicen que tenés que comer, tomatelá.”

Frente a la incertidumbre de su diagnóstico, se cansó y explicó, además, las dificultades que le significaba respetar una dieta con las proporciones que le habían asignado las/os médicas/os y el modo de cocción que le habían sugerido. Se trataba de un régimen muy costoso para su economía y la de su familia.

De la misma manera, los medicamentos que le recetaban no estaban entre lo que ella podía costear, así lo explicó cuando relató una de las consultas médicas en las que le sugirieron remedios:

“Ah sí, ‘¿y cuánto sale dra. eso?’, más o menos, como 300 pesos en aquel tiempo, y le dije, ‘ah no, dra., no’, y no volví más. 300 pesos yo digo no... Pero ya no, no, no fui, porque ya te cansa.”

Sin embargo, me resultó llamativo que, a pesar de hacer hincapié en el cansancio por tratamientos inadecuados a sus posibilidades y diagnósticos imprecisos, que mi entrevistada juzgaba críticamente, evaluara que “se dejaba estar”, utilizando así la misma calificación que el sistema de salud. Así lo dijo ella:

“...no hay solución, ya fui a los médicos, fui a todo y no me dan la solución, entonces, como que te cansa, te llegás a cansar porque decís ¿cómo?, no sale nada, ¿entonces qué puede ser?, entonces como que uno se abandona un poco, pero generalmente yo siempre fui así, fueron primero mis hijos y después yo.”

La falta de dinero y de tiempo, en el caso de Teresa, podían sumarse a las consideraciones sobre las prácticas de cuidado y atención de la salud (el descuido propio en función del cuidado de otros/as, o la demora en la atención hasta no aguantar más). Estas cuestiones podrían formar parte de la complejidad de la situación que conducía a “dejarse estar”. En este caso, más allá de recibir indicaciones médicas, Teresa no podía ponerlas en práctica. Al mismo tiempo, si bien las/os médicas/os sabían de sus condiciones económicas, como sucede a menudo en el sistema biomédico, no le ofrecían otras alternativas adaptadas a sus posibilidades (Otegui Pascual, 2009).

A Teresa le sobrevenía el cansancio y, a la vez no mejoraba a pesar de haber realizado consultas médicas. Tenía “mal de Chagas”, esta enfermedad sí se la habían diagnosticado. Lo que sabía de aquel malestar era a través de comentarios que había escuchado. Sabía que sucedía por la picadura de una vinchuca (insecto transmisor) y que lo que producía era un agrandamiento del corazón que le hacía sentirse imposibilitada, mediante agitación o palpitaciones, “tembladera” como ella dijo. Cuando eso le sucedía sabía qué hacer, se sentaba, se mojaba la cara y descansaba. También consultaba a un médico. En la última consulta que había realizado, el médico le había indicado dos estudios, un holter, y un electrocardiograma<sup>37</sup>. Asimismo, le había recetado una medicación que calmó un poco los síntomas, “ya no es tanta la aceleración” - expresó-. Aunque los días de mucho calor y elevadas temperaturas, los agudizaban, tal como expresó en la entrevista:

“...o sea fui dejada, pero ahora, como te puedo decir, fui ahora como hace dos semanas, porque veo que el verano me agobio mucho, mucho me agobio, entonces fui al doctor y le dije y entonces cuando me tomó la presión con el aparato nuevo, vi cómo me latía el bobo, entonces ...me siento un poquito mejor, y digo “¿Cómo no fui antes?”, de dejada viste, porque yo digo, no me hace nada, estas pastillas de porquería, ¿para qué las voy a tomar?”

La dejadez en el relato de Teresa aparecía mezclada con la imposibilidad económica de acceder a determinados bienes que requería para el cuidado de sus malestares. Entendía que la falta de recursos económicos la condicionaba, pero también se culpabilizaba por su “dejadez” quitándole exclusiva importancia a la falta de dinero. No obstante, en su

---

<sup>37</sup> Estudios específicos para evaluar el funcionamiento cardíaco.

testimonio anterior es posible observar que Teresa expresaba algo más allá de la “dejadez”. Por un lado, su auto-convencimiento de estar mejor después de ir al médico. Pero, al mismo tiempo, el descreimiento que generalmente albergaba respecto de las indicaciones médicas y el efecto de los medicamentos, por ejemplo, sobre las “pastillas de porquería”. En otras palabras, la dejadez de Teresa parecía no sólo vincularse a sus características personales y a sus imposibilidades materiales, sino a su desconfianza hacia las/os médicas/os y los tratamientos que le sugerían.

Lehner y Ponce (2018), al analizar las prácticas de auto cuidado en las mujeres, explican que si bien reconocen las dificultades para cumplir con la periodicidad que requieren ciertos controles médicos, lo atraviesan con sentimientos de culpa. La auto-acusación de dejadez que se propinaba Teresa resonaba con lo que mencionan las autoras.

La situación de Teresa no era “grave” ni “urgente” para ella, ni desde criterios médicos, pero mostraba el malestar que padecía cotidianamente.

“...aunque yo no fumo tengo problema en los pulmones, pero bueno, a veces, muchas veces vos te preguntás, pero cómo si yo no fumo, no tomo, no hago cosas que me perjudiquen y tengo ciertos problemas, entonces bueno... es como que ya te resentís viste...”

En este sentido, como ha quedado de manifiesto en diversas etnografías (Bourgois, 2003; Epele, 2010), las situaciones de pobreza que impiden u obstaculizan satisfacer las necesidades básicas como una alimentación “saludable”, el acceso a medicamentos y atención de salud, entre otras cuestiones, generan en muchos casos sensaciones de bronca, enojo, cansancio y frustración. Inclusive, como en el relato anterior expresaba Teresa, sensaciones de resentimiento, porque a pesar de que intentaba hacer las cosas bien, no lograba sentirse sana.

Teresa relató las responsabilidades de cuidado hacia sus hijas/os y a su vez, las posibilidades que le ofrecía el sistema de salud con respecto a sus malestares, por lo cual se le dificultaba tratarse. Por consiguiente, a través del relato de su experiencia pude observar lo que estaba por detrás de su “dejarse estar”.

El “dejarse estar” al que llegó Teresa después de varios intentos frustrados de atender su malestar podía ser otra cara o la causa de las situaciones en que las/os pacientes “no se dejaban tratar”.

### “No se deja tratar”

A lo largo de mi experiencia como trabajadora social en el hospital durante los últimos diez años, he observado, y me han comentado diversas/os profesionales, que era recurrente la negativa de pacientes internadas/os a que les realizaran intervenciones sobre sus cuerpos. Las personas se negaban a prácticas que iban desde extracciones de sangre, diagnóstico por imágenes como ecografías o placas hasta intervenciones quirúrgicas. En estas situaciones, si la persona se negaba reiteradamente, el equipo médico a cargo comenzaba a solicitarle que se retirara mediante alta voluntaria para evitar que empeorara su estado de salud o falleciera en el hospital por falta de tratamiento/ asistencia. La solicitud del alta en situaciones en las que evaluaban riesgos de tal tipo se hacía, según me expresaron las/os profesionales más de una vez, con el objetivo de evitar los problemas legales.

Sin embargo, a menudo para las personas el “no dejarse tratar” no tenía que ver con el deseo de morir. Sino, con algo relacionado a lo que le sucedía a Teresa, el cansancio por diagnósticos, sugerencias o procedimientos luego de los cuales no percibían una mejoría. En este sentido comenzaba a imponerse la necesidad de finalizar la internación, generalmente con el objetivo de retornar a la casa y continuar con su vida cotidiana. Los procedimientos médicos sobre los que no recibían explicaciones, que provocaban padecimiento o no reducían el malestar con el que se llegaba al hospital, sumado a una vida cotidiana desatendida por la internación eran parte de las causas que confluían en la decisión de “no dejarse tratar”.

Al llegar a la consulta o a la internación las personas podían comenzar a atravesar otras dificultades de gravedad que se abrían a partir del episodio físico, pero que lo excedían. Entre ellas puedo mencionar algunas que se comentaron en esta tesis, en experiencias como la de Pedro o Gabriela, que tenían un empleo en el marco de la informalidad. La irrupción de la enfermedad y el ingreso en el hospital implicaban la imposibilidad de retornar al empleo, asumiendo la pérdida del ingreso y hasta el riesgo de perderlo. La falta de recursos para sostener la materialidad económica propia y la de sus familias, a la vez que, el impedimento de abordar el cuidado cotidiano de hijas/os condicionaba sus decisiones. Ese era el caso de Gabriela que era el único sostén, pero también sucedía en

ocasiones en que quien quedaba a cargo era la pareja de la/el paciente, que debía cuidarse del riesgo de perder también su empleo, en caso de que lo tuviera.

Por otro lado, podían enfrentar el riesgo de sufrir una ocupación de su casa, sobre todo si vivían solas/os, cuestión que sucedía con frecuencia en zonas como villa Reina y alrededores si se advertía que una casa estaba deshabitada por varios días. Como comentó Pedro, sus sobrinas cuidarían que no ocuparan su casa mientras se recuperaba fuera de ella. Asimismo, otra situación usual, si la persona se encontraba alquilando una habitación en la villa o en un hotel residencial, por ejemplo, era el riesgo que la/el dueña/o ocupara esa habitación con otra persona, más aun en caso de adeudar montos de alquiler o si la demora en retornar se extendía demasiado acumulando deuda de alquiler.

De igual modo, es preciso considerar ciertas implicancias de haber recibido un diagnóstico de enfermedad avanzada o irreversible, atravesar el recrudecimiento del malestar o un tratamiento complejo. A saber, el cambio significativo en las posibilidades y autonomía de la persona podía producir desde ese momento y en adelante, la imposibilidad de volver a la vida tal como era antes, como mostraré a través de la experiencia de Juan, debido a la necesidad de cuidados y/o ayuda para las actividades básicas. En este caso, más allá de que las/os pacientes contaran o no con familiares para que les prestaran asistencia, era frecuente que esas personas se encontraran en condiciones materiales similares y no contaran con apoyos para sostener su organización familiar o laboral.

Otra dimensión problemática que podía abrirse a partir de la internación era el inconveniente de retornar a vivir en las condiciones materiales/edilicias en que lo hacían antes del episodio que determinara la hospitalización. Esto podía relacionarse a que no contaban con infraestructura adecuada o quien les prestara cuidados técnicos indicados por profesionales. En mi experiencia como trabajadora social en el hospital, he registrado recurrentemente situaciones como estas: la existencia en domicilios de barreras para el acceso (escaleras/pasillos) en caso de no poder movilizarse por sus propios medios; falta de condiciones de higiene que podía promover infecciones en heridas (por no contar con salida de agua, baño propios o agua potable), como se verá en la situación de Ramón; tratamientos o procedimiento que requerían aparatología o

asistencias especiales (por ejemplo una colostomía, alimentación enteral, necesidad de oxígeno).

Las situaciones mencionadas podían influir en que las personas quisieran retirarse de las internaciones antes de que las/os profesionales que las atendían consideraran que estaban en condiciones de alta hospitalaria. No obstante, estos no eran los únicos motivos por los cuales las personas podían querer retirarse anticipadamente y no recibir o permitir prácticas/ intervenciones en sus cuerpos. A menudo se sumaba la insatisfacción con la atención que recibían o la evaluación que realizaban sobre la productividad del tratamiento en relación a la mejora del malestar. Así pues, podían ver condicionada la gestión de su malestar por las preocupaciones de la vida cotidiana en mayor medida que por sus diagnósticos de enfermedad física.

Ahora bien, las inquietudes por el desarrollo de su vida cotidiana y responsabilidades aparecían en los relatos de Estela, a quien conocí como trabajadora social durante su internación en el hospital entre agosto y septiembre de 2019. En ese momento ella tenía 25 años y vivía junto a sus dos hijos de 2 y 5 años. Se encontraba sola a cargo de ellos y había sido atendida de urgencia en la guardia del hospital y luego derivada a la sala de internación de cirugía. Debía ser tratada por una pancreatitis, padecimiento que de no ser abordado inmediatamente puede acarrear severas consecuencias para la vida, incluyendo el riesgo de muerte. Además, las indicaciones médicas continuaban con una operación de vesícula debido a las complicaciones que había tomado la situación. Previo a su internación había padecido síntomas y dolores en reiteradas oportunidades y de distintos niveles de intensidad, pero no había concretado una consulta médica.

Comencé a trabajar con ella a pedido del cirujano a cargo que expresaba que “no se dejaba tratar”, y que, para evitar posibles implicancias legales posteriores, necesitaban que firme el alta voluntaria.

En el proceso de investigación volví a revisar mis registros sobre las entrevistas hospitalarias y pude identificar las inquietudes y actitudes de Estela. En la primera entrevista, y a pesar de que “no se dejaba tratar” por las/os profesionales médicas/os, se había dispuesto a hablar calmada y extensamente conmigo. No entendía por qué diariamente, e inclusive más de una vez por día, le sacaban sangre. Refería que tenía sus

brazos muy doloridos, a la vez que su dolor (por la pancreatitis) no había mejorado en nada y que ya no aguantaba más. Se quejaba de las/os médicas/os de la sala sobre quienes refería que no le explicaban qué le iban a hacer. A su vez, describía tratos que identificaba como hostiles por parte del personal, por ejemplo, que le contestaban mal cuando preguntaba para qué le sacaban sangre o que le hacían doler cuando la pinchaban porque eran muy “brutas/os”.

Por su parte, en el análisis de los registros que realicé de intercambios con las/os profesionales que la atendieron, ellas/os referían que no se dejaba hacer ninguna práctica. Según decían, Estela lloraba y hasta comenzaba a gritar cada vez que intentaban inyectarle algún medicamento, sacarle sangre o prepararla para un estudio. Debían sacarle sangre diariamente para constatar la evolución de los valores asociados a su enfermedad. A su vez, remarcaban que su situación era de elevada gravedad y que podría morir si no le practicaban la cirugía correspondiente. Por tal motivo, aunque resultaba poco usual que profesionales de cirugía solicitaran la intervención del Servicio Social lo habían hecho a fin de que, si la paciente no se dejaba tratar, aceptara el alta voluntaria. El hecho de que Estela “no se dejara tratar” pero siguiera internada podía concluir en que falleciera en el hospital, dada la gravedad de su proceso. Si esto sucedía, podía acarrear, para las/os profesionales responsables del caso, futuros riesgos legales asociados a la “negligencia”. De ahí la inquietud del equipo médico y la insistencia en que firmara el alta voluntaria y se retirara lo antes posible.

Estela entendía el riesgo de su situación física, pero, le preocupaban sus hijos. Los niños habían quedado al cuidado de su madre, con la que tenía una relación muy compleja dada la violencia que había sufrido de niña de su parte. Precisamente, la violencia que su madre le ejercía de pequeña había motivado una internación de Estela en este mismo hospital luego de la cual había sido transferida a un hogar para niñas/os.

Estela quería finalizar pronto la internación y si para ello debía firmar el alta voluntaria, pensaba que podía hacerlo. Extrañaba mucho a sus hijos y estaba preocupada porque su madre no estaba llevando a Axel, el niño más grande, al jardín mientras ella cursaba su hospitalización y, el tiempo durante el cual se prolongaba sin vislumbrar perspectivas de alta y mejoría la inquietaba sobremanera. A la vez, manifestaba temor respecto a no

estar disponible para el cuidado de sus hijos, porque ella de pequeña había sido abusada sexualmente y pensaba que delegar el cuidado en otra persona podía someter a los niños a ese riesgo. El abuso que había sufrido de niña incidía en que Estela se hubiese negado a ser tocada por médicos varones. Me había aclarado que prefería ser tratada por mujeres. Entre sus preocupaciones hablaba también del miedo que le significaba la operación que debía atravesar. Miedo que, según dijo, le impedía enfrentarse a este procedimiento. Estela expresó que esta sensación se incrementaba cuando las/os médicas/os se reunían en su habitación y hablaban frente a ella, pero sin hablar con ella, me dijo: “Vienen un montón juntos, dicen unas cosas que no entiendo y a mí no me dicen nada y me pongo más nerviosa”. Se refería a los pases médicos que médicas/os de planta solían hacer junto con médicas/os residentes como instancia evaluativa-formativa para que estas/os últimas/os explicaran el estado de las/os pacientes, cama por cama. La inquietud que sufría Estela frente a los pases médicos me la refirieron múltiples pacientes durante sus internaciones, sobre todo en las salas quirúrgicas.

Pasaban los minutos y el encuentro se extendía, llevaba ya cerca de una hora y media, mientras yo probaba distintos argumentos y buscaba planes que “cubrieran” la ausencia de Estela permitiendo su operación. Por ejemplo, le preguntaba si tenía amigas o vecinas/os que pudieran ocuparse de ir a ver como estaban sus hijos, a la vez que le explicaba que yo podía llamar a la escuela para consultar si estaban asistiendo o en tal caso explicar los motivos de su ausencia. Buscaba convencerla de que dejar la internación y no tratarse le provocaría mayores dificultades en su vida cotidiana y la de sus hijos al agravar, tal vez de forma irreversible, su situación física.

Sin embargo, ella no planeaba retirarse del hospital y no continuar tratándose por su enfermedad. Por el contrario, su plan consistía en retornar a su casa, ver a sus hijos, ocuparse de algunas cuestiones centrales sobre ellos y luego dirigirse a solicitar atención a otro hospital de la ciudad donde ante una previa internación había tenido una mejor experiencia de trato y atención. No obstante, la demora en recibir atención que acarrearía dar curso a su plan podría significarle consecuencias mortales.

Finalmente, Estela aceptó continuar la internación y operarse. Sin embargo, esta decisión produjo el disgusto del cirujano a cargo y del jefe de sala. La decisión de Estela

implicaba la adaptación al nuevo cambio en el plan respecto de la paciente y la continuidad de la ocupación de la cama, que ya había sido dada por desocupada si ella aceptaba el alta. Con evidente molestia, el jefe de la sala me había adjudicado el cambio en la decisión de la paciente y había dicho, “Vos vas ir a explicarles a las pacientes con cáncer que no las puedo operar porque la cama está ocupada”.

Con Estela tuvimos 10 encuentros que fueron casi diarios y a veces más de uno por día, a partir de que recibí el primer pedido de consulta durante la segunda semana de su internación que duró 18 días. En esos encuentros, en base a la confianza generada, pudo expresar sus preocupaciones respecto de sus hijos, la escuela y sus cuidados, contarme episodios de su historia personal, a la vez que reconocer sus miedos y nervios respecto de la operación. Más aún, me permitió acompañarla hasta el instante previo a atravesar la puerta del quirófano haciéndome saber que eso aliviaría sus nervios. Los últimos encuentros fueron exclusivamente para saber cómo estaba atravesando la internación, si había hablado con sus hijos y escuchar e intentar calmar su ansiedad por irse antes de estar en condiciones. Allué (2009), explica que un/a paciente informado/a se predispone mejor a la actuación asistencial y las prácticas médicas, porque la falta de explicación conforma parte de la experiencia de sufrimiento, cuando se atraviesa un dolor intenso. Al mismo tiempo, pacientes muy autónomas/os generan incomodidad porque no se encuadren en la imagen de paciente débil y sumiso, ya que ponen en entredicho el poder del rol profesional. Algo de eso podía observar en el malestar de Estela.

Su experiencia muestra que, si bien reconocía y padecía su enfermedad, aun entendiendo en buena medida los riesgos que implicaba, había otros tantos factores que influían en la negación a tratarse. Los mismos no tenían que ver con no considerar importante la atención o querer descuidar su salud. Su insatisfacción por los tratos, sus miedos en torno a las intervenciones médicas sobre las que consideraba que no había recibido suficiente explicación, las respuestas y alternativas de tratamiento que recibía, el recuerdo de situaciones que había sufrido en su vida en relación al modo en que impactaba o podía impactar su ausencia en su casa, con sus hijos, incidían en la actitud de negarse al tratamiento. Temía por su operación, pero también padecía la preocupación por sus hijos. Su situación clínica desde el punto de vista médico era

urgente por la gravedad que implicaba, pudiendo conducir a la muerte. No obstante, a Estela la apremiaba también el miedo por sus hijos, el riesgo de que pudieran ser abusados sexualmente o interrumpieran la escuela si no estaban bajo sus cuidados, revestía también elevada gravedad. Pues bien, desde su perspectiva, sus preocupaciones eran también de urgencia, pero una urgencia vinculada a su vida cotidiana y se desplegaban a partir de la física. Retirándose del hospital ella pondría en riesgo su vida, pero volvería a su cotidianidad si su cuerpo se lo permitía o hasta tanto le marcara un nuevo límite.

A su vez, mediante el caso de Estela se evidenciaban las encrucijadas que se producían en la atención institucional. Las necesidades y temores de la paciente chocaban con la dinámica del hospital, las percepciones y estilos profesionales, el criterio médico y el requisito de liberar las camas. Y, fundamentalmente, la obligación médica de asistir a una/un paciente internada/o y la negligencia, en términos legales y profesionales, que significaba no hacerlo.

A lo largo de mi trayectoria como trabajadora social y durante el desarrollo de esta investigación, he observado que las dificultades para las personas en la atención de su salud tenían que ver con todo lo que el malestar y el padecimiento desencadenaban. Por consiguiente, lo que se evitaba o retardaba no era gestionar la enfermedad o la urgencia del cuerpo, sino que su premura se vinculaba a las dificultades en la rutina cotidiana que implicaba atender un padecimiento.

\*

En este capítulo expuse las demoras y obstáculos que las personas encontraron en las instituciones, que las llevaron a finalizar procesos de atención que habían iniciado o a intentar resolver sus padecimientos mediante formas que no alteraran su rutina.

He podido observar que lo que las personas evitaban no era gestionar la enfermedad, sino que su mayor preocupación se relacionaba con la gestión de las incomodidades/inconvenientes que la primera implicaba en su vida cotidiana, en relación a la forma en que el sistema público posibilitaba la atención de la salud mediante sus establecimientos. En ese sentido, abordé la experiencia de “dejarse estar” y

de “no dejarse tratar” desde la perspectiva de sus protagonistas. De tal manera, durante estas páginas precisé y describí sus frustraciones, imposibilidades, temores y las consideraciones hacia los tratamientos y profesionales que las atendían. Todo lo cual, influía en sus actitudes frente a la gestión de sus malestares.

En esa línea, en el próximo capítulo abordaré diversas estrategias a través de las cuales las personas pusieron en escena su agencia para moverse activamente al interior del sistema de salud y/o resolver ciertos padecimientos por fuera del mismo.

\*\*\*

## CAPÍTULO 4- ESTRATEGIAS DURANTE LA GESTIÓN DEL MALESTAR

El presente capítulo aborda las estrategias que realizaron las personas durante la gestión de su malestar. Entre ellas se describe la elección de los efectores para realizar una consulta como una estrategia en sí misma, teniendo en cuenta uno de primer nivel (centro de salud) y uno de segundo nivel (hospital general de agudos). A su vez, se presentan otras estrategias puestas en práctica por las mujeres que asistían al centro de salud y las ejecutadas por las personas que se atendieron y permanecieron internadas en el hospital, comprendiendo así un amplio abanico o repertorio de acciones que abarca desde la construcción de relaciones personales con las/os profesionales hasta la “fuga” de la internación. Además, por fuera de la atención en una institución de salud, las relaciones barriales resultaban nodales para resolver padecimientos de baja gravedad sin alterar significativamente la rutina cotidiana.

A lo largo de sus experiencias de vida, y en su relación con las instituciones de salud y sus actores, las personas fueron acumulando y construyendo saberes que les servían para configurar diversas estrategias. Tales estrategias las ponían en práctica cuando la gestión del malestar en el sistema de salud entraba en conflicto con su vida cotidiana.

Desde que empecé mi actividad laboral como trabajadora social en el ámbito de la salud observé una manera particular de las personas de presentar sus dificultades para lograr la atención. Me sorprendía el detalle del relato con respecto al problema de salud, la crudeza y la necesidad de demostrar la veracidad de sus palabras a través de exhibir las marcas en sus cuerpos de heridas, operaciones o signos de enfermedad. Tal como me dijo un paciente en una ocasión que se acercó al consultorio donde yo atendía: “Tengo el abdomen abierto y además mire para que vea que no le miento, tengo una colostomía y estoy usando una bolsa de nylon porque no consigo las de colostomía”<sup>38</sup>. Algo similar

---

<sup>38</sup> Una colostomía es un procedimiento quirúrgico por el cual, debido a daños en el intestino grueso, se realiza una abertura en la pared abdominal del vientre, y se extrae un extremo del intestino grueso hacia afuera. Las heces salen por tal abertura que debe conectarse a una bolsa donde se depositan. Una colostomía puede ser temporal o permanente (definición extraída de American Cancer Society en su portal [cancer.org](http://cancer.org)).

ocurrió con una mujer que inició la consulta diciendo “Soy madre soltera, el padre de mis hijos no me pasa plata, además yo soy discapacitada, no puedo trabajar y no conseguí turno para que me atienda la doctora”. A pesar de que en todos los ámbitos y espacios de nuestras vidas las personas usamos estrategias para adquirir cualquier bien o servicio que deseamos y/o necesitamos, los modos y estrategias desarrolladas por estas personas en el ámbito de la salud adquirirían nuevas formas llamando mi atención.

A la vez, los relatos detallados y también los pedidos de disculpas por la atención que se solicitaba, frente a la/al profesional se convertían en uno de los recursos y estrategias del “saber hacer”. Por mi profesión de trabajadora social sabía que una de las estrategias del “saber hacer” de usuarias/os a veces incluía la visita a una profesional de mi especialidad.

El lugar de las/os trabajadoras/es sociales no es neutral e incluso, sus incumbencias profesionales<sup>39</sup> se vinculan con la defensa de los derechos humanos y sociales de las personas y el trabajo intra e inter institucional para facilitar la cumplimentación de los mismos. Entre otras razones, las personas consultaban a una profesional de Trabajo Social para que intermedie con un/a médica/o, para contar un problema que no sabían cómo resolver, para que interviniera en un conflicto familiar, para acceder a algún subsidio, para conseguir un turno o para quejarse de la atención de otra/o trabajador/a de la institución. Asimismo, solían relatar sus experiencias, sus recorridos por las diversas instituciones, sus miedos, angustias, preocupaciones y, también a menudo, secretos que, según referían, no confiaban a otra/o profesional o a ninguna otra persona. El contenido y la forma de lo narrado podían facilitar u obstaculizar el acceso a la atención o recurso. Sin embargo, a partir de las demandas que recibía entendí que las personas sabían que cuánto más crudo fuera el relato y más derechos vulnerados expusieran, era casi obligatorio que “debía” intervenir el/la trabajador/a social. No obstante, había varias estrategias y recursos que ponían en práctica que no había reconocido/identificado sino hasta realizar mi trabajo de campo.

---

<sup>39</sup> Las incumbencias, derechos y deberes profesionales están establecidos en la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072. Recuperado de <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

Describiré las estrategias realizadas por las personas de acuerdo a la institución a la que concurrieron. A su vez, analizaré las estrategias en relación al malestar que gestionaron.

### EN EL CENTRO DE SALUD

#### Consultar donde corresponde. Yo quiero que me expliquen bien.

Le pregunté a Teresa dónde consultaba por un padecimiento de salud. Ella respondió que consultaba con “los que saben” y que, tratándose de salud, había que ir “dónde corresponde”:

“...voy al médico directamente, las otras personas no saben, es lo mismo que yo le diga: “ay bueno consúltenme a mí” (...) pero médico no, no se puede jugar con la salud, uno va directamente al médico, a la salita, donde corresponde.”

Y continuó así:

“...muchas veces se equivocan los médicos con las malas praxis, por ejemplo...o cosas que, bueno venís a la salita, y si es algo más grande y bueno tenés que ir a otro lugar, pero la salud es primordial para que el cuerpo esté bien, si no, si vos no comés, no te alimentas, tampoco vas a responder, porque el cuerpo, el cerebro necesita oxígeno, pero el oxígeno necesita alimento, lo mismo la sangre...”

En el testimonio de Teresa es posible observar una conducta casi generalizada entre las personas mencionadas en esta investigación: elegían con precisión el efector de salud y las/os profesionales con quienes se atendían. No obstante, tenían actitudes críticas, tanto frente a sugerencias médicas inadecuadas a sus posibilidades como a tratos que no les agradaban.

Al respecto, Kary expresó cierta desconfianza hacia las/os médicas/os basada en la experiencia de haber recibido diagnósticos erróneos. Empero, elegía la medicina como modalidad de atención de sus malestares. Más aún, como Teresa y Estela, seleccionaba el lugar de atención ponderando las explicaciones y tratos que recibía. Así lo relató ella:

“...una vez me dijeron que tenía un dolor y a las finales me fueron dando así, vueltas y vueltas y a las finales era otra cosa, entonces, yo pienso no sé, si son médicos, doctores... qué se yo, son especializados, estudiaron esas cosas me tendrían que haber dado algo para saber enseguida digo, no: ‘puede ser esto, puede ser lo otro’ y a la final no era de ninguna de las dos cosas y era otra cosa. Entonces a veces no confío mucho, porque pienso que también los médicos no es

que tengan específicamente que saber qué hacer, creo que es así, ¿no? Ellos van probando y probando y pienso que es así, ¿no?”

Cuando la conocí, Kary tenía 25 años y había llegado desde Perú a la Argentina a los 14 años a estudiar, pero luego decidió quedarse cuando descubrió que estaba embarazada. Nunca volvió a su país de origen. Allí vivía una de sus hermanas, tíos, primos y otros familiares. Trabajaba hacía dos meses “por horas” limpiando en distintas casas. Vivía con su pareja en una pieza que alquilaban en la villa. Kary conoció la salita por sugerencia de una amiga. Comenzó a atenderse con una de las psicólogas a causa de “un problema con su hijo”, del que prefirió no hablar. La psicóloga (quien había sido mi compañera de trabajo), me confió que atendía a Kary hacía algunos meses porque su hijo de dos años había enfermado de cáncer; enfermedad por la que finalmente falleció. Ella estaba enferma de tuberculosis y hacía el tratamiento en la salita. Mi antigua compañera de trabajo me había sugerido entrevistar a Kary porque podría conocer la perspectiva de su proceso de enfermedad y tratamiento.

Kary había sido diagnosticada de tuberculosis e internada en el Sanatorio Anchorena. En aquel momento contaba con obra social porque trabajaba en relación de dependencia. Contemporáneamente realizaba tratamiento psicológico en el centro de salud.

Cuando fue dada de alta de la internación, dejó de asistir al sanatorio y continuó el tratamiento en el centro de salud<sup>40</sup>. Si bien perder el empleo conllevó el cese de la cobertura, ella valoró positivamente la atención en la salita porque le explicaban claramente su enfermedad. En sus palabras:

“...una porque ya no me cubrían en la obra social y otra porque no, los médicos que me tocaron no me explicaban... la doctora<sup>41</sup> de acá me explicaba bien las cosas, o sea, son bien puntuales: esto y esto y ya, y si no entendiste, bueno. Son más directos, pero que se yo, ellos porque son doctores, médicos, pero yo que no, necesito que me expliquen cosa por cosa.”

En cuanto al lugar de atención, también Ángeles describió los motivos por los que elegía la salita a pesar de tener otra más cercana a su casa en la que, de hecho, ya se había

---

<sup>40</sup> A su vez, se realizaba en el hospital los estudios correspondientes, por ejemplo, ecografías y placas de torax, en el caso de la enfermedad que Kary padecía.

<sup>41</sup> Más allá de que las/os profesionales médicas/os hayan alcanzado o no un grado de doctorado en su formación, las/os pacientes se referían a ellas/os como “doctoras/es”.

atendido en alguna oportunidad. Según ella, cambió de efector para no aceptar la demora que le proponían en la atención de su primer embarazo porque las obstetras no disponían de turnos. La prioridad que otorgó al control de su embarazo la llevó a atenderse en un lugar lejano a su casa, más aún, siendo consciente de los riesgos que le implicaba atravesar la villa de un punto a otro. Ángeles vivía en la manzana 35, ubicada en uno de los ingresos de la villa al igual que la salita en la que no había turnos. Su casa no era cercana al centro de salud donde la entrevisté, que se ubicaba en el medio del barrio. Sin embargo, se atendía allí. Así lo explicó:

“Porque cuando él estaba por nacer [Cristian, su hijo que estaba presente durante la entrevista] me dijeron que no había espacio, que había que esperar y yo dije: ‘¿cómo voy a esperar para hacerme los controles?’ Entonces para los controles de los seis meses o de los cinco meses me vine a atender acá. Cuando me vine acá me dijeron que sí, o sea que... que había espacio, que me podían atender, o sea que por eso me vine acá.”

Ángeles se mostró sorprendida con la sugerencia de esperar por un turno y en aquel momento decidió que no volvería a su salita más cercana. Su decisión se asemejaba en cierta medida a las de las distintas personas mencionadas en esta tesis. Si bien las estrategias durante la gestión de su malestar se veían restringidas por las posibilidades ofrecidas por las instituciones, debían adecuarse lo mejor posible a sus rutinas y expectativas.

La elección de Ángeles debe ponerse en relación con diversos aspectos. En primer lugar, con la falta de turnos y las demoras que no sólo suceden en los servicios del hospital sino también en las salitas. Por otro lado, cabe señalar la clasificación que las/os vecinas/os hacían del espacio urbano, para quienes las nociones de proximidad y lejanía sobrepasaban los límites espaciales en términos de cuadras o manzanas. En villa Reina, por ejemplo, las distancias se veían matizadas y/o condicionadas por otros criterios que daban cuenta de la fuerte presencia de agentes del narcotráfico en amplias zonas del barrio y que las/os obligaban, muchas veces, a buscar recorridos alternativos para llegar al lugar de destino. A menudo escuchaba expresiones como: “Por ahí no voy porque esa zona es de los peruanos” (en la villa se entendía que algunos de los mayores exponentes del narcotráfico allí eran migrantes peruanos). También, como ya mencioné, encontré otras referidas al riesgo de sufrir robos: “Por ahí no que te roban” o “Me queda muy

lejos”, “Yo por allá no voy”, “De la avenida para allá no me manejo”. Estas expresiones permiten dimensionar cuán significativa resulta la estrategia de Ángeles de asistir a una salita que le quedaba más lejos de su casa en términos espaciales. Pero, en términos de cuidado y atención, representaba contención y proximidad.

Cabe señalar que Ángeles brindó nuevos indicios de que “dejarse estar” o “no dejarse tratar” no solía ser la primera elección frente a un malestar, control o tratamiento. A menudo, más allá de que decidieran atenderse/tratarse las personas ponían en práctica acciones diferentes o adicionales para sortear los obstáculos que encontraban en las instituciones (como Ángeles que no esperó que hubiera lugar en la primera salita sino que buscó turno en otra).

Las estrategias para abordar los PSEAC se desarrollaban en función de las posibilidades de atención y recursos que ofrecían las instituciones y de la ubicación y distancia respecto de donde vivían las personas. Pero, también, de los lazos que las personas construían con las/os profesionales del efector.

#### Las relaciones “de referencia” y/o personales

Cuando Kary tuvo que realizar su tratamiento de tuberculosis decidió ir al centro de salud porque “las chicas” la trataban mejor que “en otro lado” donde no le explicaban la enfermedad y cómo se manifestaba en su cuerpo. Así lo relató:

“...porque como veo que, qué se yo, como te decía, por la manera de tratar de las chicas me quedé acá. Aparte que te explican las cosas, más que ellas la doctora Paula, ella me fue explicando las cosas, la enfermedad que tenía... bah o que tengo, no sé, algo así...”

Las chicas a las que se refirió Kary eran la psicóloga y la médica generalista que atendían su tuberculosis. Asimismo, estas dos profesionales junto a una trabajadora social eran parte del equipo que se reunía semanalmente para abordar la problemática de la tuberculosis en el centro de salud<sup>42</sup>. En ese sentido, de las entrevistas con las mujeres pude observar que el vínculo de proximidad entre profesional y paciente jugaba un rol fundamental en las gestiones del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

---

<sup>42</sup> Un equipo compuesto por trabajadoras del centro de salud de Medicina General, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y administración para abordar la situación de los pacientes que padecían tuberculosis

Este modo específico de vincularse fue definido por las trabajadoras sociales del centro de salud como “referenciarse con”; relación que es entendida como aquella que los/as pacientes trazaban con una/un profesional (ya fuera con una trabajadora social, una médica, una psicóloga, una enfermera o todas ellas ) y, que al mismo tiempo, implicaba por parte de “esa/e” profesional un amplio conocimiento de la historia de esa persona, su trayectoria en la institución y cómo estaba constituida su familia, cuyos miembros también probablemente se referenciarían con la/el misma/o profesional. La referencia no constituye una categoría formal sino vinculada al conocimiento de su vida personal. Quienes consultaban en la salita hablaban del vínculo con las/os profesionales y lo caracterizaban con expresiones como “Viviana es la que conoce toda mi historia”; “A mí me conoce Silvina”; o, “Yo me atiendo con la doctora María”.

Por otra parte, la noción de “referenciarse con” resultaba de utilidad para las trabajadoras sociales del centro de salud a la hora de caracterizar el vínculo entre profesional-paciente. Por su parte, las mujeres usuarias, entre ellas Kary, parecían traducir este vínculo “de referencia” relacionándolo más con la confianza y un vínculo personal. De hecho, Kary construyó un tipo de relación con ellas que le posibilitaba referenciar a las profesionales que la trataron como “las chicas”, dando cuenta así de una proximidad que traspasaba los límites de la distancia entre profesionales y usuarias.

Más aun, esta relación le permitía acceder a una comprensión de su enfermedad y tratamiento desde la cual sacaba sus propias conclusiones. El dato que arrojaba su última ecografía, indicando que ya no tenía líquido en el pulmón, había llevado a Kary a pensar que ya no estaba enferma, aún antes de corroborarlo con su médica. A través de las explicaciones recibidas, ella comprendió que en el tipo de tuberculosis que padecía (pleural) el tejido que recubría sus pulmones se llenaba de líquido. Con lo cual, la ausencia de líquido, le sugería la cura:

“... todavía esto no lo hablé con la doctora, pero ella me mandó a hacer una ecografía entonces en la ecografía me sale que no tengo líquido en la pleura, entonces, que sé ...yo, pienso, yo no soy doctora, el pensamiento que tengo, yo pienso que no tengo, para no tener líquido, pero no sé, eso todavía lo tengo que hablar con la doctora a ver qué me dice, por ahí me dice que todavía lo sigo teniendo, aunque ella me dijo que el tratamiento iba a ser largo, pero no sé ahora me voy a hacer ver.”

“... por mi enfermedad, necesitaba que me expliquen qué tenía o qué me podía haber pasado o qué es lo que tengo que hacer, qué es lo que tengo que tomar, todo eso. Entonces por eso es que fui sabiendo algo de lo que tengo, creo que no se mucho, pero algo...”

Por su parte, Ángeles también señaló el valor que para ella tenía vínculo con las profesionales. La tarde en la que la conocí había ido al centro de salud sólo para retirar la leche con su hijo de tres años. No obstante, accedió al pedido de la trabajadora social con quien se referenciaba para entrevistarse conmigo. Si bien su decisión podría relacionarse con sentirse presionada o bien con cierto tipo de reciprocidad, entre otras razones, durante la entrevista mencionó que el buen trato recibido por las profesionales a las que les confiaba sus problemas y de las cuales recibía consejos motivaba su elección del lugar de atención:

“...porque hay buena atención con las doctoras, en especial para mí la doctora Nadia [se refería a una médica generalista], siempre estamos conversando, a veces yo le cuento mis cosas, y ella a veces me aconseja y más que todo por eso porque te atienden bien, o sea no te tratan mal...”

Además su experiencia de atención en otras instituciones también incidía en su elección:

“...vas a otras salitas que te tratan mal, o no se fijan o están enojadas... Cuando te hablan o sea, tienen una expresión muy fea, cuando vos le pides algo, le dices “por favor” y te contestan: “ay ya, ya”...”

Es preciso recordar que Ángeles llegó a este centro de salud lejano de su domicilio porque aquel más próximo no disponía de turnos para su control de embarazo. Cuando decidía realizar una consulta sacaba turno con la doctora Nadia quien la conocía, la escuchaba y aconsejaba. Tales comportamientos parecen indicar que el vínculo que construía con las/os profesionales, se tornaba una valiosa estrategia para gestionar, de manera exitosa, el PSEAC.

En general las personas valoramos el buen trato al momento de elegir un efector de salud, más aún en un contexto con escasas y limitadas posibilidades. El no contar con obra social o prepaga, como así tampoco poder pagar una atención privada, implica necesariamente que se reduzcan las instancias de atención. La opción de las personas

mencionadas en esta investigación en relación a la atención biomédica radicaba, la mayoría de las veces, en ir o no ir al hospital o al centro de salud. O como alternativa buscar soluciones personales según su concepción de salud- enfermedad y sus posibilidades económicas, temporales y de la rutina cotidiana, entre otras.

Ángeles expresó que la doctora la entendía “como mamá”. Para ella, “andar siempre a las corridas” resultaba muy estresante y encontraba por parte de la profesional comprensión ante su situación. Ejemplo de ello fue que la atendiera sin turno o que en las ocasiones en que debía realizar un estudio en el hospital (para ella o sus hijos), le ponía en la orden “urgente”. Ella refirió:

“...La doctora Nadia...es muy buena la doctora, si me dicen, de diez, ponerle cien, porque ella siempre me da para guardia, o sea me manda urgente, tal vez me entiende como mamá, es que a veces con los chicos no puedo, es muy estresante, aparte soy mamá soltera, ando a las corridas, a veces la comida, tal vez yo digo que esa parte ella me entiende, y a veces me da para guardia, voy rápido al hospital, y tampoco tengo que esperar que tenga un turno o a veces vengo y me atiende rápido, cuando recién me enfermo, entonces yo creo que me entiende de esa parte.”

De acuerdo a la organización del sistema público de salud todos los estudios específicos ordenados por las/os médicas/os son realizados en distintos servicios dentro del hospital<sup>43</sup>.

Para realizar los estudios, las/os pacientes deben sacar un turno presentando la orden de derivación médica y el mismo será asignado en los días, semanas o en los meses subsiguientes, dependiendo del nivel de demanda que tenga el servicio solicitado. Es decir, muchos de los turnos en el hospital tienen una demora de meses debido a la saturación de la demanda, la escasez de personal y recursos o el mal funcionamiento de los aparatos por falta de mantenimiento. La médica sabía de ese funcionamiento deficitario. Por esa razón, le facilitaba a Ángeles el acceso al turno al colocarle la leyenda “urgente” o “por guardia” lo que significaba que, por indicación médica, ese estudio debía ser realizado en el mismo día o a los pocos días. Es así que había

---

<sup>43</sup> Los centros de salud por pertenecer al primer nivel de atención, no están diseñados para contar con la complejidad necesaria para realizar estudios. No tienen los equipos, ni las/os profesionales especializadas/os en esas tareas, ni la infraestructura para realizar radiografías, tomografías computadas, análisis, ecografías, a excepción de la extracción de sangre, que sí es realizada en las salitas, pero el análisis se hace en el laboratorio del hospital.

profesionales que accedían a realizar excepciones o estrategias particulares porque sabían que, de no hacerlas, el sistema no funcionaba bien u obligaba a las personas a demoras excesivas, complejizando así su atención y obstaculizando su rutina.

Menéndez (2003) explica que en la actualidad en la relación médico-paciente el modelo médico hegemónico<sup>44</sup> busca reducir cada vez más el tiempo de atención y tratamiento así como el humanismo médico. El autor entiende que con una base biologicista el modelo médico se centra en los aspectos naturales de los fenómenos de salud-enfermedad y por ello percibe el cuerpo del ser humano como un objeto aislado de su contexto social: es decir, en forma a-histórica y subestimando las dimensiones psicosociales de los padecimientos. En ese aspecto, la biomedicina niega la subjetividad del paciente brindando explicaciones meramente biológicas de los padecimientos. Asimismo, plantea soluciones casi exclusivamente desde la producción farmacológica.

Por el contrario, el vínculo de referencia y/o vínculo personal que tanto Ángeles y Kary mantenían con sus médicas, como así también las acciones/ intervenciones que las profesionales hacían, proponían una dinámica diferente de la que subyace en las prácticas de la biomedicina. Si bien el tiempo de la consulta podía ser breve en la sala, para ellas no suponía reducir su palabra. Por el contrario, Ángeles señaló que la doctora Nadia la escuchaba, comprendía y aconsejaba; “me entiende como mamá. Siempre estamos conversando”, mostrando así su satisfacción al sentir una instancia de empatía y diálogo en el contexto de la sala.

La médica generalista Paula, quien atendía a Kary durante su tratamiento de tuberculosis, también destacó la importancia que reviste hacer un vínculo con la/el paciente para conocer lo que le sucede y sus antecedentes en términos médicos. Sin embargo, expresó que a menudo tal vínculo de confianza no llegaba a construirse y era más frecuente con sus pacientes más históricas/os. Del mismo modo, Paula, en

---

<sup>44</sup>Es preciso señalar que para Menéndez las características principales de lo que denomina modelo médico hegemónico son las siguientes: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa. A su vez, considera que prima una relación médico/paciente asimétrica y subordinada, la exclusión del saber del paciente, una profesionalización formalizada, la identificación ideológica con la racionalidad científica. Considera además, la salud/enfermedad como mercancía, la tendencia a la medicalización de los problemas y la tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1978; 1981; 1983; 1990).

coincidencia con lo que afirma Menéndez (2003) entendía que el tiempo reducido para desarrollar las consultas atentaba contra la construcción de confianza siendo más común con otras integrantes del equipo de salud. Ese sería el caso de las trabajadoras sociales, quienes, según ella, dedicaban mayor tiempo a la atención de las personas permitiendo así una mayor apertura de las/os pacientes.

“...vos preguntás, ‘¿tiene algún problema personal?’ o no personal, ‘¿tiene algún problema...?’ A veces te dicen sí y otras veces no te permiten avanzar, y por ahí, si hablás con una trabajadora social o algo de eso, que por ahí la conocen más y a ella si le abren más el juego (...) es como que el médico...”

“...problemas que tienen y por ahí no te cuentan, o por ahí toman alcohol y no te lo dicen tampoco, bueno, de violencia, de trabajo, en qué trabajan, o a veces que tuvieron tuberculosis o tuvieron contacto y no te lo dijeron, o alguna enfermedad y no te la dicen. (...) no te incluyen otros problemas que pueden estar agravando ese problema por el que vienen.”

“...Porque no generan confianza, por ahí hasta que te lo dicen, y bueno, y vos calculá que la ves... [ejemplificó con la situación de una paciente específica] Yo la veía dos, tres veces, la trabajadora social la veía todos los días, ¿entendés? Entonces, más vale que va a generar otro tipo de relación (...) no podés generar una confianza en una consulta de 15-20 minutos (...) vas conociendo con el tiempo, es más yo hay gente que venía atendiendo y había cosas que ni sabía, que ni sabía que... o te enterás por otro de la familia, o por alguien del equipo.”

El testimonio de la médica permite visualizar que estrategias de construir una relación con las/os profesionales, como las que desarrollaban Ángeles y Kary, no eran las únicas, ni eran las que ponían en práctica todas las personas. Incluso algunas profesionales médicas como Paula las validaban y consideraban relevantes para arribar a un diagnóstico y tratamiento más adecuados.

La construcción de un vínculo personal, un vínculo de referencia, se volvía entonces un recurso particular tanto para solicitar excepciones como para sortear los obstáculos que el sistema de salud imponía. Tal recurso era valioso ante la escasez de turnos y superposición de los horarios con las rutinas y condiciones de la vida cotidiana<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Me refiero por ejemplo a que el requerimiento de obtener turnos o realizar consultas en días consecutivos o que conllevaran varias horas del día podía provocar el despido o la falta de cobro en empleos “en negro” o informales.

En este sentido, Pozzio (2011), en su estudio sobre la población que asiste a un centro de salud demuestra de qué modo las personas traducen y dan diversos significados a los esperados por las políticas de salud. De manera similar, la información adquirida durante mi investigación destaca las estrategias y apropiaciones de políticas que realizan las personas sin que resulte visible al sistema de salud (*Ibid*). En relación a ello, la agencia de las personas operaba en diversas estrategias que podían subvertir el orden premeditado (Soldano, 2009). De tal manera, recibían asistencia, tomaban una actitud crítica hacia las/os profesionales pero también construían vínculos con las/os mismas/os para recibir una atención más agradable o, inclusive, para pedir excepciones.

### Pedir excepciones

Las relaciones personales habilitaban “excepciones” que las/os pacientes pedían y las/os trabajadores/as hacían a sabiendas del funcionamiento deficitario de las instituciones y de las dificultades cotidianas de las/os pacientes. A su vez, el pedido de excepciones podía funcionar como una estrategia en sí misma más allá de que no existiera un vínculo con la/el profesional. En relación al tópico de la solicitud de excepciones es oportuno retomar el acontecimiento de la entrega de la leche.

Fueron muchas las veces que me tocó entregar la leche cuando trabajaba en la salita. Por ser parte del equipo de salud, tenía que desempeñar esta tarea un día al mes. Para obtener la leche había tres requisitos que las personas debían cumplir. Uno de ellos indicaba que la/el niña/o tuviese entre 0 y 6 años de edad. En segundo lugar se podría mencionar el requisito de presentarse el día de la semana asignado según la letra del apellido de las/os niñas/os a su cargo<sup>46</sup>. Una tercera condición consistía en presentar el carnet en el cual se consignaba la entrega a nombre del/la infante.

Sin embargo, cada vez que me tocaba la tarea de la entrega, temía por lo que podía ocurrir. Yo lo sabía: era frecuente que algunas mujeres articularan una detallada explicación –difícil de escuchar tras el vidrio de la ventanilla y las charlas de otras mujeres en la fila– de los avatares sufridos con sus carnets. Los relatos evocaban el

---

<sup>46</sup>La entrega se realizaba durante una semana en el mes según la letra de inicio del apellido en determinado día: Lunes de la A a la C, martes de la E a la H, miércoles de la I a la M, jueves N a la R, viernes de la S a la Z.

último robo que habían sufrido y, en consecuencia, la pérdida de todos sus papeles importantes: desde los DNI de ellas y sus hijas/os hasta los carnets de la leche. Otras veces describían el reto que habían propinado a sus niñas/os al descubrir que habían roto los carnets mientras jugaban. En todos los casos pedían que excepcionalmente se les entregara la leche aunque no cumplieran con los requisitos.

La entrega comenzaba a las 13.30 horas y finalizaba a las 16 horas cuando el centro de salud concluía la jornada de atención y cerraba sus puertas. En el curso de esas horas la tumultuosa fila que aguardaba por la leche parecía interminable tanto para quienes esperaban como para quienes la entregaban. Sucedió que todas las personas allí presentes sabían que la fila no fluiría rápidamente. Una sola computadora tenía instalada la base de datos, motivo por el cual una sola persona realizaba la tarea de recepción de los carnets y registro de entrega. Asimismo, la fila avanzaba muy lentamente debido a la cantidad de situaciones en que las personas solicitaban excepciones por no cumplir los requisitos o en las que tenían discordancias con la base de datos. Por ejemplo, en ocasiones en las que no aparecían los nombres de sus hijas/os o en las que la leche figuraba como ya entregada.

Poco tiempo después de que entré a trabajar al centro de salud el personal administrativo se negó a seguir entregando la leche. Uno de los motivos fue que recibían acusaciones de asignarla discrecionalmente a sus conocidas/os del barrio, independientemente del cumplimiento de los requisitos burocráticos<sup>47</sup>. Fue en aquel momento que para atenuar la controversia las/os profesionales del centro de salud habían decidido que se turnarían mensualmente para la entrega. El argumento para tal decisión fue que si quienes entregaban la leche eran las/os profesionales, que no vivían en el barrio, las acusaciones se reducirían notablemente. Para las trabajadoras administrativas el hecho diferencial era

---

<sup>47</sup> El problema de las acusaciones en redes de circulación de recursos públicos, ya ha sido señalado. En contextos empíricos similares - villas del oeste del Gran Bs. As.-, las personas que redistribuyen, reparten o dan, recursos son en diversas oportunidades, acusados de dar a cambio de algo (el voto), es decir persiguiendo “el puro interés” en el caso de líderes del Partido Justicialista, o también de ‘guardar’ para favorecer a unos y desfavorecer a otros, en el caso de las agrupaciones piqueteras. Por tratarse de un área donde la redistribución es compartida y disputada por dos agentes principales: “peronistas” y “piqueteros”, la acusación o sanción moral puede ser interpretada, entre otros aspectos, como un mecanismo regulador de las disputas por los recursos y por las personas, que intentaría mantener el equilibrio de fuerzas (Colabella, 2011).

el de ser vecinas<sup>48</sup>. No obstante, la complejidad venía dada porque participaban de una actividad asociada a trabajadoras/es con la prerrogativa de ejercer un criterio impersonal de igualdad basado en requisitos burocráticos. Una situación así las ponía en la mira de todos las/os vecinas/os que las observaban lidiando con esta tarea y aplicando criterios formales e informales para la entrega.

Más aún, no sólo se trataba de las acusaciones. Era usual que se sintieran presionadas por quienes les pedían excepciones apelando a los lazos de vecindad. No obstante, el acceso a tales excepciones daba lugar a las acusaciones. De ahí la incomodidad de las administrativas ya que las acusaciones se extendían puertas afuera de la sala en el encuentro con otras/os vecinas/os, alcanzando así diversas áreas del barrio. Pero la particularidad de los pedidos de excepción visibilizaba, para las personas que concurrían a la sala, modos de atención y lógicas diferenciales. Por un lado, el criterio impersonal de igualdad. Pero, por otra parte, debido a las enormes dificultades que atravesaba la población que se atendía allí, quien entregara debía tomar en consideración los pedidos de excepción. De modo tal que los criterios personal e impersonal no eran mutuamente excluyentes, sino que se requerían entre sí para dar forma al principio moral de “igualdad para todos”.

Las excepciones continuaron aun cuando eran profesionales quiénes estaban a cargo de la entrega. En suma, se verificaba que los pedidos de excepción servían como una espada de doble filo. Si bien por un lado daban lugar a acusaciones, no es menos cierto que eran una condición de posibilidad para obtener la leche.

Cuando la entrega ya no la realizaba el personal administrativo no resultaba posible apelar a los lazos de vecindad para pedir excepciones. Sin embargo, los problemas que conducían a las personas a tales solicitudes continuaban sucediendo. Las observaciones que realicé de la entrega de la leche durante mi trabajo de campo me indicaron que era todavía un acontecimiento tenso. Uno de esos días reparé en que durante una hora y media la trabajadora social que tenía a cargo la entrega sólo alternaba su mirada entre la

---

<sup>48</sup> Habían ingresado a trabajar al centro de salud como parte del programa de Promotores de Salud, que formaba vecinas/os de los barrios donde se emplazaban los centros de salud para que trabajaran en los mismos, como forma de acercar la atención de salud a la comunidad. No obstante, la mayoría habían terminado trabajando como administrativas/os.

computadora donde buscaba los datos y la persona que le extendía el carnet para retirar la leche. Durante la mayor parte de la entrega la fila de espera continuaba fuera del centro de salud y se extendía al menos cincuenta metros. Tres personas habían pedido excepciones por no contar con los carnets y por solicitar la leche un día que no les tocaba. A su vez, en la fila se escuchaban, cada tanto, quejas por lo extenso de la espera. Por situaciones como las que describí, las personas que frecuentaban la sala debían establecer relaciones con las/os trabajadoras/es y profesionales del CeSAC basadas en la confianza con el fin de asegurarle la leche a sus hijas/os. Se trataba de un vínculo que debía ser permanentemente alimentado, sostenido y que las llevaba a exponer en la sala y delante de profesionales y administrativas buena parte de los avatares de su vida privada que les impedían cumplimentar los requisitos burocráticos.

#### Relaciones barriales: estrategia de auto-atención para evitar la urgencia. O la atención de lo postergable

La gestión del malestar comprende un abanico de acciones. En parte es una construcción de estrategias que despliegan las personas que la llevan adelante en la que la elección de las instituciones de salud constituye una estrategia en sí misma. Sin embargo, la gestión a través de las instituciones de salud ponía obstáculos que entraban en tensión con la vida cotidiana. Con lo cual era frecuente que acudieran a los efectores del sistema de salud sólo para lo imprescindible; es decir, la atención de las/os hijas/os o el límite de tolerancia frente a los síntomas de una enfermedad. No obstante, existieron otras estrategias que las personas reconocieron: aquellas que ejercían por fuera o más allá de la gestión a través del sistema de salud y que, a su vez, se relacionaban directamente al sostenimiento de la rutina. Se trataba de la utilización y/o capitalización de las relaciones barriales.

Las relaciones barriales podían ser un recurso (entre otros) para demorar o evitar la atención profesional y no alterar el ritmo cotidiano. En este sentido, Gabriela relató que frente a algunos padecimientos físicos consultaba a alguna/algún vecina/o que, en general, era de edad avanzada. En sus palabras: “algún vecino mayor que sepa”. Su vecino "Don Dany", a quién también le decían "el manco", era alguien que le daba consejos para calmar los malestares de sus hijos. Mi interlocutora confiaba en Don

Dany, “porque es un tipo grande tiene un montón de hijos y las habrá pasado un montón”.

A partir de que Gabriela mencionó a Don Dany le pregunté por qué consultaba a aquel vecino en particular y cuándo lo hacía:

“...Bueno, por ahí le consulto a él esto... y me dice ‘ponele esto’, una cosa así, viste que estás en la calle y le consultas. Si es en la semana y están los médicos, sí, más vale, le consulto a los médicos. Pero si no tengo a nadie, ningún médico que sepa, y...busco a algún vecino. A alguien que sepa.”

De este testimonio se observa que si bien Gabriela menciona que su primera opción es el sistema médico también expresa que, ante la ausencia de las/os profesionales que consulta y frente a situaciones de emergencia, también basa sus decisiones en otro tipo de confianza. Sin embargo, esta vez no es la confianza que le brindan las instituciones a las que suele asistir, sino la experiencia que le atribuye a Don Dany porque “las habrá pasado un montón”.

En este sentido, el análisis del envejecimiento y de la vejez como etapa de la vida parte de considerar que las enseñanzas y la transmisión de experiencias las recibimos de personas mayores que, por la edad que han alcanzado, habrían acopiado diversas vivencias durante sus cursos de vida (Rada Schultze, 2016; Oddone y Aguirre, 2005). De tal manera, don Dany pasaba a ser referente no por su profesionalismo sino por su trayectoria y experiencia. Por otro lado, como han trabajado distintos exponentes, los entornos y los grupos redefinen pautas de comportamiento por lo que una persona que no recibió un título de una institución puede, no obstante, ser respetada debido a su experiencia y sabiduría que el grupo le atribuye y valida. Tales pautas de comportamiento se sostienen sobre la base del principio de reciprocidad (Becker, 1971; Levi Strauss, 1969). De este modo, Gabriela se comportaba con don Dany de cierta manera, confiando en el consejo que él pudiera darle y don Dany retribuía esa confianza brindando un consejo que Gabriela pudiese aplicar. Así, si bien Dany no contaba con conocimientos formales o validados por una institución, era el grupo quien le atribuía un valor de autoridad y de sabiduría en base a su experiencia.

Ahora bien, al escuchar a Gabriela me fue preciso saber si además de ella otras/os vecinas/os consultaban a don Dany para ser aconsejadas/os o asistidas/os en la cura de

un malestar. Es decir, si él se dedicaba a curar: “una cosa así”, me respondió. Para explicármelo se refirió a otra gente que en el barrio también “curaba”, ejemplificando con vecinas/os a quienes recurría para curar el empacho a sus hijos yo a personas que hacían masajes:

“...cura en el sentido de si está empachado, está empachado, ojeado, como dicen, la mirada, estás cansado, lo mirás y como que le pasas el cansancio, el empacho. Bueno, mi vieja por ejemplo curaba el empacho tirando, viste que le dicen, el cuerito, pero yo no quería ni que me toque porque me hacía mierda, me gusta más el de la cinta, ¿viste? es más leve. Y bueno cuando estás así empachado, uno también cuando es grande, que mezcla, agarras y vas a alguien que te cure y ya está. Pero después también están los que te curan el cansancio, masajes, masajes a domicilio, todo esto y son gente así, que te cura.”

Cabe mencionar que la elección prioritaria de Gabriela por el sistema de salud no se tornaba incompatible con su descripción de la “gente que cura”. De tal manera brindó indicios de un tipo de estrategia que impartía en la gestión del malestar. Para la resolución de malestares como el empacho, el cansancio o el ojeo echaba mano de los lazos de vecindad con personas que al interior del barrio le reportaban confianza. La cura del empacho o el mal de ojo se ponen en práctica frente a síntomas en los que se sospechan padecimientos de denominación popular<sup>49</sup>. Existe la costumbre de recurrir a tales curas en las áreas urbanas, como Villa Reina, en este caso. Una multiplicidad de personas no necesariamente se identifica como curandera pero realiza dichas prácticas de curación. La creencia popular en el mal del empacho lo vincula a síntomas como los dolores de estómago, inflamación del vientre y decaimiento que ocurre frecuentemente en las/as niñas/os y es causado por el exceso de alimento (Campos Navarro, 2011). En las/os adultas/os, como expresaba Gabriela, se cree que tiene como causa la mezcla entre alimentos de elevado contenido graso o azúcares.

---

<sup>49</sup> “El empacho” o “el mal de ojo” son malestares que se definen y denominan popularmente y no en términos médicos. De tal manera, quien se considere padeciendo uno de estos males buscará alguien que cure “el empacho” o “el mal de ojo”, y no una/un médica/. Es también probable que debido a la sanción que la medicina occidental realiza de las curas populares, las personas sientan vergüenza o temor de decirle a una/un médica/o que se sienten empachadas u ojeadas o que “les tiraron el cuerito” para curar el empacho o “les sacaron el mal de ojo”. Estos sentidos podrían estar por detrás de las consideraciones de Gabriela para elegir dónde asistir frente a uno de estos malestares.

Por su parte, Ángeles se valía de una relación de vecindad para sustentar el tratamiento que daba a sus dolencias cotidianas. En este caso, a diferencia de las de sus hijos, sus propias dolencias no ameritaban alterar el ritmo de su apretada rutina con los tiempos de una consulta médica. Cuando la consulté por el lugar al cual concurría cuando era ella quien se sentía mal o dolorida, respondió:

“...voy al del quiosco, en el quiosco hay pastillas. Y, o sea, se llama Puchito [el dueño del quiosco] y le digo ‘don Puchito, le digo, me duele la cabeza’ y me dice, ‘tomate este Migral’, y yo le digo ‘Migral no porque me altera’, es muy fuerte la pastilla, entonces me dice ‘tomate la mitad’. O a veces le digo ‘tengo dolor de cuerpo y todo eso’ y me dice, ‘tomate esto para el resfrío’.”

En relación a sus hijos expresó:

“...cuando se enferma Manuel [su hijo menor] directamente lo llevo al hospital, lo llevo de guardia, y cuando él se enferma también [Cristian, su hijo mayor quien la acompaña en la entrevista]. O, directamente me vengo temprano, tempranito acá, y los traigo para ver. Y cuando me enfermo yo, me medico sola [sonríe], si me duele la cabeza me tengo que comprar una pastilla, o me duele la cintura o algo, me tengo que comprar en casa, porque a veces, el venir acá a traer a los chicos es pérdida de tiempo, pero yo lo tengo que hacer sí o sí porque ellos son chiquitos.”

Ángeles sabía que el Migral, que don Puchito le sugería para los dolores de cabeza la alteraba mucho, aunque aceptaba su recomendación de tomar sólo media pastilla porque confiaba en la opinión y/o saber de su quiosquero. Acudiendo al centro de salud para tratar sus dolores hubiera recibido la medicación en la farmacia de la sala de manera gratuita, ya que todos los medicamentos de los que se dispone en el sistema público de salud son gratuitos como parte del derecho a la atención y tratamiento establecido por ley. Sin embargo, para que sea entregado se requiere receta médica aun para los medicamentos que en las farmacias comerciales son de venta libre<sup>50</sup>. Por tanto, para cumplimentarlo se debe solicitar un turno con una/un médica/o que en la consulta realice la receta.

Por otro lado, en la salita los turnos de atención se entregaban diariamente a las 8 de la mañana para la atención de la mañana y a las 11 horas para la atención de la tarde. Sin embargo, como decían las/os vecinas/os, todos los días se armaban largas filas afuera. A

---

<sup>50</sup>La única medicación que se entrega sin receta médica en el sistema público de salud es la “Pastilla del día después”, método anticonceptivo hormonal de emergencia.

veces, para obtener un turno con una/un médica/o, comenzaba desde las 4 o 5 de la madrugada.<sup>51</sup> De esta manera, conseguir un turno le insumiría a Ángeles varias horas de la mañana dado que los turnos se entregaban a las 8 de la mañana pero las/os médicas/os comenzaban a atender a las 9 horas. Además, atendían por el orden en que se habían dado los turnos: desde las 9 hasta las 12.30 del mediodía aproximadamente y durante la tarde desde las 13 a las 16 horas sin que se pudiera prever cuánto tiempo demoraría cada consulta.

En definitiva, el trajín significaba para Ángeles pasar una mañana y tal vez una tarde entera en la sala sólo para obtener turno con una médica sin tener la certeza de si obtendría o no la receta necesaria. Y, en consecuencia, buscar a alguien que cuide a sus hijos, algo casi imposible para ella ya que su mamá trabajaba todo el día y cuidaba de la hermana y el hermano de Ángeles. Por otra parte, el ausentarlos de la escuela les significaba a sus hijos perder el almuerzo valorizado por ella ya que incluía platos con carne o pollo que no les podía preparar. Además, para los padecimientos que Ángeles relató le hubiesen recetado analgésicos genéricos en lugar de un Migral que es un medicamento de un laboratorio específico indicado para las migrañas. Los medicamentos que se entregan en las farmacias de centros de salud y hospitales públicos son provistos por los ministerios de salud y por el Programa Remediar<sup>52</sup> que en el listado que provee no incluye la droga que el Migral contiene. Por el contrario, el quiosquero disponía de él y podía vendérselo sólo en el tiempo que le tomaba acercarse al quiosco. En suma, Ángeles acudía al quiosco guiada, en mayor medida, por una premura cotidiana. Una vez allí, confiaba en el consejo de “Don Puchito” sobre el medicamento que podía calmar su malestar.

De esta manera, Ángeles resolvía ciertos padecimientos comprando medicación en un quiosco y recibiendo el consejo de su quiosquero. Si bien la auto-medicación es un hábito sumamente generalizado en la población, debido a la tendencia a la medicalización de la vida cotidiana (Iriart y Merhy, 2017), para ella era la conducta

---

<sup>51</sup>La atención de las profesiones del área psico social no estaba administrada por la agenda de turnos brindada en esos horarios. Las profesionales de Trabajo Social atendían por demanda espontánea tres veces por semana durante tres horas, las profesionales de Psicología y Psicopedagogía manejaban ellas mismas sus agendas de citas con sus pacientes.

<sup>52</sup> Programa de provisión pública de medicamentos genéricos.

general que le permitía atender sus malestares sin perder tantas horas como cuando hacía atender a sus hijos.

Cabe destacar que la estrategia de consultar vecinas/os como parte de la gestión de determinados malestares para sortear las demoras en las instituciones de salud no era generalizada. Es preciso recordar que Teresa había destacado que tratándose de la salud “hay que ir donde corresponde” y consultar a un médico porque “con la salud no se juega”. No obstante, para otras personas como Ángeles y Gabriela se tornaba una alternativa.

La combinación de diversas estrategias que para atender sus problemas de salud hacían Ángeles y Gabriela, puede inscribirse en lo que Menéndez (2003) denominó auto-atención.

“La auto-atención constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención. (...) de tal manera que la auto-atención implica decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir, que la auto-atención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por los curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de las situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomicen, por lo menos en términos de autonomía relativa. La auto-atención (...) implica la acción más racional en términos culturales, de estrategia de supervivencia e incluso de costo/beneficio no sólo de tipo económico sino también de tiempo por parte del grupo en la medida que asumamos en toda su envergadura la incidencia y significación que tienen para su vida cotidiana la frecuencia y recurrencia de los diferentes tipos de padeceres que amenazan real o imaginariamente a los sujetos y microgrupos.” (Menéndez, 2003:58)

Como se puede ver para Menéndez, la auto-atención excede la acción de auto-medicarse yendo más allá de decidir autónomamente el uso de medicamentos sin la intervención del personal de salud. A la vez, señala su lógica de acción racional<sup>53</sup> ya que concibe un

---

<sup>53</sup> Según Weber, una acción racional está vinculada al grado de cálculo que es posible y aplicable en términos formales (acción racional con arreglo a fines) pero que, en el plano material se articula con exigencias políticas, éticas, utilitarias, estamentales (acción racional con arreglo a valores o fines) (Weber, 1996)

cálculo del tiempo invertido en el cuidado de la salud en relación al significado que adquiere en la vida cotidiana de las personas.

En relación al cálculo de la auto-atención Gabriela ponderaba el uso económico del tiempo en relación a la gravedad del malestar. Por ejemplo, las cirugías que ella y su hijo requerían no eran urgentes en relación al tiempo y dificultades económicas de organización que le significaban. Por otro lado, dado que sabía cómo hacerlo, elegía medicar ella misma a sus hijos cuando coincidía la ocurrencia de malestares poco graves con la imposibilidad de ir a la salita. A su vez, complementaba su saber con el de “la gente que cura” ya fuera don Dany o una vecina que curaba el empacho, personas criteriosamente seleccionadas y que reportaban confianza. Por su parte, para Ángeles conceder igual tratamiento a su salud que a la de sus hijos hubiera alterado por completo sus rutinas, situación que no podía permitirse en función de la supervivencia familiar. Así lo demostró su minuciosa descripción de sus rutinas de cuidado y de tareas domésticas como la preparación de las comidas y el lavado de la ropa:

“...ese es el objetivo, el mío, el objetivo es ahorrar, vestirlos bien a ellos, bah, tal vez en la casa no, pero al jardín sí. Me gusta llevarlos bien a los dos, y me gusta también que me digan que soy buena mamá con ellos, llevarlos bien... O me gusta cuando me dicen que están bien cambiaditos, me siento, una mamá, como te puedo decir... Superman. No sé, me siento bien, o sea, es algo lindo que me pasa que me digan eso, es como si me estuvieran alagando, si escucho otra mamá que me lo dice, viste. No sé me pasan un montón de sensaciones. Y... no, y solamente cuidarlos a ellos. Hago de todo. Hago de todo, hago mis changuitas en casa, me traen prendas a veces para limpiar, remeras, o a veces me voy a costurar, por hora me pagan. El tiempo que no esté con ellos tengo una amiga, una vecina de casa que me dice ‘vení Ángeles, hay trabajo’, voy tres horas, cuatro horas, el tiempo que estudian ellos. Voy a casa rápido, me salgo a las 11, voy limpio, limpio rapidito, para que ellos se sientan bien, o sea, que no lleguen a lo mismo, a lo sucio, entonces voy me cambio rápido para retirarles, llegan y juegan un ratito y después quedamos los tres dormidos. Nos levantamos, empiezo a cocinar, cena, salimos un ratito a la calle, damos una vuelta y después nos dormimos.”

Las tareas domésticas aparecieron vinculadas a la visibilidad y/o reconocimiento que ella alcanzaba como madre en el barrio: “me gusta cuando me dicen que están bien cambiaditos”. Según sus expresiones, las tareas domésticas y el cuidado de los hijos podrían considerarse una especie de epopeya: “me siento una mamá Superman”. En el tono épico de su relato resuena como un sacrificio que “vale la pena”. En este sentido,

Lehner y Ponce (2018), refieren en su estudio a los motivos que llevan a las mujeres-madres a resignar los cuidados y tiempos propios. De manera que allí emergería el sustrato de una acción racional. Mediante sacrificios que conllevaban dolor físico y afectaban a su salud era posible acumular un capital simbólico (Bourdieu, 1991) valorado por ella, en los momentos en los que recibía la calificación de “buena mamá” que le otorgaban otras madres. La meticulosa organización de sus rutinas era menester para sustentar su posición de buena madre. La imagen que Ángeles eligió para sí misma y para dar a las/os demás tenía un costo que impactaba en su cuerpo y en el retraso de la atención de su salud.

#### Pero...para evitar los malestares: prevenir

Para Teresa, Gabriela y Ángeles hablar de salud y enfermedad significó hablar del cuidado de sus hijas/os. Ellas lo diferenciaron del cuidado que practicaban para sí mismas: “por ellos, sí lo hago”, “última yo”, o, “soy dejada de mí, pero para ella no” son expresiones que reflejaban sus prioridades asociadas a la salud y enfermedad.

En principio, cada una de ellas marcó la relevancia de un aspecto central de la rutina cotidiana de velar por la salud de sus hijas/os: la alimentación. Cabe recordar que Ángeles mencionó que evitaba que sus hijos se ausentaran del jardín, entre otras cosas, porque allí “comían bien” y una variedad de alimentos que ella no les preparaba. Sin embargo, no fue la única que se refirió a la calidad de alimento que brindaba a sus hijos.

En este sentido Gabriela expresó respecto a los suyos:

“...y estoy en el dentista que los estoy llevando diciéndoles que no coman golosinas, que coman una porción de esto, un poco... contadas, un día caramelos, otro día... no siempre. Porque mi hijo ya tiene la boca hecha miseria de cuando vivía con el padre, así que estoy controlándole también eso. Y en las comidas también no mucho frito, no mucha salsa, que hace mal al estómago.”

Por su parte, Teresa, quien me relató sus preocupaciones en cuanto a su dieta y la de su familia, afirmó que la alimentación es esencial para que el cuerpo esté bien:

“...para que el cuerpo esté bien, si vos no comés, no te alimentas, tampoco vas a responder, porque el cuerpo, el cerebro necesita oxígeno, pero el oxígeno necesita alimento, lo mismo la sangre.”

Por otro lado, mencionaron otro tipo de cuidados que podrían entenderse como preventivos. El hecho de hablar con las/os hijas/os con el fin de que eviten comportamientos riesgosos para su salud puede considerarse una estrategia preventiva. En sus relatos se destacan los modos que implementaban para cuidarlas/os de aquello que les preocupaba cotidianamente: las drogas, el alcohol y las infecciones de transmisión sexual. Gabriela se detuvo en este aspecto:

“...Y bueno, ahora son chicos tengo que ver que no sean alcohólicos, que no fumen. (...) Porque tengo, tengo de mi parte mi hermano que es alcohólico, o sea, no se pierde, pero toma mucho, y tiene una diabetes (...) Y después tengo de parte del padre de ellos, que toma, se drogó y todo eso, bueno... me pegaba... y todo eso, por eso me separé. Y de mi hija también, ella fuma, se estuvo drogando cuando era más adolescente también, ahora gracias a Dios no, y tomar toma, los momentos es que estoy yo ahí, medianamente...”

A Gabriela la guiaba su experiencia para intentar evitar que sus hijos incurrieran en comportamientos que afectaran a otros miembros de su familia. Les explicaba e insistía en el daño que provocaban:

“...y hablándoles, yo les hablo siempre, les hablo mucho, por más que ellos estén ‘bueno, ya me dijiste, dejá de romper’, lo común que te dicen los chicos ¿no? Ya mi hijo ya tiene once años, está haciendo la adolescencia, bastante jodida, y estoy ahí diciendo ‘no tomes esto, no fumes’, que es malo para la salud. Es como que les muestro alguien y le digo ‘mirá ese como está, porque vivir así...’, así el día de mañana se da cuenta que eso es malo para él. De ahí en más que él cuando sea grande lo quiera hacer, yo siento que estoy...hasta mi hija que es mayor de edad, por más que ella diga ‘ay má que hincha’, yo igual...”

En aquel momento de nuestro encuentro Gabriela frunció el ceño y expresó que la droga era de lo que más afectaba la salud en la villa donde experiencias como las de sus familiares eran frecuentes: “la droga, hoy por hoy se ve de todo, yo vivo ahí enfrente que están los fisuras [personas que se juntan a consumir drogas frente a su casa], que se ve todo...”

Teresa también me habló de la droga y el alcohol en relación a sus hijos y se refirió a lo que provocaba en villa Reina:

“...lo que afecta acá mucho en el barrio es mucho la droga (...) Veo, que destruye (...) la juventud también se prende por curiosos y es como que arruina, ¿no? Yo creía que uno los cría a los hijos y que nunca te van a traer problema cuando son grandes, pero, cuando son más grandes más problemas grandes te traen, más

dolores de cabeza y te parte el alma porque uno los cría, y como te puedo decir, no importa que sea cartonero o sea albañil, pero personas decentes que realmente no se droguen, no tomen, no se prendan en la delincuencia. Porque generalmente toda la juventud tiene su mala experiencia y es feo, triste, porque bueno, ya sé que tienen curiosidad y de la noche a la mañana quieren ser grandes...”

Por su parte Ángeles también mencionó a la droga como un aspecto que afectaba a la salud de la población de la villa y que, por otro lado, podía enfermar a quienes no la consumían pero percibían su olor:

“...Esta villa es más conocida porque entra un montón de gente (...) son un montón de chicos que vienen a comprar como pan, hay muchos jovencitos que se destruyen con la droga, y a veces los chicos (...) a veces ellos aprenden de eso o, a veces hay tiroteos.

...No sé si es el paco, que bota mucho humo, porque nosotros vendemos ahí y la cosa está como mechero, o sea, viste el humo, entonces a mí me dijeron, los que sienten más, es los que más se drogan – se ríe- y para mí a veces le pregunto a mi madre ¿será verdad? Porque a veces cuando viene el humo es todo para nosotros, yo creo que eso también puede traer consecuencias o enfermedades, para mí es eso.”

Ángeles se detuvo especialmente en la preocupación por su hermano menor y su posible vínculo con las drogas. Su hermano había empezado a “caminar con los peruanos”. En la villa se referían usualmente a dos grupos identificados por su nacionalidad como los que manejaban las redes de narcotráfico en su interior: “los peruanos” y “los paraguayos”. El temor de Ángeles refería a que estos grupos utilizaban a menudo a niños pequeños para “marcar”, es decir, avisar si venía la policía mientras comerciaban paco u otras sustancias.

“...yo tengo mi hermanito, ellos se hablan bien con los peruanos (...) camina con ellos, entonces yo a veces le digo a mi mamá que le hable, porque ellos son malos amigos y a veces ellos necesitan tener gente para que puedan marcar, hasta a veces niños pequeños, les llaman para que les avisen si viene la policía. Entonces a veces mi hermano, da vueltas, da vueltas, da vueltas, entonces les avisan cuando viene la policía, y así no les hacen nada. Pero él va a crecer más grande y va a querer estar con ellos, tal vez uno, va a fumar y después cuando viene la policía les agarran.”

Entre las modalidades para evitar el consumo de drogas, el hablar con las/os hijos, resonó como una estrategia valiosa para las mujeres que entrevisté de la salita. Ángeles la refirió de esta manera:

“...depende de las mamás, porque por ejemplo, en el caso de nosotros, mi mamá no da más con mi hermanito que tiene 14 años, yo solamente le digo que le hable, que le aconseje, porque a nosotras [ella y su hermana] no nos hace caso.”

En los testimonios también fueron mencionadas ciertas características del ámbito en que vivían como factores que podían afectar la salud. En este sentido, se refirieron a situaciones que sucedían en villa Reina como la falta de cloacas e instalaciones de agua corriente y para ir al baño y la circulación que la droga tenía particularmente en ese barrio. Para las mujeres vivir en villa Reina –que era conocida porque la “droga se compra como pan”, como había dicho Ángeles–, podía afectar la salud de maneras particulares e incluso diferentes a vivir en otra villa.

Respecto de la droga y el alcohol y la salud, las entrevistadas de la salita sí aplicaban para ellas el mismo cuidado que para sus hijas/os: no consumir. En este sentido Gabriela expresó “lo que yo hago es no tomar, no fumar, aconsejar”. Teresa por su parte afirmó que lo que hacía para sentirse bien era “comer, cuidarme, por ejemplo, no fumar, no tomar, ni tampoco consumir droga, porque la droga no es buena”.

En relación a comportamientos que consideraban riesgosos Gabriela y Teresa se manifestaron respecto al cuidado en las relaciones sexuales. De esta forma, Gabriela expresó:

“...Y sí, hay cosas que se pueden prevenir y otras que no. Con mi hija, le estoy pidiendo hace rato que se cuide, no es como antes que no había nada, ahora hay tantas cosas, el DIU [dispositivo intra uterino] otras que te ponen acá, lo que sea, pero hay métodos. Ella ahora está que no le viene, porque le está dando la teta, piensa que con eso ya está y no es así porque a mí también me pasó y podés quedar embarazada ahí al toque. Yo le hablo encima el padre no se hace cargo bah, se hace cargo sí, pero el tipo es un tiro al aire, se droga, estuvo preso. Entonces yo le aconsejo, aunque no le gusten las cosas que le digo, ahora es chica tiene 21 años pero el día de mañana le va a agarrar y va a decir: ‘sí, tenías razón’. Tiene dos hijas una tiene cuatro años y la bebé y no tiene dónde estar con los hijos. Ella tiene que ver que yo sola no puedo con todo y ella tiene que ayudar. Entonces yo le digo ‘si vos quedás embarazada va a ser peor porque es otra cosa’, no es que no quiero, más vale los hijos son hermosos, los nietos son lo más lindo que hay pero hoy por hoy no da para tener hijos la situación no da.”

Ella realizó una comparación con su propia experiencia para señalar que su hija podía contar con métodos anticonceptivos con relativa facilidad, a diferencia de lo que le sucedió a ella en su juventud.

En este sentido, Gabriela para tratar de evitar la repetición de situaciones, por un lado, intentaba explicarle (a qué podía acceder y por qué, ya que según ella debido a la situación familiar no era conveniente que volviese a quedar embarazada) y por otro, la incentivaba a que utilizara métodos anticonceptivos.

Teresa también se expresó sobre los consejos que brindaba a sus hijos e hijas respecto de las relaciones sexuales y la prevención de infecciones de transmisión sexual:

“...generalmente siempre se dice que hay que cuidarse en un sentido de las relaciones, los preservativos, generalmente ahora veo en la salita que hay muchos preservativos... y cómo te puedo decir los chicos, la juventud, los chicos drogados tampoco se cuidan y viste y dicen ‘uh que chica hermosa’ pero por fuera y no sabés si por dentro está toda podrida, perdón la palabra, pero es la verdad la palabra Y la sífilis la enfermedad de la sífilis, todo o sea, también a veces, por descuido por eso yo le digo a mi hijo ‘ojo tené cuidado, fijate’. Quizás antes también era muy bruta no era de decir ‘llévate un preservativo en la cartera por cualquier cosa’...”

Su testimonio diferencia temporalmente el antes y el ahora en dos sentidos: en cuanto al contexto, “ahora” se podía contar con preservativos y, en cuanto a sí misma, “antes era muy bruta” pero ahora podía decirles que se llevaran un preservativo por las dudas.

Todas marcaban una diferencia espacio-temporal sobre los cuidados: sus hijas/os tendrían ahora un mayor acceso respecto al que tuvieron para sí mismas. A su vez, no es la única comparación espacio-temporal que señalaron Gabriela, Teresa y Ángeles que consideraban, además, que ellas tuvieron infancias y adolescencias en condiciones de vida más difíciles que sus hijas/os. En ese sentido, Teresa se refirió a la pobreza en la que fue criada:

“Yo vivía en una casa así... éramos indigentes éramos muy pobres prácticamente... mi padrastro heredó y mi madre se juntó y bueno pero la gente del norte, de allá, Jujuy se pelaba la caña se iba realmente a pelar, a cortar la caña para trabajar porque lo único era el trabajo de campo.”

Por su parte, Gabriela explicó que, aunque vivió en la calle y sin contar con su madre nunca se inclinó por el consumo de sustancias.

“...estuve en la calle yo mirá que me dijeron lo de probar droga en la calle y yo nunca. Mi vieja nunca se hizo cargo de nosotros, es más, mi vieja cuando yo estaba embarazada de mi hija quedó con mi hija bajo juez de menores porque yo caí internada embarazada y casi la pierdo a ella y antes viste que era más... o sea por más que tuvieras casi 21 años (...) encima nunca estaba mi vieja, siempre me

la rebusqué sola, y la droga nunca... tomar sí, tampoco una borracha perdida era y fumar ni fumaba, me hacía la chanchera nomás...”

Mi interlocutora reflexionaba sobre las posibilidades de su hija entendiendo que, aun en condiciones más difíciles de vida, ella había logrado lo que esperaba para su hija: que no se drogara.

A su vez, Ángeles habló respecto a su niñez resaltando las dificultades que vivió. Su experiencia la llevaba a intentar que sus hijos vivieran en mejores condiciones tratando de prevenir también maltratos que ella atravesó.

“...antes nosotros no teníamos qué comer yo, especialmente, me metía a los basureros de Bolivia, iba al salón de comida o iba a pedir. O sea no, no la pasé bien de chiquita.”

“...yo no iba al colegio... [Ahora] voy a estudiar a un colegio. Se leer, se escribir, pero no tan corrido. Eso no me lo dio nadie, voy todo por los chicos. A veces me llegaban notas que no entendía, pero ahora voy al colegio y las entiendo... Tengo miedo de dejarles en la guardería... eh... porque a mí de chiquita me abusaron ¿sí? Entonces, tengo miedo de eso... de ellos. Siempre les digo que nadie les tiene que tocar, nadie, solamente mamá y... o a veces que les peguen porque a mí me pegaban...”

El pensar en cómo evitar problemas para la salud de hijas e hijos para Gabriela, Teresa y Ángeles involucró, por un lado, una vinculación causal con las características del barrio en que vivían y, por otro, una referencia espacio-temporal de sus propias vidas. Sus relatos muestran una revisión comparativa de sus propias experiencias en la etapa vital que ahora atravesaban sus hijas/os. Y también, en función de sus trayectorias desarrollaban hacia las/os niñas/os prácticas que las/os cuidaran y previnieran de lo que consideraban peligroso para la salud en pos de que tuvieran una experiencia de vida más beneficiosa que la de ellas.

La descripción realizada en este apartado sobre las estrategias que podían ponerse en juego por las mujeres que asistían a la salita permite hacer un contrapunto respecto de las de las que podían ejecutarse en una institución como el hospital.

## EN EL HOSPITAL

### Ser paciente problemática/o

En el hospital, las personas “pacientes” muchas veces eran sometidas mediante un trato hostil o eran juzgadas como en el caso de las que “no se dejaban tratar” o “se habían dejado estar”.

Eran frecuentes las situaciones en las que las personas que atravesaban una internación recibían de parte del personal de salud desde un trato indiferente (en el que no eran visitadas o no les explicaban su diagnóstico y tratamiento) hasta negativo (mediante respuestas de mal modo, gritos, intimidaciones o la falta de asistencia en necesidades básicas como comer, ir al baño o ser higienizada/o).

Durante su internación Juan me expresó su malestar luego de un altercado que había tenido con el personal de la sala. Allí mencionó que le resultaba muy violento el destrato y maltrato que sufría desde su ingreso por la guardia: “es violento y si vos sos violento ¿yo que te voy a decir, lindo?”. En mi cuaderno de campo registré numerosas observaciones e intercambios que reflejan las situaciones de las que emergía su disgusto. Él era consciente de que había tratado mal al personal y también a su compañero de habitación, pero argumentaba que su desborde se debía a la acumulación de malestar. Por lo que, cuando le dijeron que tenía que irse de alta estalló. Quería volver a su casa, pero aún se sentía muy inseguro con el diagnóstico que había recibido, con los cuidados y los tratamientos que debía seguir. Me había expresado “yo, que siempre me arreglé solo, no sé qué voy a hacer con mi vida a partir de ahora”.

Juan tenía 67 años y había sido internado de urgencia (en el mes de marzo del año 2020), pocos días antes de que yo lo conociera por un fuerte y agudo dolor que, tras el diagnóstico, había revelado un cáncer de estadio avanzado. Había transcurrido dos días en la guardia del hospital y luego fue transferido a la sala de cirugía. Le habían realizado una colostomía que debía mantener luego de su salida del hospital y debía cuidar en forma ambulatoria.

En el primer encuentro que tuvimos, en el marco de mi actividad laboral, lo noté preocupado porque no quería convertirse en una carga para su hijo y su hija dado que a partir de su internación requeriría cuidados y tratamientos específicos que modificarían

su rutina y disminuirían su autonomía. Por otro lado, él siempre estuvo acostumbrado a trabajar por cuenta propia como carpintero. Sumado a eso, le generaba impotencia el trato que había recibido de parte del equipo profesional desde su ingreso a la guardia y durante su internación en la sala de cirugía, como así también las pocas explicaciones que recibía sobre lo que sucedía. Frente a esto último, ofuscado, me había expresado que, si bien preguntaba a las/os profesionales respecto de su diagnóstico y tratamiento, no le decían lo suficiente, se iban con apuro o le respondían que en ese momento tenían que hacer otra cosa pero que volverían más tarde. Sin embargo, eso nunca ocurría. Asimismo, también le molestaban los tratos que le propinaban en general. Me había relatado por ejemplo que, para hacerle un estudio en el servicio de cardiología, lo habían dejado “estacionado” durante horas solo en su camilla en un pasillo.

De esta manera, Juan me hacía saber cuáles fueron las sensaciones que precedieron a que se enoje y estalle gritándole a las/os médicas/os de la sala de cirugía y a su compañero de habitación. Y, en consecuencia, se había convertido en lo que a menudo las/os profesionales identificaban como “un paciente querellante”. Dentro de esta denominación calificaban a las/os pacientes que se quejaban, reclamaban, demandaban “demasiada” atención, eran “problemáticas/os”, gritaban e insultaban a las/os profesionales o que tenían familiares que lo hacían.

En el intercambio con una médica residente de la sala registré la contracara sobre lo que había sucedido con Juan. Debían operarlo, ya que tenía una obstrucción en su intestino, pero para ello era necesario contar con una cama disponible en la terapia intensiva que él pudiera ocupar luego de la internación. La necesidad radicaba, según me hizo saber la profesional, en que Juan padecía co-morbilidades (riesgos específicos debidos a enfermedades pre-existentes) cardiacas y allí podría ser mejor controlado si se descompensaba. Sin embargo, dado que todas las camas de la terapia estaban ocupadas no había sido posible efectuar la cirugía. En función de ello, indicaron el alta hospitalaria hasta tanto la operación fuese posible.

Durante el tercer encuentro que tuve con Juan la médica mencionada accedió a mi pedido de acercarse a explicarle la actualidad de su situación médica. Además, luego de la explicación le entregó unas pastillas sueltas (sin blíster ni identificación) que debía

tomar. Mientras lo hacía, Juan le confesó que ese día ya había tomado otras pastillas que le habían dejado pero que no sabía cuáles eran. Ella, con evidente molestia y elevando el tono de voz, le respondió “¿No sabés cuál tomaste? ¡Ay, te voy a atar! ¿Para qué tomás algo sin saber qué es?”. Atar a las/os pacientes era una práctica frecuente en las internaciones. Las/os profesionales justificaban estas medidas argumentando que se trataba de pacientes que, no conscientes de sus movimientos, podían dañarse, por ejemplo, cayéndose de la cama o arrancándose sondas, vías o catéteres. Empero, la de Juan no parecía una de estas situaciones ya que él se encontraba plenamente consciente y podía dar cuenta de sus actos. No obstante, la médica parecía haber usado esta frase como un reto o incluso una amenaza.

Juan, con una actitud que no mostraba sorpresa por lo que había dicho la médica, me dirigió su mirada arrojando los ojos para arriba en una señal que interpreté (en base a nuestras conversaciones previas) como de hastío por el trato recibido una vez más. Tal vez poniendo nuevamente en práctica la estrategia “querellante”, aunque sin gritos ni insultos, Juan replicó que entonces no entendía para qué el hospital le entregaba pastillas sin decirle cuáles y para qué eran. Por el contrario, él reclamaba que fueran claros y las entregaran con nombres e indicaciones. En el medio de lo que se suponía una charla conciliatoria entre paciente y profesional se jugaba nuevamente la hostilidad del trato médico y posiblemente una estrategia del paciente para transitar esa situación. Fue “posiblemente” una estrategia, porque el comportamiento de Juan quizás no fue premeditado o racional en el sentido instrumental (una acción para un fin determinado) sino más bien una reacción de defensa, sin embargo, a lo largo del tiempo y de acuerdo a los resultados obtenidos, podría convertirse en una estrategia.

Luego de estos episodios, Ernesto, el hijo de Juan también me expresó su enojo con las/os médicas/os contándome discusiones mantenidas con ellas/os. Según Ernesto, las explicaciones recibidas sobre el diagnóstico y el tratamiento respecto al cáncer, eran tanto insuficientes como poco claras. Además, un cirujano le había señalado que su padre “no tenía derecho a continuar ocupando una cama”. Ernesto, me expresó: “no tienen derecho a tratar a mi papá así”. Efectivamente, la internación fue breve como solían ser las internaciones en las salas de cirugía. No obstante, como resultado de

diversas discusiones, Ernesto había logrado que la estadía hospitalaria de su padre se extendiera tres días más. Con ese tiempo se había acercado a lo que reclamaba: entender lo que estaba sucediendo y las indicaciones médicas. Por otro lado, no se trataba sólo de una necesidad del paciente y su hijo de procesar la nueva situación sino que además en el hospital –a diferencia de lo que ocurría en su domicilio– podían contar con los insumos necesarios para sostener el cuidado. Ernesto explicó que si bien había gestionado en el Programa de Atención Médica Integral (en adelante PAMI) las bolsas de colostomía que su padre requería, allí le habían informado que no las obtendría antes de un mes y medio posterior al inicio del trámite.

Los días subsiguientes, en nuestros últimos dos encuentros, noté más tranquilo a Juan y ni él ni las/os profesionales refirieron nuevas discusiones. Esto llevo a que Juan y Ernesto finalmente aceptaran el alta hospitalaria. Juan quería volver a su casa y su hijo también quería que eso sucediera ya que, más allá de la incertidumbre que mencionaba, quería tenerlo a su cuidado y el de su hermana.

Tal como sostiene Recoder (2011), la enfermedad es una ruptura de la cotidianeidad y, como situación extraordinaria, evidencia desconocimientos sobre cómo manejarse en el escenario que impone. Esto supone la búsqueda de conocimientos y recursos para otorgar sentido, explicar y responder al nuevo estado de cosas. Interpreto que la discusión mantenida por Ernesto fue una estrategia similar a la sostenida por su padre con el objetivo de lograr lo expresado como una necesidad: extender la internación, recibir explicaciones hasta tanto comenzaran a asumir el diagnóstico para reacomodar sus vidas y aplicar las indicaciones de tratamiento. Tal estrategia surgía también en respuesta a lo que consideraban un trato violento que las/os trabajadores/as “no tenían derecho” a ejercer sobre el paciente.

Las necesidades e incertidumbre de Juan y su hijo frente a la novedad de un diagnóstico grave chocaban con las consideraciones médicas generando una situación de tensión. El equipo médico manifestaba imposibilidad de operarlo por razones que excedían su voluntad y que, dado que el episodio agudo de internación estaba resuelto, requerían liberar la cama. Sin embargo, no podía proceder al alta hospitalaria si el paciente no se

iba. En síntesis, en lo concreto no podían sacarlo por sus propios medios ni ocupar la cama con otro paciente.

Al mismo tiempo, Juan se sentía mal por perder autonomía y pasar a depender de cuidados porque, como expresó, “yo siempre me arreglé solo”. Esta sensación podía ser una manifestación del proceso de alteración subjetiva que provoca la enfermedad grave cuestionando la auto-imagen que la persona tenía de sí misma hasta aquel momento (Cortez, 1997). En casos como los de esta investigación, la internación se convierte en un hito biográfico (Oddone y Aguirre, 2005) que impacta sobre la propia imagen construida y reconstruida a lo largo de su curso de vida; por ejemplo, en este caso, la de autosuficiencia. Por otro lado, la propia representación sobre el sí mismo no sólo es cuestionada y puesta en tensión mediante la aparición del diagnóstico, sino también a través de la mirada de las/os otras/os que sugieren la ayuda como imprescindible.

El “arreglarse siempre sólo” que se encuentra en consonancia con el estereotipo de un varón fuerte y proveedor entra en jaque. A su vez, la representación sobre la masculinidad manifiesta en aquella frase parecía influir también en las estrategias llevadas a cabo durante la atención del malestar. Por otro lado, en una sociedad de mercado, el cuestionamiento a la autosuficiencia de un hombre acostumbrado a valerse por sí solo que ha llegado a su vejez, puede conducirle a sentimientos de inutilidad. Más aún, si durante su trayectoria de vida fue él quien prestó cuidados y ahora debe recibirlos. Juan tomó el argumento de que siempre “se arregló solo” para explicar su preocupación y enojo por la situación y las acciones que en consecuencia había realizado.

#### Controlar la internación

La experiencia de Alicia también podría referenciarse con una estrategia “querellante”. La conocí en 2015 durante su primera internación en la sala de traumatología. Digo primera porque luego de ese evento, y entre 2015 y 2019, Alicia se internó entre 2 y 3 veces por año con estancias prolongadas de entre dos semanas y dos meses en cada oportunidad. Debido a lo llamativas que me resultaban las reacciones de esta paciente comencé a tomar una actitud de registro de las interacciones con ella, inclusive, tiempo antes de organizar metódicamente el registro de cuaderno de campo sobre el hospital.

Durante sus internaciones tuve múltiples encuentros con Alicia en el marco de mi actividad laboral. Por tal motivo la presentación de su situación será en forma longitudinal a fin de describir las acciones, actitudes y estrategias que caracterizaron su pasaje por el hospital.

Lo que originó su primera internación fue una caída desde un tercer piso del lugar donde residía en el medio de una pelea con su pareja. Según ella, no había sido un intento de suicidio, ni él la había querido arrojar. Contrariamente, se trató de un accidente consecuencia del efecto del consumo intenso de sustancias en que se encontraba.

Desde su primera estadía en el hospital, en general, en cada internación o consulta ambulatoria, siempre en mi rol de trabajadora social, trabajaba con Alicia. A su vez, ella demandaba mi atención para diversas consultas como así también para charlas informales en las que me preguntaba cómo estaba yo, me contaba cómo seguía ella y qué había ido a hacer al hospital.

Alicia usualmente hablaba fuerte, decía las cosas sin rodeos ni eufemismos. En nuestros encuentros, sus relatos siempre incluían un buen catálogo de insultos. A menudo no tenía miramientos en que a su alrededor se escuchara lo que decía y buscaba hacerse notar, salvo cuando ella quería contarme o consultarme algo en confidencia. Su carácter parecía resultarle un recurso efectivo en sus relaciones para conseguir lo que buscaba. Si bien sus familiares presentes eran sólo su padre y su madre y, hasta que falleció, el hombre que a veces la acompañaba (con quien mantenía una relación muy conflictiva y discutía con ella el día de la caída), Alicia siempre incluía en sus relatos contactos con los que hacía acuerdos en base a lo que necesitara como, por ejemplo, la señora a quien le alquilaba una habitación de su casa.

Sus reiteradas internaciones incluyeron diversas operaciones de su cadera y de su pierna porque, como ella explicaba y me habían confirmado algunas/os de sus médicas/os, en la primera cirugía habían cometido errores que perjudicaron tanto su posibilidad de volver a caminar como la orientación y forma de uno de sus pies. Según ella le “hicieron un desastre (...) se mandaron un montón de cagadas”. Por los “desastres” que habían cometido con ella, Alicia albergaba un profundo enojo y ya desde su segunda internación me confesó: “no voy a parar”. Con esa frase sentenció que haría lo necesario

para que la atendieran y le dieran respuestas. Cuando me relataba sus diálogos con las/os médicas/os y las respuestas que le daban solía expresarse con insultos. Para ella “estaban sucios (...) sabía las cosas que hacían, que ahí escuchaba todo y sabía todo lo que pasaba a la noche”. Así se refería a prácticas ilícitas del personal de enfermería (sugería situaciones como relaciones sexuales o compra y venta de drogas) y a la forma en que médicas/os y enfermeras/os “arreglaban” las operaciones e instaban a las/os pacientes a pagarles una suerte de “coimas” para ser operadas/os más rápido. Por todo lo que sabía, consideraba que querían “sacarla de encima” pero argumentaba que de ella no se iban a librar: “conmigo no van a joder” sostenía.

Alicia alternaba en la modalidad relacional que establecía con las/os médicas/os y enfermeras/os en la sala. A veces se llevaba y las/os trataba agradable y respetuosamente, les hacía preguntas sobre su pierna y las intervenciones que le hacían y no paraba hasta que le dieran la información que consideraba suficiente. Además, se reía y hacía chistes que las/os incomodaban. En otras ocasiones, mostraba su enojo, les gritaba refiriendo las cosas que conocía sobre la organización y funcionamiento de los servicios y también las/os increpaba diciendo que sabía los errores cometidos con ella. También las/os insultaba y se quejaba alzando el volumen de su voz y les recordaba que no se librarían de ella.

Entre 2015 y 2019 la mayoría de las internaciones y cirugías de Alicia habían sido posibles gracias a sus gestiones y las estrategias que utilizaba. Ella me expresaba en cada una de estas oportunidades cómo había logrado que la internaran con frases como “les reclamé que me operen”, “hice que me internen” o “les dije que me operen y entonces me dijeron que venga a internarme”. Por otro lado, dado que el trámite de solicitud de materiales para cirugías involucraba un formulario del servicio social (historia social) que diera fe de que la/el paciente no contaba con cobertura social que los costeara, más de una vez Alicia me consultó si yo había visto o entendía qué prótesis y materiales estaba pidiendo el equipo de traumatólogas/os para operarla. Sospechaba que solicitaban materiales extra para quedárselos o que lo pedían de mala calidad o distinto al que le habían dicho que le colocarían y se quedaban con el dinero sobrante mediante acuerdos con las ortopedias. Efectivamente, lo que ella pensaba "circulaba" o se sospechaba al

interior de la institución e inclusive se conocía como una práctica delictiva al interior de hospitales y coberturas sociales<sup>54</sup>.

En virtud de las situaciones que describí, Alicia era definida por la gran mayoría del personal que la atendía como más que una paciente querellante. Era calificada como “problemática”, “quilombero” y sobre todo como alguien a quien querían sacar de allí como fuera posible. No obstante, al tiempo que era detestada también parecía ser respetada o temida. Entre el personal intentaban pasar desapercibidas/os frente a ella, caminaban más rápido cuando transitaban cerca de su habitación, evitaban hablarle o ser quienes estuvieran a cargo de comunicarle diagnósticos o decisiones. A la vez, parecía ser ella quien decidía cuándo ingresaba al hospital y cuándo se iba de alta. En una de sus internaciones en 2018 me confió el motivo por el que había amenazado a una médica: se había enojado por una reprimenda que le había dado por pelear con otra paciente. Sin embargo, más allá de ese episodio, volvió a internarse en diversas oportunidades en la misma sala. Más de una vez había extendido su internación a pesar de que le comunicaran que estaba de alta con argumentos como que no estaba lista para irse, que consideraba que tenían que seguir atendiéndola o rehabilitándola o que no había conseguido un lugar para alquilar aún. El equipo médico se dirigió en reiteradas oportunidades a expresar quejas al servicio social instando a que desde allí se la convenciera de irse y se encontrara una solución. De hecho, durante su primera internación de 2019 confirmaron que la habían internado motivadas/os por su insistencia y que a ella no le replicaban si se negaba a irse o insistía con operarse porque hacía “escándalo”. No obstante, necesitaban que se fuera.

Alicia hablaba con orgullo de las estrategias y determinaciones que implementaba. Conocía el movimiento de la sala, a las/os médicas/os y enfermeras/os que pasaban a través de los años y conocía el funcionamiento del hospital. Sabía que tanto el director de la institución, como el jefe de la sala, el médico que había tenido a cargo su primera

---

<sup>54</sup> Pisano Di Filippo (2011) ha realizado una investigación en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires en torno a delitos y prácticas ilegales practicadas por profesionales durante la atención médica, entre las que se incluyen las que constituían sospechas para Alicia y para quienes trabajábamos en la institución. A la vez el artículo de Cortez (1997) muestra frente a una experiencia de atención con ribetes similares a la de Alicia que también estas prácticas suceden en otros países, como México.

operación y el resto de las/os profesionales sabían que le habían hecho una mala práctica y que ella era consciente de eso. Y, en base a ello, se manejaba como ella disponía y articulaba sus estrategias considerando, como decía, que las/os tenía “agarrados”. Ya en los últimos años era mediante un abogado que lograba internaciones y operaciones a través del cual presentaba notas en la dirección del hospital intimando a una respuesta. Nunca había querido consultar en otro efector porque quería que le den una respuesta en la misma institución donde le habían provocado perjuicios. Sabía a la vez sobre su cuerpo, que su pierna no había quedado bien y que eso no era directa consecuencia de la caída. Tenía, además, la intención de lograr volver a caminar y dejar la silla de ruedas. En efecto, las últimas veces que la vi me mostró con alegría y orgullo que había logrado caminar y que ya casi se manejaba sin andador. Incluso en ese momento sabía que seguiría insistiendo para que la atendieran hasta que su pierna mejorara cada vez más.

La forma de manejarse de Alicia cuando estaba internada la llevaban a colocarse en un rol de “patrona” de la sala: se ocupaba también de conocer a las otras pacientes, establecer buenas o malas relaciones con ellas, mantener vínculos amistosos o gritarles para que se callaran. Me asombraba su previsión respecto a cuándo debía ser operada nuevamente. Me sorprendía también el convencimiento y la férrea actitud con la que se manejaba. Alicia parecía no haber cedido ante el perjuicio que le había provocado el hospital y enfrentarlo mediante estrategias basadas en su conocimiento sobre la institución, su propio cuerpo, su trayectoria de atención, reconocer cuándo incomodaba y cuándo molestaba. De esta manera, oscilaba entre la queja, el reclamo, la querrela y los chistes incómodos y utilizaba sus conocimientos para “apretar” a las/os medicas/os. Y, así lograba diversos objetivos como internarse, operarse y caminar.

Asimismo, cabe destacar un aspecto más en términos de la comprensión de la enfermedad como entidad intersubjetiva (Recoder, 2011). En este sentido, las posibilidades de Alicia de insistir en la gestión de su malestar y profundizar su estrategia de “no dejar en paz a las/os médicas/os” podían estar condicionadas, habilitadas tal vez, por el hecho de que no era responsable de la gestión de los malestares de nadie más y no tenía otras/os a quienes cuidar.

Una cuestión más respecto del tipo de relación que las/os pacientes en el hospital podían

establecer con las/os profesionales es que el vínculo personal presentaba características diferentes a las que se evidencian en los relatos de las mujeres de la salita. Se debe considerar la dimensión de cobertura del hospital y la cantidad de población que abarca y recibe: el centro de salud tiene como competencia un área reducida a algunas manzanas de villa Reina, mientras que el hospital tiene como área de cobertura una zona compuesta por diversos barrios y asentamientos pudiendo recibir población de cualquier lugar. También deben tomarse en consideración los motivos que conducen a las personas a acudir a esta institución, que pueden ser eventuales o circunstanciales o llevarlas a atenderse en algún servicio en particular. Todo lo cual dificulta la construcción de un vínculo personal de cercanía similar al que referían las protagonistas que conocí en el centro de salud.

Empero, si bien registraba diferencias no significaba que no pudiera observarse la construcción de un vínculo particularizado con la/el profesional. Más allá de que esto funcionara como una estrategia conscientemente elegida, reflexionada o como una acción racional- instrumental, me fue posible observar la repetición de fenómenos al respecto. Las relaciones solían durar el tiempo que demandaba una internación ya que, si se volvía a repetir este acontecimiento, sería circunstancial que la persona fuera internada en la misma sala. Y, nuevamente, la construcción de relaciones cercanas parecía ser útil para sortear obstáculos de la vida en la institución, al menos, en lo que concernía a recibir un trato no hostil por parte de las/os profesionales o a que estas/os se comprometieran con las preocupaciones e inquietudes de la/el paciente durante su internación.

En ese sentido, al tiempo que sucedían situaciones como la de Juan y Alicia, pude observar la contraparte de las perspectivas de las/os pacientes, abocándome a conocer alguna/s de la/s apreciaciones del personal del hospital. Observé en distintas oportunidades el pedido (generalmente de alguna/algún profesional, medica/o o enfermera/o) que, recreándome la historia contada por la/el paciente, me hizo saber cuáles eran las necesidades particulares, deseos de cambiar su vida o infortunios específicos que requerían una intervención dedicada especialmente: “Ayúdalo porque quiere cambiar”, “A ver qué podés hacer por ella, pobrecita” o “Tiene una historia

terrible” son expresiones que escuché y registré en el cuaderno de campo. Por lo tanto, en las situaciones que observé en el hospital era frecuente que quienes se llevaban bien con el personal, le contaban su vida, sus imposibilidades o su deseo de cambiar, atravesaran una internación con mayor atención y captaran la sensibilidad del personal.

Analizando estas escenas me resonaron los usos (políticos) del cuerpo referidos por Fassin (2003) y su puesta en escena como objeto cuando no queda otro recurso aparente para acceder a lo que se demanda y reivindica como derecho. El concepto del “gobierno por los cuerpos” lo utiliza para explicar los mecanismos que se producen cuando la persona enferma o sufriente se moviliza ante el Estado para obtener respuesta a sus pedidos y el cuerpo aparece dotado de una suerte de “reconocimiento social”. El autor denomina economía moral de la ilegitimidad a este sistema que obliga a las/os dominadas/os en las relaciones de poder a usar sus cuerpos como fuente de derechos. El objetivo del relato de la/del enferma/o sería convocar y provocar los sentimientos de justicia y compasión en las/os agentes autorizadas/os a legitimarlo. El relato según Fassin (2003) movilizaría el tópico de la compasión poniendo al cuerpo en una relación directa con quien evalúa la situación apelando a dos sentimientos: la simpatía y la compasión. Por ello, los sentimientos (que en general son expulsados de los ámbitos de atención) son llevados a la relación de asistencia a través del relato. En el hospital, las situaciones de las/os pacientes que “conmovían” lograban producir la compasión a través de su relato y la exposición de su propia historia emulando el tópico del infortunio. Por el contrario, aquellas/os como Estela que “no se dejaba tratar”, o Juan o Alicia que querellaban al personal, tuvieron que ejercer como estrategia una actitud de reclamo, porque no habían logrado convocar los sentimientos especiales del equipo de profesionales y por el contrario, se enfrentaban a su hostilidad.

Por otra parte, más allá de que el trato recibido fuera amable u hostil había quienes ejecutaban otra estrategia al interior del hospital: irse de la internación sin alta hospitalaria.

#### Consultar y luego...La fuga

“Yo te extraño” me contó Ramón que le dijo a su esposa un tiempo después de que ella enfermara y ya no se pudiera levantar de la cama. Se había enfermado de cáncer y había

fallecido 8 meses antes de que él se internara en el hospital. La había conocido cuando vino a Buenos Aires desde Santa Fe y se habían casado. Él trabajaba de casero de un club del barrio y vivían en la “casa del casero”. Cuando lo obligaron a jubilarse tuvo que dejar esa casa: “lo único posible era meterme en la villa”. También comentó que siempre que salían juntos a cobrar la jubilación luego iban a tomar algo: “me volvía loco con la pizza, cómo le gustaba”. A continuación, como parte del relato, Ramón expresó su angustia respecto al fallecimiento de su esposa: “me la mataron en el hospital ese de cerca del supermercado. Yo creo que algo más se podía hacer pero no quiero hablar de eso porque me pongo mal”, se refirió así a la internación que culminó con la muerte de su esposa poco tiempo después porque él consideraba que podrían haberla salvado.

Ramón tenía 65 años y había sufrido la amputación de una pierna 20 años antes. Cuando lo conocí (en marzo del 2020) estaba internado en la sala de clínica médica por una infección en el pie que le quedaba. Sabía que estaba infectándose pero estaba dedicado a cuidar a su mujer en su enfermedad: “yo después voy a ir y me voy a internar” me contó que respondía a la sugerencia de un referente de una parroquia del barrio que lo visitaba en su casa para ayudarlo con algunas necesidades e insistía en acompañarlo a una consulta médica.

Ramón vivía solo en la misma casa que compartió con su mujer desde que había dejado de ser casero y no contaba ya con familiares presentes. En la primera comunicación que tuve con el hombre de la parroquia del barrio que lo asistía me expresó que lo ayudaba en lo que podía pero que Ramón vivía en condiciones edilicias muy precarias y de poca higiene. Agregó que por el estado de su pierna necesitaba ayuda para las actividades cotidianas y cuidados específicos que él no podía brindarle. A la vez, me dijo que cuando vivía la esposa de Ramón sucedía lo mismo y que él se dedicaba a su cuidado, pero bajo condiciones muy precarias. Las médicas que lo atendían consideraban también que Ramón no debía continuar viviendo solo y en un ambiente poco adecuado, dado que necesitaba que alguien le prestara cuidados y lo atendiera cotidianamente.

En los cuatro encuentros que tuvimos desde que la médica a cargo me transmitió su situación hasta que se fue, Ramón me contó episodios importantes de su vida y me hizo saber quién era el referente parroquial que lo ayudaba y cómo contactarlo. Pero, sobre

todo, me dejó en claro que no aceptaría otro plan luego de su internación que no fuera volver a su casa. Más allá de la necesidad de cuidados que identificaba el hombre de la parroquia y sus médicas, Ramón no quería que se le mencione la idea de ir a un geriátrico. Desde nuestro primer encuentro dijo que siempre se había arreglado solo y “así voy a seguir” enfatizó. Me explicó cómo iba a proceder una vez que estuviese de alta: iría a controlar su pierna a la salita que tenía cerca. “Yo le tiro 100 pesos a alguno de los pibes del barrio para que me empujen la silla hasta la salita y ahí me pueden curar, son 3 cuadras, los pibes abren los ojos sorprendidos cuando les digo que les doy 100 pesos por eso, en el barrio me conocen todos” me había dicho.

En el proceso de investigación, leyendo los registros sobre la experiencia de Ramón observé estrategias y saberes sobre la atención en el sistema de salud. Para tratar su malestar eligió internarse en un hospital aun después de haber sufrido la muerte de su esposa en otro hospital en el que consideraba le habían dado un trato deficiente. No dejó de acudir al sistema médico oficial y conocía bien cómo manejarse en las instituciones: sabía que por lo que tenía en el pie seguramente fuera internado, sabía dónde ir para que se lo curaran cuando se fuera del hospital y, a la vez, sabía cómo arreglarse usando las relaciones vecinales<sup>55</sup> para acceder a la atención. Sin embargo, no había consultado antes no porque no lo creyese necesario sino porque estaba completamente abocado al cuidado de su esposa y no tenía quién lo reemplazara en tal función. Por otro lado, elegía continuar su vida como estaba hasta antes de su internación más allá de haber recibido indicaciones y sugerencias opuestas: él “se arreglaba solo”.

Respecto a lo anterior, Ramón era otra de las personas que pospuso la atención de su malestar. Realizaba prácticas de cuidado de un ser querido, pero no hacía consultas periódicas, estudios de control, tratamientos preventivos o consultas en instituciones de

---

<sup>55</sup> Se puede observar que durante las internaciones las relaciones barriales también pueden jugar un papel en la gestión del malestar, se pueden utilizar para resolver el cuidado de niñas/os durante la ausencia, la vigilancia de la casa para evitar ocupaciones (como sucedía con Pedro), o recibir ayuda en el cuidado y necesidades que quedan luego de la internación. Eran también vecinas o vecinos quienes en reiteradas ocasiones se acercaban a prestar cuidados durante las internaciones, cuando la persona no contaba con familiares presentes o en el barrio. Se puede mencionar la historia de Pedro quien llegó al hospital a través de su vecino que lo llevó allí cuando se desvaneció, y aquí la de Ramón que sabía que en el barrio lo conocía todos y que se servía de ello para que le empujaran la silla de ruedas si lo necesitaba.

salud para sí mismo a menos que la necesidad fuera imperiosa. No obstante, cuando la necesidad de atender una enfermedad o daño del cuerpo resultó imprescindible para él, eligió el sistema de salud y sus instituciones como el lugar más adecuado para hacerlo. Empero, tal elección no implicaba que la confianza y entrega a la medicina fueran totales. Aquella línea entre “el dejarse estar” y el “no dejarse tratar” permitió reconocer una diferencia en ese sentido. Con reparos y con una actitud crítica, Ramón, como mis otras/os informantes, eligió el sistema de salud como la opción más adecuada cuando decidió poner en práctica una estrategia de atención del malestar que padecía.

La historia de Ramón trae, a su vez, una nueva estrategia posible en la gestión del malestar durante la atención médica. “La fuga”, como en general la denominaban las/os profesionales médicas/os y enfermeras/os, remitía a las situaciones en que la persona internada se retiraba del hospital sin haber recibido el alta médica pero tampoco firmando el alta voluntaria (como iba a hacer Estela). Simplemente sin avisar, y tal vez hasta cuidando que las/os trabajadores no lo advirtiesen, se iba del hospital. “La fuga” era habitual y sus motivos podían ser tan variados o múltiples como las historias y acontecimientos de las personas que la llevaban a la práctica.

Las inquietudes y preocupación por las cuestiones que se dejaban desatendidas durante una internación en combinación con los disgustos que podía causar la vida en el hospital podían influir en que muchas/os pacientes eligieran “fugarse”. El hospital solía ser un lugar donde las personas no la pasaban bien, lo decían las/os pacientes y lo decían las/os trabajadoras/es. El hospital no era un lugar agradable para estar. Menos aun cuando entre las prioridades no estaba resolver la causa del malestar físico. Otras veces, como describí, se sumaba el trato hostil por parte del equipo de salud. En consonancia con lo expuesto por Allué (2009), algunas formas de sufrimiento hospitalario tienen que ver con las condiciones físicas y las normas de organización y funcionamiento de las salas de internación.

Sin embargo, Ramón no había cuestionado los tratos que recibía del equipo de salud. Por el contrario, me había expresado que todas/os lo trataban muy bien. A la vez, sus médicas a cargo referían que era un señor muy agradable. “Es un viejo divino”, me había dicho una de ellas y no tenía apuro en darle el alta planificada para los días subsiguientes

a que Ramón se fue por su cuenta. En efecto, él había construido un buen vínculo con el equipo de profesionales y no era considerado un paciente “quejoso” o “querellante”, sino uno “divino” y por tanto había que lograr que viviera en mejores condiciones que hasta aquel momento. Sin embargo, ninguna de las dimensiones mencionadas impidió que su estrategia fuera la de retirarse del hospital sin alta a pesar de que su internación no había llegado a las dos semanas.

Al día siguiente de “la fuga” la médica de la sala me llamó para informarme que el paciente se había ido en el caso de que yo quisiera avisarle al señor de la parroquia y averiguar si había retornado a su domicilio. En efecto, ya lo había hecho porque constaté su partida cuando fui infructuosamente a entrevistarlo aquel día, probablemente un rato después de que la concretara. Si bien Ramón no me reveló los motivos por los que planeaba retirarse o si lo planeó y, aunque no estaba atravesando una internación conflictiva o con riesgo de muerte (como había sido la de su mujer), decidió autónomamente concluir la internación. Antes de la decisión médica sobre la finalización del episodio agudo, para Ramón la internación había terminado. Tal vez porque consideró que (más allá de lo que el referente de la parroquia y las profesionales opinábamos) en su casa estaría mejor que en el hospital.

Ramón había usado la misma frase que Juan “yo siempre me arreglé solo” y así quería seguir. Esa autoimagen podría estar influyendo en las estrategias que fue tomando durante su internación e incluso en las que lo llevaron a internarse en un hospital para recibir, en términos de Menéndez, la cura más rápida. Los estereotipos que pesan sobre el género masculino influyen en que los varones no sólo demoren la atención de sus malestares sino que cuando los atienden elijan la alternativa que visualizan como la que puede proporcionar una cura en el menor tiempo posible para así retornar a sus actividades: “Es una medicina de urgencia, y no una medicina de espera.” (Menéndez, 2011: 27). Cuando su autoimagen se veía cuestionada desde afuera, Ramón terminando la internación ejerció una autonomía de la que quería y podía seguir gozando.

### Reclamar autonomía

Cuando conocí a Roberto era un paciente internado. Tenía más de 70 años, era ciego y no contaba con familiares ni amigos presentes. Había sido internado en la sala de clínica médica durante el mes de enero de 2020 con diagnóstico de deterioro generalizado y estado de desnutrición, luego de haber consultado en la guardia del hospital por dificultades respiratorias.

Durante los distintos encuentros que mantuve con él (en ese momento como trabajadora social del hospital), lo noté y me confió que estaba muy angustiado por el uso de pañales y la poca frecuencia con la que se los cambiaban. En nuestro primer encuentro me relató que durante la noche anterior había solicitado a personal de enfermería que le llevara un papagayo, ya que con los pañales se desbordaba porque estaba orinando mucho. Él consideraba que no necesitaba pañales y que podía usar el papagayo porque controlaba cuando deseaba hacer pis.

Roberto se ocupó de aclararme que había expresado el pedido con mucho respeto, porque su intención era mantener un buen trato con todo el personal, pero la enfermera se había negado diciéndole que tenía que usar pañales, “que si ella le decía que era así, así debía ser porque era ella quién daba las órdenes”. Roberto agregó que, en esa oportunidad, un varón acompañaba a la enfermera pero que por su ceguera no pudo detectar cómo estaba vestido ni asegurar que fuera enfermero. No obstante, este hombre le hizo saber que tenía que cumplir las órdenes de la enfermera o sería atado a la cama. De hecho, él entendía que, como reprimenda ese día se le había negado la comida. A pesar de haberla solicitado.

Nuevamente sonaba la tentativa de ser atado a la cama en boca de algún/una profesional hacia el paciente. En el caso de Roberto, tenía el objetivo de acallar un reclamo vinculado a su auto-validez respecto de las necesidades fisiológicas y su higiene personal. De igual modo, apareció lo que para el paciente era una reprimenda: la negación de la comida.

En este caso, Roberto en la gestión de su malestar intentaba aferrarse a su autonomía física y reclamarla respecto de aquello sobre lo que todavía podía ejercerla. Él era ciego y había sido internado con un estado de deterioro general y desnutrición, por lo cual se

encontraba muy débil y con una autonomía restringida para resolver las necesidades de la vida diaria. Por tales motivos no era capaz de caminar hasta el baño y de utilizarlo. Sin embargo, eso no implicaba que debiera usar pañales. Roberto controlaba esfínteres y era capaz de utilizar el papagayo y la chata por sus propios medios. El uso de esos objetos le hubiese dado más autonomía al no depender de que el servicio de enfermería le pusiera pañales. Por otro lado, sin usar pañales gozaría de mayor intimidad en cuanto a su cuerpo y sus necesidades fisiológicas. Y además, fundamentalmente no usar pañales le serviría para no permanecer durante todo el día sucio con sus propios desechos. Según me contó a Roberto, le generaba mucho malestar, tanto físico como emocional, que lo dejaran tantas horas con los pañales sucios.

A su vez, luego de la internación el paciente sería derivado a una residencia permanente de adultos mayores, debido a que requería de cuidados cotidianos pero no contaba con personas que se los pudieran proporcionar (cuidadores informales), ni las podía costear (cuidadores formales). Roberto se encontraba solo, no contaba con familiares o amigos presentes y su único referente era un trabajador de la verdulería vecina al último hotel de pasajeros donde vivió previo a la internación, pero que a pesar de ser contactado no se había acercado al hospital. Por tanto, la vida en una institución era su presente pero también sería su destino. En ese sentido, el esfuerzo por conservar la mayor autonomía de la que fuera capaz, a la vez que buscar buenas relaciones con el personal (incluida yo), serían prácticas estratégicas útiles para Roberto a los fines de transitar de mejor manera la vida en las instituciones.

Roberto, elevó su pedido, de buen modo y explicando sus motivos. No obstante, recibió una reprimenda y una amenaza como respuesta. Frente al trato hostil, recurrió a mí como trabajadora social para contarme lo sucedido en confidencia, ya que temía ser castigado por el personal de enfermería si les hacían saber del reclamo. Al comunicarme reiteradamente con el jefe de la sala por la situación y solicitarle acciones al respecto, me hizo saber que hablaría con las jefaturas del servicio de enfermería tanto del turno diurno como del nocturno. Sin embargo, en cada entrevista Roberto relataba malestar respecto al uso de pañales y el retardo en la ayuda con la comida. A su vez, reiteraba el pedido de confidencialidad. Revisando mis registros observé que durante nuestros

últimos encuentros se sentía un poco más tranquilo, ya que si bien continuaba usando pañales, no lo trataban con tanta hostilidad. Asimismo, hacía hincapié en que continuaba dirigiéndose de buena manera al personal.

Retomando a Allué (2009), considero que el pedido y necesidad de autonomía de Roberto ponía, tal vez, en cuestión el poder del rol profesional en la institución y la asimetría entre personal y pacientes. De tal manera, ciertas/os enfermeras/os resguardaron su poder con hostilidad y más aún, con amenazas. En el caso de la estrategia de Roberto, al verse imposibilitado de lograr los resultados pretendidos, como no usar pañales y mantener un trato cordial con el personal, priorizó el segundo por sobre el primero. Esto tiene que ver con que para él fue más fuerte su temor a recibir reprimendas por hacer pedidos y elevar reclamos, que su intención de autonomía respecto de las necesidades fisiológicas.

\*

#### Las estrategias y los cálculos

Gran parte de las estrategias que describí eran ejercidas en dos tipos de efectores pero se iniciaban cuando las personas decidían atender su malestar a través del sistema de salud sorteando las dificultades que ello implicaba en su rutina cotidiana. Es decir, que tales estrategias comenzaban cuando ya no era posible continuar la rutina debido al padecimiento que las/os aquejaba. Desde ese momento desarrollarían diversas acciones con el objetivo de resolver su problemática de salud.

Cabe señalar, que las decisiones con respecto al modo de abordar los procesos de salud-enfermedad- atención- cuidado son parte de la auto-atención. Decisiones más o menos conscientes, más o menos calculadas y en función de las racionalidades y lógicas que cada una/o tiene, sus pensamientos, miedos y condicionamientos económicos, entre otras cuestiones.

En este sentido, Callon (1998) entiende que las personas hacemos cálculos que suponen jerarquizar distintos aspectos para la toma de decisiones. Más precisamente, calcular implica esbozar una lista de acciones posibles de emprender e identificar los efectos de las mismas en el contexto en que el agente esté situado. Desde esta perspectiva es

posible considerar que las opciones de atención resultan entre otras cuestiones de entender los malestares y la gravedad que implican y de ponerlos en relación con el saber sobre el funcionamiento de las instituciones sanitarias y, también en algunas ocasiones, de lazos que se pueden construir/sostener con las/os profesionales. Tales aspectos son el insumo de cálculos (más o menos conscientes) que posibilitarían determinadas acciones en la gestión del malestar. Las relaciones con profesionales podían servir para conseguir favores como en el caso de Ángeles: “la doctora siempre me pone por guardia” (favores que suponían el vínculo de referencia).

Por su parte, Teresa realizaba un cálculo que relacionaba las prioridades que otorgaba a la alimentación de sus hijas/os y el cuidado de su salud respecto de los costos de la dieta o medicamentos que le sugerían las/os médicas/os. Como resultado de ese cálculo optaba por el cuidado de sus hijas/os en lugar de los beneficios que acarrearía la dieta para su salud porque esta era la única opción realizable en relación a las variables que ponderaba en su vida cotidiana. De tal manera que la propia “dejadez” que mencionó era consecuencia de ese cálculo.

Asimismo, en sus cálculos Kary valoraba el trato que recibía de las profesionales que la atendían en relación a su necesidad de comprender los síntomas y tratamiento de la tuberculosis. En efecto, priorizó la buena atención del centro de salud por sobre la atención en un sanatorio. A la vez, su trayectoria de estrategias se guio por la búsqueda de explicaciones más allá de sus dudas y reparos en torno a la medicina.

Los procesos de auto-atención conllevaron en cada situación abordada un complejo cálculo particular en el que incidieron el uso del tiempo y el costo económico considerados en torno a múltiples aspectos condicionados entre sí. Es por ello que, si bien ambas vivían en situaciones de precariedad y privación de recursos, la disponibilidad de tiempos de Gabriela para la gestión de malestares que requerían internación era sensiblemente diferente a la que tenía Alicia. La primera organizaba su tiempo en torno al cuidado de sus hijos y la segunda lo hacía sólo en función de sí misma. Por otro lado, frente a un malestar crónico Alicia insistió en la gestión dentro del sistema de salud hasta obtener los resultados que buscaba a diferencia de Teresa que se “dejó estar”.

Decidir suponía para las personas mencionadas tener acceso a información relevante y a las consecuencias posibles de los cursos de acciones. Es de esta manera que se establecen y jerarquizan objetivos y consecuentemente se movilizan recursos para alcanzarlos (Callon, 1998).

Las personas mencionadas en esta tesis conocían al detalle la organización de las instituciones de salud, particularmente del CeSAC y el hospital, sus horarios de atención, los modos en que se recetaban los medicamentos y hasta sabían cómo evitar largas filas y acortar los plazos de espera. Conocían también el trato que se les daría tanto en el hospital como en la salita, las explicaciones o falta de ellas que les darían las/os médicas/os, las demoras que una internación podía significar y las consecuencias que tendría en su vida cotidiana. Además, en ocasiones, no sólo no se sorprendían cuando debían ser internadas sino que sabían cuándo sucedería, como Ramón, quien demoró la consulta por la infección de su pie hasta luego de la muerte de su esposa o, como Alicia, que no sólo sabía cuándo internarse sino también “como apretar a las/os medicas/os” para conseguir que la operaran. El cálculo de decisiones podía ser más o menos premeditado, sin embargo, el saber acumulado de las personas las llevaba por determinados cursos de acción. En suma, conducía a un encadenamiento particular de estrategias que llevó también a que personas como Ramón eligieran como parte de la gestión de su malestar cuándo irse, aún sin contar con alta hospitalaria.

En la finalización voluntaria de la internación es posible observar la agencia y la ponderación para la toma de decisiones. Las personas muchas veces conocían sus síntomas y sabían su diagnóstico y también cuáles eran las consecuencias de no tratar su padecimiento. Sin embargo, podían decidir irse del hospital, aun estando enfermas y requiriendo atención. En ocasiones las personas aceptaban la internación hasta tanto recompusieran la fuerza indispensable para volver a sus actividades cotidianas.

En los cálculos que realizaban las personas también conocían la provisión de medicamentos que tenía el quiosco de su barrio, que incluía remedios inexistentes en el vademécum de la sala y el hospital, y asimismo sabían a qué vecino consultar por un malestar de sus hijos.

A su vez, establecían vínculos de confianza con sus médicas/os, un quiosquero o una/n vecina/o que las/os conocía. Todo lo cual era útil para que pudieran decidir priorizando su rutina, el trabajo o el cuidado de la salud de otras/os antes que el de sí mismas; o simplemente volver a su casa cuando, según sus cálculos, ya no resultara beneficioso seguir en el hospital.

Durante este capítulo se pudo observar que las personas de esta investigación parecen dar cuenta en sus estrategias de un capital cultural o *know how* (Bourdieu, 1991) que facilitaría o potenciaría la auto-atención. Estos saberes los adquirieron en su vida cotidiana, frecuentado instituciones, incluso aunque algunas veces les hayan defraudado porque les obstaculizaron hacerse sus controles obstétricos, les hicieron prácticas que les provocaron daños específicos, les aconsejaron tratamientos inadecuados a sus posibilidades o les demoraron explicaciones. Porque también en otras oportunidades les habían acogido en momentos difíciles, como cuando, por ejemplo a Ángeles o a Kary, sus médicas y/o la trabajadora social, les dieron turno y les proveyeron las órdenes necesarias para que pudieran hacerse sus controles. Todas estas situaciones experimentadas fueron conformando un corpus de conocimientos y saberes estratégico para la gestión del malestar.

Por otra parte, detrás de las estrategias existían significados que vinculaban la salud y la enfermedad a lo bueno, lo malo, lo sucio y lo limpio. Este tema es el que describiré a continuación en el próximo capítulo.

\*\*\*

## CAPÍTULO 5- MALESTARES EN TORNO AL ADENTRO Y AFUERA- LO SUCIO Y LO LIMPIO- LO BUENO Y LO MALO

En este último capítulo me ocuparé de los significados que señalaron en Villa Reina en torno al espacio y la diferencia entre el adentro y el afuera de sus casas y su relación con aquello que consideraron “bueno” y “malo” y la salud. En este sentido abordaré cómo influían para ellas estos aspectos en la salud y, a la vez, el modo en que funcionaban como forma de diferenciación respecto de la población de la villa vinculada al uso y comercio de drogas.

Asimismo, abordaré la producción de significaciones que circulaban en el interior del hospital en torno a las categorías de limpieza y suciedad respecto de la salud.

### El “Afuera- Adentro” y las cosas de la vida

En el testimonio de Gabriela se destacaban los problemas ocasionados por la falta de servicios básicos (agua potable y cloacas) que afectaban su vida produciendo malestares, debido a que, con cada lluvia los pozos rebalsaban y su casa se inundaba de agua con materia fecal. Respecto de cuáles eran sus mayores preocupaciones expresaba:

“...mi casa, porque ahora encima tengo a mi nieta ahí, y tengo a mi nieto, y tengo que estar con ‘no mami, no toques eso’ tengo los pozos, que filtra y sale toda esa podredumbre y él (su nieto) está tocando. Ahora le salió unos granos, y por suerte los trajo a ver a los dos, les dije fijate, le salieron granos acá, granos allá, se meten a la boca, ella (su nieta) todavía no gatea, pero cuando empiece a caminar va a ser otro tema más, si estamos ahí. Tuve a mis hijos y a mis nietos enfermos, los tuve que mandar al jardín, son cosas que si o si de acá tengo que salir, o arreglar mi casa, o salir.”

Todos esos problemas la llevaban a querer irse, “salir” del barrio. Sólo una razón le permitía ponderar su permanencia en villa Reina, la presencia de una plaza frente a su casa.

“Es como que no sé, son muchas cosas que le cubro a mis hijos, a veces quisiera irme, a veces como que tengo la plaza ahí cerca y decís ‘bueno, tengo la plaza’, pero, para qué sirve la plaza si no los podés sacar, los sacás un rato y al rato están a los tiros y tenés que volar corriendo. Son cosas de la vida...”

... yo vivo ahí enfrente que están los fisuras, que se ve todo, están ahí, cagándose a tiros, el otro día la acompañé a una amiga a la parada, vine, y estaban todos los policías ‘papapapapa’ y yo ahí, que no sabía cómo hacer para pasar, ¡decí que estaba sola!”

“La calle” para Gabriela representaba el lugar donde ella pasó buena parte de su vida, inclusive estando embarazada.

“Porque a mí me pasó con mi hija, yo nunca, nunca, nunca... mira que estuve en la calle yo, mirá que me dijeron lo de probar droga en la calle, mi vieja nunca se hizo cargo de nosotros...”

A su vez, la calle era un ámbito que podía involucrar conductas que no deseaba para sus hijos. La relación casa-calle según Da Matta (1985), se da en términos de oposición, aunque una oposición dinámica y relativa. La casa era el lugar de la familia, el espacio de lo personal. La calle, por el contrario, era el universo de lo impersonal, lo anónimo. En el siguiente extracto de su relato se representa el modo en que las lógicas y prácticas de un ámbito traspasan e ingresan en la del otro.

“Y sí, porque los chicos ya están grandes, y como que ellos ya están diciendo, mi hijo ya dice ‘que ya estoy podrido de estar acá, que me quiero ir a la mierda’, ya ellos ya tienen otro vocabulario, ves que habla ‘ah no quiero estar acá, esta mierda’ te hablan como los pibes de la calle. Están en la calle, y cómo te puedo decir, ven a otros chicos, hablan con otros chicos, entonces se ve que el otro hace así, hace... y es como que ellos también adoptan esa forma. Encima están en los doce años, ya está, entonces le decís algo y ‘ah dejá de joder’ hablan todo como los pibes presos, y no es así, yo les digo ‘no hables así, hablá bien’, y, ‘bueno bueno’, no da, ¿entendés? Querés enseñarles cosas pero como que después retrocede todo, al pedo.”

Para tratar de sobrellevar esta situación, Gabriela ponía límites en su casa y fijaba reglas de convivencia con sus hijos y su hija:

“... ‘ay, pero yo tomo’ [Gabriela recrea una conversación con una amiga de su hija, y se refiere a tomar alcohol]. ‘Bueno tu casa será tu casa, tu mamá será tu mamá, pero esta es mi casa y me tenés que respetar’, digo yo. ‘Yo a mis hijos no les doy, si vos querés tomar, tomá en la calle y listo, pero en mi casa no, sos menor de edad y no’.

Y después tengo una hija de una amiga, viste como que soy de cuidar, está embarazada y no, no, si estás embarazada no tomás, y mi hija ‘ay pero si no es nada’...”

En el relato de Gabriela “calle” y “casa” se establecen como fronteras. Sin embargo, si bien existía una trasposición de prácticas censurables de “la calle”, como el vocabulario soez de los “fisuras” que los hijos de Gabriela reproducían en su casa, la calle también

conformaba el espacio donde se podía resolver parte de las problemáticas de salud. A pesar del peligro, de los robos, de los tiros, de la droga, también era en la calle donde Gabriela encontraba a don Dany, quien la ayudaba a solucionar los problemas de salud de sus hijos. Para Gabriela los anhelos de que su casa fuera un espacio de confort hogareño se veían obstruidos porque se inundaba de agua y residuos cloacales que enfermaban a sus hijos, su nieta y su nieto, de ahí la confusión, el conflicto y el malestar permanente de sus habitantes queriendo “salir de allí”.

Vogel y Mello (1981) plantean que las oposiciones en el espacio público no están dadas, sino que los espacios pueden ser transformados por el simple “modo de estar en ellos”. Así le sucedía a Gabriela con los modos en que habitaba su casa y la calle y las negociaciones que establecía en cada uno de estos espacios para sostener su vida en el barrio. Los usos del espacio se determinaban en relación con el conjunto de actividades que se desplegaba en cada uno. Los autores establecen que no hay reglas previas a un conjunto de lugares, sino que hay regularidades en las formas de apropiar un lugar, por eso el estar en la calle para Gabriela podía representar el peligro, al mismo tiempo que la posibilidad de encontrar a las/os vecinas/os y soluciones para diversos problemas de salud. Pero también, la calle era, a través de la plaza, el lugar de esparcimiento. La calle podía significarle malestar, angustia y nervios, pero también, en algunas ocasiones se constituía en fuente de alivio y esparcimiento.

Los aspectos que Gabriela señaló sobre su casa y la calle, muestran características específicas de la vida en su barrio que afectaban su salud y la de sus seres queridos y por eso quería irse de allí.

Sin embargo, Gabriela establecía reglas en su casa relacionadas con la limpieza y suciedad. Mediante sus regulaciones intentaba evitar que en su hogar penetrara la “suciedad” de la calle (el lenguaje de los pibes de la calle, la amiga de su hija tomando alcohol siendo menor de edad, el agua con materia fecal). A su vez, como no lograba impedir esa “contaminación”, proyectaba irse a otro lugar donde sus hijos no tuvieran que hacer sus necesidades en un balde. En este sentido, a través de estas situaciones que relataba Gabriela, se plasmaba lo que Douglas (1973) refiere con respecto a que “...la

suciedad ofende al orden. Su eliminación no es un movimiento negativo, sino un esfuerzo positivo por organizar el entorno” (*Ibid:14*).

Ángeles, por su parte, ejercía un acérrimo seguimiento de las conductas de higiene tradicionales. Fue quien se detuvo en detallar sus prácticas de lavado de ropa y su interés en que sus hijos habiten un ambiente siempre limpio al interior de su casa, estén limpios y sean vistos de esa manera. “Limpio rapidito, para que ellos se sientan bien, que no lleguen a lo mismo, a lo sucio”, había dicho, como parte de un extenso relato de sus actividades rutinarias en el que varias de ellas tenían que ver con la limpieza y el lavado. Las conductas de higiene de las sociedades occidentales según Le Bretón (2011), son las promovidas por el modelo médico y principalmente seguidas por las clases medias en sus conductas cotidianas y en menor medida por los sectores populares, que funcionan no sobre la base de una ausencia de higiene sino, sobre la base de otra relación con la higiene y la prevención. Las particularidades de las relaciones con la limpieza y la higiene en Villa Reina, las reglas dentro de la casa, la diferencia entre la casa y la calle y, como se retomará a continuación, las conductas buenas y malas, fueron consideradas influyentes en las circunstancias de salud, la enfermedad y los malestares.

#### El cuerpo, lo bueno y lo malo, lo podrido y el destino

Teresa no realizaba consultas médicas en el tiempo que “debía” y por ello dijo que sentía que la dejadez la caracterizaba. Sin embargo, a pesar de que no tenía hábitos que considerara malos para la salud, sufría de afecciones crónicas. Vale recordar que cuando le pregunté qué hacía para tener salud Teresa me respondió así:

“...cuidarme, comer, cuidarme, por ejemplo, no fumar, no tomar, ni tampoco consumir droga, porque la droga no es buena. No hacer lo malo, porque bueno aunque yo no fumo tengo problema en los pulmones, pero bueno, a veces, muchas veces vos te preguntás, pero cómo si yo no fumo, no tomo, no hago cosas que me perjudiquen y tengo ciertos problemas, entonces bueno...”

De su testimonio se puede interpretar que la imposibilidad de brindar una explicación a sus enfermedades evidentemente la desconcertaba. Teresa planteó una diferencia entre lo bueno: comer bien, cuidarse; y lo malo: drogarse, fumar. Además, retomando un segmento de su relato, había dicho:

“...hay que cuidarse en un sentido de las relaciones, los preservativos...cómo te puedo decir, los chicos, la juventud, los chicos drogados tampoco se cuidan y ¿viste?, y dicen ‘uh que chica hermosa’, pero por fuera, y no sabes si por dentro está toda podrida, perdón la palabra, pero es la verdad, y la sífilis, la enfermedad de la sífilis, todo, o sea, eh también a veces, por descuido, pero también, por eso yo le digo a mi hijo, ‘ojo tené cuidado, fíjate’. Quizás antes también era muy bruta, no era de decir, ‘llevate un preservativo en la cartera por cualquier cosa’ porque yo pienso, siempre pensé, ‘ah mi hija se va a casar, va a ser una señora’ pero no es así, ya sé que le despierta la curiosidad tanto a la juventud también, a los chicos, y a las chicas, pero bueno, uno no prevé...”

Según Teresa, en la juventud, la curiosidad mezclada con el descuido, impedía que se pudiera prever y prevenir. De esa manera, tal combinación podía conducir a “lo malo”, como las drogas o, traer como consecuencias enfermedades como la sífilis y otras de transmisión sexual. A la vez, la curiosidad parecía, para ella, la causa de que sus hijas no se casaran (a pesar de que ellas y uno de sus hijos ya vivían en pareja).

Cabe señalar que Gabriela también se había referido a las conductas sexuales “no conscientes”, sin cuidados (en relación al embarazo) y vinculadas al uso de drogas, como algo que estaba mal,

“...yo ando por la 14 [se refiere a la manzana 14], ando por todas partes y yo conozco muchas chicas que se drogan y siguen teniendo hijos, y van y los hijos se los dan por ahí a la madre, o a la abuela y vuelven a drogarse y vuelven a... Y eso también está mal y uno dice, ¿cómo puede ser? ‘¿Por qué no te cuidás?’ Es como que ellas ya no están conscientes de lo que hacen, pero cuando van a la salita dicen que ellos no lo hacen, porque está en ellos [se refiere a que las chicas adjudican el uso de preservativo como responsabilidad de los varones], que si quieren o no, pero como ellos no son conscientes de lo que están haciendo, les importa un pito, si lo hacen o no.”

Retornando al relato de Teresa, ella definió el consumo de sustancias ilegales como “hacer lo malo” y las afecciones que conlleva las asociaba causalmente a esos comportamientos morales. A su vez, enfermedades como el cáncer o la que ella padecía, el Chagas, simplemente “se despertaban”, como le pasó a ella, y podían tener otro origen, no moral. Teresa no comprendía por qué estaba enferma si nunca había consumido sustancias o había tenido comportamientos que pudieran provocar afecciones. Así lo dijo ella:

“...Por eso digo yo nunca tomé y tengo problemas, quizá eso es por mi enfermedad porque tendría que hacer algo bien profundo, pero como siempre

estoy pensando en mis hijos, soy dejada de mí, yo me dejo para último momento, pero bueno...”

“En general, bueno, la enfermedad es distintas cosas, por ejemplo, el que se droga, el que toma, termina con ciertas, ciertos problemas de riñones o etc. De la droga dicen que le mata las neuronas, va quedando bobo, ¿entendés? Pero en el sentido de la enfermedad, el cáncer, o el Chagas, son cosas a veces, que muchas veces se despiertan.”

Teresa también expresó que el cáncer se despertaba cuando “no se hace lo que se debe”, como por ejemplo comer bien. Según su relato, la enfermedad aparece como un resultado por no llevar una vida correcta subyaciendo en ello cierto tipo de discurso moralizante. Ella expresó:

“Pero el Chagas es una desgracia por la misma razón según dicen, que es el bicho de la pobreza, por las casas en los ranchos, las casas de adobe, yo justamente tuve la desgracia, pero me picó y ni siquiera lo sabía, y me enteré recién en el último embarazo. (...) En Jujuy, viví ahí, entonces mi mamá, mi padrastro, ellos han tenido sus defectos de ser alcohólicos pero siempre han sido personas trabajadoras, pero bueno, tuve la desgracia yo y otros no, pero bueno, es el destino, a veces es triste, pero bueno uno no elige los problemas de las enfermedades...”

Para Teresa una enfermedad como el Chagas, es una “desgracia” causada por la pobreza. En sus testimonios mencionó el destino y la pobreza intentando otorgar una respuesta al malestar que sufría. Durante su infancia, su madre y su padrastro trabajaban en el campo, en Jujuy, pelando caña de azúcar. Vivían en una casa de adobe en esa provincia en situación de extrema pobreza, y allí fue picada y adquirió Chagas. Refirió: “éramos indigentes, éramos muy pobres”. Teresa fue la única de mis interlocutoras que nombró sus condiciones materiales de vida como “pobreza”, sin ningún tipo de rodeos y a través de frases como, “la dieta para el pobre no da”, o la que aquí utilizó “éramos muy pobres”. El relato de Teresa tomaba distancia de su historia de indigencia en Jujuy y, si bien aún se consideraba pobre, también pensaba que había mejorado su situación en relación a los cuidados y consejos que podía darle a sus hijas/os, por ejemplo, sobre el uso de preservativos, tal vez porque no era tan pobre como en su infancia y porque como dijo ella misma “no era tan bruta como antes”.

Durante nuestro encuentro Teresa reflexionó sobre la causa de las enfermedades y parecía que buscaba entenderlas, en ese sentido expresó: “cada enfermedad tiene sus pasos como cada pregunta tiene su por qué, y yo siempre dije, siempre hay un por qué” En su reflexión de las enfermedades en las que involucró las elecciones que las producen/ causan y/o explican, Teresa diferenció para sí los comportamientos buenos de los malos. Entre los últimos, pareció ubicar el consumo de droga como el principal entre ellos. La falta de comportamientos “decentes” puede llevar a enfermarse mediante la elección de hábitos malos, que podrían comprenderse en clave de lo limpio y lo sucio señalado por Douglas (1973). Desde su perspectiva, Teresa como madre, abordaba/gestionaba los malestares que podrían ocasionarse en el futuro no lejano priorizando la rutina de cuidado de sus hijos/as, con el propósito de que fueran personas decentes y, por ende, sanas o con salud.

Si bien en su relato por momentos la pobreza aparecía condicionando determinados problemas de salud como el Chagas que ella misma padecía, en otras oportunidades la ubicaba como una restricción en el acceso a recursos y/o bienes para sentirse mejor, pero no como la “causa” de las enfermedades, por ejemplo, una dieta suficiente y saludable, o acceder a medicamentos costosos, o cuando se refirió a la imposibilidad de acceder a tratamientos para la dentadura:

“...porque viste uno muchas veces como que es dejado, te mandan a otro lado y después ya no vas y perdiste el turno, y se te fue el tiempo, y lo dejás y cuando te diste cuenta lo tenés que arrancar de una sola vez y listo [se refiere a las piezas dentales]. Me pongo los postizos y nunca llegan, me falta plata y nunca llegan los postizos, uno cree que la plata es fácil pero no es la plata fácil, cuesta juntar y cuesta ganarla, y los dientes no salen baratos [ríe].”

Los testimonios sobre su estado físico, su falta de piezas dentales, su agitación cardíaca, sus malestares intestinales por no poder seguir las dietas y, también sus tonos de voz, palabras y actitudes, parecían mostrar la falta de alternativas. En su forma particular de vivir la enfermedad, intentando entenderla articulando lo predestinado y lo elegido, ella tradujo las imposibilidades marcadas por la pobreza en “dejadez”. Porque Teresa consideraba que hay mucho de la elección personal en cómo se produce la salud y enfermedad. De tal manera atisbó en su relato una explicación sobre por qué a pesar de no tener malos comportamientos se enfermaba, se auto inculpaba por ser “dejada”. Mi

interlocutora parecía privilegiar en esa caracterización la actitud individual como la de mayor responsabilidad en su situación de enfermedad, más aún que la pobreza, más aún que no poder acceder a tratamientos médicos. Al hablar de su dejadez, Teresa consideraba que era ella la que no cumplía.

A su vez, el destino juega un papel importante como explicación (que se dan muchas personas como ella) en torno a la desgracia de enfermar. Para Teresa, nadie elige las enfermedades, pero sí se involucra en las circunstancias que las generan, muchas veces por curiosidad, como en el caso de las drogas, el alcohol y, de afecciones de transmisión sexual como el VIH y la sífilis, o por el “destino”.

Para Teresa, la enfermedad y la salud parecían ser resultado de un cálculo de relaciones (Callon, 1998) entre los valores morales y la condición económica, donde las prácticas que se desarrollan para sostener la rutina se ubican en la intersección de esas categorías. En ello, el destino aparece como una dimensión que condiciona las enfermedades y que está fuera de la elección personal y las propias prácticas. En este sentido, y en relación al cálculo que realizaba para hacer lo que debía para mantener la salud y el orden en torno a sus valores morales, Teresa entendía que debía consultar a las/os médicos, porque “corresponde”.

En las palabras y frases que eligió se observaba un fuerte tono de disgusto con aquello que enfermaba, por ejemplo cuando dijo, “para mí la droga no es la solución, ni tampoco el alcohol, ni tampoco la delincuencia, pero bueno, que se yo, ellos recién cuando tienen un golpe y le hicieron algo, pero a veces es tarde, porque los tenés que llorar en el cementerio y es peor”; o cuando había expresado, “la dieta para el pobre no da”; o también cuando enunció, “dicen ‘uh que chica hermosa’, pero por fuera, y no sabés si por dentro está toda podrida...”.

Sus prácticas de autoatención se combinaban con un camino trazado por la búsqueda de respuestas, en el cual, sufría dolores, malestares intestinales que no lograba que fueran diagnosticados en forma definitiva, pero, elegía la medicina aunque no le otorgara respuestas satisfactorias, tomando de ésta lo que le resultaba útil para su rutina y la atención de sus hijas/os. Considerando la “racionalidad” de Teresa, puede observarse un determinado orden con respecto a las enfermedades y sus causas: las elecciones

personales pueden provocar enfermedades causadas por hacer cosas malas (comer mal, drogarse, fumar), que generan que las personas se puedan “pudrir” por dentro. Y, por otro lado, las desgracias causadas por el destino (y que la pobreza también condicionaba pero no alcanzaba a explicar completamente), sobre las que se preguntaba “¿por qué se me despertó?”, como sucedía con el mal de Chagas única enfermedad que efectivamente le diagnosticaron. Haciendo un paralelo con lo que plantea Douglas (1973), sobre las reglas de la impureza y los peligros que conllevan, al compararse Teresa con personas que para ella eran impuras en el sentido de que se drogaban y eso las llevaba a enfermarse, aparecía su enojo con sufrir enfermedades. Ya que no había elegido ninguna de las cosas que hacen mal, adjudicaba entonces su enfermedad en gran parte al destino.

#### El cuerpo expuesto a la y en su suciedad- la internación

He analizado las reflexiones que Teresa y Gabriela realizaron en Villa Reina sobre los significados que adquiría el adentro y afuera de sus casas, en relación a sus concepciones sobre lo bueno y lo malo o lo bueno y lo podrido, en tanto ello aparecía asociado a la salud y a la enfermedad.

Si bien la internación hospitalaria presenta muchas particularidades he hallado algunas características que permiten establecer puntos de conexión con los sentidos que circulaban en la villa en relación a lo sucio y lo limpio, lo privado y lo público y sus asociaciones con la salud y la enfermedad.

La imagen de pulcritud o higiene, que desde el sentido común debiera caracterizar a una institución hospitalaria, se encontraba las más de las veces ausente o socavada dentro del hospital. Esta situación podía deberse, por un lado, a las costumbres, a las posibilidades de higiene de las/os pacientes, o bien, a su estado clínico. Por otro lado, la falta de higiene hospitalaria se podría relacionar con el modo en que se prestaban los servicios allí adentro. En síntesis, a aquello que se admitía (suciedad visible en salas y espacios comunes del establecimiento y la proliferación de infecciones intrahospitalarias) y a aquello de lo que carecía (por ejemplo, mayor cantidad de personal para limpieza del establecimiento, insumos y atención suficiente de pacientes). Pude identificar algunas

situaciones en las que los modos establecidos de comportamiento cuestionaban los parámetros comunes de higiene, suciedad y limpieza.

En el hospital existían espacios que emanaban olores fuertes, que podían provocar náuseas o malestares. El olor me llamó la atención desde las primeras veces que ingresé a las salas de internación de adultas/os del hospital. Como todo aquello que por volverse parte de lo cotidiano deja de sorprendernos, con el tiempo, dejé de reparar en ese olor característico cada vez que ingresaba, excepto por aquellas oportunidades en las que resultaba profundamente penetrante. Era el olor de las excreciones del cuerpo humano multiplicado por 15 o 20 pacientes de sala el que por momentos dificultaba la respiración del aire en esos espacios. Las secreciones purulentas, la poca higiene, la orina o materia fecal contenida durante horas en pañales, en sondas, en papagayos, chatas, vendas, en los colchones o en el piso, emanaban hedores que se mixturaban con el olor de la comida.

No obstante, si bien es casi inevitable para quienes estén imposibilitadas/os de acceder a un baño o quienes atraviesan algún procedimiento particular, que las secreciones de su cuerpo se vuelvan materia de percepción pública, la configuración y permanencia de aquel olor tan particular tenía que ver con otros aspectos. En primer lugar, una situación recurrente era la demora en la atención de higiene a pacientes que dependían de la asistencia profesional. Por otro lado, a veces la falta de aseo se vinculaba a hábitos de higiene propios de las personas o también a cuestiones de desinhibición y falta de pudor (debidas a algún padecimiento de salud mental, por ejemplo). Sucedió también que como estrategia particular de protesta la/el paciente defecaba u orinaba en el piso de la habitación o esparcía materia fecal por las paredes, frente a una relación hostil con el personal de la internación. Los resultados de estas situaciones repercutían directamente en la fetidez que se concentraban en las salas de internación mencionadas.

Por mi rol de trabajadora social he asistido reiteradas veces al reclamo y/o pedido angustiados de las/os pacientes o sus familiares solicitando intercesión con enfermeras/os y médicas/os, porque más allá de haberlo solicitado, durante todo un día no habían tenido un cambio de pañal, un periódico cambio de sonda o por horas no se habían vaciado las chatas y papagayos. Este reclamo/pedido se había convertido en parte de lo

usual. Pacientes o familiares acompañaban el relato, a menudo, recreando los gritos o amenazas recibidas de parte del personal frente a la realización de un pedido de estas características. Una amenaza recurrente era la de ser atadas/os a la cama si continuaban molestando, como se ha visto en la situación de Roberto. A veces, estas hostilidades se agudizaban, cuánto más vulnerable, sola o imposibilitada de reclamar se encontrara la persona.

A la vez, resultaba usual que las personas se encontraran desnudas en su cama de hospital. No sólo se trataba de pacientes sin lucidez ni ubicación espacio-temporal, sino que, más de lo que podía esperarse, eran personas que simplemente estaban desnudas o semi-desnudas durante la internación. No obstante, si bien estaban quienes solicitaban ropa, era usual que muchas personas no realizaran ninguna queja o reproche al respecto de su desnudez. El hecho de que en una internación el cuerpo obligadamente queda expuesto al examen médico (Johannison, 2006) es lo que justificaba la desnudez sin reparos en la institución.

La situación de Roberto, abordada en el capítulo 4 ilustra diversas dimensiones de las trabajadas aquí. En este sentido, más allá de que aspectos como los fluidos del cuerpo o la desnudez, pueden ser parte de lo habitual en una internación, la intención de sostener hábitos de limpieza que le demanden a profesionales determinados trabajos no deseados o “molestos”, como sucedía con Roberto respecto del cambio de pañales o el vaciado de chatas y papagayos, puede resultar condenado o castigado por el personal. Además, si bien el cuerpo en la vida cotidiana se vuelve transparente, se borra, como señala Le Bretón (2011), sin que le prestemos demasiada atención, ocurre lo contrario en una internación en la que es casi imposible borrar el cuerpo enfermo, su transparencia es inviable y los sentidos se invierten: todas las situaciones que en otro contexto resultarían vergonzosas se tornan parte de lo admitido y/o legitimado por la mayoría de los actores que transitan la institución.

Es así que, en la internación se desdibujan los límites entre lo sucio y lo limpio, lo privado y lo público. Tal como ha expuesto Goffman (1998), la vida institucional coloniza la vida de las personas en una internación hospitalaria. Retomando su trabajo y mis registros en el hospital pude reconocer cómo el orden de lo privado y las actividades

de la intimidad quedaban expuestas a lo público siendo parte de la práctica clínica, del tratamiento, de lo ineludible. A la vez, tomando el relato de Roberto, es posible observar cómo a veces el buscar intimidad o higiene se convertía en motivo de amedrentamientos y tratos hostiles.

La dinámica institucional y las invalideces que padece el cuerpo que cursa un proceso de enfermedad llevan hacia el afuera aquellos residuos producidos por humanos, que ensucian y se pudren. Y de esta manera, el cuerpo, en su exposición, cuestiona la fijeza de las categorías de suciedad y limpieza en relación a la salud y la enfermedad. El hospital no por ser una institución que debía cuidar la salud y atender la enfermedad resultaba un ámbito donde la higiene fuera del todo preservada. Y, más aún, en el contexto de internación, en el cotidiano, como señala Le Bretón (2011), las costumbres usuales de privacidad corporal y los comportamientos mediante los que controlamos la imagen que damos a otras personas eran suspendidos.

En este sentido, sería un error entender la intimidad en términos estáticos. Pensada generalmente como espacio de lo interno-individual, la desnudez del cuerpo y sus fluidos y secreciones pertenecerían al ámbito de lo íntimo reservado a lo privado. Una consideración restringida de lo íntimo podría suponer que las personas internadas en el hospital no tenían cuidado sobre los aspectos de intimidad y privacidad. En efecto, en la estancia hospitalaria la noción de intimidad parecía revestir representaciones diversas, alejarse de lo que tiene que ver con el cuerpo, que se convertía en un elemento público debido a su exposición al examen médico (Johannison, 2006). En este sentido, Roberto a pesar de estar internado deseaba intimidad y autonomía para sus necesidades fisiológicas. Más aún, a pesar de usar pañales, durante su internación me solicitó si le podía conseguir ropa ya que no deseaba estar desnudo.

Es posible observar, a través de experiencias como la de Roberto y Juan que recibieron amenazas y tratos hostiles, que la existencia de riesgos vinculados a la violencia, como los que Gabriela refirió sobre su barrio, no era privativa de lugares como Villa Reina. A su vez, tampoco eran exclusivos de ámbitos como la villa otros riesgos que mis entrevistadas de allí habían destacado sobre el barrio, como la droga, la suciedad, la materia fecal permeando los ambientes o la putrefacción. Por el contrario, se hacían

presentes también al interior de una institución que, en los términos formales de sus funciones de cuidado y cura, debía ser un espacio libre de tales cuestiones.

#### Entre las perspectivas sobre salud- enfermedad y los derechos vulnerados

A esta altura del análisis resulta innegable que tanto las perspectivas como las experiencias y la gestión de los malestares que aquí se trabajaron muestran la agencia de las personas, sin embargo, no puedo dejar de señalar también la evidente vulneración de derechos. De hecho, para enfrentarla, las personas ejecutaban la variedad de estrategias analizadas en esta investigación. Tales vulneraciones de derechos fueron un desafío. Como trabajadora social el ojo estaba puesto precisamente en las mismas, pero como investigadora, en lograr conocer la perspectiva de las personas en torno a ellas.

De hecho, desde la óptica de la Medicina Social (Laurell, 1981) el problema es más amplio y no se limita a las instituciones de salud. Podemos entender aquí que la responsabilidad no cabe sólo al Ministerio de Salud, sino a todas las esferas del Estado. En este sentido, esta tesis se inició basándose en la comprensión de que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas socialmente. Las condiciones en las que se vive y trabaja determinan formas de enfermar y la salud a la que es posible acceder, configurando los denominados “determinantes sociales de la salud” (*Ibid*). En el caso de la población sujeto de esta tesis, la vulneración de derechos en casi todas las necesidades básicas (salud, vivienda, trabajo, educación, esparcimiento) influyó no sólo en las enfermedades sino también, en su forma de interpretarlas. En efecto, el hecho de centrar la salud en el cuidado de la rutina y en todo aquello relacionado a la salud de las/os hijas/os estaba condicionado por sus circunstancias de vida en las que padecían múltiples formas de vulneración de derechos. En otras palabras, es posible que la limitación en el acceso a derechos y recursos determine cómo se entiende y practica la salud y la enfermedad. Debido a que tales limitaciones llevan a que la vida cotidiana eclosiona frente a la atención de un malestar. Por ejemplo, correr el riesgo de perder el empleo. O también, la falta de medios para resolver el cuidado de personas a cargo. O bien, perder el pago del día por no poder trabajar.

En este sentido, la vulneración de derechos que padecían las personas mencionadas en esta investigación, condicionaba a su vez, las posibilidades de gestionar las enfermedades que tales circunstancias potenciaban. De manera que, la vulneración repercutía y dejaba huella en una segunda instancia (la de la gestión) en los cuerpos de las personas. En efecto, cada malestar sobre el que se demora la atención puede acarrear secuelas físicas irreversibles.

Desde la perspectiva de considerar los determinantes sociales de la salud, éstos se encontraban o eran parte de la rutina y se mezclaban con ella porque configuraban la forma que tenía la vida cotidiana de las/os protagonistas de esta investigación. Gabriela lo expresó claramente dentro de “las cosas de la vida” cuando refirió como parte de su cotidiano el esquivar un tiroteo mientras caminaba por las calles de Villa Reina. A su vez, algunas personas en ocasiones percibieron sus condiciones de vida en relación con la salud y otras tantas no. Por ejemplo, Teresa que habló de su pobreza, pero también consideró que tener comportamientos malos conlleva enfermedades específicas como el sida. Por otro lado, a menudo las personas reclamaban por el cumplimiento y el respeto a sus derechos. Así sucedía con Juan y su hijo que demandaron el derecho a un mejor trato en el hospital. También lo hacía Alicia al reclamar luego de la mala praxis que sufrió. En otras ocasiones, como la de Roberto, el reclamo de higiene, limpieza y autonomía en su gestión del malestar, cedió ante el temor a percibir un trato más hostil o dañino que el que ya recibía.

Observé que la desigualdad en el cumplimiento de derechos parecía marcar sus cuerpos. Por ejemplo, los de Gabriela, Pedro y Ramón que demoraron las consultas por no contar con condiciones para sostener la rutina. Por ello sufrieron luego daños más severos en sus cuerpos o mucho dolor. Al respecto, Pedro detectaba su dificultad para respirar que aguantó hasta desvanecerse. Ramón, por su parte, vio avanzar la infección en su pierna mientras se avocaba al cuidado de su esposa. Y, Gabriela sufría dolores de vesícula ya que no podía concretar la cirugía pendiente.

Respecto a las instituciones de salud, también existía una vulneración de derechos: el trato hostil, el destrato e incluso las encrucijadas institucionales en las que entraban en conflicto las necesidades de las personas con el funcionamiento institucional. Cada

maltrato o destrato en la atención podía alejar a las personas de la búsqueda de cura. Como sucedió con Teresa que se cansó de buscar respuestas a sus malestares. A su vez, podía provocar nuevas marcas en el cuerpo. Como le sucedió a Alicia al sufrir una mala praxis. O como sucedió con Estela que prefería demorar la cura para encontrar otro hospital donde sentirse más cómoda, aun tomando el riesgo de morir.

Por otro lado, la forma en que se expresaron significados en torno a la salud y la enfermedad vinculados a las dicotomías entre el adentro y afuera, lo sucio y lo limpio o lo bueno y lo malo, evidencia también el socavamiento de los derechos. Las consideraciones de Teresa sobre la vinculación de las enfermedades con la pobreza y la falta de acceso a recursos y bienes, mezclada con factores dañinos muy presentes en el contexto, como la circulación de drogas en el barrio en que vivía, muestran este aspecto. Por otro lado, la agencia de Roberto en el pedido de higiene y de evitar el uso de pañales, aparecía como respuesta a una situación inicial de hostilidad e incluso de violencia hacia él que vulneraba su derecho a recibir buen trato durante la atención. Por un lado, por ponerle pañales si no era necesario. Luego por demorar en la asistencia para cambiarlos. Y, más tarde por darle una respuesta amedrentadora cuando expresó un pedido al respecto. Cabe destacar que también tal vulneración marcaba su cuerpo, ya que el uso innecesario de pañales y la demora en el cambio podía provocar que Roberto evitara defecar u orinar, a la vez que el pis y la materia fecal en contacto extendido con la piel podían producirle laceraciones e infecciones.

Al mismo tiempo, el punto a destacar era la humillación a la que se sometía a Roberto. Más aún en un contexto en el que el maltrato durante la atención es sancionado por nuestra legislación<sup>56</sup>. Asimismo, el trato hacia el paciente se puede considerar viejista. Por viejismo se entiende el conjunto de prejuicios, estereotipos, discriminación y segregación de las personas en base a su edad (Salvarezza, 1993). La hostilidad hacia Roberto se ejercía en un contexto en que el maltrato a una/un adulta/o mayor es

---

<sup>56</sup> Ley de derechos del paciente en su relación con los servicios de salud N° 26.529.

condenado por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores a la que nuestro país suscribe<sup>57</sup>.

Vale detenerse nuevamente en la situación de Roberto ya que plantea una excepción y una diferencia respecto de las otras mencionadas en esta tesis. Lo que a él le sucedía era, sin embargo, muy usual entre la población que se internaba en el hospital. Roberto no manifestaba inquietudes por estar desatendiendo actividades cotidianas, ni una rutina que buscaba hacer prevalecer. No contaba con familiares que cuidar, ni que lo cuidaran, no tenía un trabajo, tampoco una casa a la cual volver, no mencionó actividades a las que deseaba o necesitaba retornar, tampoco una rutina en la cual se sintiera cómodo (como sí había mostrado Ramón). A su vez, sus debilidades, su deterioro corporal y su discapacidad visual hacían que requiriera cuidados cotidianos. Tal vez, debido a todo ello no se había negado a ser derivado a otra institución donde continuaría viviendo (un hogar geriátrico de residencia permanente para adultas/os mayores). Por lo tanto, no había una rutina cotidiana que sostener sino una nueva por armar.

Pese a lo mencionado y si bien no tenía una rutina para sostener, había cuestiones que Roberto quería y podía mantener y hubiesen evitado mayor avance en su deterioro corporal. Tenían que ver con su propio cuerpo y con las actividades corporales que podía aun sostener por sí mismo o con una mínima asistencia: no usar pañales, estar higienizado, vestirse, alimentarse. El atentar contra esas posibilidades fue donde radicó no sólo la afectación de derechos sino el maltrato que sufría de parte del personal del hospital. Su discapacidad visual y su debilidad fueron utilizadas para someter sus deseos y pedidos. Frente a ello, debido a sus características personales y a sus malestares Roberto no pudo más que expresar un tímido reclamo. Así, parte del malestar que debía gestionar todos los días, le era impuesto en aquello que se le podría haber evitado. En una institución en la que debe prevalecer la higiene y el acceso a la salud a Roberto lo humillaron con la suciedad y la falta de higiene, y con un contacto corporal innecesario con los desechos de su cuerpo. Sus limitaciones eran potenciadas y más aún, se le imponían nuevas. Es entonces cuando me pregunto al pensar la salud en nuestra

---

<sup>57</sup> Disponible en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/convencion\\_interamericana\\_sobre\\_la\\_proteccion\\_de\\_los\\_derechos\\_humanos\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_-\\_texto\\_oea\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/convencion_interamericana_sobre_la_proteccion_de_los_derechos_humanos_de_las_personas_mayores_-_texto_oea_0.pdf)

sociedad y nuestras instituciones ¿cuánto se busca cuidar y hacer prevalecer la salud de determinados grupos de población vulnerados? ¿Ser viejo y ser discapacitado no es legítimo para obtener el mayor acceso a la salud y calidad de vida posibles? ¿Qué sucede cuando además se suma la pobreza? Para Roberto, por ser viejo, discapacitado y pobre, no existía la posibilidad de no usar pañales, la autonomía en la atención de sus necesidades fisiológicas y no estar sucio de orina y materia fecal. Estas necesidades básicas humanas no sólo no parecían legítimas, sino que más aún, le imponían entregarse al deterioro y al malestar.

De tal manera, la forma en la que se mezclaban los significados que en apariencia se dicotomizan daba cuenta del modo en que la vulneración de derechos cruzaba el proceso de salud- enfermedad- atención- cuidado de las personas que aparecieron en esta investigación. En efecto, se evidenció en que se vieran obligadas a desempeñar estrategias para sortear situaciones hostiles o de violencia: ya sea en la falta de acceso a la atención de salud, la imposibilidad de atenderla en pos de priorizar la rutina, o en aquellos hechos concretos de hostilidad o violencia sufrida por las condiciones de vida pero también en el trato en las instituciones de salud.

\*

Este último capítulo intentó dar cuenta de las diversas situaciones que tanto afuera como adentro del hospital, condicionaban malestares. La violencia, la droga, la suciedad, la materia fecal o la putrefacción emergen de los testimonios analizados como generadoras de padecimientos. Asimismo, entre los condicionantes de malestares y enfermedades, se describieron diversas explicaciones que incluían la predestinación, la pobreza, las elecciones racionales, la curiosidad, la falta de tiempo, la imposibilidad de concurrir según los horarios y la organización de atención de las instituciones, entre otros. Por otro lado, se analizó la vinculación de tales perspectivas con la falta de acceso a derechos relacionada a las condiciones de vida. Pero lo que fue recurrente y sostuvieron en mayor medida las personas fue que las gestiones de sus malestares se ponían en marcha siempre priorizando el sostenimiento/ mantenimiento de las rutinas cotidianas de vida y la supervivencia.

\*\*\*

## CONCLUSIONES

En esta investigación se abordaron las experiencias de gestión de malestares de personas que viven en zonas aledañas a una salita y un hospital de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, en diversas circunstancias. Del mismo modo, se describieron las particularidades que asumía tal gestión a través del sistema de salud pública.

Las percepciones y prácticas sobre los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado encontraron relación, en varios aspectos, con los significados que revestía el sostenimiento de la vida cotidiana y/o el trabajo. Asimismo, ciertos riesgos de enfermar aparecieron asociados a las características del lugar dónde se vivía que suscitaban determinados cuidados preventivos. También, la tesis ahondó en el modo en que distintas variables de la gestión del malestar podían entrar en un cálculo cuidadoso para la toma de decisiones respecto del PSEAC.

Para arribar a tales resultados, los interrogantes que propiciaron la investigación se presentaron y desarrollaron procesualmente a lo largo de los capítulos de esta tesis. Al respecto, una de las inquietudes iniciales fue conocer quiénes eran las personas que pedían atención en los efectores de salud. Para ello se comenzó situando la investigación en las características del contexto en que la población vivía y atendía sus malestares. En ese sentido, conocer las dimensiones contextuales ayudó a comprender de qué modo estas condicionaban, tanto las enfermedades y malestares de las personas, como la gestión que podían hacer de estos. De manera que, los aspectos trabajados en el capítulo 1 brindaron una base de conocimiento situado para reconocer la incidencia que en la gestión del malestar tuvieron las dinámicas, organización y posibilidades que presentaban las instituciones de salud.

Otro de los interrogantes que guió esta tesis indagó qué demandaban las personas en las instituciones de salud y qué problemas presentaban. En consecuencia, se dio cuenta de que a veces el propio malestar o deterioro del cuerpo solía quedar en un lugar secundario respecto a diversas dimensiones. Entre ellas, la rutina de trabajo y el cuidado de la salud de hijas/os o de otros seres queridos fueron las principales. De hecho, en la mayoría de los casos, el cuidado propio ocupaba un lugar subsidiario frente al de las personas a las

que se cuidaban, cuyos malestares sí se atendían aun alterando las rutinas o sorteando los obstáculos que en el sistema de salud se podían encontrar. Igualmente, se observó que los inconvenientes que el sistema de salud presentaba para la atención entraban en conflicto con la vida cotidiana de las personas y, podían influir en demorar la consulta por síntomas de malestar.

Ahora bien, durante el proceso de salud- enfermedad- atención- cuidado en algunas situaciones la atención del malestar se impuso mediante un episodio de urgencia, en lo que a los términos médicos refiere. Estos aspectos comenzaron a trabajarse en el capítulo 2 que propone que en la tolerancia (y no atención) a los síntomas influía una serie de factores. Entre ellos se encontraban las condiciones de vida, las posibilidades e imposibilidades cotidianas y las dificultades para concretar la atención en las instituciones de salud. Todo lo cual conducía a que, en la elección entre la atención de los malestares o el sostén de la rutina, las personas se inclinaran por la segunda opción.

La tesis fue así, aproximándose a las perspectivas sobre salud y enfermedad de las personas y los aspectos sobre los que se sostenían. Desde allí se profundizó más tarde en los derroteros ocultos detrás del límite de “urgencia”.

La investigación evidenció que las demoras en atender sus malestares no significaban que las personas no reconocieran sus síntomas o que aguantaran el dolor sin más. El capítulo 3 dio cuenta de distintos recorridos y, más aún, de instancias anteriores de atención que las habían frustrado. De manera que, el capítulo mostró que la falta de resultados concluyentes influyó en las actitudes y acciones de atención de sus malestares. Era recurrente que ante la urgencia corporal resonara la preocupación por el sostenimiento de la rutina. En este sentido, hice mención a la posibilidad de que una internación modificara la vida de una persona. Como trabajé a lo largo de esta tesis, la condición de internación podía provocar diversas consecuencias. Entre ellas, hacer que la persona perdiera el empleo con el que contaba en el mercado informal. Podía, a la vez, dejarla sin alternativas para resolver los cuidados cotidianos y la manutención de su familia mientras se encontrara internada o a partir de ese momento. En suma, cuando el motivo involucraba un diagnóstico crónico, una discapacidad o una enfermedad grave, podía socavar la autonomía gozada hasta allí. Por último, si la enfermedad determinaba

la necesidad de recibir cuidados podía tropezar con la carencia de alguien que los proporcionara o, sentenciar que la persona no pudiese retornar a vivir en las condiciones en que vivía. Estos aspectos influían en la gestión de los malestares y operaban como preocupaciones.

En definitiva, “dejarse estar” ante los malestares, y “no dejarse tratar” durante una internación, como comportamientos que analicé en el capítulo 3, se alejaban de un carácter pasivo. De igual forma, poco tenían que ver con quitar importancia a la atención o querer descuidar la salud. Por el contrario, eran resultado de una agencia en la gestión del malestar que no obtenía los resultados esperados. En ello confluían tanto episodios de sufrimiento de la historia personal, como limitaciones económicas, desconfianza e insatisfacción hacia las/os profesionales medicas/os y/o alternativas que no entraban en sintonía con sus vidas cotidianas. De ahí que, se retomaron los diversos significados que podía revestir la “urgencia”. Al respecto, se consideró que las inquietudes sobre lo cotidiano y el cuidado de otras/os podían sentirse más urgentes que la gravedad física de la enfermedad. De lo cual se desprendió que lo que las personas, en general, evitaban o retardaban no era la gestión de la enfermedad o la urgencia del cuerpo. En cambio, se evadía la gestión de los inconvenientes que implicaba atender un padecimiento.

Para sortear los obstáculos que los efectores de salud presentaban para la atención, ya fuera imprescindible o elegida, las personas llevaban adelante un espectro de estrategias que se convirtieron en eje principal del capítulo 4. El abordaje de las estrategias, mostró en concreto qué hacían las personas frente a un malestar o enfermedad, cómo fue su interacción con las instituciones de salud y por qué debían ejecutar estrategias particulares. En consecuencia, se descubrieron diversas encrucijadas institucionales de las que eran parte las/os profesionales que atendían a las personas mencionadas en esta tesis.

En general, las estrategias tenían como insumo su conocimiento sobre las instituciones, sus circuitos y sus recorridos previos, en otras palabras, eran “expertos/as” en el tema. Así pues, hubo quienes elegían concienzudamente la institución para atenderse y dieron lugar a la construcción de un vínculo de referencia con la/el profesional. Tal vínculo les daba acceso, por un lado, a la información que necesitaban sobre su malestar y

tratamiento. Del mismo modo, como parte de la relación vincular el relato de sus vivencias cotidianas podía considerarse como disculpa por haber incumplido indicaciones o como facilitador en el acceso a algún servicio o consulta.

Por su parte, hubo personas que configuraron una estrategia “querellante” o de “control de la internación” en torno a sus inquietudes por su malestar. Inclusive, en otro caso, más allá de haber establecido vínculos, la estrategia fue definir por sí mismo en qué momento finalizar la internación.

Durante esta investigación, se evidenció también otro tipo de estrategias realizadas por fuera del sistema de salud que resultaron de una compleja combinación entre las posibilidades, la consideración de los malestares, las demoras en la atención y las nociones de vecindad.

No obstante, se describieron centralmente las estrategias que desarrollaban las personas en la gestión del malestar a través del sistema de salud. Tal camino estuvo configurado por sus trayectorias particulares, su contexto y condiciones de vida, el diagnóstico y consecuencias de la enfermedad, el trato recibido, los conocimientos sobre el sistema de salud y su rutina diaria. Sumado a ello, determinados estereotipos sociales sobre la fortaleza masculina o las expectativas de cuidado femeninas aparecieron permeando las estrategias abordadas.

La vivencia particular del malestar orientó el camino que las personas transitaron al padecer una enfermedad y el re armado de la vida frente a ella, así como también, mostró la manera de sobrellevar los obstáculos de la atención. A lo largo de la tesis se visibilizó el derrotero para sortear los obstáculos del sistema y lograr ser atendidas, que se encontraba lejos de lo que el derecho a la salud y la ley establecen.

Los resultados expuestos en el capítulo 4 mostraron que la agencia se ejercía durante todo el proceso de atención, desde la elección de los efectores y profesionales, en el accionar en pos de una atención más adecuada a sus necesidades y en los relatos para demandar atención en las instituciones. Se observó también cuándo buscaban asistir a cada institución y en base a qué motivos y expectativas. Y, además, cuándo resolvían sus padecimientos y malestares sin demandar la atención de un profesional.

En base a tales desarrollos se concluyó que las estrategias eran resultado de un delicado cálculo de posibilidades (más o menos consciente) que conducía a las personas a determinados cursos de acción. En efecto, se analizaron tales cálculos en función del tiempo y el costo económico considerados en torno a múltiples aspectos condicionados entre sí. Los cálculos se basaban en el saber acumulado. En general, las personas buscaban saber sobre la enfermedad que padecían, interrogando oportunamente a las/os profesionales que las atendían, pero también cuestionándolas/os. Más aún, en diversos casos, utilizaban la información que obtenían para sacar sus propias conclusiones sobre su enfermedad. Por otra parte, el saber con el que contaban era también sobre la organización de las instituciones de salud a las que asistían. A su vez, se enriqueció el análisis de las perspectivas de la población con la complejidad que agregaba el escenario institucional. Y, adicionalmente, ciertas estrategias que, a su vez, desarrollaban las/os profesionales. Por consiguiente, dentro de las estrategias ejecutadas y las perspectivas de las personas se entrevieron nociones sobre salud y enfermedad que se trabajaron también en el último y quinto capítulo de la tesis.

En el último capítulo observé que la incidencia de la suciedad, la podredumbre, la violencia y la agresión que, respecto del contexto en que vivían, inquietaban a las entrevistadas, se hacían muy presentes en otros ambientes de forma menos visible. Penetraban también en un ámbito institucional como el hospital. Del mismo modo, tanto la casa como la calle en una villa podían alternar entre ser espacios de agobio y malestar, o de comodidad y de esparcimiento. A la vez, la violencia y el malestar se observaban en la villa, pero también el hospital podía ser un espacio de violencia y suciedad o uno de malestar en lugar de uno de cura. Por su parte, el barrio podía ser un ámbito donde ser reconocida/o y aconsejada/o en base a la confianza construida en la relación de vecindad. De manera que, lo que se rechazaba del afuera a veces permeaba en el interior de las casas o de las personas. O, aquello del orden pretendidamente íntimo, como por ejemplo las necesidades fisiológicas, se tornaba obligatoriamente expuesto. En forma semejante, aquello que debía estar limpio, como por ejemplo las habitaciones del hospital o el cuerpo de personas enfermas, se dejaba sucio y enfermaba aún más.

En efecto, en el último capítulo de esta tesis se esbozó la idea de que los significados en torno a la enfermedad y salud se veían influidos por la vulneración de derechos que sufrían las personas que los presentaban. Tales significados se ajustaban, en parte, al contexto en que vivían y a las posibilidades o falta de ellas con que contaban. Era por ello, en cierta medida, que en la gestión del malestar se atendía sólo lo imprescindible. Era también por ello que las personas debían desarrollar una serie de artilugios en una vida cotidiana que quedaba sin sostén cuando se alteraba por la búsqueda de atención médica. De ahí que, en el capítulo 5 se planteó la relación entre la gestión del malestar de las personas y el derecho a la salud. En síntesis, las personas de esta investigación no sólo veían vulnerado su derecho a la salud sino también su derecho a transitar la enfermedad en sí misma. En el análisis realizado en esta tesis se abordó la percepción del cuerpo, que más allá de considerarse una herramienta de trabajo, a menudo devenía negada, como sucedía con la dieta que “para los pobres no da”. Al respecto, la auto-evaluación y reflexión frente a un diagnóstico de enfermedad y el límite de deterioro del cuerpo, se veían condicionadas o contenidas por la alteración que podía generar la urgencia en sus vidas cotidianas.

En este sentido, los argumentos que sustentan esta investigación rebaten cualquier idea que sugiera que las personas pobres no perciben sus cuerpos y las dolencias que las afectan. Las personas mencionadas en esta tesis pusieron en juego una variedad de estrategias desarrolladas a fin de atender sus dolencias y construir una gestión.

No obstante, se presentó una excepción respecto del valor que se otorgaba a la rutina: la situación de Roberto. El paciente no manifestó incomodidad ni preocupación por retornar pronto a su rutina, ya que su destino después del hospital estaría en otra institución, por lo tanto, una nueva rutina vendría con su nuevo lugar de vida. La situación de Roberto abre nuevos interrogantes pendientes para próximas investigaciones. Tales inquietudes continuarían profundizando el vínculo entre la gestión del malestar y la vulneración del derecho a la salud: ¿Qué sucede cuándo la vida en sí misma está tomada mayormente por el malestar? ¿Qué gestiones se establecen? ¿Existe una gestión del malestar cuando casi toda la vida cotidiana consiste en sobrellevar la pobreza y la discapacidad?, ¿Se puede hablar de gestión del malestar si lo que se

gestiona es la vida diaria? Y además, en función de lo trabajado es posible preguntarse: ¿Cuáles son las características de la gestión de la salud y el malestar cuando se es una persona anciana, discapacitada, y pobre? O en otras palabras: ¿Qué tipo de acceso a la salud y acceso a derechos legitiman nuestras instituciones para ancianas/os, pobres, discapacitados/os? Y, ¿Qué muestran al respecto las trayectorias de vida y atención de personas enfermas/os, de personas pertenecientes a estos grupos sociales?

Para ir finalizando, en las trayectorias analizadas, la “agencia” de los/as sujetos aparecía constantemente en las estrategias desarrolladas para la gestión de malestares y tratamientos pero, también, como dinámica de reclamo y demanda. Sumado a ello, la agencia se vislumbraba en las situaciones en las que superaban sus propias limitaciones corporales.

Es preciso señalar que, en las instituciones de salud mencionadas, cada estrategia mostraba una doble cara, no sólo representaba las acciones de las/os pacientes durante la atención médica de sus malestares, sino también denotaba las acciones o estrategias que ponían en práctica las/os profesionales que las/os atendieron. Tales acciones mostraban el saber hacer dentro de la institución por parte, también, de las/os profesionales. Además mostraban los modos de ejercicio institucional, las falencias acumuladas al interior de los mismos y las formas de manejarse frente a las dificultades que podía “presentarles” la población con la que trabajaban. Se evidenciaron encrucijadas presentes en la atención de los procesos de salud enfermedad en las instituciones médicas, como: el pedido de excepciones, que el/la profesional decidía efectuar, o no, y en basé a qué argumentos. Por su parte, en “la fuga” se podía ver la estrategia del paciente, al tiempo que podría mirarse su implicancia para el equipo que lo atendió, en relación a cuántos pacientes se fugaban y con qué frecuencia, quiénes fueron, qué se estaba haciendo con ellas/os. Otra encrucijada se evidenciaba en la insistencia profesional por el alta hospitalaria (que confrontaba con las intenciones de las/os pacientes), provocada por la prerrogativa institucional del giro cama por el que debían responder.

En relación a ello, en esta investigación se han señalado encrucijadas que a veces parecían no tener salida. Sin embargo, uno de los propósitos ha sido mostrar la

complejidad de las mismas y los fenómenos y perspectivas que las configuraban, principalmente desde las personas que se atendían en las instituciones en que trabajé. El entramado de la problemática pudo ser abordado a través de observar los cursos de acción y estrategias en la gestión del malestar de las personas involucradas. Mientras que, el conocimiento de las instituciones y la población mediante mi experiencia laboral como trabajadora social, permitió aportar aspectos relativos a las/os profesionales y a las dinámicas de funcionamiento institucional respecto de tales encrucijadas. No obstante, enfocarme en la gestión del malestar representó un arduo trabajo debido a la implicancia que tiene para quien escribe el trabajo cotidiano con los malestares y el dolor de las personas.

Esta tesis dio cuenta también de la diversidad de sentidos que se producen y circulan en torno a los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado. En esa línea, eran ellos los que condicionaban los motivos por los cuales las personas decidían o no atenderse en las instituciones. A estos efectos, se pudo observar que la atención involucraba una decisión, a menudo compleja, en la que se consideraban diversos factores. Ahora bien, se mostró que en la gestión del malestar, durante la atención, era frecuente que las personas sopesaran y eligieran cuáles sugerencias de tratamiento seguirían, cuáles no, y con qué profesionales lo harían. Fue posible ver que cuestiones relativas a la salud y la enfermedad, como por ejemplo las “urgencias”, albergaban a menudo significados distintos para profesionales y pacientes. De forma tal que, “el dejarse estar” podía constituir tanto una adjudicación médica, como una autoevaluación de la/el paciente con sentidos múltiples e inclusive críticos de la atención recibida. Por otra parte, se describieron los distintos tipos de estrategias que resultaron útiles al momento de sortear los obstáculos durante la atención, pero también los diversos significados que cada una podía involucrar. Así pues, una misma persona podía ejercer estrategias que a simple vista resultarían opuestas (oscilar entre ser querellante y amigable; mostrarse satisfecha con la atención pero “fugarse”). Del mismo modo, la tesis permitió dar cuenta de que la estrategia de construcción de un vínculo de referencia con una/un profesional no implicaba no exigirle que le brindara la información suficiente.

Esta tesis abordó las perspectivas y orden de los cursos de acción de las personas que se atendían en servicios de salud pública en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. Mostró que en la gestión del malestar las personas no sólo albergaban consideraciones respecto a la salud, la enfermedad y su impacto en su vida cotidiana. Sino que, a su vez, existía una trama compleja en sus estrategias y diversos criterios detrás de las mismas, que constituían un saber experto y acumulado en sus trayectorias de vida y en las instituciones.

Por consiguiente, la tesis aporta a la comprensión de que las personas en las instituciones públicas de salud ponen en juego su agencia a través de estrategias y usan la información y el conocimiento sobre las mismas, tomando decisiones muchas veces calculadas en función de diversos criterios y circunstancias. En definitiva, la tesis se propuso generar un conocimiento que pueda contribuir a mejorar la relación entre pacientes y profesionales en los servicios de salud pública, mostrando la relevancia que podría tener la reducción de obstáculos identificados y mencionados para lograr un acceso más beneficioso a la atención y derechos a la salud de las personas.

\*\*\*\*

## BIBLIOGRAFÍA

- ALVES, P y RABELO, M (2009): Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia. En Grimberg, Mabel. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Editorial Antropofagia.
- ARCE, H. (2012): "Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina", en *Revista Medicina*, Vol. 72, N° 5, pp. 414-418.  
<http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/23089118.pdf>
- BECKER, H. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Tiempo contemporáneo. Argentina.
- BERLINGUER, G. (2007): "Determinantes sociales de las enfermedades" en *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 33, N° 1, pp. 1-14
- BONET DE VIOLA, A. (2015). Consecuencias de la clasificación de los derechos humanos en generaciones en relación a la justiciabilidad de los derechos sociales. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 46(124), pp. 17-32.
- BOURDIEU, P. (1991): *El Sentido Práctico*. Taurus, Madrid.
- BOURGOIS, P. (2005): Más allá de una pornografía de la violencia. Lecciones desde el Salvador. En: Ferrandiz y Feixa (eds.) *Jóvenes sin tregua. Culturas y políticas de la violencia*. Barcelona, Anthropos.
- BOURGOIS, P. (2010): *En busca de respeto, vendiendo crack en el barrio*. Siglo XXI
- CALLON, M. (1998): "Los mercados y la performatividad de las ciencias económicas" en *Tema Central. Apuntes de Investigación*. N° 14, pp. 11-68. Recuperado de <http://www.apuntescecp.com.ar/index.php/apuntes/article/view/123/108>
- CAMPOS NAVARRO, Roberto (2011): *De cómo curar el empacho (y otras yerbas). Textos botánicos, antropológicos, testimoniales y poéticos sobre el empacho*. Ediciones Continente. Buenos Aires.
- CASTRO, A. y FARMER, P. (2003): "El SIDA y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima" en *Revista Cuadernos de Antropología Social*, número 17, pp. 29-47. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913909003.pdf>
- CASTRO PÉREZ, R. (2009): Salud y Cotidianeidad: un análisis hermenéutico. En Grimberg, Mabel (Editora). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Editorial Antropofagia. Buenos Aires.
- CITRO, S. (2010): *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Colección Culturalia. Buenos Aires. Biblos. Recuperado de <https://www.academia.edu/>
- COLABELLA, L. (2011): "Asistentes sociales y peronistas vs. dirigentes y referentes piqueteros en la matanza: una reflexión sobre grados de autonomía y dependencia con el estado" en *Publicar*. Año IX, N° XI, pp.33-50.

- COLABELLA, L. (2013): “Llevarse la comida. Chisme y tabú en un comedor del oeste del Gran Buenos Aires durante una contienda electoral” en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 3 Nro. 5 pp. 149-161.
- COLABELLA, L. VARGAS, P. (2013): “La Jaureche. Una universidad popular en la trama del sur del Gran Buenos Aires”. Clacso. Recuperado de biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131218044805/1234.pdf
- CORTÉS, B. (1997): “Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura”, en *Revista Nueva Antropología*, año/vol. XVI, número 53-52. México, D.F, pp. 89-115
- CSORDAS, T J. (1994): *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Ed. Cambridge: Cambridge University Press,
- DAMATTA, R. (1985): *A casa e a rua*. Disponible en tecnologia.ufpr.br/portal/lahurb/wp-content/uploads/sites/31/2017/09/DAMATTA-Roberto-A-Casa-e-a-Rua.pdf
- DAS V. (2008): *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Ed. Francisco A. Ortega. – Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas: Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar
- D’ HERS, V. GALAK, E. (2011): *Estudios sociales sobre el cuerpo: prácticas, saberes, discursos en perspectiva*. Estudios sociológicos editora.
- DOUGLAS, M. (1973): *Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid. Siglo XXI editores.
- ELIAS N. (1996): *La sociedad cortesana*. Fondo de Cultura Económica. México
- EPELE M. (2010): *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós. Buenos Aires.
- FASANO, P. (2006). *De boca en boca. El chisme de la trama social de la pobreza*. Antropofagia.
- FASSIN, D. (2016): *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*. Prometeo libros. Buenos Aires.
- FASSIN, D. (2003): “Gobernar por los cuerpos: políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia”. *Revista Cuadernos de Antropología Social*, número 17, pp. 48-78. Recuperado de <https://www.redalyc.org>
- FINDLING L, LÓPEZ E. (2018): *Cuidados y familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional*. Teseo.
- GOFFMAN, E. (1998): *Internados*. Amorroutú ediciones. Buenos Aires.
- GOLDBERG, A. (2008): “Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires”. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas. Recuperado de <https://cdsa.aacademica.org/000-080/8.pdf>
- GRIMBERG, M. (2009): *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Editorial Antropofagia.
- GUBER, R. (2001): *El salvaje metropolitano Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires. Paidós.

- IRIART C. MERHY E. (2017): “Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico” en, *Revista Interface Comunicação saúde educação*. Vol. 21 Nro. 63
- IRIART, C. MERHY, E. WAITZKIN, H. (2000): “La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma”, en *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (1), pp. 95-105.
- JELIN E, GRIMSON A y ZAMBERLIN N (2007): “¿Servicio? ¿Derecho? O ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud”, en E. Jelin (dir.): *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, IDES, pp. 33-45
- JOHANNISON, K. (2005): *Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo*. Editorial Melusina.
- LAURELL, A. C. (1982): “La salud-enfermedad como proceso social”, en *Cuadernos médico sociales*, N° 19, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, pp. 1-11.
- LE BRETON, D. (2011): *La sociología del cuerpo*. Editorial Nueva Visión.
- LÓPEZ COIRA, M (1991). "La influencia de la ecuación personal en la investigación antropológica o la mirada interior", en M. Cátedra (ed.), *Los españoles vistos por los antropólogos*. Madrid: Júcar Universidad. Pp: 187-222.
- MAUSS, M. (1979): *Sociología y Antropología*. Sexta parte. Técnicas y Movimientos corporales. Tecnos. Madrid.
- MENENDEZ, E. (1985): “Modelo Médico Hegemónico. Crisis Socioeconómica y Estrategias de Acción del Sector Salud”. En, *Cuadernos Médico Sociales* N° 33. Centro De Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario.
- MENENDEZ, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva* vol.8 no.1, pp. 185-207. Rio de Janeiro. Disponible en <http://www.scielo.br/>.
- MENENDEZ, E. (2005): “El modelo médico hegemónico y la salud de los trabajadores”. En revista *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 1, pp. 9-32. Universidad nacional de Lanús. Buenos Aires.
- MORENO-ALTAMIRANO, L. (2007): “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica” en *Revista Salud Pública de México*. Vol.49 Nro. 1, pp. 63-70. <https://www.scielos.org>
- KLEINMANN A. (2017): [Extracto] “Las narrativas de la enfermedad: sufrimiento, curación y la condición humana”. - Volume 92 - Issue 10 - p 1406. [https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2017/10000/the\\_illness\\_narratives\\_suffering\\_healing\\_and.22.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2017/10000/the_illness_narratives_suffering_healing_and.22.aspx).
- MOODY, H. (1998). *Aging concepts and controversies*. Pine Forge Press.
- ODDONE, J y AGUIRRE, M. (2005): “Impacto de la diversidad en el envejecimiento”, en *PsicoLogos: revista de psicología*, año XIV N° 15, pp 9-66.
- OTEGUI PASCUAL, Rosario (2009): “El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor”. En Grimberg, Mabel (Editora). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Editorial Antropofagia. Buenos Aires.

- PISANO DI FILIPPO, G. (2011): *Delitos e ilegalismos en el subsistema público de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. <http://www.pensamientopenal.com.ar/>
- POZZIO, M. (2011): *Madres, mujeres y amantes*. Antropofagia. Buenos Aires.
- PRATTO, L. (2016): *La precariedad de la vida. Mujeres bolivianas y tuberculosis en el sur de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de maestría. Ides/Idaes Universidad Nacional de San Martín.
- RADA SCHULTZE, F. (2016): “El paradigma del curso de la vida y el método biográfico en la investigación social sobre envejecimiento”, en *Revista de investigación interdisciplinaria en métodos experimentales*. Año 5, vol. 1, pp. 83-110.
- RECODER M L. (2011): “Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH/SIDA en una ciudad del nordeste brasileiro”, en revista *Papeles de trabajo Nro.21*. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio- Cultural.
- ROJAS SORIANO, R. (1999): *Capitalismo y Enfermedad*. México, Plaza y Valdez Editores.
- SALVAREZZA, L. (1993): *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires, Paidós.
- SOLDANO, D. (2009): “El estado en la vida cotidiana. Algunos desafíos conceptuales y metodológicos de la investigación política y biografía” en: Frederic, Sabina; Soprano, Germán, *Políticas y variaciones de escalas en el análisis de Argentina*. Prometeo.
- STRASSER, G. (2011): “La experiencia de malestar como acicate de la enunciación indirecta del cuerpo propio; el padecimiento como resistencia al ser-en-el-mundo”. En D’ Hers, V, Galak, E, *Estudios sociales sobre el cuerpo: prácticas, saberes, discursos en perspectiva*. Estudios sociológicos editora.
- STRAUSS, L (1969). *Las estructuras elementales del parentesco*. Capítulo V, El principio de reciprocidad. Paidós. España.
- VOGEL, A, SILVA MELLO, M. (1981): *Quando a rua vira a casa*. Eduff.
- WEBER, M. (1996): *Economía y Sociedad*. Fondo de cultura económica.
- WILKIS, A. (2004): “Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu”, en *Revista argentina de sociología*. Vol.2 N° 3.

#### Fuentes documentales

Análisis de la situación de salud de la CABA año 2016. Publicado en diciembre de 2017. Gerencia operativa de epidemiología. Subsecretaría de planificación sanitaria. Ministerio de Salud. Disponible en: [www.buenosaires.gob.ar/salud](http://www.buenosaires.gob.ar/salud).

Boletín Epidemiológico Semanal de la CABA, N° 146 de la Gerencia Operativa de Epidemiología. Junio de 2019. Disponible en [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_146\\_se\\_21\\_vf.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_146_se_21_vf.pdf)

Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/convencion\\_interamericana\\_sobre\\_la\\_proteccion\\_de\\_los\\_derechos\\_humanos\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_-\\_texto\\_oea\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/convencion_interamericana_sobre_la_proteccion_de_los_derechos_humanos_de_las_personas_mayores_-_texto_oea_0.pdf)

Defensoría del pueblo de la ciudad de buenos aires. [www.defensoria.org.ar](http://www.defensoria.org.ar)

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. <https://www.buenosaires.gob.ar/departamento-de-area-programatica>

Informe Buenos Aires sin techo. Informe sobre la Emergencia Habitacional en la Ciudad de Buenos Aires. Comisión de vivienda de la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Noviembre 2009 Disponible en

<http://www.territoriosgobernanzaydemocracia.xtrweb.com>

Ley Federal de Trabajo Social N° 27072.

Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente

Ministerio de Hacienda y la dirección general de estadísticas y censos de la ciudad.

Datos de la dirección de estadísticas y censos de la Ciudad de Buenos Aires.

[www.estadistica.buenosaires.gob.ar/](http://www.estadistica.buenosaires.gob.ar/)

Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Guardia en los Establecimientos Asistenciales, incorporándola al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/66972/norma.htm>