



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras  
Universidad de Buenos Aires

G

# El bien máspreciado

## Procesos en torno a la problemática de la mortalidad infantil

Autor:

Lamela, Giselle Mariana

Tutor:

Tarrago, Myriam Noemí

2006

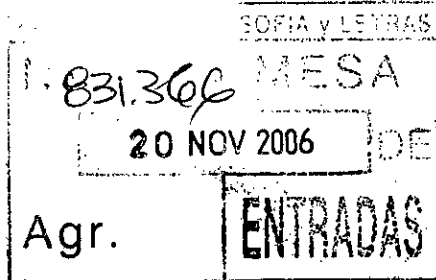
Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas.

Grado



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL  
Repositorio Institucional de la Facultad  
de Filosofía y Letras, UBA



**TESIS DE LICENCIATURA**

**CIENCIAS ANTROPOLOGICAS  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**EI BIEN MÁS PRECIADO.  
PROCESOS EN TORNO A LA PROBLEMÁTICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL**

Candidata: Giselle Mariana Lamela

Directora Tesis: Tarducci Mónica

Codirectora: Scaglia Cecilia

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
Dirección de Publicaciones**

Noviembre 2006

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>CAPITULO 1: METODOLOGÍA</b> .....	6
1.1. Unidad de análisis y unidad de muestreo .....	6
1.2. Algunas precisiones sobre la unidad de muestreo .....	7
1.3. Otras fuentes de recolección de datos .....	8
1.4. Hipótesis .....	9
1.5. Variables de estudio .....	9
 <b>PARTE I: CONTEXTO EN EL QUE LA MUERTE IRRUMPE</b>	
<b>CAPITULO 2: CONTEXTUALIZACION: DESCRIPCION Y PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS</b> ...	16
2.1. Breve introducción al ámbito local donde se desarrolló la investigación .....	16
2.2. Contexto socioeconómico .....	19
2.2.1. Breve caracterización de los años 90 .....	19
2.2.2. Características del Conurbano bonaerense, contexto donde se realizó el presente estudio .....	22
<b>CAPITULO 3: POBREZA, DESEMPLEO Y EXCLUSIÓN SOCIAL</b> .....	27
3.1. La problemática del empleo. ¿Quiénes son los más afectados? .....	27
3.2. Desempleo y pobreza, dos caras de la misma moneda .....	30
3.3. La exclusión social como proceso .....	32
<b>CAPITULO 4: POBREZA CON AIRES DE MUJER</b> .....	34
4.1. Unidades Domésticas, algunas implicancias .....	38
4.2. Estrategias de subsistencia, acciones específicas .....	43
 <b>PARTE II: PROBLEMÁTICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL</b>	
<b>CAPITULO 5: ESPECIFICACIONES SOBRE LA MORTALIDAD INFANTIL</b> .....	51
5.1. La Mortalidad Infantil posneonatal y neonatal, principales indicadores.....	51
5.2. El impacto de una alta tasa de Mortalidad Infantil en el nivel comunitario/local .....	53
5.3. La Mortalidad Infantil en América Latina, dinámica y evolución de los últimos años .....	55
5.4. Los comienzos de la tasa de Mortalidad Infantil en nuestro país .....	57
5.5. La heterogeneidad de la Tasa de Mortalidad Infantil en la Argentina .....	57

5.5.1. La tasa de Mortalidad Infantil según sus clasificaciones y criterios de reducibilidad .....	59
5.6. La Mortalidad Infantil en la Provincia de Buenos Aires, caracterización y principales temas pendientes .....	61
5.6.1 La tasa de Mortalidad Infantil según regiones sanitarias .....	62
5.6.2 La tasa de Mortalidad Infantil en el Municipio de Florencio Varela .....	63
5.6.3 Variación estacional .....	72
<b>CAPITULO 6: CINCO CHICOS, CINCO TRAGEDIAS .....</b>	<b>74</b>
6.1. Franco .....	74
6.2. Diego .....	76
6.3. César .....	79
6.4. Emanuel .....	81
6.5. Jonothan .....	81
<b>PARTE III: EL SISTEMA DE SALUD</b>	
<b>CAPITULO 7: ECONOMÍA Y SALUD .....</b>	<b>83</b>
7.1. Impacto de la crisis económica en el Sistema de Salud .....	83
7.2. El sistema sanitario y la salud de la población, breve introducción al ámbito local .....	84
<b>CAPITULO 8: LA ATENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD LOCAL</b>	
8.1. Concepción de Salud .....	87
8.2. Estrategia de Atención Primaria .....	88
8.3. Algunos principios guía de la estrategia de Atención Primaria .....	92
8.3.1. Integralidad .....	92
8.3.2. Accesibilidad .....	95
- Modelo Médico Hegemónico .....	99
8.3.3. Intersectorialidad .....	102
8.3.4. Participación Social .....	104
8.4. Promoción de la Salud .....	107
<b>PARTE IV: COMENTARIOS FINALES .....</b>	<b>110</b>
ANEXO .....	114
BIBLIOGRAFÍA .....	117

## INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta a continuación intenta dar cuenta de un fenómeno complejo como es el de la Mortalidad Infantil. Si bien el estudio tiene como objetivo principal abrir la reflexión sobre posibles abordajes para combatirla, la tesis indaga sobre distintos procesos que pueden estar presentes en torno a estas muertes, complejizando el problema y ampliando la mirada hacia los procesos que influyen directa o indirectamente en aquel desenlace.

La vinculación de la problemática con el nivel de desarrollo y condiciones de vida de una sociedad me llevó a integrar procesos y dimensiones que superan lo relacionado específicamente con el ámbito de salud.

Una importancia fundamental fue otorgada al funcionamiento de los Centros de Salud, cuyos integrantes considero protagonistas en la lucha contra la Mortalidad Infantil en los sectores pobres de nuestro país. Estos centros adquieren un valor adicional en cuanto a que sus integrantes son actores esenciales en la intervención sobre la salud de los niños.

La elección de esta problemática guarda relación con voluntariados que he realizado tanto en un hospital, como en barrios vulnerables, uniendo a esto el interés que tengo por los chicos.

La presente investigación comienza con el detalle de los aspectos metodológicos, destacando la utilización del método etnográfico para su desarrollo y técnicas tales como: entrevistas (tanto no-estructuradas como semi-estructuradas) y observación participante. Este capítulo cuenta también con la descripción de las unidades de análisis: el Centro de Salud por un lado (trabajadores de la salud) y la familia del chico fallecido, por otro.

En el segundo capítulo se encontrará una descripción del ámbito en el que se llevó a cabo la investigación.

También caracterizo aquí el contexto socioeconómico, describiendo distintos procesos que se dan en la década del 90', tanto en la región de América Latina, como en nuestro país y el Municipio de Florencio Varela. Hago hincapié en el impacto de éstos en el ámbito laboral, el aumento de la pobreza e indigencia y el impacto de esta situación en la niñez.

Desarrollaré en el capítulo tres conceptos tales como pobreza, desempleo, exclusión social. Analizaré los cambios socioeconómicos producidos en los últimos tiempos en relación a las

unidades domésticas en general y a la mujer en particular, observando en qué medida éstos las afectan y lo hacen también en los niños.

Los datos mencionados en el capítulo anterior serán relacionados en el siguiente, específicamente con las estrategias implementadas por las mujeres en situaciones de pobreza.

Se mencionarán también las estrategias de subsistencia implementadas por las familias, dando cuenta de las acciones llevadas a cabo para la obtención de su la reproducción inmediata.

El quinto capítulo trata la problemática de la Mortalidad Infantil, destacándola como indicador de bienestar y desarrollo de una sociedad. Se menciona la clasificación al interior de la misma (mortalidad neonatal y posneonatal), indicando las causas vinculadas a cada una. También se alerta aquí sobre el grado de evitabilidad de estas muertes.

Se presentan datos sobre la tasa de Mortalidad Infantil, al igual que para los datos socioeconómicos, tanto a nivel de la región de América Latina, como de nuestro país y del municipio, agregando para este último los datos correspondientes a la Región Sanitaria VI, a la cual pertenece Florencio Varela. Se destaca la heterogeneidad de la tasa a lo largo de nuestro territorio.

En el capítulo sexto se relatarán los cinco casos de mortalidad infantil considerados. Esto se hará a partir de la palabra de las madres, dando cuenta también de otros acontecimientos mencionados por ellas.

A partir del capítulo séptimo, se entra en los aspectos más específicos del proceso salud-enfermedad-atención.

Es así que el capítulo se inicia con la descripción del Sistema de Salud del municipio, analizando también cómo la situación económica de nuestro país en la década del 90' y la crisis del 2001 afectó a este sector.

Desarrollo la concepción de salud adoptada y la estrategia de Atención Primaria, a partir de este último concepto se intentará dar cuenta del tipo de atención brindada desde el Centro de Salud. Serán abordadas cuestiones tales como: integralidad de los problemas de salud, trabajo interdisciplinario, trabajo en red, participación social, promoción de la salud. También se desarrolla el problema de la accesibilidad de la población a los ámbitos de atención.

Será en los comentarios finales donde se relacionarán los aspectos sociales y los vinculados a la salud, destacando de manera explícita que la Mortalidad Infantil no puede trabajarse sin considerar distintos procesos comunitarios, sociales y hasta macroeconómicos, evidenciando que la problemática no puede ser superada sin mejorar la calidad de vida de la población.

Las ideas que se dejarán entrever a lo largo de los distintos capítulos son principalmente dos: por un lado, intentaré destacar la idea de "proceso", en contraposición a hechos estáticos, mostrando cómo **la muerte no irrumpe, sino que se desencadena** a través de distintos procesos presentes tanto en la sociedad, la comunidad, las familias, como en el Sistema de Salud. El otro concepto central será el de "procesos y condiciones de fragilización y de protección", destacando tanto los procesos que influyen negativamente, como aquellos que permiten enfrentar positivamente un problema.

## CAPITULO 1

### METODOLOGÍA

El presente estudio fue realizado combinando fuentes primarias y secundarias.

**-Análisis de fuentes secundarias.** Abordajes teóricos vastos y distintos fueron leídos y analizados para seleccionar la temática de estudio y definir las hipótesis. Una importante tarea de recolección de datos (INDEC, estadísticas provinciales y comunitarias) acompañó el análisis de bibliografía, la que, de alguna manera, intenta dar cuenta del estado del arte en los temas vinculados a la mortalidad infantil. La bibliografía seleccionada es, en su mayoría, de los últimos diez años, sin contar autores clásicos considerados. También he utilizado distintas publicaciones de instituciones tales como: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Desarrollo Social, UNICEF, INDEC.

**-Análisis de fuentes primarias.** Para llevar a cabo el trabajo empírico utilicé el método etnográfico. La base para escribir una etnografía es el trabajo de campo y la elaboración de los registros de campo correspondientes que acompañan al mismo (Rockwell). Si bien Rockwell puede definir teóricamente un abordaje etnográfico, utilizo una cita de Holy -para aclarar el método de la observación participante- que resume perfectamente lo que intenté hacer yo misma en el campo "es una mezcla o combinación característica de métodos y técnicas que [...] supone una cierta y genuina interacción en el campo con los sujetos bajo estudio, una directa observación de los hechos relevantes, algunas entrevistas formales y muchas informales, algo de enumeración sistemática, alguna colección de documentos y artefactos y apertura en relación a la dirección que la investigación toma." (Holy,1984:4). En particular las técnicas que utilicé fueron: 1. entrevistas: semi-estructuradas y no-estructuradas (utilizando guías de pautas orientadoras); 2. encuentros informales con informantes clave (médicos, enfermeras, vecinos, etc.) que en la mayor parte de los casos no siguieron una guía estructurada de entrevista ; 3. técnica de taller, organizado con el Centro de Salud; 4. análisis cualitativo de Historias Clínicas y Certificados de Defunción que completaron la fuente empírica.

#### *1.1. Unidad de análisis y unidad de muestreo:*

El estudio lo llevé a cabo en un Centro de Salud ubicado en un municipio del Gran Buenos Aires. El trabajo de campo constó de dos momentos: uno llevado a cabo desde la Secretaría de Salud del Municipio de Florencio Varela, vinculándome al Programa de



2  
o

“Seguimiento y Monitoreo de la Problemática de Mortalidad Infantil”, mientras que el otro lo realicé de forma independiente (aunque con una autorización de aquella Institución). El “campo” fue entendido en base a la concepción de Bourdieu, quien define al campo no como una entidad física sino como un conjunto de relaciones que uno se propone conocer, pensando el campo en términos relacionales. Lo que observé y registré desde el Centro de Salud no fueron entonces entidades concretas sino sujetos en acción y en relación. En particular observé la relación/vínculo presentada en la introducción: familia de sectores vulnerables y profesionales de la salud (pertenecientes a un Centro de Salud).

Las unidades de análisis fueron entonces dos: el Centro de Salud por un lado (profesionales de la salud, trabajadores sociales, directivos y otros trabajadores); la familia del niño o niña fallecido, por otro.

Fue seleccionado el Centro de Salud y no otra institución sanitaria –como ser el hospital– por entender que allí se trabajaba desde la estrategia de Atención Primaria.

La selección de los casos específicos de estudio la realicé teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Casos de defunción infantil de una de las Áreas en las que se encuentra dividido el municipio objeto de estudio;
- Defunciones pertenecientes al radio de atención de uno de sus Centros de Salud que tuvieron lugar en los años 2003 y 2004;
- Defunciones de niños ocurridas en el domicilio.

Este último criterio fue incluido debido al interés que tenía la Secretaría ya que el porcentaje de muertes domiciliarias que reflejaban las estadísticas era elevado. Es así que no trabajé las muertes hospitalarias, en Clínicas Privadas ni defunciones fuera del distrito.

Los casos fueron acordados en un encuentro con el equipo del Centro de Salud con el que realicé el trabajo.

## *1.2. Algunas precisiones sobre la unidad de muestreo*

Las entrevistas se realizaron una vez cumplidos aproximadamente los seis meses del fallecimiento del bebé y se realizaron a aquellas madres que no hubieran vuelto a embarazarse (debido a la movilización que inevitablemente conlleva hablar de lo sucedido). Más allá de esto no se pudo entrevistar a todas las madres, por distintos inconvenientes que impidieron poder llevarlas a cabo. Se realizaron finalmente cinco entrevistas en profundidad a madres que cumplieran con los requisitos mencionados. Vale aclarar que éstas fueron realizadas con integrantes del equipo del Centro de Salud (psicóloga y/o trabajadora social). Aunque tal vez ésto impidió indagar en profundidad la relación de estas

madres con la institución (Centro de Salud), permitió, de alguna manera, involucrar al equipo en el trabajo que se estaba llevando a cabo.

Otras cinco entrevistas fueron realizadas a distintos agentes que integran el equipo del Centro de Salud (sobre el que en todo momento se trabajó): administrativa, trabajadora social, médico pediatra, ginecóloga, enfermera.

Para recabar información sobre el vínculo que el Centro de Salud tiene con distintas instituciones del barrio en donde se encuentra ubicado he entrevistado a: dos directoras de escuelas públicas, dos encargados de comedores comunitarios (uno con aporte estatal y otro no), una manzanera y la encargada de una Parroquia (Católica).

### *1.3. Otras fuentes de recolección de datos*

Además de las entrevistas realizadas, como fuente secundaria analicé las Historias Clínicas (HC) de los casos seleccionados, entendiéndolo que éstas me llevarían a una aproximación de la interacción de los médicos con los pacientes y sus madres.

Como parte de la observación participante se llevó a cabo un taller (con el equipo de salud), que tuvo como objetivo principal la sensibilización y ampliación de la percepción de la realidad cotidiana de la comunidad con la que trabaja el equipo, tomando como referencia los casos analizados.

En el año 2005 (avanzado el año) se produjo un cambio en la persona que dirigía el programa. Este cambio provocó que el 2005 haya sido en la Secretaría un año de reacomodar y organizar las distintas tareas. Ese año mi participación tuvo más implicancia en volcar datos estadísticos, finalizando el año (en lo que a mi trabajo refiere) con una reunión donde se invitó a los pediatras de los distintos Centros de Salud del municipio. Allí se planteó la importancia de la problemática de la Mortalidad Infantil, y se estableció como objetivo poder disminuir esa tasa, a través de la implementación de distintas estrategias en los Centros de Salud, estrategias que serían acompañadas desde la Secretaría.

También asistí a dos reuniones de la Región Sanitaria VI, a la que pertenece el municipio (la Provincia de Buenos Aires se encuentra dividida en once regiones sanitarias) que tuvieron como finalidad dar a conocer los trabajos que se estaban llevando a cabo en cada municipio sobre la problemática. Era la primera vez en los últimos años, que se daba este tipo de actividad, según comentaban sus organizadores. Objetivo de estos encuentros fue conformar la comisión regional con el propósito de trabajar de forma conjunta los distintos municipios.

#### 1.4. Hipótesis:

Se partió de la hipótesis de que si bien existen distintos programas destinados a "favorecer" la salud de los niños, no existe en ellos un abordaje "amplio", que enfrente conjuntamente distintos factores que pueden provocar la falta de salud en ellos, y más específicamente, el fin de la vida. HIPÓTESIS II: existen acciones posibles para bajar el índice de mortalidad infantil (alto grado de reductibilidad con acciones económicas), aunque se debe trabajar en conjunto distintas variables, de lo contrario podrían obtenerse sólo resultados transitorios. HIPÓTESIS III: Si bien la MI tiene un fuerte grado de reductibilidad con acciones pequeñas será difícil trabajar para bajar este índice si no se consideran las características de la población con la que el Centro de Salud trabaja, considerando de esta manera "procesos y condiciones de fragilización" pero también de "protección".

#### 1.5. Variables de estudio

He intentado analizar desde las entrevistas a las madres distintos ejes, tales como: composición familiar; tipo de vivienda; ingresos con los que cuenta; controles médicos tanto de los hijos como de las madres, características del embarazo, controles llevados a cabo; características sobre la defunción, relato de la madre; relación conyugal; estrategias alimentarias; personas de contención con las que cuentan; vínculo con el Sistema de Salud; cambios en la actualidad (a partir de la defunción).

En las entrevistas realizadas al equipo del Centro de Salud indagué sobre la relación del Centro de Salud con la comunidad, su concepción sobre ella; accesibilidad del centro; seguimiento de casos en situaciones de "riesgo"; servicios prestados; prevención; promoción de la salud; implicancias de la Atención Primaria; sobre el funcionamiento de ellos como "equipo de salud"; sobre su relación con otras instituciones del barrio, entre otras.

Las entrevistas a miembros o autoridades de distintas instituciones tuvieron principalmente el objetivo de indagar la relación de éstas con el Centro de Salud; los servicios que prestaban a la comunidad.

A continuación se presentan algunos detalles sobre el proceso de selección y recolección de información en terreno:

*reductible?*

*¿qué es el abordaje amplio?*

*no se entendió*

## A. ENTREVISTAS:

Vale aclarar que en general hubo una buena predisposición para la realización de las entrevistas<sup>1</sup>, a pesar que uno siempre piensa que está molestando, y que les está sacando tiempo de trabajo o descanso a quien se entrevista... de una u otra manera, la sensación incómoda de intrometerme en la vida privada o en el trabajo del otro.

La totalidad de las entrevistas pudieron ser grabadas, sin que esto generara problemas para el entrevistado. Se aclaraba que el único objetivo de esa grabación era no estar pendiente constantemente de la escritura y de esta manera poder prestar total atención a la conversación. Excepción de esto fueron las entrevistas a miembros/autoridades de instituciones en las que, por decisión propia, preferí tomar nota.

La trabajadora social del Centro de Salud fue quien me proporcionó mayor ayuda para la obtención de datos que posibilitaron las entrevistas (por ejemplo direcciones, contacto con profesionales), si bien aclaró desde un primer momento que no podía trabajar la problemática:

T.S.: [...] te digo, está como muy movilizado y:: la verdad que meter el tema de mortalidad infantil en este momento... no sé con quién... yo, cuando estaba Martina, lo que le había planteado era que si quería hacer las entrevistas con ustedes porque me parecía que la gente era del barrio... y que bueno... si a vos te dan autorización y querés seguir sola... todo bien, yo no puedo más que darte información, alguna cosa, algún día... es un tema que no lo pudimos trabajar más que con ella [Martina], y a mi, trabajarlo con alguien que no está dentro del equipo... no me sirve.

E: no, si, porque .-

T.S.: porque no aporta, digo, me aporta personalmente pero no aporta al trabajo cotidiano... entonces digo, trabajo otras cosas, porque no es que...

E: claro, claro...

T.S.: es un tema muy específico y el día que pasa lo trabajas igual y acá... -

### Entrevistas a madres de niños fallecidos

Las entrevistas realizadas a las madres de niños fallecidos las hice de la siguiente manera: tres con el equipo del Centro de Salud, y otras dos en forma independiente, sin poder lograr contactarme con dos madres de otros niños. Este hecho quizás sea consecuencia de lo que una médica comentaba en una reunión de la región sanitaria "También la gente da un domicilio falso. En el registro civil no toman el domicilio del DNI, sino el que denuncian".

Sin duda, estas entrevistas fueron las que en mayor medida produjeron en mí una sensación de intromisión en la vida privada de las personas y más aún por el hecho de revivir una situación tan significativa, como lo es la muerte de un hijo. Esta sensación puede también relacionarse con la realidad de que la entrevista, para las madres, no generarían beneficio alguno, al menos en un corto plazo.

Se aclaró en todo momento que el principal objetivo era poder indagar sobre cuestiones que pudieran mejorarse, recalcando que de ninguna manera se intentaba hallar un culpable por la muerte en cuestión, esto no era un dato menor, Vanesa, por ejemplo, dijo: "[...] y pensé que eras del juzgado, por causas de muerte... no se". Manuela hace un comentario similar al consultarle si podía grabar la entrevista "lo único que quiero es no tener problemas, ya estuve bastante en Tribunales". La trabajadora social en este caso explicó que la grabación sólo la íbamos a escuchar nosotras.

También se explicó en todos los casos que se estaba trabajando con las muertes infantiles, que también se estaba entrevistando a otras madres.

### Entrevistas a integrantes del Centro de Salud:

En estos casos el desarrollo de la entrevista simulaba una clase en donde yo podía aprender distintas cuestiones que hacían al funcionamiento del Centro de Salud.

### Entrevistas a miembros o autoridades de instituciones

Estas entrevistas fueron las más acotadas, planteando en las mismas cuestiones específicas que hacen a la interacción con el Centro de Salud, y no tanto al funcionamiento de la institución a la que pertenecía el entrevistado.

## B. ANÁLISIS DE HISTORIAS CLÍNICAS:

Si bien en un comienzo el objetivo fue analizar las Historias Clínicas de todas las muertes ocurridas en el año 2005, el acceso a éstas fue limitado, por lo que las HC analizadas fueron las de los casos entrevistados. Acá observé la falta de registro de los datos solicitados en esta planilla. Los datos omitidos con mayor frecuencia fueron: datos área social, antecedentes perinatales, tipo vivienda, fechas próximos controles, peso, talla, alimentación. Alguna de ellas tampoco habían sido completadas en el formulario habitual, utilizando una hoja en blanco para anotar determinados datos.

Por ejemplo el caso de "Diego", quien falleció de un "trombo embolismo pulmonar", en la HC figuraba una derivación a cardiología, pero no especificaba ningún otro dato (ni el porqué, tampoco la urgencia de esa consulta). Siempre que se hacía mención a ese caso, se veía como una causa de muerte extraña en un bebé. En la reunión que se había tenido con el equipo en donde se establecieron los casos que se iban a tomar y se acordó la fecha del taller, habían mencionado que esto pudo ocurrir como consecuencia de un golpe recibido. Cuando el caso fue consultado a un médico de la secretaría, dijo que si hubiese sido por un golpe, se hubiera detallado en la autopsia (endocropsia), ya que el golpe deja marcas de distintos tipos. Vale mencionar que estas HC no adjuntan la autopsia realizada. En dos de ellas se redacta el relato de la madre, tampoco se puede encontrar en éstas las HC perinatales de la madre, que informan sobre el embarazo y el parto. Consulté también el caso con la coordinadora del área de salud mental, de la Secretaria de Salud, quien acordó que era un diagnóstico no habitual en un bebé, pero luego, al ver que figuraba en la HC una derivación a cardiología, dijo que entonces, evidentemente la médica había "visto" algo extraño... obviamente lo que detectó no podía saberse a través de la lectura de la HC.

## C. ACTIVIDADES ESPECIFICAS:

### C.1 Taller con Equipo de Salud:

El taller se llevó a cabo en Diciembre de 2004, como finalización de una de las actividades correspondientes al Programa de Seguimiento y Monitoreo de Mortalidad Infantil del municipio. El objetivo del trabajo fue poder reflexionar, junto al equipo del centro, los tres casos entrevistados, sobre el contexto en que estas muertes se dieron.

Para este taller se convocó a los distintos integrantes del equipo del Centro de Salud a los que pertenecían los casos tomados. Solo dos profesionales estuvieron ausentes. Asistieron también la Secretaria de Salud y la directora de Atención Primaria, por último la responsable del programa en aquel momento y yo, quienes fuimos las encargadas de llevar a cabo la actividad.

La actividad se realizó en el área de Servicio Social (hall) del Centro de Salud. Los distintos trabajadores del centro no realizaron sus tareas habituales durante aproximadamente dos horas, no se habían dado turnos para este momento.

La dinámica consistió en la exposición de los distintos ejes tomados en las entrevistas, en relación a cada uno de los casos, esto se encontraba plasmado sintéticamente en dos afiches pegados en una cartelera. La ronda de los participantes se hizo de forma tal que todos pudieran verse. A medida que se desarrollaban los ejes, se iban haciendo referencias teóricas sobre las temáticas relacionadas. Junto a estos afiches se encontraba otro, con cuadros estadísticos que informaban sobre la mortalidad infantil del Área a la que pertenece el Centro de Salud, dando cuenta de la variación de la misma en el tiempo (número de defunciones por mes, separando en un cuadro las domiciliarias). En otro, la división según muerte en hospital, en domicilio o en clínica privada (todas las áreas, 2003) y otro mostraba las defunciones domiciliarias de los años 2003 y 2004 (todas las áreas). En otros gráficos (de torta) se expresaron la distribución de las muertes domiciliarias según tipo de defunción (neonatales o postneonatales, Área, 2003), distribución de defunciones según sitio de ocurrencia (Área, 2003 y todas las áreas, 2004).

El taller comenzó con la explicación de los cuadros estadísticos, luego, se fueron mencionando las características de cada caso y los distintos participantes fueron haciendo comentarios sobre ellos. Se intentó seguir los casos según la diagramación hecha en el afiche, pero resultó complicado en algunos casos, entiendo porque los distintos ejes se encontraban entrelazados, al mencionar uno, derivaba en otros temas.

<sup>1</sup> Al reescribir las entrevistas consideraré la inicial del nombre, en el caso de las madres, y la inicial de la profesión para las otras.

Martina?

Cuando se habló sobre lo incompletas que se encontraban las Historias Clínicas (HC), los participantes estuvieron de acuerdo, dijeron que se iba a modificar el formato de las HC el año próximo para que pudieran completarse de manera más ágil y también pudiera haber más espacios donde aclarar cuestiones que se

consideraran necesarias. Se habló de la importancia de la palabra escrita, a parte de la palabra como hecho curativo con el paciente, la palabra como una herramienta de trabajo; ya que permite que cualquier profesional que tome la HC sepa sobre la persona. Martina agregó que igualmente la HC no está diagramada para escribir ya que la mayoría de sus espacios son para completar con cruces. También se mencionó la importancia de completar los datos referidos a la situación social.

La jefa del centro dijo que ese taller tenía que servir para mirar un poco al interior del equipo, cómo estaba trabajando. Ese comentario luego fue retomado por la directora de Atención Primaria, quien agregó que era necesario analizar cómo estaba trabajando el equipo, como equipo, frente a los casos que se presentaban, donde era necesario actuar interdisciplinariamente. También destacó la importancia de contactar a las madres que no frecuentaban el Centro de Salud, y se hallaban en una situación de riesgo. Este comentario surgió a partir del caso "Jonathan", donde se pudo observar que no controlaba frecuentemente al hijo, sólo figuraba un control en su HC. Se dijo que muchas veces las enfermeras tienen mayor contacto con las madres (por la vacunación), también desde ortodoncia o por la "ventanilla". Insistió que desde distintas instancias se buscara captar a las madres que no asisten al centro y tienen una situación de riesgo. Una opción dada por una médica y aceptada por los otros, fue hacer listados con las madres que tuvieran que "captarse", y cuando hubiera algún contacto con ellas, se avisara a quien lo hubiera requerido (este listado debería estar, sin ser visto por los pacientes, en todos los consultorios).

Los distintos integrantes coincidieron en que las derivaciones entre los distintos profesionales se llevaría a cabo, que hablarían de los distintos casos. La jefa del centro relató que en ese momento su consultorio se encontraba al lado del de Micaela (médica pediátrica, no estuvo presente en el taller), lo que le permitía una comunicación continua.

La Secretaria de Salud dijo que no servía comentar a otros el caso o informar, porque "me desentiendo y no se hace nada". Resaltó la importancia de la acción, y lo relacionó con los casos trabajados, donde se vio que todos tenían conocimiento de los casos, de la situación de cada uno de ellos, pero, dijo, evidentemente faltó acción (aclaró que no había intención de echar culpa). Agregó diciendo que la idea era que cuando tuvieran un caso con características similares a esas, hubiera una alarma, "luces rojas encendidas", y se actuara, no se informara. María José (coordinadora del Área) propuso establecer momentos fijos en donde se comentarían los casos del día, por ejemplo al mediodía.

La directora de Atención Primaria aprovechó el momento para comentar que pronto contarían con un "ecógrafo móvil", lo que incrementaría los turnos que se otorgaban y también llevaría a eliminar la derivación al hospital para los controles.

Entre otras cuestiones se marcó la importancia de incentivar a los hombres para que también concurrieran a la consulta médica de los hijos/embarazos, mostrando que no eran ajenos a ellos. Por último se mencionó la importancia de los promotores de salud (con los que el municipio no cuenta).

La Secretaria de Salud mencionó que el año próximo estimaba que iba a ser un buen año, mejor que el 2004, ya que "la Atención Primaria, ahora, a partir de la Ley Federal de Salud, tomó carácter nacional, y se estima que habrá presupuesto para contar con mayores recursos, tanto materiales como humanos".

Cuando se preguntó, al año siguiente, a algunos profesionales sobre el impacto de ese taller, la enfermera por ejemplo no recordaba mucho qué se había dicho. Le comenté el tema de los listados, (una de las propuestas hechas) me dijo que no, que no se había hecho nada. Una respuesta similar se obtuvo de la trabajadora social:

E: y esto que se había hecho el año pasado, ¿para vos sirvió para algo, o no? ¿cómo para trabajarlo así...?

T.S: ¿lo de mortalidad?

E: sí...

T.S: mirá, yo creo que sirve, con el material [entregado cuando se llevó a cabo el taller] yo me identificaba, así que cuando en el posgrado necesitamos algo de salud, yo lo tomé, y dije, paren, ya está, no busquemos, pero, yo siento que yo me apropio de las cosas, pero no se el resto, digo, nadie dijo "che, se acuerdan..." no se si alguien lo leyó.

E: está bien, pero por ejemplo, ¿las cosas que se habían planteado tampoco?, esto de hacer listados, de... [interrumpe]

T.S: [niega con la cabeza] habrá durado tres días, no, no, no, nada que hoy te pueda decir, mirá, a partir de eso...

E: sí, bueno, igualmente fue algo muy puntual, tampoco se pretendía un cambio a partir del trabajo que se hizo...

T.S: no, pero si me preguntás a mí, no me acuerdo de nada que se esté haciendo a partir de eso, también tiene que ver con que... bueno, todo lo que te baja, es como muy administrativo, o sea... y también te sirve como punto de reflexión, porque si a veces no viene alguien, la reunión de equipo la pasas para otro día y al otro día te pasa lo mismo que hoy... y entonces... esto lo que ayuda es a organizarte, bueno, viste, ya estamos acá, y que te ayuda a pensar, yo creo que esos días lo que pensamos nos sirvió, para esos días o bueno, uno continua con la cabeza cambiada ¿no? pero... no más que eso...

E: sí, sí, bueno, igual tal vez era más eso, como un poco detenerse y reflexionar digamos...

T.S: sí, yo creo que en eso sí pero... no volvimos a tocar el tema, así que bueno, eso... -

## C. 2 Reuniones Región Sanitaria VI

Estas reuniones fueron organizadas por los Coordinadores de la región sanitaria a la que pertenece el municipio de la investigación. La invitación había sido a través de los secretarios de salud, eran ellos los que decidían quienes iban a estar presentes allí.

El objetivo de la primera reunión fue, en palabras de la coordinadora *"compartir las experiencias que hay en los hospitales y en los municipios, sabemos que hay algunos que vienen trabajando hace mucho, que algunos hospitales tienen comités de vigilancia de la mortalidad, que algunos municipios vienen trabajando... La perspectiva es que este sea un primer encuentro de una serie de siguientes para trabajar entre todos esta temática"*.

Mientras que el otro coordinador agregó: *"Si hay alguna solución para algunos problemas que podemos plantear, la solución es a nivel local, no hay ningún decreto que emita un gobernador, un ministro, que pueda establecer que se reduzca tantos puntos la mortalidad o se reducen tantos casos de muertes. Si hay probablemente un montón de decisiones políticas que pueden directa o indirectamente afectar la mortalidad, de hecho la crisis que hubo en su momento en el 2001 tuvo sus consecuencias"*.

Se hizo referencia al grado de reductibilidad de esta tasa, agregando el coordinador que le asustaba que distintos políticos alcen la voz diciendo que tenemos la mortalidad infantil más baja de la historia, agregó *"en realidad la otra mirada de eso es que si miramos la realidad que tienen otros lugares, otros países, y si nos metemos hacia adentro en el análisis de causas de muertes nos damos cuenta que dos de cada tres muertes son potencialmente reducibles, entonces por un lado es una muy buena noticia que tengamos la mortalidad infantil más baja de la historia pero por otro lado, es escandaloso que tengamos 12, 13 puntos de tasa de muerte y ni hablar la mortalidad materna"*

También dio datos de las tasas de distintas regiones, mostrando cómo en ese momento la Región VI era la que contaba con una de las tasas más altas de la Provincia de Buenos Aires.

Distintos representantes de los municipios que conforman la región fueron contando experiencias que pudieran servir a los demás y se fue debatiendo a partir de aquellos relatos.

Si bien todos parecían "reivindicar" el trabajo cualitativo para esas muertes, prácticamente todos los que hablaron mencionaron, no como un dato menor, la tasa de su municipio, haciendo una breve historia de la misma.

El eje central de la reunión estuvo en la importancia de formar comisiones para el trabajo específico de las muertes de los niños menores de un año:

*"O sea que estamos, bueno... a nivel de la provincia, fíjense que para nosotros tampoco es fácil, recién hemos logrado, que si bien hay resoluciones desde hace varios años, recién el inicio formal, con nombre, apellido, libro de actas y todo eso. Hace muy poquito que se acaba de constituir la "Comisión Provincial", la idea nuestra es generar como un espacio a nivel local para que se forme la "Comisión Regional" donde muchos de ustedes tendrían que participar activamente, representando a su municipio. El gran desafío tampoco pasa por la Comisión Regional, que va a ser un lugar de catarsis mutua y también de discusión interesante sobre experiencias locales de cada uno de estos nueve municipios, sino la cosa está hacia adentro de cada municipio, un poco como está planteado y esto no lo inventamos sino que está en todos los documentos que hace mucho vienen trabajando vigilancia de la mortalidad. En realidad, el tema es ir armando comités hospitalarios y comisiones municipales, comités, tratando de hacer un análisis hacia adentro de la institución, a puertas cerradas y lo más privado, reservado, discreto posible, pero que no deje pasar por alto cada evento donde ocurra una muerte, pensando que si desde el momento en que esa persona atravesó las puertas de ese establecimiento hasta el momento en que se produjo ese desenlace se hizo todo lo que se podía hacer y lo municipal, porque desgraciadamente hay muchas muertes que ocurren en el mismo domicilio, entonces, el trabajo conjunto, como un tópico ... entre municipio y hospital, se podría terminar de cerrar el análisis de todas las muertes que ocurren en un municipio. Creemos que es posible, a nivel municipal, analizar gran parte de los casos e inclusive sabemos que hay municipios que están en esta región, que han logrado avanzar en el último paso, el más difícil tal vez, que es hacer la encuesta domiciliaria o autopsia verbal..."*

Luego continuaba: *"obviamente con contar muertos no alcanza, hay que seguir, y seguir, y seguir, y seguir, y así se van a poder construir las comisiones locales, municipales que puedan avanzar un poco en este análisis de las causas de muerte y luego esas comisiones municipales puedan aportar mucho a la regional, y bueno, la provincial estará más que nada para facilitar, como facilitador, sigo insistiendo, cuanto más te alejas del evento y de la persona pulis menos cosas, eso no quita que la provincia también tenga su grado de responsabilidad, sobre todo en la administración de recursos, ¿no?"*

Aclaró que esas comisiones regionales también servirían para hacer planteos/reclamos concretos a alguna autoridad económica o del Ministerio, marcó que sería distinto ir con una percepción de algo a cambiar, que con "dictámenes de comisiones regionales".

La reunión finalizó con una propuesta a la que todos adhirieron: *"La mortalidad infantil es baja, pero debería ser, yo diría un tercio, sin que exagerara tanto, pero digamos, podríamos proponemos una meta, por ejemplo si*

*decimos que el 60% es reducible, dos de cada tres, y si nos propusiéramos decir bueno, que las reducibles en lugar de ser un 60 sean de un 30%, bajar un 10% de reducibilidad por año, no sería quizás una meta muy loca e imposible de lograr, pero obviamente para eso hay que trabajar mucho hacia adentro como municipio, y para eso nadie mejor que ustedes que conocen la realidad del municipio".*

La segunda reunión tuvo como objetivo que los municipios que estuvieran trabajando la problemática, relataran extensamente la forma en que lo hacían. Tres municipios presentaron su modalidad de trabajo a través de filminas, mostrando las deficiencias y los potenciales de su trabajo.

Allí se acordó que toda la región trabajara con los mismos certificados de defunción, facilitando eso el cruce de información entre los municipios.

También la coordinadora de la región se encargaría de centralizar la información de las muertes infantiles.

### C. 3 Cierre del Año Eje Pediátrico - Secretaría de Salud

La reunión se llevó a cabo en Diciembre de 2005, en una sala de reuniones de la Municipalidad. Se había invitado a todos los médicos pediatras de todos los Centros de Salud del municipio, la convocatoria no tuvo total adhesión, pero cumplió con las expectativas de sus organizadores. El objetivo de la reunión fue dar a conocer algunos resultados de los programas implementados en el transcurso del año, como también mencionar ciertos objetivos para el año siguiente.

Más allá de haber esperado a la Secretaria de Salud aproximadamente 40 minutos, la reunión se dio por comenzada con sus palabras (se encontraban junto a ella la directora de Atención Primaria y la Médica encargada de distintos programas pediátricos (entre ellos, el de Mortalidad Infantil). Entre otras cuestiones destacó que el año siguiente el municipio iba a contar con mayores recursos en el área de Salud, *"ya pasamos la crisis, estos son tiempos de mayores bonanzas, vamos encaminados"*, agradeció también a los profesionales presentes el haber sabido afrontar aquellas épocas. Destacó también la importancia que para su gestión tenía la Atención Primaria, indicando que el eje estaba puesto allí. Anunció que el año siguiente se retomaría el trabajo de Mortalidad Infantil, brindando algunos datos que indicaban la disminución a lo largo de los años, pero aclaró *"al comienzo de la gestión (2001) el índice de mortalidad infantil era del 18.6 % ahora estamos en 13 % pero tiene que seguir bajando más"*.

Aunque difícilmente estos datos podrían haberse obviado en una reunión de este tipo, vale nombrar un documento de OPS/OMS donde se indica "la TMI [tasa de mortalidad infantil] es uno de los indicadores más referidos dentro de los indicadores de salud. Su utilización por parte de distintas áreas del conocimiento y su consecuente difusión a través de los medios de comunicación social, lo vuelven un indicador de "alto marketing" a tal punto que parece difícil encontrar propuestas políticas que no mencionen su disminución como primer logro en el área de salud" (OPS/OMS, 2000:16)

La directora de Atención Primaria agregó que la MI empezaba antes del control pediátrico, empezaba con el embarazo.

Expusieron dos programas pediátricos del municipio, cantidad de personas atendidas en cada uno. También se presentaron datos específicos de mortalidad infantil.

Se propuso una actividad, implementada en dos grupos. Se analizaron dos casos de mortalidad infantil (un caso cada grupo) con el fin de establecer si eran casos evitables o no. Luego cada grupo hizo la exposición y mencionó las conclusiones al resto de los presentes.

En uno de los casos trabajados, el chico había tenido controles, la madre tenía estudios secundarios. En la Historia Clínica no se mencionaba peso ni talla. Se le daba al niño leche de vaca. Otro dato mencionado era que el bebé sufría de broncolitis, se citó a las 48 hs. no fue a ese control, un mes y medio más tarde murió.

Un médico joven dijo *"el problema estuvo "acá" (señala la parte de los controles), el problema fue nuestro"*

Otra profesional marcó la importancia del tiempo que se le dedicaba a un recién nacido, *"tal vez la madre no sabe sobre el amamantamiento, tal vez nadie le dijo que debía amamantarlo, siempre al primer control hay que dedicarle más tiempo"*.

Otra médica agregó: *"No podemos no poner cuánto pesa, cuánto mide..."*, frente a lo que otro dijo que uno muchas veces se excusa en la cantidad de pacientes que tiene que atender, pero reconoce la importancia. Otro respondió: *"no es que no se haya pesado ni medido..."*, la directora de Atención Primaria aclara: *"sí, pero si vos atendés a veinte chicos por día, al mes no te vas a acordar cuánto pesaba ese chico"*.

Una médica, de un centro que trabaja la problemática de MI, dijo que era importante salir a buscar a las mamás cuando no van, con los recursos que uno tenga a mano, mencionó por ejemplo las manzaneras.

La Secretaria de Salud para concluir con la actividad, aclaró que el año siguiente se empezaría a trabajar fuerte con el programa de MI.

Un médico dijo que lo que generalmente pasaba en el municipio era que se empezaba un programa con mucha energía y después terminaba diluyéndose...



La directora de Atención Primaria destacó el trabajo interdisciplinario, diciendo que la problemática no era cuestión sólo del pediatra, marcando la importancia del trabajo en equipo, porque la madre que la ginecóloga atiende hoy, mañana atenderá a sus hijos.

También destacó la importancia de las reuniones de equipo para hablar de casos que tal vez también otro profesional estaba atendiendo o iba a atender desde otro lado.

Por último esta directora aclara que la idea es poder prevenir que esto suceda, adelantarnos a los hechos. A partir de esto la Secretaria de Salud concluyó la reunión destacando la importancia de la prevención y promoción de la salud.

Creo importante este tipo de actividades (talleres/reuniones) en donde los profesionales pueden detenerse a pensar ciertas cuestiones que hacen a la actividad cotidiana del Centro de Salud. Aunque también creo deben ser actividades continuadas, donde lo dicho allí no caiga en saco roto...

<p style="text-align: center;"><b>PARTE I</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONTEXTO EN EL QUE LA MUERTE IRRUMPE</b></p>
--

**CAPÍTULO 2**

**CONTEXTUALIZACIÓN: DESCRIPCIÓN Y PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS**

*2.1. Breve introducción al ámbito local donde se desarrolló la investigación*

El partido en el que se llevó a cabo la investigación pertenece, según la división que el INDEC hace del Gran Buenos Aires en las mediciones de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), al cuarto conurbano<sup>2</sup>. La pertenencia a este grupo, a grandes rasgos, implica la presencia de numerosos sectores en crecientes procesos de urbanización, una vasta carencia de infraestructura y altos índices de desempleo. Los partidos que integran este grupo son los que cuentan con los peores valores en sus indicadores sea demográficos o socioeconómicos.

Esto se ve reflejado en las estadísticas, tanto que si tomamos el Censo Nacional (2001), encontraremos que en el partido de Florencio Varela, el 26.7% de los hogares cuenta con necesidades básicas insatisfechas<sup>3</sup> (NBI), índice muy alto si lo comparamos con la media y muy lejano a partidos como Vicente López, que cuenta con los menores porcentajes. Estos datos son aún más crudos si los pensamos en número de personas que implican

Esta localidad cuenta (continuando con la misma fuente) con una superficie de 190km<sup>2</sup> y una población de 348.970, es decir, el 2.5% de la población de la Provincia de Buenos Aires.

Podríamos decir que es una población joven, dado que el 43.5% no había alcanzado en el 2001 los 20 años. También el porcentaje de población mayor a 65 años es bajo, 5%. Esta estructura etárea joven es más evidente si la comparamos con los datos de la provincia, siendo para ésta el 35.1% y el 10.6% respectivamente.

---

<sup>2</sup> Cuando la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) presenta información referida a los conurbanos (el conurbano 1, 2, 3 y 4), lo que hace es subdividir el ámbito de los Partidos del Gran Buenos Aires según un criterio de homogeneidad de ciertas variables de tipo social y económico. Esto da como resultado grupos de partidos que no necesariamente son contiguos. Los partidos que pertenecen al conurbano 4 son: Florencio Varela, Esteban Echeverría, Moreno, La Matanza 2, Merlo, General Sarmiento, Tigre y San Fernando. (INDEC)

Del total de la población, 25.575 hogares (112.860 personas, el 30.7% de la población) viven en casas consideradas tipo B<sup>4</sup>. Sobre la población total, solo 183.056 cuentan con red pública de agua.

A continuación presento un cuadro a modo de visualizar mejor los datos presentados:

Partido	Hogares			Población		
	Total	Con NBI	%	Total	Con NBI	%
<b>Total</b>	<b>3,921,455</b>	<b>508,671</b>	<b>13.0</b>	<b>13,708,902</b>	<b>2,161,064</b>	<b>15.8</b>
24 Partidos de la Provincia de Buenos Aires	2,384,948	346,613	14.5	8,639,451	1,518,319	17.6
Almirante Brown	133,787	21,780	16.3	512,517	99,014	19.3
Avellaneda	100,853	9,341	9.3	327,618	35,115	10.7
Berazategui	75,603	12,568	16.6	287,207	55,861	19.4
Esteban Echeverría	62,937	10,999	17.5	243,485	49,773	20.4
Ezeiza	29,574	6,664	22.5	116,006	30,288	26.1
Florencio Varela	84,958	22,694	26.7	346,223	105,121	30.4
General San Martín	119,111	13,053	11.0	400,718	52,111	13.0
Hurlingham	47,906	5,298	11.1	171,399	21,632	12.6
Ituzzaingó	44,409	4,131	9.3	156,301	16,953	10.8
José C. Paz	56,007	12,928	23.1	229,241	61,246	26.7
La Matanza	333,916	56,023	16.8	1,251,595	250,912	20.0
Lanús	135,447	13,364	9.9	451,067	52,691	11.7
Lomas de Zamora	164,430	23,273	14.2	587,795	101,385	17.2
Malvinas Argentinas	72,956	14,413	19.8	289,798	66,428	22.9
Merlo	119,624	23,744	19.8	468,452	109,792	23.4
Moreno	95,538	21,060	22.0	379,370	98,518	26.0
Morón	93,980	6,380	6.8	305,687	23,541	7.7
Quilmes	144,671	21,323	14.7	516,404	91,015	17.6
San Fernando	42,059	5,692	13.5	150,008	24,132	16.1
San Isidro	88,054	6,190	7.0	289,889	24,197	8.3
San Miguel	65,694	9,902	15.1	251,299	45,734	18.2
Tigre	79,807	14,018	17.6	300,411	60,845	20.3
Tres de Febrero	102,212	7,805	7.6	334,889	29,087	8.7
Vicente López	91,415	3,970	4.3	272,072	12,928	4.8
Resto de la Provincia de Buenos Aires	1,536,507	162,058	10.5	5,069,451	642,745	12.7

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Daré una aproximación al lector del lugar en que se llevó a cabo la investigación, ya no sobre el Partido específico sino sobre el contexto del universo de análisis (barrio en donde se encuentra ubicado el Centro de Salud). Claramente, los ojos que "vieron" no fueron neutros, aun en mayor medida cuando la llegada al lugar tuvo exclusiva relación con la investigación, es decir, la aproximación se hizo con preguntas ya pensadas de antemano, intentando encontrar allí "específicamente" algunas respuestas, si bien los cuestionamientos no fueron los mismos al comienzo y al final del trabajo, debido por cierto, a la ampliación de la mirada que el mismo campo otorga. Resumido en palabras de Rockwell podríamos decir

<sup>3</sup> Para el INDEC, los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan ciertas privaciones sobre distintos indicadores (hacinamiento, vivienda, condiciones sanitarias, asistencia escolar, capacidad de subsistencia.)

<sup>4</sup> Se refiere a todas las casas que cumplen por lo menos con una de las siguientes condiciones: tienen piso de tierra o ladrillo suelto u otro material, o no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no disponen de inodoro con descarga

que “nunca emerge uno de la experiencia etnográfica pensando lo mismo sobre el asunto que al inicio: no se trata tanto de descomprobar y desechar esa concepción original, como de complejizar, matizar, enriquecer y abrirla, dar contenido “concreto” a aquellas ideas iniciales, abstractas, que provee la teórica como punto de partida” (Rockwell,1989:15)

Podría comenzar diciendo que las calles son de tierra, salvo excepciones, tal es así que una de las calles es conocida como “el mejorado” y las calles asfaltadas<sup>5</sup> sirven como referencia cuando uno consulta sobre cómo llegar a algún lugar. No es raro al caminar por estas calles encontrar basura dispersa, pudiendo inferir que ésta formará parte del camino, también podemos encontrar escombros. Son caminos que quedaron sin un terminado final, siendo muy poco uniformes, sólo algunos cuentan con una especie de vereda y en sus bordes mayormente se encuentran zanjas, donde distintas plantas crecen a sus costados. En el transcurso de mis visitas pude observar gente trabajando en esas zanjas. Muchos perros, varios de ellos raquíticos, circulan por las calles. También es común ver grupos de chicos jugando al fútbol o agrupados en las calles.

En general hay muchas bicicletas. Además, una línea de colectivo llega hasta el lugar, ubicado a aproximadamente 20 minutos del centro comercial de la localidad. Esta línea transita por distintos barrios alejados, aunque cuenta con un servicio permanente, que finaliza a las 22hs, no quedando otra opción que un remis o auto particular cuando se quiere salir de allí después de aquel horario. Vanesa (una de las madres entrevistadas) especifica el inconveniente que genera esta situación al decir “[...] porque si no te agarran las 10 de la noche y no tenés colectivo, no tenés tren, tenés que ir en remis a comprar, y sino tenés plata para el remis [...]”.

Mientras uno camina por estas calles puede escuchar la música traspasando las paredes de las casas. En relación a las viviendas, éstas en su amplia mayoría se encuentran construidas de material. También hay grupos de casas, con iguales características que parecieran indicar la implementación de un plan de vivienda. Finalmente hay otras que llaman la atención encontrarlas en un contexto humilde.

Desde el Centro de Salud (CS) se hace entrega de chapas, privilegiando a personas con mayores necesidades. La entrega de este material fue corroborada con la trabajadora social de la institución, ya que generó dudas que fuese éste y no ladrillos, por ejemplo. Cuando se le consultó la “rareza” (a mi parecer) de esto, ella sonrió y dijo: “[...] no, no es raro, acá no es raro, antes entregaban cartón.”

En el barrio funcionan distintas instituciones públicas y privadas, formales e informales, con dispar inserción y actividad, entre las cuales se encuentran varias escuelas (incluso una

---

de agua. Recordemos que se consideran a parte las casillas, ranchos, habitaciones, departamentos, piezas en inquilinato, Pieza/s en hotel o pensión,

escuela técnica), un jardín de infantes, varios comedores comunitarios; distintas iglesias católicas, evangélicas y adventista, una farmacia comunitaria, dependiente de Cáritas, una biblioteca comunitaria.

## 2.2. Contexto socioeconómico

Las características ambientales, económicas, históricas, culturales y político ideológicas de las comunidades, alcanzan un fuerte impacto en las probabilidades de enfermar y, secundariamente, morir en un período histórico determinado (OPS/OMS,2000).

Como he anticipado en la introducción, la tasa de mortalidad infantil es uno de los principales indicadores que reflejan el grado de desarrollo de una sociedad. A su vez, este fenómeno se ve "retroalimentado" en contextos de alta concentración de pobreza y vulnerabilidad social, en el que es muy difícil determinar causas y consecuencias, variables dependientes e independientes, vínculos, condiciones, etc. Debido a esta alta relación, este capítulo estará dedicado a la presentación de información socioeconómica de contexto con el fin de encuadrar mejor las defunciones objeto de este estudio.

### 2.2.1. Breve caracterización de los años 90'

Me circunscribiré aquí específicamente a los procesos acontecidos desde los años 80. En América Latina, esa década estuvo caracterizada por un gran endeudamiento estatal y por la clara manifestación de la incapacidad de los países en vías de desarrollo de pagar su deuda externa, siendo éste uno de los factores más limitantes para el crecimiento de la región. También se vio signada por la inestabilidad política, los conflictos armados y los golpes militares. Estos acontecimientos dieron finalmente lugar, a lo largo de los años 80, a la instauración de una serie de reformas económicas que acompañaron los procesos de pacificación y restauración de la democracia en varios países del continente. Las reformas implicaron abandonar el estilo de desarrollo que había predominado durante las tres décadas anteriores basado sobre todo en un proceso de industrialización sustitutiva de las importaciones en el marco de un mercado común regional. Este proceso de apertura y de incentivo a las importaciones agudizó las diferencias internas de los países de la región incidiendo negativamente sobre las políticas sociales y distributivas. El principal resultado de la implementación de las primeras medidas de corte liberal introducidas en América Latina entre 1981 y 1990 es la brusca caída de las remuneraciones reales de los

---

<sup>5</sup> Pude ver la transformación de una de las calles mientras realizaba el trabajo de campo. Este Municipio no quedó fuera de la

trabajadores, esta disminución que tocó el 42% en el caso del sector informal y el 24% en los salarios mínimos urbanos, dio origen a un proceso de precarización laboral y social que golpeó a gran parte de la población, la relevancia aumenta si se tiene presente que la región cuenta con un 74% de población económicamente activa. Se producen cambios en el mercado de trabajo hacia empleos del sector informal junto con un proceso de precarización del trabajo, dándose entonces un aumento de la pobreza y la indigencia, tanto urbana como rural. Debido a que la tasa de fecundidad era todavía muy alta, los grupos poblacionales con más peso en la pobreza fueron niños y jóvenes.

En 1990 casi ningún país de América Latina tuvo índices inflacionarios inferiores al 25% anual. Debido a estos elevados ritmos inflacionarios, la mayoría de los países implementaron durísimos paquetes de ajuste destinados a controlar el déficit fiscal. La caída de la inversión pública y privada, las transferencias de capital a los países desarrollados por pagos de servicios de la deuda externa y los términos de intercambio negativos plantean serias dificultades a la formación de ahorro y por lo tanto, a la posibilidad de retomar el crecimiento.

Bustelo sintetiza este período diciendo que "América Latina ha sufrido durante el decenio de los 80' un severo revés en términos de un grave retroceso económico que ha acentuado el endeudamiento externo, elevado los procesos inflacionarios y agudizado las desigualdades sociales" (Bustelo,1995:122)

La década del 90', para gran parte de los países latinoamericanos, se inicia entonces en el marco de una recesión económica persistente y de una creciente pobreza para amplias capas de la población, mientras surgen cada vez más evidencias de que la crisis de los 80', y los procesos de ajuste que la acompañaron, han afectado con especial dureza a la infancia, socavando sus condiciones de salud, nutrición y educación.

Alrededor de 1999, a una década de la implementación de las medidas que se aplicaron en la mayor parte de los países en vías de desarrollo -enmarcadas en el "Consenso de Washington"- la desigualdad en la distribución de los ingresos como rasgo sobresaliente de la estructura económica y social de la región, se consolidó; transformándola en la región más desigual del mundo. A su vez, las estimaciones más recientes permiten concluir que en la mayoría de los países esta situación no mejoró significativamente -e incluso en algunos empeoró- durante los años siguientes.

La Argentina no fue excepción y fue una más de las víctimas de este fuerte proceso que no pudo ser revertido con las reformas estructurales implementadas a principios de los 90' que simulon instalar un escenario de crecimiento y estabilidad que caracterizó buena parte de

---

importancia dada a este aspecto en el tiempo electoral.

la década y que se derrumbó a principios de este siglo. La década del 90', redefine el escenario económico. Aunque podríamos decir que el crecimiento y la estabilidad fueron rasgos de nuestra economía en aquel período, debemos resaltar la dificultad existente para que el mercado de trabajo genere empleo, provocando así que no todas las familias pudieran participar de los beneficios de esta nueva realidad. Esta década estuvo signada por el alto grado de inequidad en el acceso a niveles adecuados de bienestar y en las perspectivas hacia el futuro, y por la concentración de la riqueza entre quienes participan del sector más moderno y creciente de la economía. En palabras de Arraigada "[...] implícita o explícitamente, cualquier definición de pobreza afirma algo acerca del resto de la sociedad. La situación de los que no tienen es incomprensible si no se la relaciona con la situación de los que sí tienen. De allí que la pobreza sea inseparable de la estructura de poder y de los intereses generados a su alrededor" (Arraigada,1998:10) Este proceso de desintegración, caracterizado por un incremento del desempleo y la profundización del deterioro de la calidad de las ocupaciones como también por la caída de los ingresos individuales promedio y de los hogares, se aceleró entre 2001 y 2002 con la crisis de la convertibilidad y la posterior devaluación. Dato de mayor gravedad si se tiene presente que en los primeros años de los 90', el incremento del empleo había sido muy escaso, ya que la reestructuración productiva había dado lugar a un importante volumen de despidos y a una débil generación de nuevos puestos de trabajo. Aunque se vieron afectadas las ocupaciones de distintas calidades, las de menor calificación fueron particularmente perjudicadas. El proceso agudiza la decadencia de un panorama social que ya en la década del 80' había sido fuertemente afectado por un contexto económico muy poco favorable. Entre otras cosas, la crisis económica y la inflación del 89' habían impactado negativamente en las expectativas de mejoras de la calidad de vida comenzando a agudizar las carencias para los sectores más postergados y el empobrecimiento de las capas medias de esta sociedad.

En síntesis, pese a que en este período muchos países lograron expandir su economía y aumentar significativamente el gasto social, la realidad es que en general América Latina no se ha conseguido en los últimos años modificar sustancialmente y de manera positiva la distribución del ingreso. (CEPAL, 2001)

Como es sabido en cualquier cambio estructural que tienda a empobrecer a la clase media de una sociedad, el sector más dinámico de la economía formal, del mercado de trabajo, del consumo, etc., golpea negativamente a quienes están por debajo.

A modo de sintetizar la dinámica de la estructura social desde los inicios de la década del 90' cabría mencionar cuatro grandes procesos simultáneos que se dieron en este período: i.

Una fuerte concentración de la riqueza, con el consecuente enriquecimiento de un sector significativo de la sociedad. Castels dirá que “[...] es importante reconstruir el *continuum* de las posiciones que ligan a los “in” con los “out” y dominar la lógica a partir de la cual los “in” producen gente “out”. (Castels,2004:25); ii. Una ruptura de los mecanismos de movilidad social ascendente y, como efecto de ello, una paulatina exclusión de los sectores más empobrecidos de la sociedad; iii. La instalación de una situación de gran vulnerabilidad en las familias de los sectores medios de la sociedad, como efecto de la pérdida de relaciones estables en el mercado de trabajo, y iv. Una relocalización de los distintos sectores sociales en el espacio urbano, con la consecuente fragmentación social y ruptura de lazos de integración.

Esto genera un fuerte impacto si consideramos que, tal como lo aclara Feijoo, “el trabajo era fuente de generación de recursos para la satisfacción de las necesidades básicas, pero también, en el caso argentino, una apuesta a un mundo con un horizonte temporal de más largo plazo, en el que había un premio intergeneracional –de padres a hijos- constituido por la movilidad social ascendente” (Feijoo,2001:16). Otra pérdida de gran importancia generada por la desregulación es la ruptura del lazo social que conllevaban las relaciones laborales, provocando que estas se rijan ahora por una lógica de mercado, sin duda también se perdió la identidad que otorgaba pertenecer a una determinada empresa.

### *2.2.2. Características del Conurbano bonaerense, contexto donde se realizó el presente estudio*

Específicamente sobre el Municipio de Florencio Varela, diré que pertenece al denominado segundo cordón<sup>6</sup> del Conurbano del Gran Buenos Aires, siendo uno de los distritos con mayores problemas de desempleo y pobreza. Tomaré las estadísticas suministradas por el INDEC, que dan cuenta de los índices de pobreza con el método de la línea de pobreza (LP), que “consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si éstos tienen capacidad de satisfacer, por medio de las compras de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales”. Distinguiré de aquel concepto el concepto de línea de indigencia (LI) el cual “procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De esta manera, los hogares que no superan ese umbral, o línea, son considerados indigentes” (INDEC).

---

<sup>6</sup> Pertenecen al segundo cordón del Conurbano los siguientes partidos: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría (dividido en Esteban Echeverría y Ezeiza), Gral Sarmiento (dividido en Jose C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel), Florencio Varela, La Matanza, Merlo, Moreno, San Fernando y Tigre. (INDEC)



Tal como muestran los datos presentados a continuación, según la EPH<sup>7</sup> la línea de pobreza tuvo un aumento progresivo desde principios del año 2000, mostrando porcentajes en el nuevo siglo, que no se habían visto en las últimas décadas del siglo anterior (salvo en la época de la hiperinflación, a finales de los 80' y principios de los 90'). Vemos un ascenso alarmante en los años 2002 y 2003, incremento notorio si lo comparamos con las cifras de 1994. Estos datos son muy similares al considerar la línea de indigencia.

Alguna esperanza nos puede traer observar el comienzo de una disminución en el año 2004.

Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea de pobreza en el aglomerado GBA, desde mayo 1988 en adelante

Fecha de relevamiento	Aglomerado Gran Buenos Aires		Ciudad de Buenos Aires		Partidos del Conurbano		GBA1		GBA2	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas
May-88	22.5	29.8	9.9	12.7	29.4	37.0	21.5	27.0	38.2	46.4
May-89	19.7	25.9	9.2	11.2	24.9	31.6	17.5	23.2	32.5	39.3
May-90	33.6	42.5	15.9	20.8	42.7	50.9	37.2	44.3	48.0	56.5
May-91	21.9	28.9	9.2	11.7	28.2	35.2	22.9	28.5	33.1	40.7
May-92	15.1	19.3	6.6	8.1	19.4	23.4	15.5	19.0	23.0	26.9
May-93	13.6	17.7	4.7	5.4	17.7	22.0	14.3	17.6	21.4	26.2
May-94	11.9	16.1	5.1	6.4	15.1	19.5	10.9	14.2	19.5	24.3
May-95	16.3	22.2	5.9	7.4	21.0	27.0	17.1	21.1	24.8	32.0
May-96	19.6	26.7	7.1	9.1	25.3	32.7	18.8	24.1	31.8	40.1
May-97	18.8	26.3	5.0	6.6	24.8	32.7	17.3	23.1	32.7	41.3
May-98	17.7	24.3	4.4	6.2	23.7	30.3	16.8	21.7	30.5	37.5
May-99	19.1	27.1	5.5	8.8	25.1	33.0	19.4	26.5	30.6	38.5
May-00	21.1	29.7	7.2	10.3	26.8	35.7	19.3	26.2	34.4	44.0
May-01	23.6	32.7	8.2	10.9	28.9	39.4	20.0	27.9	39.4	48.9
May-02	37.7	49.7	13.4	19.8	48.1	59.2	36.8	47.8	58.6	68.4
May-03	39.4	51.7	14.3	21.7	50.5	61.3	38.0	48.0	61.6	71.3
May-04	31.6	42.7	10.9	15.0	39.8	50.9	*	*	*	*

Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea de indigencia en el aglomerado GBA, desde mayo 1988 en adelante

Fecha de relevamiento (1)	Aglomerado Gran Buenos Aires		Ciudad de Buenos Aires		Partidos del Conurbano		GBA 1		GBA 2	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas
May-88	5.5	6.6	2.4	3.6	7.2	10.7	4.5	6.4	10.2	14.7
May-89	5.9	8.0	3.0	3.5	7.3	9.6	4.7	6.4	10.0	12.6
May-90	8.7	12.5	2.6	3.1	11.8	16.1	8.8	12.5	14.6	19.2
May-91	3.6	5.1	1.4	1.7	4.7	6.3	2.9	3.4	6.5	8.7
May-92	2.3	3.3	1.0	1.3	2.9	4.0	2.4	3.5	3.5	4.4
May-93	2.9	3.6	1.6	1.5	3.5	4.3	2.8	3.4	4.2	5.1
May-94	2.6	3.3	1.1	1.1	3.3	4.1	2.3	2.7	4.3	5.3
May-95	4.3	5.7	1.8	1.8	5.3	6.9	4.5	4.8	6.2	8.7
May-96	5.1	6.9	1.7	1.5	6.7	8.8	3.9	5.2	9.5	11.9
May-97	4.1	5.7	1.1	1.2	5.4	7.2	4.1	5.6	6.8	8.6
May-98	4.0	5.3	1.2	1.6	5.2	6.6	3.3	4.6	7.1	8.3
May-99	5.4	7.6	1.1	1.3	7.3	9.6	5.4	7.6	9.1	11.3
May-00	5.3	7.5	2.3	2.7	6.6	9.0	4.8	6.2	8.4	11.5
May-01	7.4	10.3	2.0	1.7	9.7	13.0	6.0	8.9	13.3	16.4
May-02	16.0	22.7	4.0	6.3	21.2	27.9	14.9	21.1	27.0	33.4
May-03	16.3	25.2	4.7	8.9	21.4	30.4	13.6	20.0	28.3	38.3
May-04	10.8	15.5	3.8	4.9	13.6	18.3	*	*	*	*

Fuente: EPH, Indec.

GBA1: primer cordón de los partidos del Conurbano. Comprende Avellaneda, General San Martín, Lanús, Lomas de Zamora, Morón (dividido en Morón, Hurlingham e Ituzaingó), Quilmes, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López

GBA2: segundo cordón de partidos del Conurbano. Comprende Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría (dividido en Esteban Echeverría y Ezeiza), General Sarmiento (dividido en Jose C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel), Florencio Varela, La Matanza, Merlo, Moreno, San Fernando y Tigre.

(\*) Sin dato específico

<sup>7</sup> Recordemos que a partir de 2003, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) reformuló su metodología de medición, pasando de dos mediciones anuales (Mayo y Octubre) a un relevamiento continuo, es decir que el periodo de aplicación de la encuesta son doce semanas de cada trimestre. Por lo tanto con la EPH reformulada los datos se refieren a los tres meses correspondientes a cada uno de dichos trimestres, mientras que, con el procedimiento anterior, se obtenía solamente información para los meses de mayo y octubre

Específicamente refiriéndonos a niños y adolescentes en Gran Buenos Aires (EPH), tomando la franja etárea de 0 a 17 años, vemos el fuerte incremento tanto de la pobreza como de la indigencia en esta población específica al comparar los años 1991 y 2001.

Porcentaje de niños y adolescentes en la población bajo las líneas de Pobreza (LP) e Indigencia (LI). Gran Buenos Aires. Años 1991-2001

Línea de Pobreza e Indigencia, y grupos de edad	Población de Gran Buenos Aires	
	1991	2001
<b>Total de población bajo LP</b>	<b>2,348,355</b>	<b>4,258,421</b>
% de 0 a 17 años bajo LP	47.3	45.9
% de < de 1 año bajo LP	2.4	2.1
% de 1 a 4 años bajo LP	11.5	9.0
% de 5 a 14 años bajo LP	28.0	26.9
% de 15 a 17 años bajo LP	5.4	7.9
<b>Total de población bajo LI</b>	<b>330,117</b>	<b>1,479,579</b>
% de 0 a 17 años bajo LI	53.6	51.9
% de < de 1 año bajo LI	2.4	2.4
% de 1 a 4 años bajo LI	12.0	9.7
% de 5 a 14 años bajo LI	33.9	30.5
% de 15 a 17 años bajo LI	5.4	9.4

Fuente: INDEC, EPH, procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales de la onda octubre 2001

El diario La Nación, basándose en un informe de UNICEF, marca que “siete de cada diez chicos argentinos son pobres; o sea que, en nuestro país, 4.900.000 menores no acceden a los bienes y servicios requeridos para satisfacer sus necesidades esenciales. De ese total, 1.150.000 quedaron bajo la línea de pobreza entre 2001 y 2003, a razón de 1570 por día. Las cifras marcan un crecimiento del 30.6 por ciento de la pobreza entre niños y adolescentes en los últimos años” (Diario La Nación, 27-11-03 (el informe mencionado fue realizado por UNICEF sobre datos del INDEC y los ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Economía).

Frente a esta realidad, el director de la Sociedad Argentina de Pediatría destacaba: “La situación de la salud infantil en la Argentina es un tema para analizar con preocupación, aunque no necesariamente pesimista -opinó el doctor Grenoville-. Hemos vivido una crisis impactante a nivel social y ese impacto también se reflejó en la mortalidad infantil, una tasa muy dura que en 2002 aumentó un 0,5 por cada mil [chicos nacidos vivos]. En estos momentos está bajando y con datos alentadores para 2005. Pero según el titular de la

SAP, si el análisis deja de lado indicadores "duros", como la mortalidad, el escenario es menos alentador: "Cuando pensamos en que el 40% de la población infantil vive en la pobreza y el 20% en la indigencia, esto genera una tremenda exclusión -sentenció-. Y no podemos pensar en salud posible donde haya exclusión social y miseria". (Diario La Nación, 14-12-05)

Según un estudio del IPEE/UNESCO en conjunto con UNICEF, hacia fines del 2001, el 56% de los menores de 18 años vivían en hogares pobres, el 70% en el caso de jefes con bajo nivel educativo. Como aconteció en la primera parte del decenio, durante la fase recesiva los hogares con niños tuvieron las mayores probabilidades de entrar a la pobreza, probabilidad que aumentaba con el número de niños; también resultó mayor entre aquellos con jefatura femenina. Aunque no sea lineal, Jelín, aclara que existe una realidad entre pobreza y la conformación del grupo doméstico, esta relación parecería estar condicionada por la tasa de dependencia económica, es decir, el número de personas que trabajan y deben ser mantenidas por el ingreso de cada trabajador. Esto está ligado a la etapa del curso de vida de la familia y el grupo doméstico. En un mismo estrato social, o sea, dentro de sectores sociales con niveles de educación y de capacitación laboral relativamente similares, son los hogares con mayor presencia de jóvenes, niños y ancianos los que tienen mayor número de dependientes y menor capacidad de generar ingresos múltiples. En consecuencia, esto muestra cómo la etapa del ciclo doméstico y las características internas del hogar ayudan a explicar cuáles son los hogares con más probabilidades de salir de la pobreza en coyunturas de bonanza, y resistir mejor en momentos de crisis.

Los datos mencionados impactan fuertemente en el municipio de esta investigación si recordamos que éste cuenta con una población joven. También el promedio de hijos por mujer es de 2.3, mayor que en la Provincia de Buenos Aires, para la que es de 1.9. Se destaca de este municipio la proporción de mujeres que tuvieron cinco hijos y más (15.2%), dato también mayor al de la provincia (8.9%). (SIEMPRO,2005).

Este proceso recesivo resultó sólo en parte compensado por la implementación del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados<sup>8</sup>, que permitió que hacia fines del 2002 se mantuviesen los –por cierto bajos- niveles ocupacionales de un año atrás. En particular, el diseño del Plan focaliza sus beneficiarios en hogares con hijos y jefes de baja educación.

---

<sup>8</sup> A través del Dec. 565/2002 se fijó un monto de \$150 a partir de mayo 2002. El PJJHD absorbió, durante el año 2002, los montos del presupuesto asignados a planes de empleo nacionales. El mismo estuvo "Destinado a jefes/as de hogar con hijos de hasta DIECIOCHO (18) años de edad, o discapacitados de cualquier edad, y a hogares en los que la jefa de hogar o la cónyuge, concubina o cohabitante del jefe de hogar se hallare en estado de gravidez, todos ellos desocupados y que residan en forma permanente en el país." [...] "Podrá hacerse extensivo a desocupados jóvenes y a mayores de SESENTA (60) años que no hubieran accedido a una prestación previsional." Ministerio de Economía de La Nación.

Es importante destacar que, si bien el monto que se transfiere mediante este programa es significativo, cuando un hogar está excluido de toda forma de acceso al bienestar, el impacto no llega a estar a la altura de las carencias que enfrentan estas familias. Podemos notar cómo el programa casi no incide en el tamaño de la pobreza y de la indigencia, ni mostró impacto en la situación de los adolescentes, aun cuando los recursos eran bien direccionados hacia las familia más pobres. Estimaciones del INDEC, excluyendo del cálculo a los ingresos provenientes de estos Planes, muestran, por ejemplo, que en octubre de 2002 el porcentaje de personas pobres del aglomerado Gran Buenos Aires hubiera sido 54.7% en vez de 54.3%, mientras que en el caso de la indigencia el índice hubiera sido 27% en vez de 24.7%.

Vale resaltar que en los momentos de estabilidad o expansión económica, como los que hubo en la década del 90' o en pequeños períodos de la del 80', los sectores de más altos ingresos son los que tienen una mayor capacidad de reinserción al mercado de trabajo y recuperación del nivel de sus ingresos, en tanto que en momentos de mayor inflación, contextos recesivos o crisis son ellos quienes además poseen mayores recursos para evitar la caída. En el otro extremo, las familias de más bajos ingresos tienen serias dificultades para participar de los beneficios que devienen de las etapas de prosperidad, en tanto suelen absorber la mayor parte del costo en momentos de recesión o crisis.

## CAPITULO 3

### POBREZA, DESEMPLEO Y EXCLUSION SOCIAL

#### 3.1. La problemática del empleo. ¿Quiénes son los más afectados?

El comienzo de la década del 90 vislumbraba ya la consolidación de un problema que aún en la actualidad no logra ser revertido: el desempleo.

La ocupación total se estancó entre mediados de 1993 y mediados de 1994, año en que el desempleo<sup>9</sup> se elevó a niveles nunca antes vistos, llegando cerca del 10% (cuando la ocupación plena se redujo). Muy lejos parecían estar ya aquellos años en que se estimaba un índice del 2.3% (INDEC, EPH, 1978), o del casi 4% sin la necesidad de alejarnos tanto en el tiempo (Octubre 1983, EPH). Aquellos porcentajes de principios de los 90' ya quedaban atrás cuando en la recesión de 1995 se produjo una caída del empleo, llegando aproximadamente al 18% de desempleo. Por entonces la desocupación comenzaba a constituirse en el principal problema económico y social de esta década. En la segunda mitad de 1996, el empleo comenzó a recuperarse, para entrar nuevamente en una fase recesiva en 1998 provocando una desaceleración de la ocupación, que comenzó a reducirse desde fines del año 2000. En Octubre del 2001 la desocupación abierta había trepado nuevamente al 18% y había crecido de manera más acelerada el empleo asalariado sin cobertura<sup>10</sup>. La crisis desatada a fines del 2001 agudizó la recesión y llevó la tasa de desocupación a más del 21% en mayo de 2002, ésta coincidió con el deterioro de los ingresos reales de los ocupados, en abril del 20% inferiores a los que tenían lugar medio año antes (INDEC).

En cada período de crisis vemos una constante en las consecuencias que éstas generan para cierto sector social. Entre los años 1991 y 2001, fueron los hogares con jefe de bajo nivel educativo, con presencia de niños y/o con jefatura femenina los que sufrieron las mayores pérdidas de empleo aunque al mismo tiempo fue el sector con mayor grado de inestabilidad laboral, produciéndose allí grandes movimientos de entrada y salida del mercado laboral. Cabe destacar igualmente el incremento generalizado de la precariedad

---

<sup>9</sup> "Se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a Desocupación Abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral (también relevadas por la EPH) tales como personas que realizan trabajos transitorios mientras buscan activamente una ocupación, aquellas que trabajan jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, a los desocupados que han suspendido la búsqueda por falta de oportunidades visibles de empleo, a los ocupados en puestos por debajo de la remuneración vital mínima o en puestos por debajo de su calificación, etcétera." Encuesta Permanente de Hogares, INDEC

<sup>10</sup> Recordemos que al hablar de empleo asalariado sin cobertura, también llamado trabajo informal o no registrado debemos considerar limitaciones tales como: la falta de beneficios sociales (especialmente seguro de desempleo, cobertura de salud y

del trabajo, cuando integrantes de este sector accedían a puestos de trabajo, en mayor medida éstos eran no registrados y/o de jornada parcial. Si bien a partir de 1998 la precariedad laboral fue generalizada, los más afectados fueron los sectores de menores recursos y con niños. Dada la alta concentración de niños en los estratos de bajos recursos, se deduce que la mayor parte de los niños viven en hogares donde más cayó el empleo y en los que se experimenta una elevada inestabilidad laboral (IIPE/UNESCO-UNICEF,2004).

En 1999 las tasas de subempleo<sup>11</sup> se relacionan inversamente con los niveles educativos, siendo mayores en el caso de las mujeres. Aquellos que no finalizaron la primaria registran tasas de subempleo de 15.1% para los hombres y 41.8% para las mujeres, mientras que los que terminaron estudios superiores 8.1% y 16.1% respectivamente, aquellos que finalizaron primaria y secundaria, muestran valores intermedios.

En este contexto de alto incremento del desempleo y subocupación, los hombres han tendido a disminuir su participación laboral, aunque ésta, como dije, sea directamente proporcional al nivel educativo, bajando los porcentajes de estos indicadores a medida que aumenta la educación. También podemos observar la incidencia que tiene el nivel de instrucción sobre los ingresos, "se puede afirmar que la educación tiene un importante impacto en el nivel de ingresos, no sólo como ingresos mensuales sino también en el ingreso por hora [...]" (Gallart,2001:41).

Si diferenciamos por sexo el incremento del desempleo y subempleo, podremos decir que ambos han sido afectados. La tasa de actividad masculina tiende a mantenerse o a experimentar una leve caída, mientras que las mujeres han incrementado su participación laboral fuertemente, llevando este accionar a incrementar las tasas de actividad entre los años 1991 y 1999, podemos pensar la desocupación masculina como el motor del ingreso de las mujeres al mercado laboral. Gallart recalca que "si bien ese incremento de la actividad femenina es una tendencia internacional y secular, es interesante remarcar que el aumento del desempleo no produce un efecto de desaliento, sino que favorece la propensión de las mujeres a trabajar" (Gallart,2001:49). Hay que destacar igualmente que la inserción de las mujeres se hace en condiciones muy negativas con respecto a sus pares masculinos, siendo mayor la proporción de mujeres asalariadas que no reciben beneficios sociales y reciben ingresos menores.

Wainerman, observando el mercado de trabajo desde una perspectiva de género, dirá que desde la década del 80' estamos presenciando cambios muy fuertes en este ámbito, en muchos sentidos. Resalta que existe una feminización del mercado de trabajo, ella hace una comparación entre la década del 70' y del 80'. Para el primer período destaca la

---

pagos de separación, seguridad en el pago, continuidad en el empleo y la falta de acceso al crédito formal que requiere pruebas de ingresos.

participación predominantemente de jóvenes antes de casarse o de tener su primer hijo, en este período se constata que quienes trabajaban eran “las hijas”. A diferencia de esto, lo que observa a partir de los 80’ es que las que trabajan son “las madres”, las mujeres casadas o unidas con una familia a cargo. Esta misma autora da cuenta al mismo tiempo de una masculinización de la desocupación, como nunca había sido registrada en la historia del mercado de trabajo en nuestro país. Esta desocupación se da en mayor medida en varones jefes de hogar, o varones casados y unidos. Sin duda estos cambios tendrán implicancias directas en la estructura y la dinámica de la familia, aunque este aumento de la salida de la mujer al mercado laboral, no implica, en la mayor parte de los casos, una democratización de las relaciones de género (Wainerman,2003).

Varias de las características mencionadas sobre la ocupación no son únicamente válidas para nuestro país sino también para América Latina, como aclara la CEPAL, durante los 90’ se fueron modificando algunas características sobre la población ocupada en la región, lo que se refleja, por ejemplo, en la mayor incidencia de determinados grupos de edad y niveles educativos, en su inserción en los diferentes sectores productivos, o bien en la creciente incorporación de las mujeres a ciertas actividades laborales. Según este organismo, estos cambios repercutieron en la calidad del empleo y el grado de informalidad de la economía. Tal como lo sugiere la creciente proporción de empleos de baja productividad, la precariedad de las ocupaciones se acentuó durante los años noventa.

En cuanto a las características del desempleo, éste sigue afectando desproporcionadamente a los estratos de menores ingresos: en 1999, la tasa de desempleo urbano en el 20% de los hogares más pobres de la región (22.3%) duplicó con creces la tasa global (10.6%), por lo que la desocupación sigue siendo uno de los principales determinantes de la pobreza y la desigualdad.

Debemos aclarar que el problema del desempleo no fue generalizado para la región, sino que afectó mayormente a los países de América del Sur.

Si bien cayó en este período la proporción de hogares con niños que trabajan, siguió siendo significativa la contribución de los menores al presupuesto entre las familias que cuentan con algún menor trabajador, esto se incrementa en los hogares con jefe de bajo nivel educativo, así como en aquellos monoparentales con jefatura femenina. Otro factor que contribuyó en este sentido fue la cantidad de éstos en los hogares. Asimismo, en los hogares donde algún miembro dejó la ocupación aumentaron las probabilidades de incorporación de un niño al trabajo (IIPE/UNESCO–UNICEF,2004).

---

<sup>11</sup> “Se considera subempleado a aquel que trabaja menos de treinta y cinco horas y desearía trabajar más, es un indicador de

### 3.2. Desempleo y pobreza, dos caras de la misma moneda

He detallado porcentajes de desempleo, ahora detallaré cómo ese desempleo incide, obviamente, en las condiciones de pobreza e indigencia, sobre todo en el grupo denominado “nuevos pobres”.

Los principales enfoques sobre las formas de medir la pobreza son: el enfoque de la pobreza absoluta y el enfoque de la pobreza relativa. Para definir ambas, tomaré las palabras de Arraigada, quien define al enfoque de pobreza absoluta como el enfoque “basado en la dimensión biológica, parte de lo que los seres humanos requerimos como mínimo para sobrevivir y se refiere a los hogares o a las personas que no pueden satisfacer las necesidades alimentarias mínimas para subsistir, cualquiera sea el contexto en que vivan” (Arraigada,1998:10). La medición se hará por medio del ingreso y de líneas de pobreza o de necesidades básicas insatisfechas; cuando ambos métodos son combinados, hablaremos de “el método integrado de medición de la pobreza”. A diferencia de éste, el enfoque de pobreza relativa “se basa en la posición de personas o familias en comparación o relación con otras de una misma comunidad” (Arraigada,1998:11). La ventaja de este tipo de medición es que considera la carencia relativa, es decir, las condiciones que no están a la altura de los niveles preponderantes de consumo en un país determinado. Su aplicación tiene la ventaja de incorporar el contexto en el que se produce la pobreza, aunque es problemática su aplicación por la dificultad que implica establecer un estilo de vida compartido y aprobado por la comunidad.<sup>12</sup>

En este sentido, puede incorporarse la visión de Arraigada para quien el concepto de pobreza está relacionado con la satisfacción de necesidades legitimadas por parte de los miembros de una sociedad. Es decir, los mínimos sociales tendrán siempre como punto de partida para su fijación la afirmación por la comunidad respectiva del “derecho humano” a ciertos bienes considerados como elementos de medida, sea la alimentación, la salud, la educación, la vivienda y otros satisfactores no materiales tales como el tiempo y la participación” (Arraigada,1998:10). Esta misma autora dirá también que las definiciones que se realicen sobre este concepto cambiarán en el tiempo y en el espacio, influyendo más allá de los aspectos económicos, las modificaciones que podemos encontrar en un plano cultural. Cuando Feijoo en una de sus investigaciones habla sobre factores subjetivos y de los patrones comunes que emergen de las experiencias de la gente pobre en lugares diferentes, dirá que “Para todos, el hambre, privación, falta de poder, violación de la dignidad, aislamiento social, falta de recursos, de solidaridad, corrupción estatal, falta de

---

la imposibilidad de lograr un trabajo de tiempo completo” Programa MECOVI, INDEC.

<sup>12</sup> Cabe destacar que también existen distintos tipos de métodos cualitativos para medir la pobreza, que llevan a la ampliación del concepto, llevándolo a considerar aspectos materiales y no materiales.



sensibilidad de los efectores de servicios y la inequidad de género aparecen como rasgos compartidos” (Feijoo,2003:69)

Si hacemos referencia al periodo al que nos abocamos en este capítulo, veremos que hablar de pobreza ya no implica necesariamente, hacer referencia a bolsones de pobreza, a villas miseria rodeando ciudades, sino que en esta época grandes y variados sectores se vieron afectados por el proceso de empobrecimiento; Minujin aclarará que no sólo nos referiremos entonces a aquellos que sufren carencias básicas, conformando el grupo habitualmente denominado “pobreza estructural” (relevados en las estadísticas a través de censos y denominados pobres con NBI) sino que a éstos se incorporaban ahora otras familias que básicamente son pobres por ingresos, que pueden haber sido “ex pobres estructurales que habían logrado salir de la pobreza” así como otras pertenecientes a sectores medios, grupo de gran heterogeneidad. Así surge por los 80’ el concepto de “nuevos pobres”, intentando identificar a aquellos trabajadores que habían tenido acceso a un mercado de bienes y servicios más amplio comprendiendo vestuario, electrodomésticos, vivienda y servicios en educación y salud, también seguramente esos hogares contaban con una vivienda adecuada, acceso a servicios de saneamiento básico, etc., a los cuales pudieron acceder previo al deterioro de sus ingresos. Es por esto que quienes conforman este grupo se asemejan a los “no pobres” en una serie de aspectos socioculturales, que incluyen el acceso a la enseñanza media y superior, el número de hijos por familia, más reducido que entre los pobres estructurales, etc. No ocurre lo mismo en lo que hace a variables asociadas a la crisis, en las cuales su situación es similar a la de aquellos que han sido históricamente pobres, debido al desempleo, falta de cobertura de salud, precariedad laboral. (Minujin, 1995)

Feijoo sintetiza lo dicho “hoy la pobreza se caracteriza por la creación de un contingente de sujetos que, más que estar desplazados de los lugares, rotan alrededor de nuevos lugares en proceso permanente de reconversión, proceso que desplaza a los sujetos de los lugares en que estaban y a los que seguramente ya no retornan. Así, si ser pobre estructural o empobrecido era una característica de cierta estabilidad temporal, lo que predomina hoy en la pertenencia a cualquier estrato es la fugacidad. [...] Otra expresión de la expropiación del tiempo histórico en la vida de los sujetos. No queda sino vivir el hoy de la manera en que ese tiempo es marcado por la peculiar combinación que caracteriza el día a día” (Feijoo,2001:31).

Minujin aclara que “un estudio realizado para América Latina, estima para 1970 en 8% el porcentaje de hogares pobres para todo el país y el 5% en áreas urbanas [...] La idea de marginalidad de la pobreza estaba convalidada no sólo por la información sino primordialmente por la constatación del hecho de estar frente a un país en el que a lo largo

de prácticamente toda su historia, importantes sectores de población mejoraron sustantivamente sus posiciones laborales y sus condiciones de vida” (Minujin,1995:22), los datos constatan sin dejar lugar a dudas que nuestros abuelos vivían definitivamente en una Argentina diferente.

Esto nos permite inferir que, de estar a mediados de los años '70 entre los países de la región con mayor grado de desarrollo, de poseer los indicadores de menor desigualdad distributiva, de contar con la clase media más extendida, y de haber logrado décadas de una generalizada movilidad social ascendente, pasamos a tener el segundo lugar en América Latina por la desigual distribución del ingreso, una clase media casi desaparecida, y un conjunto de indicadores sociales donde la marginalidad, pobreza e indigencia constituyen las características comunes en casi todo el territorio nacional. Mientras la población creció en ese período alrededor de diez millones de personas, los que viven en situación de pobreza aumentaron más de quince millones. Tenemos casi diez millones de indigentes con ingresos que no alcanzan ni para alimentarse, mientras producimos alimentos para más de 300 millones de personas.

### *3.3. La exclusión social como proceso*

Los datos mencionados en el capítulo anterior permiten entender por qué en los 90' toma fuerza el concepto de exclusión social. Clerk lo describe como un concepto relacional, que abarca tanto la dimensión sociocultural como política, poniendo énfasis en éste como un proceso dinámico y multicausal, pudiendo así, dar cuenta de los procesos y las prácticas que llevan a la exclusión. Este autor examina distintos procesos que pueden generar desventaja social, destacando los procesos macroeconómicos (transformación productiva, cambios en el modelo de crecimiento), los procesos institucionales (tanto mecanismos formales como informales), el rol de ciertos actores (como el Estado, las empresas o los hogares que sufren el proceso de exclusión) o los procesos de construcción del espacio urbano (destacando como idea aquí que el espacio no es neutro para las relaciones sociales, incluyendo las relaciones de género y las prácticas de exclusión/inclusión). Para poder trabajar sobre la exclusión, es importante identificar éstos, cuestionar distintas estrategias de desarrollo y los modos de funcionamiento de sus instituciones. De esta manera se entenderá dicho concepto cuando sea mencionado en la presente investigación. Es así que tendré en cuenta una de las “trampas” del concepto sobre las que alerta Castels, estableciendo que éste es utilizado como autonomizador de situaciones límites, que cobran sentido únicamente reubicadas en procesos, recalcando que estos “estados” son producto de diferentes trayectorias, ya que no nacemos excluidos, excepto en casos particulares.

También este mismo autor desconfía del concepto por su calificación puramente negativa, ya que nombra ausencias, faltas, sin establecer en qué consisten ni de dónde provienen. Sobre la intervención en estas situaciones dice que parece más fácil y más realista intervenir en los efectos más variables de una disfunción social que controlar el proceso que la desencadena, porque el hacerse cargo de estos efectos puede efectuarse de un modo técnico, mientras que el dominio del proceso exige un tratamiento político. Alerta también sobre los elevados costos de aquel tipo de intervenciones, destacando que la postura que elige intervenir en los márgenes, olvida que es “en el corazón de la condición salarial donde aparecen las fisuras que son responsables de “la exclusión”. Habría que intervenir primero en las regulaciones del trabajo y los sistemas de protecciones ligados al trabajo para “luchar contra la exclusión” (Castel,2004:31).

Una postura similar a ésta tiene Feijoo, quien propone no pensar la sociedad en términos simplistas, es decir, no en términos de exclusión... la mayor potencialidad de la exclusión surgirá cuanto menor resulte la capacidad de articularse o de interactuar con otros diferentes; a mayor homogeneidad en la desigualdad, mayor capacidad de una dinámica excluyente. Si la exclusión se define por niveles absolutos de privación, la forma en que viven los contingentes de pobres es exclusión. Si, en cambio, consideramos que no es una definición meramente cuantitativa y que en ella incide la calidad del vínculo social, para muchos sectores pobres, pero integrados aun no se trata de exclusión. Feijoo reflexiona: “Cierto es que si la persistencia de las restricciones actuales, la desocupación y la desigualdad, se sostienen a mediano plazo y, tal como pasó con la pobreza material, se consolidan, la dinámica futura será necesariamente excluyente. Pero todavía quedan fragmentos de la herencia y de la memoria histórica de la integración que no consideran ese mundo como un paradigma deseable, y sujetos, pobres y no pobres que están dispuestos a luchar contra estos vaticinios” (Feijoo,2001:53).

Hasta aquí, una contextualización de la situación socioeconómica vivida en nuestro país desde hace unos años hasta la actualidad. Esta mirada más “fría”, “dura”, tendrá que ser combinada con una “bajada” a la “realidad” de las distintas familias y/o individuos que forman parte de aquellos datos. Veremos entonces que no es sencillo establecer una igualdad al interior de quienes se encuentran en el grupo “pobre” o “indigente” (como en ningún otro grupo social), veremos que la igualdad de ingresos no implica unidireccionalmente igualdad de recursos. Se desarrollarán entonces, en el siguiente capítulo, las distintas “estrategias de subsistencia” que pueden llevarse a cabo cuando la realidad le demuestra a muchos que los recursos pueden ser más.

## CAPITULO 4

### POBREZA CON AIRES DE MUJER

Habiendo analizado en los capítulos anteriores la incidencia de las crisis económicas en la población y, en particular, en el mercado laboral argentino, en este capítulo haré referencia a la manera en que esas crisis afectan específicamente a las mujeres. Anderson (1998) establece que la concentración de mujeres pobres en las ciudades guarda relación, entre otros factores, con el contexto que estos lugares ofrecen a las mujeres solteras o que deseen independizarse y formar un hogar propio tanto como a madres solas. Podría agregar a esto las palabras de Jelin (1998), quien marca una diferencia entre las situaciones matrimoniales de años atrás y las que existen en la actualidad. Destaca cómo en otro momento una separación podía implicar además de peligro económico, un fuerte estigma social y una victimización de la mujer, riesgos que reforzaban el matrimonio. Distingue esto de la situación actual, en la que la autora ve cambios a favor de la equidad entre géneros, que amplían los grados de libertad.

Sin embargo debemos considerar también la postura de Arraigada (1998) quien afirma que las causas que generan pobreza y la situación de vulnerabilidad afectan de manera diferenciada a hombres y a mujeres, generándose entonces diversas formas de pobreza. Si bien existen procesos similares que conducen a ambos a caer en la pobreza, hay también otros que tienen un claro sesgo de género y que se producen por la posición misma que ocupan las mujeres en la sociedad. Según Jelin, esto se vincula con la mayor dificultad que ellas encuentran para salir, junto a sus hijos, de la pobreza en la que se hallan debido a la amplia gama de estereotipos y discriminaciones a la que están sujetas (desigualdad de oportunidades en educación, empleo y acceso a crédito y al capital) que reducen sus oportunidades. La pobreza, entonces, acentúa la desigualdad de género, y frente a la adversidad, las mujeres son las más vulnerables.

Por otro lado, las mujeres jefas<sup>13</sup> de familia representan un grupo en crecimiento desde las últimas décadas, no sólo en los países en desarrollo, sino también en aquellos industrializados. Tradicionalmente el motivo para que una mujer apareciera como jefa de hogar en las estadísticas era la viudez, es decir, la pertenencia al tipo de hogar conocido como "nido vacío", el marido murió o los hijos se fueron del hogar, es decir, la presencia de

---

<sup>13</sup> Gelstein (1997) aclara que las estadísticas tal vez solo estén registrando "una punta del iceberg" al registrar a una mujer como "jefa" únicamente cuando no tiene cónyuge o cuando en el hogar no hay un hombre adulto. No reflejan entonces todos aquellos casos en que la mujer se encuentra económicamente a cargo del hogar, habiendo posibilidades de que figure como jefe una persona que no aporta ingresos, esto puede darse por los valores culturales que prevalecen con respecto a la división de roles por género en la familia, los cuales reconocen la figura del hombre como proveedor. Un ejemplo de esto es en las familias reconstituidas, cuando la madre es quien se responsabiliza por el sostén económico de sus hijos de uniones anteriores. Por el hecho de que muchas 'jefas' no son visibles a las estadísticas esta autora recomienda considerar los datos arrojados sobre la medición de la pobreza en los hogares con jefatura femenina ("visible") una estimación de mínima.

una mujer madura sola. Igualmente, estos hogares, aunque cuenten en las estadísticas con altos porcentajes, no son los que más crecieron en los últimos tiempos, los que lo han hecho en mayor medida son los hogares monoparentales con una jefa mujer a cargo, como consecuencia de las rupturas voluntarias de uniones maritales, lo que se refleja en el incremento de las jefas maduras y jóvenes. Si bien ser mujer jefa de hogar no implica necesariamente ser pobre, la incidencia de la pobreza en este tipo de hogares ha crecido en los últimos años. (Geldstein, 2003).

Geldstein, hablando de hogares con jefatura femenina en contextos de pobreza, menciona que estas familias y sus hogares constituyen un grupo social económicamente vulnerable, estableciendo que la "inseguridad económica" de los hogares de jefatura femenina se debe principalmente a tres factores: i. "la baja capacidad de generación de ingresos de la madre" ii. "la falta de asistencia económica por parte del padre que no reside en el hogar" y, iii. "los magros beneficios provistos por el estado" (Geldstein,1997:14). Estas tres razones principalmente llevan a que sean consideradas "las más pobres entre los pobres". Muchas mujeres deben aceptar empleos mal remunerados, tal vez en condiciones precarias.

Por otro lado, al referirnos a un único ingreso, y este ser proveniente de una mujer, hablaremos de ingresos menores a los que pudieran ser percibidos por un hombre ya que trabajando la misma cantidad de horas los ingresos no serán los mismos. En relación a lo dicho Anderson aclara que "ningún país del mundo ha logrado borrar la diferencia entre la remuneración promedio de hombres y mujeres, teniendo ambos educación y experiencia equivalentes y realizando el mismo trabajo. Esta diferencia es de suma importancia como un factor que contribuye a la pobreza femenina" (Anderson,1998:28).

La pobreza de hombres y mujeres podemos vincularla, entre otras cuestiones, a su relación con el empleo, tanto en términos de ingresos al mercado de trabajo como de la capacidad de acceder a un empleo remunerado y de calidad. Existen cuatro formas de exclusión en relación con el mercado de trabajo que afectan de manera más severa a las mujeres: el desempleo; las formas precarias de inserción laboral; las formas de trabajo no remunerado y la exclusión de las oportunidades para desarrollar sus potencialidades (Arraigada,1998). A esto debemos agregar que si la mujer a cargo tiene niños pequeños y no puede disponer de ayuda de otro adulto que pueda encargarse de ellos, disminuye el tiempo posible que pudiera ser dedicado al trabajo remunerado, y entonces el nivel de ingresos. Destaco los beneficios que pueden brindar en este sentido distintos recursos existentes en el barrio, como por ejemplo las guarderías, al igual que las redes sociales, ya que contar con la ayuda de una vecina, un familiar, un amigo u otro, puede contribuir en este sentido.

Esto se puede observar en el caso de Vanesa, quien puede realizar tareas en el CS mientras una vecina cuida de sus hijos mientras ella concurre allí:

*V: claro, sino los cuida ella porque ella me ayuda .-*

*E: ¿tu vecina?*

*V: claro, como sabe, supongo que sí, ella dice que esto me hace bien, que yo estoy mejor desde que estoy acá, entonces esté... hacen churros, hacen cosas, están todo el día .-*

Debemos considerar que aparte del aspecto económico, la calidad de vida de estas familias también se ve afectada por la situación a la que me estoy refiriendo, según Geldstein ésta es más baja ya que, habiendo sólo un adulto en el hogar, se reducen las horas de atención a los niños por un adulto custodial y, al mismo tiempo, representa una sobrecarga física y psicológica para la madre, que debe asumir sola las responsabilidades y trabajos domésticos y extradomésticos, al mismo tiempo se genera una mayor exposición de los integrantes de estas familias a la agresividad y a la violencia de un entorno inseguro. Vale mencionar también la limitación al acceso a la recreación y al descanso con la que ellas cuentan.

Anderson (1998) señala cinco tipos de pobreza relacionadas con las mujeres y las ciudades, estas son: i. Pobreza del tiempo: la mujer es quien asume en mayor medida las tareas referidas al cuidado del hogar, asumiéndole gran cantidad de tiempo y energía, esto repercute en distintos aspectos de su vida, como ser: el descanso, la recreación y el trabajo remunerado. ii. Pobreza de trabajo: la autora relaciona el no acceso a trabajos de calidad con las desventajas educativas que tenían las mujeres tiempos atrás, aunque destaca que la tendencia de favorecer a los varones en la formación está cambiando en las ciudades, llevando a una educación igualitaria a hombres y mujeres. Más allá de esto, otra de las causas mencionadas es que este tipo de trabajo permite el ingreso y egreso fácil según las circunstancias con que la madre se encuentre, por ejemplo la enfermedad de un hijo. iii. Pobreza de vínculos sociales: refiere a la importancia de los vínculos sociales que tejen las personas, constituyendo éstos un capital social que puede ser canjeado por distintos tipos de ayuda cuando lo requieran. La autora relaciona en mayor medida estos "activos sociales" con las mujeres, por tener éstas menos acceso que los hombres a otro tipo de activos. iv. La privación estética: pese a que muchas veces se cree que las carencias de cada día llevan a tener poco interés en la parte estética de la vida, Anderson niega este supuesto, mencionando que las personas tratan de embellecer sus lugares según criterios suyos. v. La privación de la seguridad: la autora denomina "azares catastróficos" a aquellos acontecimientos tales como accidentes, enfermedades graves y repentinas, robos o problemas judiciales, azares que marcan la continua inseguridad que rodea la vida de las personas pobres. Estas situaciones afectan de manera más directa a las mujeres, quienes con frecuencia son quienes responden frente al hecho. También éstas son las que sufren en mayor medida los robos.

En este capítulo, principalmente me estoy refiriendo a los hogares de jefas de hogar paradigmáticas (madres en edad reproductiva, sin cónyuge y con hijos menores a su cargo), los cuales son más vulnerables, y su frecuencia es desproporcionadamente alta en los deciles más bajos del ingreso per cápita familiar (Geldstein, 1997)

Jelin aclara que las situaciones sociales que engloba el concepto de jefatura femenina son muy diversas. Podemos encontrar padres que cumplen con sus tareas de paternidad (en cuanto aspectos económicos, de afecto y de protección y atención a sus hijos) aun cuando no conviven cotidianamente con ellos. Existen otras situaciones con ausencia de los padres, y otras donde la presencia de los padres es explotadora y violenta:

Preguntándole si recibe ayuda, una de las mamás responde:

*"no, no, yo cuando viene a querer pelear le digo 'si vos no sos el padre', 'si que soy el padre', bueno, no figuras como padre, no estás cuando está enfermo, no sabes si come o no come, digo, eso no es ser el padre... que vengas dos veces por año y que le compres ese día un montón de cosas, no sirve. Aparte no sirve porque cuando el nene lo ve, por ejemplo, lo vio el lunes pasado y por ejemplo le quiso pegar a la maestra y Javier no es violento así, entonces el viene y es como que destroza todo lo que yo hago durante todo el tiempo, o sea, he hecho denuncias porque me ha golpeado, me ha amenazado, todo, pero nada [...]".*

No debemos perder de vista cuando consideramos los gastos familiares que las jefas tienen iguales gastos que los jefes varones en algunos rubros y aún mayores en otros, puesto que, con mayor frecuencia, deben remunerar bienes y servicios que otros hogares pueden obtener mediante la división del trabajo entre sus miembros. Ejemplo de esto es la autoconstrucción de la vivienda, el cuidado de los niños mientras la madre trabaja, el mantenimiento y reparación de la vivienda y de los electrodomésticos. Con referencia a esto último una mamá comentaba:

*"yo no tengo a nadie que venga a arreglar mi casa, esos cables están desde que estaba mi marido, ese cable justamente no [se refiere al cable con el que se electrocutó su hijo], era el mejor cable de la casa, si vos me decís que estaba... no, era el mejor cable, todo forrado, todo bien y era un alargue que enchufaba la heladera, y... pero si hubiese estado un hombre en la casa no hubiese estado colgando el cable que no llegaba [...] estaba así [ejemplifica imitando en la pared la forma como se encontraba el cable (forma de 'U')], el se colgó de acá, se ve que fue tirando y... habrá tocado por la misma curiosidad que tienen todos los nenes, pero, obviamente si hubiese algún hombre en casa no estaría ni el cable así, hubiese estado todo de otra forma"*

Continuando con Jelin (1998), ésta cree que el fuerte énfasis cultural colocado en la pareja y en la figura del hombre como marido y padres seguramente ha llevado a sobrestimar el impacto de la ausencia de hombres en la vida familiar. En sistemas de relaciones

concretos, los lazos consanguíneos entre parientes de distinto sexo (hermanos varones, padres, hijos adultos) pueden llegar a convertirse en un criterio significativo para organizar la solidaridad y la reciprocidad. De hecho, en un estudio sobre dinámica de solidaridad y conflicto, "Claudia Fonseca muestra cómo las mujeres que viven en hogares sin pareja reciben ayuda y descansan (inclusive como defensa frente a amenazas de violencia de otros hombres en el barrio) en sus padres, hermanos o hijos, hombres de sus redes de parentesco consanguíneo que no conviven con ellas". (Citado en Jelin, 1998:88)

En este sentido, Clerf (1998) marca la importancia del enfoque relacional abordado desde la perspectiva de género, prestando así atención no solo a los roles del hombre y de la mujer sino también a las relaciones entre ambos. Este rasgo determinante impide examinar a la mujer que sufre procesos de desventaja social de manera aislada sin considerar la posición de su pareja y de su entorno en general.

Los magros ingresos tienen también efectos a mediano y largo plazo ya que: no se generan ahorros → no se accede a una propiedad o a un alquiler digno → se reproducen las condiciones de pobreza estructural, a través de la "transmisión intergeneracional de la pobreza" a los hijos.

Arraigada (1998) propone comprometer en la elaboración y en la ejecución de los programas a los propios afectados, fortaleciendo sus capacidades por medio de la organización, el aumento de la autoestima, el acceso a los recursos materiales y la ampliación de la ciudadanía. Esta señala que "el mejoramiento de la situación de las mujeres pobres tiene directos beneficios sobre su familia y en especial sobre la nutrición y bienestar de niños y niñas, así como la inversión en educación y capacitación dirigida específicamente hacia las mujeres tiene costos sociales con retornos económicos y no económicos importantes, en términos de reducción de la pobreza, mejoramiento de la productividad, reducción de la fecundidad y un mejor futuro para los hijos e hijas" (Arraigada, 1998:14).

Vale mencionar que de las cinco madres entrevistadas, solo dos estaban en pareja, mientras que una de ellas y las otras tres restantes hacen referencia a relaciones conflictivas con sus ex parejas.

#### *4.1. Unidades Domésticas, algunas implicancias*

Intentaré analizar en este apartado las estrategias de subsistencia puestas en marcha en los hogares de las madres entrevistadas. Uno puede inferir de antemano cómo hoy en día es imposible vivir a través de un ingreso de un plan social, un trabajo precario, sueldos



bajos, changas... Este aspecto fue uno de los que en mayor medida me impactó al comienzo del trabajo de campo, resonándome constantemente las preguntas ¿cómo la gente podía vivir con "tan poco"? ¿cómo podía estar en juego una de las comidas diarias de la familia si los "números" no "cerraban"? ¿cómo podía "desatenderse" la salud por no contar con \$2 para el colectivo?... en fin, interrogantes que entiendo duelen en la medida que hacen notar fuertemente la exclusión social (lo que ésta implica), las claras diferencias sociales, y entiendo esto duele aún más cuando las estadísticas leídas, se transforman en personas que se tienen frente a uno.

Me referiré aquí a la unidad doméstica, relacionando esta con actividades vinculadas al mantenimiento cotidiano y la reproducción generacional en las que los distintos miembros del grupo combinan sus capacidades y recursos. Jelin dirá que la incorporación o exclusión de los miembros de este grupo no requiere necesariamente de un vínculo de parentesco. (Jelin, 1984). Por reproducción entenderé tanto la reproducción biológica (tener hijos y en un plano social lo relacionado con aspectos socio-demográficos de la fecundidad), la reproducción cotidiana ("el mantenimiento de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia") y la reproducción social ("tareas extraproductivas dirigidas al mantenimiento del sistema social") (Jelin, 1998).

Aunque hablemos de necesidades indispensables, en cualquiera de los aspectos, debemos considerar que éstas varían históricamente y también según la cultura de los grupos o clases. Nancy Scheper-Hughes dirá que "todas las actividades mundanas como trabajar, comer, acicalarse, descansar, dormir, practicar sexo, enfermar y sanar son formas de praxis corporal, expresivas de relaciones dinámicas sociales, culturales y políticas" (Scheper Hugges, 1977:184) y siempre son satisfechas por medio de un componente social. Para lograr la satisfacción de las necesidades, independientemente de cuales cada grupo esté considerando, se requiere el acceso a recursos. A lo largo de este apartado podremos ver que no hablamos de una tarea sencilla, para lograrlo distintas estrategias deberán ser elaboradas.

No debemos dejar de tener en cuenta que la unidad doméstica abarca también "una dimensión afectiva, de refuerzo, recreación, ruptura y autonomización de lazos y relaciones sociales, y una dimensión simbólica ligada a valores e ideologías propias de cada clase o sector social. A su vez, se trata de una unidad con intereses mancomunados, pero en la cual la misma división del trabajo y los procesos de redistribución sobre los cuales se basa determinan intereses divergentes y luchas por el control entre sus miembros" (Jelin, 1984:34)

Aunque haré referencia al ámbito doméstico, no debemos dejar de lado, como insistí en otros capítulos también, que las consideraré dentro de procesos macrosociales. Habrá que considerar entonces el ámbito social, económico y político en que se desarrollan estas unidades, ya que las mismas se verán afectadas por las condiciones generales de los procesos de producción y reproducción. De esta manera muestro discordancia en la división de un mundo privado y un mundo público que marcan espacios separados que nada tienen que ver, por el contrario, entendemos que ambos interactúan y se nutren constantemente. La diferenciación es más bien analítica, aunque generalmente se encuentra relacionado con cuestiones de división del trabajo por género, estando vinculado el ámbito privado y doméstico a la mujer, mientras que las tareas públicas a los hombres. Vale aclarar esto con las palabras de Jelin: "La familia se constituye y acota en función de sus interrelaciones con las demás instituciones sociales; nunca fue ni podrá ser un espacio ajeno a, o aislado de, las determinaciones sociales más amplias. En este sentido, la familia y las relaciones domésticas cotidianas no constituyen un mundo "privado". Más bien, el mundo privado de cada sujeto social se construye a partir de las relaciones y controles sociales dentro de los cuales se desarrolla la cotidianeidad" (Jelin,1984:40).

Veremos claramente la influencia del contexto socioeconómico en la organización doméstica ya que cualquier cambio que se produzca allí llevará a una respuesta del grupo si se ve afectado por esto, se producirá una adaptación a la nueva situación, aunque la respuesta pueda ser también continuar con el mismo tipo de organización pero "sacrificando" ciertas cosas, disminuyendo o reorganizando los gastos. Un ejemplo de esto es cuando algún miembro de la unidad queda desempleado, o cuando los sueldos ya no alcanzan para satisfacer las necesidades, habrá que decidir si algún miembro que no estuviera desarrollando tareas laborales deberá, a partir de un momento dado, comenzar a hacerlo (pudiendo ser el caso de la madre, en el caso de no trabajar, o los niños del grupo u otro miembro que no tuviera actividad), o también el incremento del horario de los ocupados. Habrá entonces frente a ciertas situaciones coyunturales un ajuste en las estrategias habituales.

Claramente otras situaciones pueden llevar al caso contrario, a dejar el trabajo, como el caso de Manuela, quien no quiere separarse de sus hijos luego del fallecimiento de su hijo menor:

*Psicóloga: ¿estás trabajando ahora?*

*M: no, intenté trabajar pero no puedo*

*TS: y ¿cómo quedaste en el trabajo, de volver en algún momento?*

*M: me han llamado, incluso la semana pasada... para que vuelva, trato de ir...*

*Psicóloga: ¿y no tenés ganas de empezar a trabajar?*

*M: tengo ganas, pero no quiero ir, no quiero dejar a mis hijos...*

Los cambios también se dan a partir de transiciones en el ciclo de vida de los miembros. Tengamos en cuenta que la capacidad de trabajo de los miembros cambia a lo largo de su ciclo de vida. Igualmente será el grupo doméstico el que tendrá que decidir cuándo debe cada miembro salir a trabajar para lograr ingresos para el mantenimiento del grupo (por ejemplo cuándo un niño ya estaría en condiciones de hacerlo). Otra decisión a tomar será cuánto deberá trabajar en casos de hacerlo, y también si el aporte que se requerirá de cada miembro será con aportes monetarios (trabajo remunerado) o con tareas domésticas, es decir, quién trabajará dentro del hogar y quién lo hará fuera. También correrá como decisión del grupo si los recursos que cada miembro adquiere serán destinados a un pozo común o serán de utilización individual.

Claro está que las actividades y responsabilidades de cada miembro no varían al azar, influirán fuertemente aquí la edad, el sexo y también la clase social. Lo que se esperará de una hija mujer niña es diferente de lo que se esperará de la adolescente y, por supuesto, del adolescente varón. Un ejemplo de esto es el cuidado de los hermanos, tarea de la que generalmente se hará cargo la hermana mayor, mujer, valga la redundancia, o también podemos mencionar el rol de las madres en el auxilio y cuidado de la salud (distintos autores hacen referencia a ellas como el primer nivel de atención). Esto llevará a que cada miembro tenga significados y experiencias diferentes en el grupo (Gines, 1996).

Sobre el cuidado de los hermanos menores, la enfermera del CS afirmaba que era común que las hermanas mayores cuidaran de sus otros hermanos:

*Enfermera: [...] Tené cuidado le digo porque por ahí vos te vas, la dejás con la piba de diez años, ¿qué responsabilidad puede tener una piba de diez años? Ninguna.*

*E: claro, ¿por lo general suelen cuidarlos las hermanas?*

*Enfermera: sí..., la otra vez murió uno electrocutado, lo dejó la mamá que se fue al cura brochero [...]*

De hecho, el hijo de una de las madres entrevistadas (Vanesa) murió cuando era cuidado por su hermana mayor, de doce años.

Vemos entonces que más allá de estar hablando de un grupo, debemos tener en cuenta que en el interior de éste, obviamente encontraremos individuos. Esto vale también al referimos a las redes domésticas (red extensa de parentesco basada en relaciones recíprocas, unidas para satisfacer las funciones domésticas) ya que las redes que cada uno logre "armar" serán independientes unas de otras. Cada miembro irá conformando entonces a lo largo de su vida un sistema de relaciones mutuas, reciprocidades y responsabilidades.

Otras tareas pueden llevarse a cabo en unidades más amplias, tales como las redes de parentesco, grupos de amigos, barrio, entre otros. Si consideramos la alimentación, veremos por ejemplo en los casos analizados la frecuencia con la que las madres contaban con la ayuda de vecinos o comedores comunitarios. Esto nos lleva a ver cómo relaciones contingentes pueden transformarse en relaciones necesarias y electivas.

Otras decisiones se referirán al consumo, a la organización del gasto y el presupuesto, a la forma en que se distribuirán los bienes y servicios para satisfacer las necesidades, decidirán en qué gastar, cuáles son las prioridades. Quien decida esto nos hablará también de las relaciones de poder dentro de la unidad; tampoco estas decisiones son arbitrarias... Sacchi establece que "Distintos estudios han demostrado que cuando es la madre la que tiene poder de decisión sobre la asignación de los recursos económicos, la proporción de gasto familiar dedicado al bienestar de los niños es mayor que en las familias donde esta asignación es efectuada por el padre" (Sacchi,1997:93)

Todas estas cuestiones generarán conflictos o por el contrario alianzas al interior del grupo, mostrando así que no necesariamente se dan situaciones de armonía, amor, solidaridad sino también de conflicto y desarticulación, ya que están cruzadas por el poder.

Con respecto a la vivienda, la posibilidad de establecerse como una unidad independiente tendrá relación con los recursos de la pareja y otras situaciones. En los casos analizados los dos están presentes, mientras Ayelén, por ejemplo vivía detrás de la casa de sus suegros, Manuela hablaba de una mudanza, logrando así una independencia en este sentido:

*M: nos mudamos en si porque queríamos comprar una casa he ignos a vivir solos.*

*TS: claro, porque vivían atrás de la suegra*

*M: los chicos no tenían espacio, necesitábamos que los chicos tuvieran más espacio, más patio para jugar, no tenían patio. Incluso las amistades, cuando venían mis amigas había que pedir permiso para hacerlos pasar, cuando es la casa de uno... Nos mudamos más por un tema de libertad.*

También la construcción de la misma puede ser realizada por medio de recursos obtenidos de distintas ayudas (por ejemplo en el barrio donde se encuentra el CS, se realizan entregas de chapas por un plan implementado desde la Secretaría de Desarrollo Social).

A modo de hacer un resumen de lo dicho, mencionaré unas palabras de Jelin, que nos acercan a una definición de la unidad doméstica "no es un conjunto indiferenciado de individuos que comparten las actividades ligadas a su mantenimiento. Es una organización

social, un microcosmos de relaciones de producción, de reproducción y de distribución, con una estructura de poder y con fuertes componentes ideológicos que cementan esa organización y aseguran o ayudan a su persistencia y reproducción, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha. Al mismo tiempo que existe una tarea y un interés colectivo, de la unidad misma, los diversos miembros tienen intereses propios, anclados en su propia ubicación en los procesos de producción y reproducción intra y extradomésticos” (Jelin,1984:34)

#### 4.2. Estrategias de subsistencia, acciones específicas

Analizaré entonces las múltiples acciones que las unidades domésticas despliegan para su reproducción. Estas acciones estarán destinadas a satisfacer todo aquello que permite la reproducción, ya sean, alimentos, bienes o servicios, como otros gastos que implica tener hijos, socializarlos, cuidar de ellos. Para todo esto, por supuesto, la unidad doméstica requiere tener acceso a recursos, para lo cual se desarrollarán distintos mecanismos tendientes a obtenerlos, crearlos, defenderlos, recrearlos y administrarlos (Jelin,1998)

Jelin, al hablar de sectores con inserción inestable en el mercado de trabajo, establece que “en este caso, el ingreso monetario ligado a la venta de la fuerza de trabajo no existe o resulta insuficiente para el mantenimiento y reproducción de la unidad, con lo cual ésta pierde su autonomía y autosuficiencia. A menudo esto implica una alta inestabilidad en la composición de la unidad doméstica y en los lazos familiares y una apelación constante a las redes de relaciones informales y/o a los mecanismos de bienestar social, si es que existen” (Jelin,1998:101).

Me basaré para el desarrollo de estas cuestiones en el concepto de “estrategias de subsistencia”, para esto tomaré la definición establecida por Arguello, abarcando para éste un “conjunto de acciones económicas, sociales, culturales y demográficas que realizan los estratos poblacionales que no poseen medios de producción suficientes ni se incorporan plenamente al mercado de trabajo, por lo que no obtienen de las mismas sus ingresos regulares para mantener su existencia en el nivel socialmente determinado, dadas las insuficiencias estructurales del estilo de desarrollo predominante” (Gines,1996:85)

De esta manera, esta definición no abarca al conjunto sino a todos aquellos cuyos ingresos no permiten mantener el nivel de vida socialmente establecido<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Aunque el concepto refiera frecuentemente a los sectores populares, no implica que distintas estrategias sean también implementadas por otros sectores. Por ejemplo, la última crisis socioeconómica vivida en nuestro país ha afectado en gran medida a las clases medias, lo que nos lleva a pensar que debieron implementar también distintas estrategias.

La definición mencionada guarda relación con acciones y comportamientos llevados a cabo para la obtención de algún tipo de ingreso, ya sea monetario, de bienes y servicios. Esto puede hacerse por medio de la incorporación al mercado laboral (ya sea formal o informal) de los miembros del grupo, transferencias de instituciones formales, ayuda de organizaciones sociales (tanto monetarias como de especies), transferencias informales basadas en redes de ayuda mutua e intercambio, u otras fuentes alternativas. Estos ingresos pueden provenir de familiares, vecinos u otros, o del Estado. Feijoo nos habla de tres elementos sistemáticamente integrados que constituyen las "redes de seguridad": participación en el mercado laboral apoyado en la capacidad de los integrantes del hogar de salir a buscar trabajo, apoyo del Estado como proveedor de consumos colectivos, y acción comunitaria para complementar o sustituir la insuficiencia, retraso o ausencia de este último. (Feijoo, 2001) Se podrán combinar entonces las distintas posibilidades que se encuentren al alcance, generando la vinculación con distintos agentes sociales, teniendo como fin su reproducción.

Bourdieu hace mención a dos tipos de estrategias, las espontáneas y las estrategias programadas. Me estoy refiriendo aquí a las primeras, las cuales refieren a acciones frente a situaciones que se presentan diariamente, frente a las cuales el tiempo para proceder es limitado, como también la información con la que se cuenta. Las estrategias espontáneas están alimentadas por todas las "vivencias" diarias, que generan experiencias, conocimientos prácticos, conocimientos de cómo actuar más allá de lo planificado. La presentación constante de situaciones variadas supone una invención permanente, indispensable para adaptarse a este tipo de situaciones, nunca totalmente idénticas.

Ayelén muestra distintas estrategias utilizadas por ella para poder alimentar a sus hijos:

*"yo iba a la casa de mi suegra y le pedía un poquito de carne, iba a la casa de la abuela de el y le decía: "doña, ¿no tiene un pedacito de carne?", ella me daba dos pancitos, dos papitas, y con eso yo iba y hacía la comida, yo me la rebuscaba; ¡yo no tenía de donde sacar! O iba y le decía a mamá: "¿ma? ¿No tenés \$2 / \$3 para prestarme?"*

Al mismo tiempo destaco la importancia de las "redes" individuales que cada uno va tejiendo, también a la hora de lograr contención emocional sobre todo en los casos tomados para esta investigación (donde sufrieron una situación traumática). También se ve una "necesidad" de establecer vínculos con madres que hayan estado en la misma situación:

*TS: ¿y con ella charlas?, porque..*

*M: con ella charlo porque a ella le tocó vivir igual que a mi [...] tenía una nena y falleció*

*Psicóloga: ¿es de acá, del barrio?*

*M: sí*

*Psicóloga: ¿quien es la señora?*

*M: Ángela, es con la que mejor me siento porque ella me entiende*

Otra de las personas entrevistadas corroboraba la importancia de tener cerca a una persona que haya atravesado la misma tragedia:

*"...porque a las dos nos pasó lo mismo, digamos, a mí se me murió el nene en Junio y a ella en Marzo, entonces tenemos muchas cosas en común, nos ponemos a hablar del hijito de ella, del mío, y de que vamos a ir al cementerio..."*

También debemos destacar los consejos que los vínculos pueden hacer, por ejemplo, una mamá refiere que comienza a ir a la psicóloga por recomendación de una amiga suya.

Gines menciona estas estrategias como complemento a la obtención de empleo, aclarando que este último es aún el medio principal para lograr el ingreso monetario y así la reproducción; igualmente podemos decir que en algunos casos no se menciona la búsqueda de trabajo, es decir, la implementación de estas estrategias como un "paliativo" de su ausencia. Entiendo que esto se vincula con el rol esperable de la mujer a quien no se la considera como proveedora, y sino que estaría de alguna manera ayudando a su compañero a desarrollar una actividad que él debería cumplir y no llega a hacerlo. Un ejemplo de esto es cuando Ayelén relata una pelea con su pareja:

*"Tampoco es fácil irme caminando de acá con el calor que hace hasta allá, tener que estar dos horas allá sentada, muerta de sed, muerta de calor, y volver y aguantarte a vos, le digo, por algo que vos no cumpliste en la casa, porque si vos me darías lo poco que me puedes dar, digamos, tendría el techo como la gente, mis hijos vivirían como la gente, humildes, pero como la gente, yo no tendría porque ir recorriendo de un lado a otro"*

Claro está que éste no es el caso de las mujeres jefas de hogar, aunque en muchos casos el cobro de un plan social vale como un ingreso mensual. Vanesa, por ejemplo, recibe un plan social y no especifica estar buscando trabajo:

*E: ¿y te arreglás sola con todos, digamos?*

*V: sí, la gente dice que hago milagros, las personas que me conocen, yo cobro el plan nada más*

*E: el [interrumpe]-*

*V: el de \$150*

*E: y en la Parroquia, te ayudan con algo?*

*V: no..., también retiro una bolsa de mercadería por mes, pero a veces me olvido, hay un montón de cosas que me olvido...*

Más adelante agrega:

*E: Bueno, entonces te arreglás bien, si comen en tu casa siempre, y a veces te olvidas de buscar la bolsa... haces rendir las cosas*

*V: sí, me pasa, vine y me encontré en una lista, y era que tenía que buscar la mercadería, sí, me tengo que anotar todo*

*E: ¿igual esa bolsa te alcanza?*

*V: no, pero bueno, es una ayuda. También tejo, sí, me gusta tejer*

*E: ¿pero lo que tejes lo vendes, o lo haces como un hobby?*

*V: sí, en realidad lo hago como hobby, porque me encanta tejer, por ejemplo, a la doctora le he hecho pullovers para la nena, y no:::, y bueno, si los vendo [da a entender que no quería aceptar la plata, pero la doctora insistió]*

*E: ¿eso es tu ayuda más –[interrumpe]*

*V: sí.. lo que pasa es que si yo se que es un trabajo, lo hago sin ganas, sin muchas ganas, como me gusta, es diferente, entonces lo hago porque.... sino pinto.*

Hintze dirá que los comportamientos de los sujetos son conformados, y conforman, alternativas que se presentan como posibilidades objetivas y operan como “restricciones paramétricas” a su accionar. Es en este punto donde la autora encuentra en el concepto de estrategias el nexo entre elecciones individuales y estructuras sociales, remitiendo a opciones posibles, aclara “cuando la gente opta lo hace dentro de condiciones sociales que determinan objetivamente las consecuencias de sus actos, por medio de la propia experiencia y conocimiento de las relaciones sociales [...] y desde sus condiciones reales de vida” (Hintze,2004:3).

Las estrategias guardan entonces relación con lo denominado por Bourdieu como “habitus”, estableciendo que “el principio generador de respuestas más o menos adaptadas a las exigencias de un campo es el producto de toda la historia individual, pero también, a través de las experiencias formadoras de la primera infancia, de toda la historia colectiva de la familia y de la clase; en particular a través de las experiencias donde se expresa la pendiente de la trayectoria de todo un linaje [...]” (Bourdieu,1993:112) Este autor refiere a la lógica práctica de este accionar, y no a un cálculo racional o basado en normas explícitas, “es necesario guardarse de buscar en las producciones del habitus más lógica de la que hay en él: la lógica de la práctica es ser lógica hasta el punto donde ser lógico cesaría de ser práctico” (Bourdieu,1993:86). El conocimiento (disposiciones adquiridas) con el que uno cuenta dentro de un campo es eficiente y operante cuando demuestra eficacia. A semeja así el sentido práctico de la estrategia al sentido del juego, aunque no cualquier juego, sino uno ubicado históricamente, que el individuo va adquiriendo desde su infancia al participar en actividades sociales. Este sentido lleva a elegir los mejores “elementos”



disponibles en una situación dada. Esto supone entonces una invención permanente requerida para lograr la adaptación a situaciones que varían constantemente.

Hago referencia a estos autores con el fin de rescatar el hecho de que las decisiones que cada uno toma no son arbitrarias, sino que responden a la propia historia... en relación a ésta, hay un abanico de opciones... por cierto hay veces que este abanico tiene distintas dimensiones, pudiendo muchas veces ser pequeño, lo que lleva a una restricción en el momento de actuar...

En este sentido, muchas veces también puede ampliar este abanico el hecho de contar con un trabajo. Sacchi dirá que "Las madres que trabajan fuera de la casa, concurren más [al CS] porque tienen un mayor nivel de educación, o porque han adquirido con su experiencia fuera de la casa, un mejor desenvolvimiento que les permite discriminar cuándo, cómo y dónde buscar ayuda" (Sacchi,1997:130)

La incorporación de otros miembros al mercado laboral, por ejemplo el trabajo pago de la mujer, es uno de los recursos que se movilizan al enfrentarse a una crisis de ingresos.

Manuela mencionaba:

*"El año pasado me fui de vacaciones, voy una vez al año cuando puedo. Después cuando nació el nene no pude ir porque cambiaron las circunstancias de la vida, tenía que trabajar el y tenía que trabajar yo, porque él era un chico que necesitaba leche deslactosada, mi marido cobra por quincena, pero todos los días teníamos que tener plata en el bolsillo".*

También podrá variar la composición del grupo, incorporando nuevos miembros que aporten ingresos, o expulsando a otros. Aunque debemos aclarar, tal como lo especifica Jelin que "El cálculo utilitario individual de los costos y beneficios de la convivencia no parece ser el criterio básico para la permanencia de una persona en su grupo doméstico, sino los lazos afectivos, concebidos a menudo como naturales. Sólo en casos extremos o en situaciones límite de familias con fuertes conflictos internos, la dependencia económica se torna más visible. La falta de autonomía económica puede llevar a mujeres a soportar relaciones de pareja conflictivas y violentas, a hijas e hijos jóvenes a permanecer en el hogar paterno/materno a pesar de desear independizarse" (Jelin,1998:74-75).

Esto es claro en el caso de Ayelén, quien pese a que por situaciones de violencia y otras cuestiones de convivencia desee separarse de su esposo, no lo hace:

*"No, lo que pasa es que necesitaba hablar con alguien que no sea mi mamá, que no sea.. porque mi mamá me da consejos, pero a la vez me critica, me dice "no!, no te dejes hacer tal cosa", "separate ya mismo de tu marido" [...] "mamá, vos me decís ya mismo, yo para separarme de él tengo que trabajar, tengo que mantener a mis hijos". Porque ella era la que me ayudaba a mí, pero el marido se quedó sin trabajo, hace cosa de cuatro, cinco meses, pero yo no [...]. Tampoco le puedo pedir a mi hermano, que tiene su familia ya hecha, que me*

*mantenga a mi y a mis cuatro hijos, no es justo, y tampoco puedo andar llamando a mi hermana de capital, a mi otro hermano, ellos no tienen porque, si [...]”.*

La migración también puede darse, como un modo de aportar ingresos desde lo que se gana en otros sitios. Los miembros dependientes económicamente pueden ser enviados a vivir en otros sitios, muchas veces como necesidad de las jefas de hogar de ingresar al mercado laboral.

Jelin dirá que no todos los miembros comparten las actividades centradas en el hogar con la misma asiduidad, para quienes conviven diariamente. Igualmente las actividades de cada miembro varían en el tipo de actividades compartidas, la frecuencia y los grados de autonomía personal en las tareas de automantenimiento. Debemos mencionar que las mujeres continúan teniendo a su cargo la responsabilidad por la organización doméstica y son las encargadas de la realización de gran parte de las tareas domésticas, aunque esta responsabilidad no va necesariamente acompañada de poder. (Jelin,1998).

Influirán en las estrategias desarrolladas por el grupo, como hice mención, distintos saberes/capacidades/redes con los que cuentan. Podemos dividir estos en: “capital humano” (habilidades y capacidades/incapacidades, que se manifiestan en el tipo y la capacidad de trabajo), “capital social”, que se refiere a la red de relaciones sociales, laborales, de parentesco, de amistad con las que se puede contar en caso de alguna necesidad y el “capital cultural”, saberes e informaciones sobre la provisión de bienes y servicios requeridos para las diversas actividades a desarrollar (por ejemplo, el conocimiento de los medios de transporte, la familiaridad con las normas de funcionamiento de las burocracias estatales o los servicios médicos) (Jelin,1998). Era frecuente en el CS escuchar personas de distintas edades consultar sorprendidos sobre los horarios en que podía encontrar a un médico específico, o yendo a retirar el “beneficio” de algún programa, sin ser el lugar indicado para ello.

Valga una referencia de quien tanto escribió sobre capital social, Bourdieu resume éste como “el conjunto de los recursos actuales o potenciales vinculados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento e interreconocimiento; o dicho de otro modo, a la pertenencia a un grupo en el cual sus miembros están unidos por “vínculos permanentes y útiles” que se basan en intercambios materiales y simbólicos” (Bourdieu, citado en Hintze,2004:5).

Cada uno de estos aspectos requiere actualizaciones constantes, es por esto que las acciones (el pedido o el préstamo) no siempre tienen como fin un requerimiento necesario, sino que muchas veces el intercambio tiene como función únicamente el mantenimiento y reforzamiento de su funcionamiento.

También requerirán actualizaciones el "capital cultural" y "capital social", ya que la información sobre recursos y la manera de obtenerlos varían en el tiempo. Sin ir más lejos, los horarios de atención del CS, el lugar en donde se obtienen los beneficios de un plan, pueden variar. La trabajadora social del Centro, relata que tiene mucho trabajo con la entrega de las bolsas de comida, que muchas veces la gente va ahí, teniendo en realidad que ir a hacer el retiro de lo otorgado por un plan social a otro lado, entonces atender a esta gente implica únicamente darle información concreta, esta misma persona indica que no se le aclara bien a la gente esto.

Más allá de lo dicho, Hintze al analizar distintos indicadores sociales y a partir del claro deterioro de la calidad de vida de amplios sectores, concluye que frente a la dureza del contexto socioeconómico, las estrategias domésticas constituyen respuestas de alcance limitado. Y alerta: "El núcleo duro de la superación de la desigualdad y la pobreza pasa centralmente por la distribución de la riqueza y por ende, del capital convencional. Superación necesaria para pasar de la sobrevivencia a la reproducción ampliada de la vida, esto es con calidad y dignidad, del conjunto de los integrantes de nuestras sociedades" (Hintze,2004:15)

El enfoque centrado en las estrategias permite comprender la articulación de prácticas tendientes a la reproducción familiar, condicionadas por la situación estructural y configuradas de manera particular de acuerdo con el universo de significaciones de los sujetos. Asimismo, permite detectar tanto carencias como recursos, comprender las relaciones sociales que se establecen, las armonías y conflictos en el ámbito doméstico, espacio atravesado por relaciones de poder que condicionan los comportamientos. Es así que considero esencial trabajar sobre "procesos y condiciones de fragilización y de protección", concepto introducido por Grimberg, para quien "permite considerar en sujetos y grupos, el conjunto de sus relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales en términos históricos y presentes. Y además al ser combinado con la noción de procesos de protección, posibilita indagar aquellas condiciones de respuesta colectiva a sus problemas de salud y de vida, las estrategias individuales y colectivas de protección, de cuidado, considerando, no solo lo referidas a salud-enfermedad [...]" (Grimberg,1997:20)

Para concluir vale mencionar unas palabras de Hintze, para quien "la pobreza y la desigualdad social en la región hacen esperable que los hogares pobres deban seguir aguzando todo su ingenio para enfrentar la lucha por la sobrevivencia. Sin embargo el abanico de posibilidades, en tanto se enmarcan en las "restricciones paramétricas" son

finitas. Ante el empeoramiento de las condiciones macroestructurales, dentro de las cuales hay que resaltar las del mercado de trabajo y el funcionamiento del sector público, que para estos sectores se ha expresado en un repertorio más o menos variado, según los países, de políticas sociales focalizadas (que no han logrado de todos modos compensar los efectos de las políticas de ajuste estructural), las unidades domésticas no pueden “inventar” mucho más, aunque siguen mostrando una enorme capacidad para incorporar a sus arreglos domésticos las nuevas condiciones del entorno” (Hintze,2004:13-14)

El análisis hecho lleva a deducir que es imposible pensar que las variables mencionadas actúan con independencia. Abordemos el tema que abordemos pensaremos en cosas que van más allá de estas... por cierto, la complejidad de las problemáticas es algo que intento destacar a lo largo de los distintos capítulos.

Quisiera entonces modificar el título de esta primera parte considerando más acorde “contexto donde la muerte se desencadena”, ya que el término “irrumper” significa “entrar violentamente a un lugar” “invadir súbitamente” (Enciclopedia Salvat), siendo así algo repentino, mientras que la idea que dejaré entrever también en los capítulos siguientes, es que existen distintos aspectos sobre los cuales trabajar para evitar que la defunción se produzca, distintas variables que demuestran que este desenlace puede darse, aunque también puede evitarse... “La posibilidad de que cientos de miles de niños menores de un año consigan sortear “la barrera biológica” que representa la mortalidad infantil, coloca como problema la superación de los mecanismos de selección/exclusión social generados por la desocupación mediante la desintegración de sus núcleos familiares y/o domésticos y la pobreza” (OPS/OMS,2000).

**PARTE II**  
**PROBLEMÁTICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL**

**CAPITULO 5**

**ESPECIFICACIONES SOBRE LA MORTALIDAD INFANTIL**

Como anticipara en la primera parte de la exposición, la *tasa de mortalidad infantil* (TMI), junto con la *tasa de mortalidad de menores de cinco años* es uno de los principales indicadores utilizados desde el Sistema Médico de Salud para medir niveles y alteraciones relacionados al bienestar de una comunidad en general y al de la niñez en particular. Este indicador, de hecho, es considerado como uno de los que, de manera más fiel, refleja el nivel de desarrollo de una sociedad y las condiciones de vida de sus miembros. Sacchi dirá que "La mortalidad infantil es el indicador por excelencia del proceso de salud-enfermedad de una comunidad. Por ser el grupo etéreo más expuesto y a la vez más vulnerable a la multiplicidad de factores que la condicionan, muestra el nivel de desprotección de un vasto sector de la población. Es el que refleja mejor que otros indicadores, la relación entre pobreza y salud" (Sacchi, 1997:15)

*5.1. La Mortalidad Infantil posneonatal y neonatal, principales indicadores*

Al hablar de *Mortalidad Infantil* (MI), hablamos de todas aquellas defunciones de niños menores a un año de vida, la tasa de la misma indica todas aquellas muertes ocurridas en el lapso de un año en relación al número de nacidos vivos en el mismo período en una determinada población, es expresada por 1.000 nacidos vivos. Cuando las defunciones ocurren en los primeros 27 días de vida, se las denomina defunciones *neonatales* (al interior de este grupo puede distinguirse entre Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) y Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días cumplidos de vida), cuando ocurre entre éste momento y el primer año de vida, serán denominadas *posneonatales*. Vale esta distinción ya que cada uno de estos grupos tiene causas "específicas" que pueden llevar a aquel desenlace.

En la *mortalidad neonatal* prevalecen principalmente causas producto de patologías congénitas como ser: causas genéticas, malformaciones. Las malformaciones, principalmente del tubo neural (por ejemplo anencefalia), pueden prevenirse suministrando a la futura madre ácido fólico tres meses antes del embarazo, y durante el tiempo de gestación. Otros factores que se destacan en este tipo de muertes se encuentran vinculados a la duración del embarazo y a la salud de la madre, siendo en la atención perinatal donde pueden detectarse trastornos vinculados con esto. Esto puede tener como consecuencia un parto prematuro, que lleva por ejemplo al nacimiento de un bebé de bajo peso o muy bajo peso, lo que puede desencadenar en problemas respiratorios; mayores posibilidades de contraer infecciones; al estar mayor cantidad de días internado también tiene mayores posibilidades de adquirir infecciones intrahospitalarias. La mayor causa de la prematuridad, según una obstétrica del CS, son las infecciones vaginales y urinarias de la madre, prevenibles mediante tratamiento oportuno. Otros problemas vinculados a la salud de la madre que pueden incidir en el bebé son: hipertensión, diabetes gestacional, entre otros.

En la *mortalidad posneonatal* tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño, se encuentran entre los principales factores de este grupo las infecciones respiratorias agudas y las causas violentas (traumatismos accidentales, accidentes domésticos, agresiones, accidentes automovilísticos), concentrando éstos alrededor de un cuarto de la mortalidad en este tramo de edad, también vale mencionar aquí la importancia de las infecciones, diarreas, deshidratación (UNICEF-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-Indec,2002).

La mortalidad neonatal forma parte de la denominada "*mortalidad dura*", significando que será proporcionalmente mayor cuanto más baja sea la TMI, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas y culturales. A diferencia de ésta, la mortalidad posneonatal forma parte de la "*mortalidad blanda*", entonces, con mayores probabilidades de disminuir cuando se implementan acciones, siendo proporcionalmente mayor cuanto más altas sean las TMI, esto se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas (OPS/OMS,2000).

Se debe recordar que muchos neonatos de alto riesgo (de pretérmino, bajo peso, etc.) aún sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficit para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente, pudiendo fallecer durante el período posneonatal. A su vez, es poco frecuente que los nacidos de bajo riesgo (de término, con peso adecuado, sin malformaciones, etc.) fallezcan en el período neonatal, pero no así en el período posneonatal si las condiciones del medio son desfavorables.

Este fenómeno, entonces, no puede aislarse de las características ambientales, económicas, históricas, culturales y políticas de las comunidades, las cuales exponen diferencialmente a la población a las probabilidades de enfermar y, secundariamente, morir en ese período. En una investigación de la OPS, se establece que “las causas de muerte constituyen una expresión biológica final de un proceso que está intensamente determinado por la *estructura económica y social* del país o región, condicionantes que influyen en la aparición de la enfermedad y en su evolución, uno de cuyos cursos probables es la muerte” (OPS/OMS,2000:76)

Recordemos que al hablar de MI, consideramos la vida extrauterina, sin considerar de esta manera las defunciones fetales. Esta aclaración es válida ya que el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004) considera que existe una tendencia a inscribir como defunciones fetales a los niños que mueren inmediatamente después del nacimiento, lo que llevaría a pensar en un posible subregistro de nacidos vivos y también de defunciones infantiles, situación que influye en el cálculo de las TMI. Otro factor a considerar es la omisión de registro del nacimiento y la defunción. Desde un punto de vista metodológico, cabe mencionar que en algunos casos, el mismo Ministerio advierte en su manejo de las estadísticas, la posibilidad de la existencia de algunos errores en ellas producto de una incorrecta aplicación de la definición del hecho y de la inscripción del mismo.

## 5.2. El impacto de una alta tasa de Mortalidad Infantil en el nivel comunitario/local

No debemos perder de vista que los factores socioeconómicos y ambientales impactan sobre la salud de la niñez en general y no únicamente sobre aquellos que mueren. Por lo tanto no podemos menospreciar las implicancias que estos factores tienen sobre todos ellos, ya que deterioran y limitan sus potencialidades de desarrollo futuro y sus posibilidades de alcanzar un desarrollo pleno. Por consiguiente, trabajar sobre la problemática de MI debe tener como meta principal el bienestar de la infancia, más allá del objetivo específico de evitar una muerte. Menéndez refleja esta situación al decir “[...] ocurre como si los grupos etáreos infantil y preescolar no tuvieran una ulterior continuidad en las condiciones de mortalidad ya sea en la segunda infancia, y especialmente en la denominada “edad productiva” [...]” (Menéndez,1988:54).

Ahora bien, si únicamente nos detuviéramos en aspectos estructurales que impactan en las condiciones de vida de las familias, correríamos el riesgo de demandar cambios en estos aspectos sin considerar las acciones locales posibles de implementar desde las unidades sanitarias. Este debate se generó en la reunión de la Región Sanitaria:

Un médico decía al respecto:

entusiasmo  
mal  
00

*"[...] porque ¿uno sabes lo que nota?, que por ahí, eso indigna, en este país a los únicos que les va bien es a los políticos, en Berazategui, en cuatro años ustedes vieron mejoras, mejoró la red de agua potable, se asfaltaron las calles, entonces, es una buena respuesta, porque sino es franela, meterse en la vida privada de la gente, lavar la conciencia, decir uy, mirá que pobre que viven"*

*Agregaba: "hay una frase de Galeano que dice "todos vamos a morir, ese papel lo hacemos todos, ahora los pobres lo tienen ensayado mucho mejor". El impacto social en todo, en lo económico, en movilizar toda la economía, eso, eso no depende de nosotros, o sea, si nosotros con esto no llegamos a los políticos, y los políticos se rascan las ..., no logramos nada, no sirve para nada, es meternos en la vida privada de la gente, morbosamente".*

?

A esto otra médica de otro municipio respondía:

*"según sabemos, la mortalidad infantil es el gran reflector mucho más allá de los factores de salud, en esto estamos todos de acuerdo, que la cuestión social tiene un papel importantísimo, estamos de acuerdo, y que tenemos pocas herramientas como para abordar la cuestión social, absolutamente de acuerdo, pero [énfasis] haciendo un análisis muy crudo de las estadísticas de mortalidad infantil de mi municipio, de 1997-2003, el 71% de las muertes neonatales eran evitables por prevención en el embarazo, tendencia creciente a lo largo del período. Así como disminuyeron las muertes prevenibles en el parto, aumentaron las prevenibles en el embarazo. Para el 2004 ya se había reducido la mortalidad infantil, no obstante las muertes reducibles por el embarazo subieron al 80%, con lo cual la mortalidad infantil bajó, pero la mortalidad prevenible según los criterios del Ministerio, subió, con lo cual uno se puede poner a investigar todo lo cualitativo que quiera, pero la cuota de responsabilidad del servicio de salud es muy importante, con lo cual me parece que no.- [es interrumpida por un médico que menciona distintas situaciones de violencia generadas por los pacientes en un hospital, luego de este comentario continúa] ahora el ambiente empeoró y la mortalidad infantil bajó, entonces analicemos, preguntémosnos, si la tendencia en los criterios de reducibilidad en porcentajes es 60%, 62%, 63% hasta el 2003 a nivel país, si el porcentaje a lo largo de los años no bajó, ¿qué pasa que de pronto la mortalidad infantil sube, la mortalidad infantil baja, en el medio de eso estamos, sube, baja, ¿Qué nos está pasando? ¿Qué nos planteamos? ¿Qué analizamos? Entonces analicemos criterios y veamos que rol tiene cada uno, porque si yo tengo un 71% o un 60% de las muertes evitables, la responsabilidad es tan dispersa, tan absolutamente dispersa que nadie la toma, es así..."*

Ciertamente esto no implica la no valoración, todo lo contrario, de movilización conjunta de distintos recursos desde distintos sectores, como ser desarrollo social, educación, obras públicas, entre otros, que tiendan a mejorar la calidad de vida de las comunidades y de la niñez en particular.

?



Diferentes investigaciones (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación,2004; OPS/OMS,2000; UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación-INDEC,2002) al igual que lo hacía la médica antes mencionada, insisten en la evitabilidad de estas muertes, con medidas preventivas y/o tratamientos. Específicamente, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación establece en una publicación que se “ha demostrado que *el 65% de la mortalidad infantil es reducible por acciones preventivas o curativas, de tecnología simple o complejidad moderada*. Esta efectividad puede alcanzarse si los recursos disponibles en la actualidad son empleados oportunamente, lo cual con frecuencia no ocurre debido a problemas en el proceso de atención. La elevada frecuencia de causas reducibles también ha permanecido estable, demostrando la deficiencia del Sector Salud para atender a la población infantil. Una mejor organización y funcionamiento de los servicios de prevención y atención infantil constituye un objetivo fundamental para reducir las defunciones infantiles”.(Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación,2004:11).

Sobre los porcentajes de reducibilidad el coordinador de la reunión de la Región Sanitaria proponía:

*“La mortalidad infantil es baja, pero debería ser, yo diría un tercio más baja, sin que exagerara tanto. Podríamos proponernos una meta, por ejemplo si decimos que el 60% es reducible, dos de cada tres, y si nos propusiéramos decir bueno, que las reducibles en lugar de ser un 60 sean de un 30%, bajar un 10% de reducibilidad por año, no sería a lo mejor una meta muy loca e imposible de lograr, pero obviamente para eso hay que trabajar mucho hacia adentro como municipio, y para eso nadie mejor que ustedes que conocen la realidad del municipio”.*

### 5.3. La Mortalidad Infantil en América Latina, dinámica y evolución de los últimos años

En la Argentina se produce un estancamiento en la reducción de la TMI a partir de la década del ochenta, según el informe Instantáneas, publicado en conjunto por UNICEF, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y el INDEC. Según este documento, si consideramos otros países de América Latina, como Chile y Costa Rica, podremos observar que estos tenían en la década del sesenta situaciones menos favorables que la Argentina y actualmente ambos países registran tasas más bajas que el nuestro.

Durante el período 1960 - 2000, se produjo en nuestro país un descenso en los niveles de la MI del 73%. En comparación Chile y Costa Rica lograron en este período disminuir sus tasas cerca del 90%, alcanzando ya en el año 2000 niveles similares a las tasas de países con condiciones socioeconómicas y grados de desarrollo muy diferentes, como los EE.UU.

y Canadá. El motivo de este descenso diferencial, según Instantáneas es aquel estancamiento mencionado que se produjo en nuestro país.

Aun teniendo en cuenta la importancia del descenso de muertes infantiles y considerando que en casi todos los países de la región se muestra una reducción continua de las tasas, no todos lo hicieron con la misma intensidad. Claramente la realidad de otros países no fue la misma que la de los ya mencionados, incluido el nuestro. Si comparamos los años 1990 y 2004, todos los países de América Latina disminuyeron su tasa, aunque en distintas proporciones. En 1990 los países que presentaban la mayor TMI eran: Bolivia, Guatemala y Perú, mientras que las menores eran para Cuba, Costa Rica y Chile. Para el 2004 la mayor tasa continuaba siendo de Bolivia (muy alejado de la media), Guatemala, Brasil y Belice. Las más bajas correspondían, aunque en distinto orden, a los mismos países que en 1990: Cuba, siguiéndole Chile y Costa Rica. (UNICEF).

Países y Territorios	Tasa de Mortalidad Infantil (< 1 año)	
	1990	2004
Argentina	26	16
Belice	39	32
Bolivia	89	54
Brasil	50	32
Chile	17	8
Colombia	30	18
Costa Rica	16	11
Cuba	11	6
República Dominicana	50	27
Ecuador	43	23
El Salvador	47	24
Guatemala	60	33
Honduras	44	31
México	37	23
Nicaragua	52	31
Panamá	27	19
Paraguay	33	21
Perú	60	24
Uruguay	20	15
Venezuela	24	16
América Latina y el Caribe	43	26

Fuente: UNICEF

#### 5.4. Los comienzos de la tasa de Mortalidad Infantil en nuestro país

El Ministerio de Salud cuenta con datos sobre las TMI desde 1911, para darnos una idea de los valores de aquel momento, ésta era de 147.8‰. Esta investigación no tiene el alcance de indagar sobre el surgimiento de esta tasa, aunque sería atractivo analizar sobre todo el contexto y el motivo de la decisión de comenzar a contabilizar las muertes infantiles, dejó el interrogante abierto para trabajarlo en otra oportunidad.

Para 1938 la tasa deja de ser definitivamente de tres dígitos, si bien en 1930 la TMI desciende a dos dígitos, en 1935 y 1937 vuelve a elevarse a aquella cantidad. Hasta el día de hoy no se pudo llegar, para la totalidad del país (sí para algunas provincias específicas) a un único dígito de este índice.

A partir de 1971 las estadísticas muestran un continuo descenso, aumentando en algunos años en mínimas proporciones.

Solo a modo de dato menciono que la misma institución, en relación a la mortalidad materna (siempre vinculada con la mortalidad de mi interés) cuenta con datos más tardíos, siendo los primeros en 1962.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA 1911-2003																			
1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	
*	147.8	143.2	129.6	120.6	121.9	119.4	121.6	135.0	126.2	122.2	111.1	109.2	112.7	106.7	112.3	110.1	109.9	108.3	
1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	
100.1	97.3	*	*	*	86.5	102.8	94.4	119.0	94.4	82.8	82.2	73.8	67.5	68.4	81.2	82.1	74.0	77.7	
1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	
69.5	67.0	68.2	67.4	64.7	64.6	60.4	61.8	57.0	68.5	61.4	59.1	62.4	59.1	58.8	61.8	58.3	56.9	53.5	
1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	
55.2	59.9	52.5	61.2	62.2	57.2	55.4	49.3	43.2	44.4	44.6	40.8	35.6	33.2	33.6	30.5	29.7	30.4	26.2	
1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003		
26.9	26.6	25.8	25.7	25.6	24.7	23.9	22.9	22.0	22.2	20.9	18.8	19.1	17.6	16.6	16.3	16.8	16.5		

Fuente: DEIS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

#### 5.5. La heterogeneidad de la Tasa de Mortalidad Infantil en la Argentina

Al igual que al observar la región de América Latina, si consideramos la totalidad de nuestro país, aunque la TMI ha disminuido, encontramos gran disparidad entre las provincias. Si consideramos los años 1980, 1985, 1990 y 2000 veremos que puntualmente algunas provincias aumentaron la tasa, la gran mayoría fue en sentido contrario. Si comparamos los

años 1995 y 2000, únicamente una provincia aumentó su tasa, mientras que del año 2000 al 2001 diez provincias lo hicieron, del 2001 al 2002, trece, para comenzar aparentemente a disminuir ya que del 2002 al 2003 siete provincias continuaron aumentando la tasa. Tal vez estos datos puedan relacionarse con el comienzo de la estabilidad socioeconómica del país. Aun en el 2004, cuando ya el país contaba con una mayor estabilidad, hay seis provincias que del 2003 al 2004 aumentan sus valores, aunque en porcentajes mínimos, en relación a años anteriores, siendo este el caso de Catamarca, La Pampa, La Rioja, entre otras. Tal vez estas tasas reflejen en cierta medida lo que establece UNICEF y lo que dije anteriormente, "Las condiciones de vida de la gran mayoría de los niños y las niñas de hasta cinco años de los sectores más pobres se ven perjudicadas principalmente por los efectos de la crisis socioeconómica sin precedentes de los últimos años y por la inequidad que caracteriza a la Argentina." (UNICEF)

Cabe destacar también la disparidad de la TMI tanto a lo largo de nuestro país, como a lo largo del tiempo. Como consecuencia de esto, según este mismo organismo (UNICEF), el riesgo de muerte para un niño en el primer año de vida es tres veces mayor en algunas provincias del NEA y NOA que en la Ciudad de Buenos Aires, dato visible si tenemos en cuenta que las mayores tasas en los años mencionados son para Chaco (en ocho de los nueve años contabilizados estuvo entre las tres provincias con mayores índices), Formosa (en seis de los nueve años), Jujuy, Misiones, Salta, Tucumán y Corrientes, provincias que generalmente cuentan con las mayores tasas. A modo de reflejar esta situación podemos mencionar que para el año 2000 la TMI de Corrientes triplicaba a la TMI de la Ciudad de Buenos Aires. En el 2004 se mantiene una similar proporción entre las tasas más bajas (Tierra del Fuego y Ciudad de Buenos Aires) y las más altas (Formosa y Catamarca) (INDEC).

Nuestro país logra cumplir su compromiso plasmado en el documento "Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño" donde se había comprometido a la reducción de un 20% de esta tasa y de un 25% en las provincias con valores que superaran el promedio nacional para el año 2000. Si bien esta meta fue alcanzada, Fernández Busso dirá que "sin embargo, a la luz del acontecer mundial, esos valores son todavía altos, porque países equiparables tienen cifras francamente menores y gastan en salud mucho menos que nosotros. En consecuencia, es una obligación para todos reafirmar ese compromiso a favor de los niños a la luz de las nuevas realidades que se enfrentan" (Fernández Busso, 2001:145)

Jurisdicción de residencia de la madre	Tasa de mortalidad infantil								
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Total del país	33,2	26,2	25,6	22,2	16,6	16,3	16,8	16,5	14,4
	o/oo								
Ciudad Aut. de Bs. As	18,5	15,3	16,8	13,1	9,4	9,6	10,0	10,3	8,7
Buenos Aires	28,4	23,8	24,2	22,2	15,1	15,0	15,8	16,3	13,0
Catamarca	41,9	...	34,6	26,1	21,0	15,5	20,6	20,1	22,0
Córdoba	24,2	22,6	22,2	20,5	15,0	16,2	14,8	14,3	12,7
Corrientes	44,6	32,5	31,7	27,3	30,4	23,5	23,8	21,1	19,9
Chaco	54,2	39,4	35,8	32,8	21,9	24,0	26,7	27,7	21,3
Chubut	34,8	26,3	20,6	20,3	15,8	13,1	17,8	15,1	11,8
Entre Ríos	35,8	25,8	24,3	20,5	16,9	14,9	16,5	17,2	15,5
Formosa	38,1	30,9	33,2	30,5	23,0	28,9	25,5	25,0	25,1
Jujuy	51,4	32,8	35,8	26,4	23,1	18,4	20,6	19,2	17,8
La Pampa	30,3	24,7	22,2	17,4	15,3	12,4	13,1	12,7	14,6
La Rioja	45,8	30,2	28,8	22,1	20,9	23,5	20,8	17,3	18,2
Mendoza	31,8	25,2	21,1	18,4	14,3	12,1	12,3	11,1	13,5
Misiones	51,9	33,6	31,8	23,2	22,2	19,6	22,3	20,2	16,6
Neuquén	31,7	23,6	16,9	14,1	11,4	13,0	11,7	10,8	11,1
Río Negro	35,7	26,3	23,1	20,8	16,6	14,7	14,8	15,9	14,1
Salta	52,1	34,0	32,3	26,8	18,8	19,1	18,9	16,9	15,4
San Juan	30,1	27,6	24,4	25,2	19,4	18,8	20,2	19,6	16,4
San Luis	37,2	32,8	29,7	23,1	17,2	17,8	16,5	17,4	15,2
Santa Cruz	34,4	22,0	20,7	21,9	17,2	14,5	17,2	15,5	11,9
Santa Fe	34,3	28,7	28,3	17,6	14,4	14,3	14,0	13,9	12,0
Santiago del Estero	35,1	25,3	28,3	23,3	13,2	14,8	12,4	14,2	13,8
Tierra del Fuego	20,3	9,4	27,9	11,1	10,5	10,1	9,1	8,4	4,1
Tucumán	42,0	29,2	28,5	28,9	22,4	24,5	24,3	23,0	20,5

Fuente: INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

### 5.5.1. La tasa de Mortalidad Infantil según sus clasificaciones y criterios de reducibilidad

Al interior de la TMI, podemos ver que las muertes neonatales y las posneonatales se comportaron de diferente manera en el transcurso de los años.

Entre los años 1980 y 1990, la TMI neonatal, considerando la totalidad del país, descendió un 16.5%, mientras que entre 1990 y 2000 lo hizo un 30% aproximadamente.

Con respecto a las defunciones posneonatales, en el primer período mencionado esta tasa disminuyó un 35%, mientras que en el segundo lo hizo un 40%.

Si bien la posneonatal registró un mayor descenso, no se comportó de igual forma si tenemos en cuenta los "criterios de reducibilidad". Vale mencionar que el Ministerio de Salud realiza una clasificación según este criterio, "esta clasificación se construyó agrupando las causas de muerte en función de la patología, el conocimiento científico

disponible y las características del Sistema de Salud a fin de conocer en qué medida es posible reducir esas defunciones a través de acciones en el ámbito de la atención de la salud materno infantil” (INDEC-UNICEF,2003:37). La clasificación se realiza en dos grandes grupos:

- i. Causas reducibles: son las que podrían reducirse con acciones en el Sistema de Salud sencillas y de bajo costo, a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto y en el nacido vivo)
- ii. Causas difícilmente reducibles: generalmente están asociadas a las anomalías congénitas, malformaciones genéticas, etc.

En 1990 eran reducibles el 71.6% de las defunciones neonatales mientras que en el 2000 el 60.4% de ellas y para el 2004 el 56.1%. El comportamiento en las posneonatales fue: en 1990 el 58.3% de estas muertes eran reducibles mientras que para el 2000, el 56.7%, este porcentaje se mantiene para el 2004, aunque variando los porcentajes según los grupos de causas (ver detalle en gráfico). Este último dato deja ver el estancamiento mencionado en la reducción de este último tipo de defunciones.

DEFUNCIONES NEONATALES, PORCENTAJES Y TASAS DE MORTALIDAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS, SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS BASADOS EN CRITERIOS DE REDUCIBILIDAD

GRUPOS DE CAUSAS	NEONATALES								
	AÑO 1990			AÑO 2000			AÑO 2004		
	Cantidad	%	Tasa	Cantidad	%	Tasa	Cantidad	%	Tasa
<b>TOTAL</b>	<b>10606</b>	<b>100.0</b>	<b>15.6</b>	<b>7650</b>	<b>100.0</b>	<b>10.9</b>	<b>7172</b>	<b>100.0</b>	<b>9.7</b>
REDUCIBLES POR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO									
En el embarazo	2796	26.4	4.1	2755	36.0	3.9	2462	34.3	3.3
En el parto	1368	12.9	2.0	879	11.5	1.3	762	10.6	1.0
En el recién nacido	*	*	*	872	11.4	1.2	711	9.9	1.0
OTRAS REDUCIBLES	334	3.2	0.5	116	1.5	0.2	92	1.3	0.1
PARCIALMENTE REDUCIBLES POR BUEN CONTROL DEL EMBARAZO	3086	29.1	4.6	*	*	*	*	*	*
DIFÍCILMENTE REDUCIBLES	1699	16.0	2.5	2836	37.1	4.0	2873	40.1	3.9
OTRAS CAUSAS	215	2.0	0.3	81	1.1	0.1	80	1.1	0.1
MAL DEFINIDAS	1108	10.4	1.6	111	1.5	0.2	192	2.7	0.3

DEFUNCIONES POSNEONATALES, PORCENTAJES Y TASAS DE MORTALIDAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS, SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS BASADOS EN CRITERIOS DE REDUCIBILIDAD

GRUPOS DE CAUSAS	POSNEONATALES								
	AÑO 1990			AÑO 2000			AÑO 2004		
	Cantidad	%	Tasa	Cantidad	%	Tasa	Cantidad	%	Tasa
<b>TOTAL</b>	<b>6364</b>	<b>100.0</b>	<b>9.4</b>	<b>3968</b>	<b>100.0</b>	<b>5.7</b>	<b>3402</b>	<b>100.0</b>	<b>4.6</b>
REDUCIBLES POR PREVENCIÓN	43	0.7	0.1	417	10.5	0.6	422	12.4	0.6
REDUCIBLES POR TRATAMIENTO	*	*	*	372	9.4	0.5	305	9.0	0.4
REDUCIBLES POR PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	726	11.4	1.1	950	23.9	1.4	888	25.5	1.2
OTRAS REDUCIBLES	2381	37.4	3.5	513	12.9	0.7	333	9.8	0.5
DIFÍCILMENTE REDUCIBLES	1523	23.9	2.2	965	24.3	1.4	903	26.5	1.2
OTRAS CAUSAS	378	6.0	0.6	255	6.4	0.4	232	6.8	0.3
MAL DEFINIDAS	751	11.8	1.1	496	12.5	0.7	339	10.0	0.5

\* No se especifica el dato para el año correspondiente

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Según INDEC-UNICEF “entre otras razones que podrían explicar este hecho, es que pudo haberse producido un alejamiento de los niños de los servicios de salud, a partir del primer mes de vida” (INDEC-UNICEF,2003:38)

Según el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación esto puede deberse al descenso de la mortalidad de los neonatos de bajo peso y muy bajo peso al nacer. Para esta institución esto marca un “sesgo inadecuado de las actividades del Sistema de Salud con fuerte énfasis en las acciones curativas de costo elevado en desmedro de las acciones preventivas o la atención adecuada de patología que se resuelve con tecnología sencilla” (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004:10). Recordemos que ambos tipos de muertes están asociadas a distintas causas, mientras que las posneonatales se vinculan en mayor medida a las condiciones socioambientales, las neonatales se asocian a distintos factores relacionados con la constitución genética.

Frente a la estabilidad el Ministerio de Salud también reflexiona “La elevada frecuencia de causas reducibles también ha permanecido estable, demostrando la deficiencia del Sector Salud para atender a la población infantil” (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004:11).

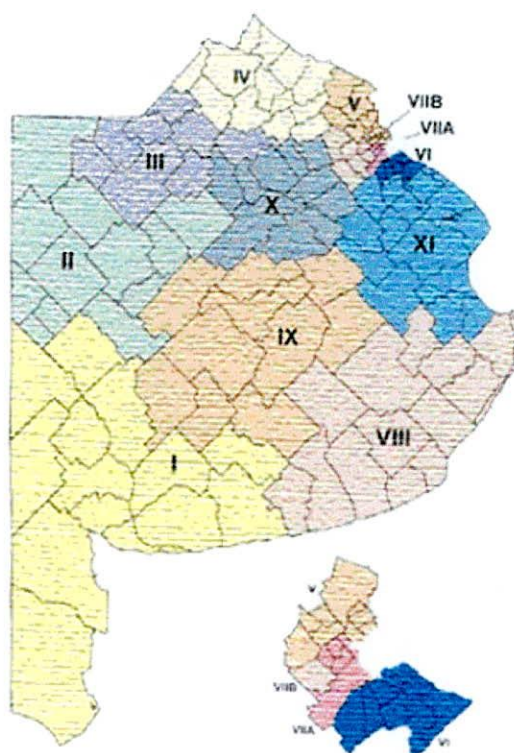
Por ejemplo en Florencio Varela, como se verá luego, un porcentaje muy alto de las muertes posneonatales correspondieron en el año 2005 a “broncoaspiraciones”, causa altamente prevenible por medio de educación, de enseñanza sobre los cuidados del bebé.

#### *5.6. La Mortalidad Infantil en la Provincia de Buenos Aires, caracterización y principales temas pendientes*

Al considerar la Provincia de Buenos Aires, vemos que aquí se presenta también una asimetría entre distintos municipios, asimetría mencionada también al considerar la totalidad de nuestro país como la región de América Latina.

Recordemos que esta provincia se encuentra dividida en doce regiones sanitarias. El municipio de mi interés pertenece a la Región VI. Los otros municipios integrantes de esta región son: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, E.Echeverría, Ezeiza, L.de Zamora, Lanús y Quilmes.

El siguiente mapa muestra la ubicación de las distintas regiones sanitarias:



5.6.1. La tasa de Mortalidad Infantil según regiones sanitarias

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN REGION SANITARIA  
1991 -2004

REGION SANITARIA	AÑOS													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I	16,9	18,0	15,1	14,8	15,9	14,9	13,0	14,9	14,9	12,0	11,2	12,9	12,5	10,4
II	20,8	19,9	18,2	14,6	12,1	15,5	14,7	12,5	12,2	13,2	11,9	14,4	11,1	11,6
III	14,5	22,6	12,9	17,6	18,1	12,8	13,2	15,9	12,6	11,6	10,8	13,0	12,8	9,4
IV	18,0	17,9	17,7	17,1	18,8	14,3	17,0	16,2	12,2	14,2	11,8	17,5	15,8	14,2
V	25,6	24,5	22,3	22,7	21,4	20,1	18,8	18,7	16,4	15,5	15,3	15,9	18,4	13,2
VI	24,3	22,6	22,4	23,6	22,6	22,4	19,5	19,2	17,1	16,1	16,0	17,2	17,0	13,8
VII A	22,0	19,1	18,8	18,4	18,7	18,4	17,8	19,3	18,0	14,5	14,8	15,1	15,3	13,4
VII B	25,1	23,9	23,9	21,8	22,8	23,4	20,0	22,0	20,8	17,9	18,2	17,8	19,3	12,8
VIII	19,0	20,4	18,9	18,0	17,0	14,3	15,4	14,8	15,5	12,9	12,7	12,5	13,5	11,2
IX	21,6	23,3	19,1	14,3	17,9	13,5	10,4	15,8	11,0	13,5	11,9	15,0	10,3	10,3
X	20,7	19,3	19,2	16,8	16,4	13,6	16,1	14,4	16,1	12,0	12,4	12,0	14,1	10,5
XI	21,9	23,0	21,2	19,5	18,6	20,5	16,1	17,8	15,7	14,2	14,6	15,2	14,5	12,2
<b>TOTAL PCIA.</b>	<b>22,8</b>	<b>21,9</b>	<b>20,8</b>	<b>20,7</b>	<b>20,2</b>	<b>19,4</b>	<b>17,7</b>	<b>18,3</b>	<b>16,6</b>	<b>14,9</b>	<b>14,8</b>	<b>15,7</b>	<b>16,2</b>	<b>13,0</b>

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Podemos observar en el cuadro anterior cómo a lo largo de los años son las mismas regiones las que cuentan con las TMI más altas, éstas son las Regiones V, VI y VII B.

Si consideramos específicamente los años 1991, 2000 y 2004, vemos que para los dos primeros años son las tres regiones mencionadas las que cuentan con mayores tasas, mientras que para el 2004, la Región IV incrementa notablemente su TMI, siendo la más alta en este año, seguida de las VI, V y VII.

Uno de los coordinadores de la reunión de la Región VI daba a conocer algunos datos sobre la Región:

*“Para colmo en esta Región VI pasó a tener la triste historia de desbancar a la VII B en la tasa de mortalidad (infantil) más alta de la provincia, históricamente, cuando uno hace una serie histórica la VII B siempre... bueno; ahora nos encontramos que hay un empate entre la IV y la VI, si yo miro por magnitud de población, obviamente la que más me asusta es la VI, entonces obviamente ninguno de nosotros se puede cargar la mortalidad infantil que hubo en la Región, como culpa de uno, lo que sí es cierto es que a lo mejor con algún pequeño granito de arena cada uno de nosotros puede aportar algo para tratar de ver si alguna... alguna práctica, algún hecho, algo que pueda ponerse en discusión y modificarse, que pueda mejorar un poco estos valores que realmente tenemos. No nos gusta hablar de tasas, la tasa es un número, la tasa la miran para la coparticipación, la tasa está escondiendo personas, aunque tuviéramos una mortalidad infantil muchísimo más baja de la que tenemos, sigue muriéndose gente”.*

#### 5.6.2. La tasa de Mortalidad Infantil en el Municipio de Florencio Varela

En el año 2000 el Municipio de Florencio Varela contaba con una TMI de 16.3‰, la tasa de las defunciones ocurridas antes de los 27 días (TMN) fue para ese año de 8.7‰, las posteriores a éste período (TMP) de 7.6‰.

Para el año 2004 el municipio contaba con una TMI de 13.7‰, una TMN de 8.6‰ y una TMP de 5.1‰. Los dos primeros por debajo de la media de la Región VI (13.8‰ y 9.0‰ respectivamente) y la última por encima de la media de la región (4.9‰).

UNICEF (2000) desarrolló una experiencia durante los años 1996, 1997 y 1998 sobre la problemática en cuestión donde el Municipio de Florencio Varela fue una de las tres localidades seleccionadas para aquella investigación.

Este organismo observó principalmente sobre un parcial de defunciones analizadas en aquellos años que:

- La distribución entre muertes neonatales y posneonatales era equivalente.
- Un porcentaje mayor al 70% de las muertes neonatales se producía durante la primera semana de vida y sus causas se relacionaban con las condiciones de atención del embarazo y el parto y el bajo peso al nacer.
- El riesgo de fallecer era más alto hasta los dos meses de vida.
- La principal causa de mortalidad neonatal fue la prematurez y las malformaciones congénitas en segundo lugar.
- Para las muertes posneonatales predominó como causa las infecciones, especialmente las respiratorias.

En 1998, según UNICEF murieron en el municipio 152 niños menores de un año, en su mayoría menores de tres meses. El 52% falleció en el partido (distribuyéndose de la siguiente manera: 58% en el Hospital Mi Pueblo; 9% en instituciones privadas; 33% en domicilio y 6% indeterminado) mientras que el 48% lo hizo fuera del distrito.

La investigación da cuenta de que en aquel año el 60% de las muertes neonatales eran “reducibles”, mientras que para las posneonatales este porcentaje ascendía al 66%.

Se alerta en este documento que “la alta incidencia de muertes domiciliarias dio lugar a la realización de un análisis pormenorizado que reveló “obstrucción bronquial” como evento más frecuente y en segundo lugar “asfixia mecánica”. Esto abre la pregunta acerca la accesibilidad al Sistema de Salud<sup>15</sup>, por qué los niños mueren en sus hogares y no en una institución de salud. También fueron significativas las muertes por “infecciones respiratorias agudas” (UNICEF,2000:40)

Ya por aquellos años UNICEF daba cuenta de “cierta deficiencia en el registro de los datos solicitados y considerados útiles (barrio de residencia, edad materna, peso al nacer), que limitó el análisis propuesto. Este estudio puso de manifiesto la necesidad de perfeccionar la recolección de los datos a consignar en los certificados de defunción, para permitir un diagnóstico epidemiológico más acabado de la mortalidad infantil” (UNICEF,2000:35)

Al día de hoy podría decir que las deficiencias continúan y siguen siendo un trabajo a perfeccionar ya que la ausencia, principalmente de datos socioeconómicos (como ser datos sobre: empleo, tipo de vivienda, beneficios sociales), son muy frecuentes tanto en los certificados de defunción como en las Historias Clínicas (HC). También es poco común encontrar en ellas algunas especificaciones sobre la consulta y control. Muy pocas veces se observaron comentarios en el espacio establecido para hacer observaciones. Muchas veces las HC son completadas en hojas en blanco, descontinuando la HC ya iniciada, imposibilitando entonces un seguimiento integral del niño y favoreciendo a una práctica

---

<sup>15</sup> Ver Capítulo 8, Accesibilidad



médica individualista que no favorece las interconsultas ni tan solo el correcto control del niño por otro profesional de la misma especialidad en caso de ser necesario. Creo importante que estas cuestiones de distinta índole se trabajen con los equipos de salud, entiendo que se vinculan y al mismo tiempo se reflejan en la relación entre el médico y el paciente.

En la reunión del Eje Pediátrico, al analizar casos que reflejaban estas situaciones, una médica mencionaba:

*"No podemos no poner cuanto pesa, cuanto mide".*

Un médico joven agregaba:

*"uno muchas veces se excusa en la cantidad de pacientes que tiene que atender, pero reconozco que es importante".*

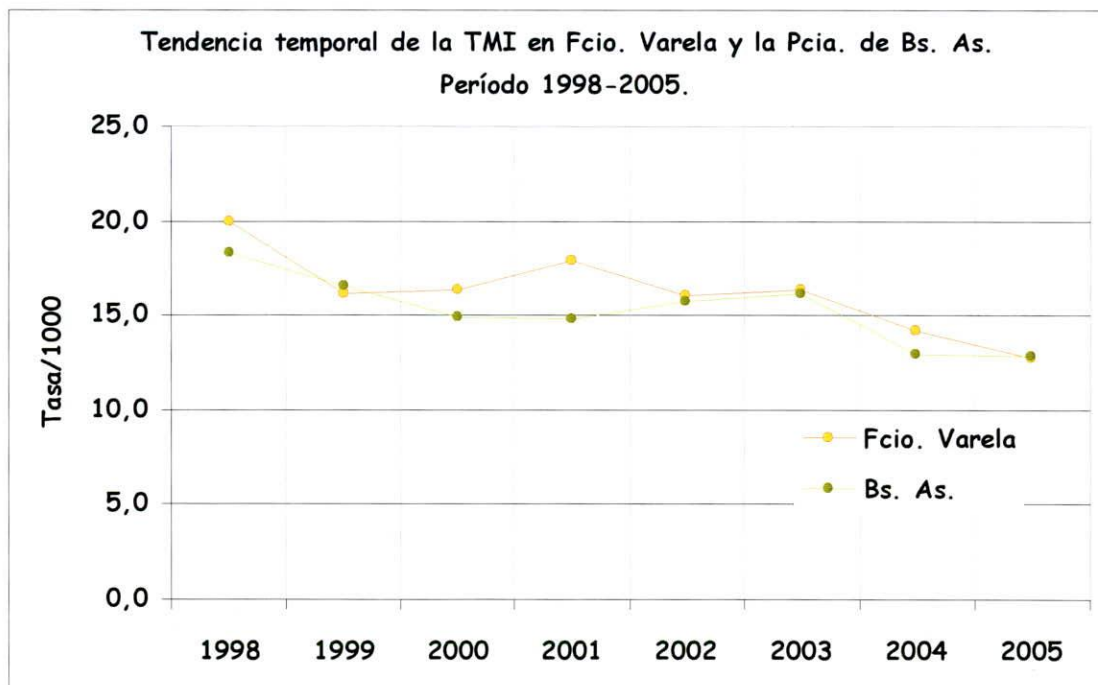
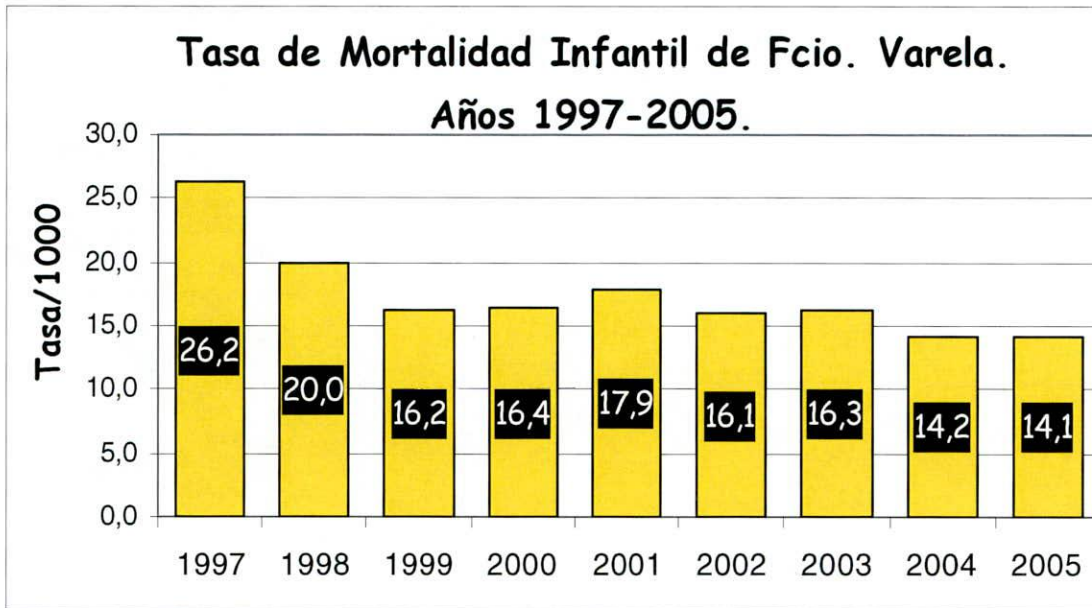
Otro médico aclaraba:

*"no es que no se haya pesado ni medido..." a este comentario la Directora de APS responde "sí, pero si vos atiendes a 20 chicos por día, al mes no te vas a acordar cuanto pesaba ese chico".*

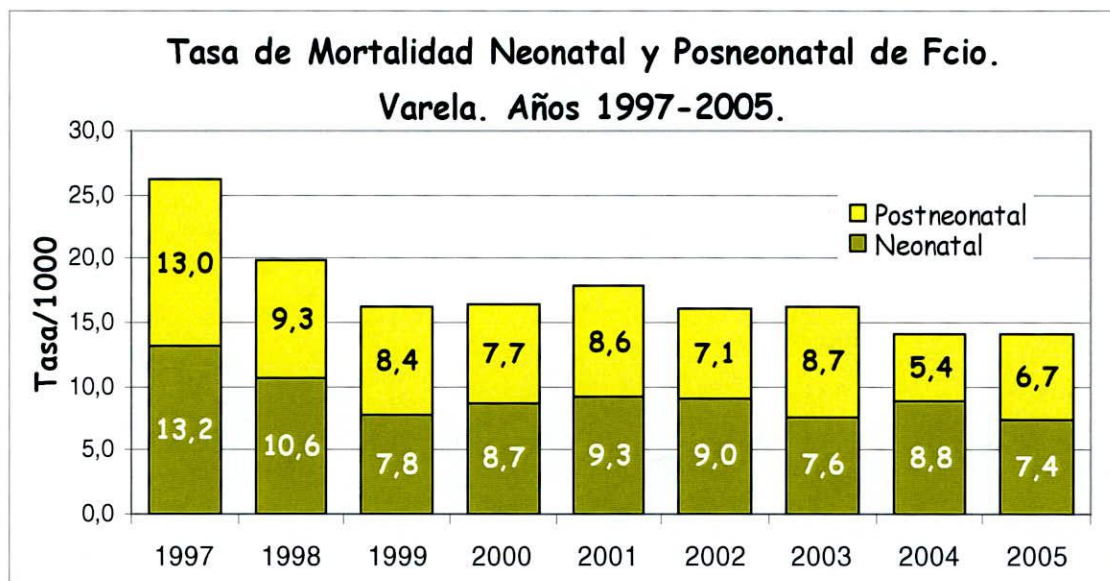
En los comentarios finales de la investigación mencionada, UNICEF plantea "¿Qué cambios deben introducirse para evitar nuevas muertes? ¿Por qué proporcionamos una atención excelente en las unidades neonatológicas de alto costo y después no brindamos un seguimiento familiar apropiado?" (UNICEF,2000:44). Preocupación que al día de hoy se puede observar, específicamente en la insistencia del seguimiento de los recién nacidos (vale aclarar que los nacimientos acontecidos en el Hospital Mi Pueblo son referenciados (desde la oficina de referencia-contrarreferencia) al CS correspondiente según el domicilio de la madre, accediendo así el bebé a un turno de pediatría cuando es dado de alta en el hospital. De esta manera el CS toma conocimiento del nacimiento y debería tomar contacto con la madre/bebé en caso de que no asistiera al control.

Cuento con datos similares a los anteriormente mencionados únicamente del año 2005, por haberlos analizado junto a una médica especializada en epidemiología. Los resultados (no muy disímiles a los anteriores) del análisis fueron:

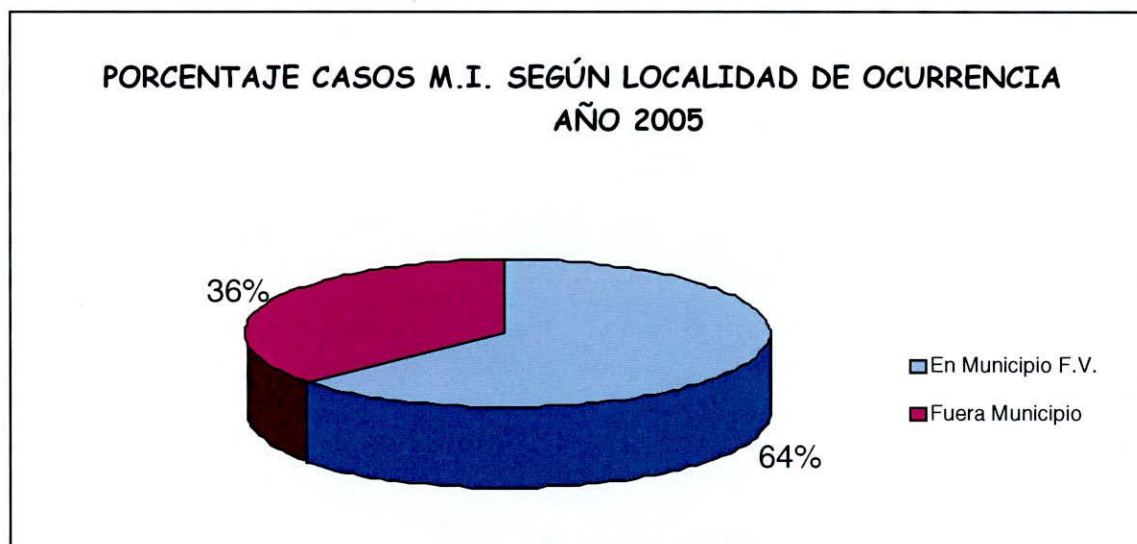
- La TMI del municipio de Florencio Varela fue para el 2005 levemente inferior a la Provincia de Buenos Aires.



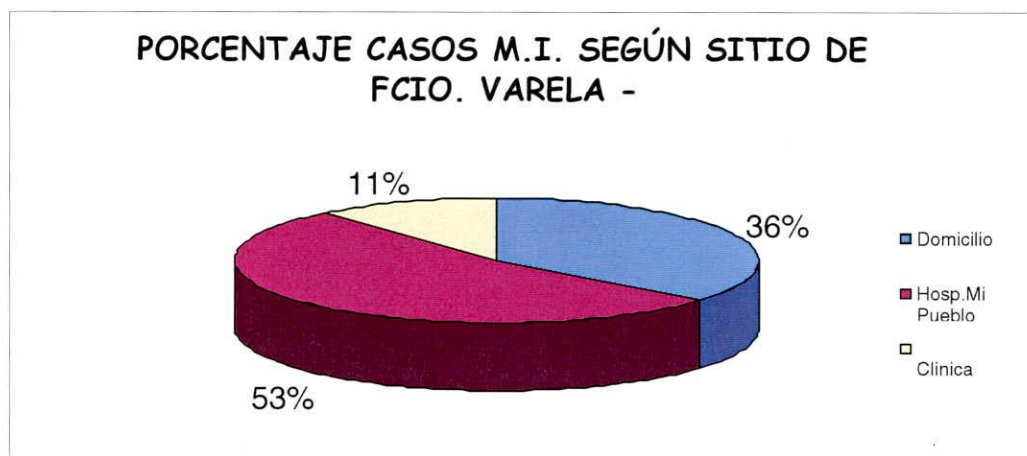
- La TMN disminuyó respecto del año anterior, mientras que la TMP se modificó en sentido contrario:



- El 64% falleció en el distrito, mientras que el 36% fuera del mismo:



- Las defunciones en el distrito se distribuyeron de la siguiente manera:



- Los porcentajes de muertes neonatales y posneonatales consideradas reducibles fueron:

Defunciones	Causas Reduc.	Causas No Reduc.
Postneonatales	70%	30%
Neonatales	53%	47%

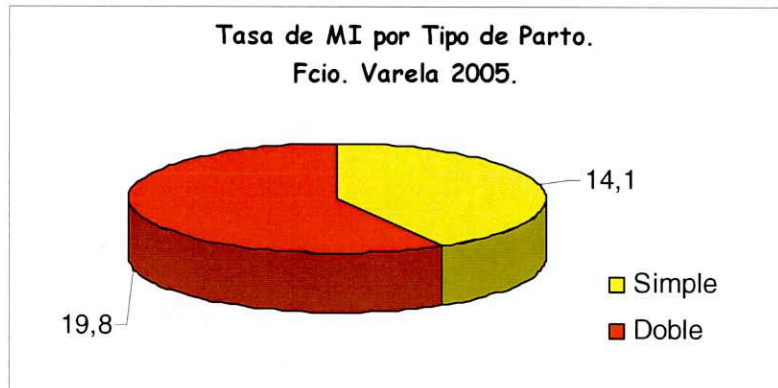
- La TMI es inversamente proporcional al peso al nacer. A partir de este cuadro se verán tasas específicas, es decir que la tasa se realiza sobre los nacidos específicamente con las características analizadas, a modo de especificar esto vale mencionar que de 4 bebés que nacieron en el 2005 con un peso menor a 500grs, 1 bebé de este grupo falleció (lo que equivale a una tasa de 250‰); similar en el caso de los bebés nacidos con un peso ente 500 y 1500grs, donde de 500 bebés nacidos con este peso, fallecieron 27.

**TASA de MI por Peso al Nacer**

Peso al Nacer	Nacimientos	Defunciones	Tasa/1000
<500	4	1	250,0
500-1499	103	25	242,7
1500-2499	545	18	33,0
2500-3499	4386	16	3,6
3500-4499	2798	8	2,9
4500-5499	72	2	27,8
5500-6500	2		0,0
S/Inf.	100	44	
<b>Total</b>	<b>8010</b>	<b>113</b>	<b>14,1</b>



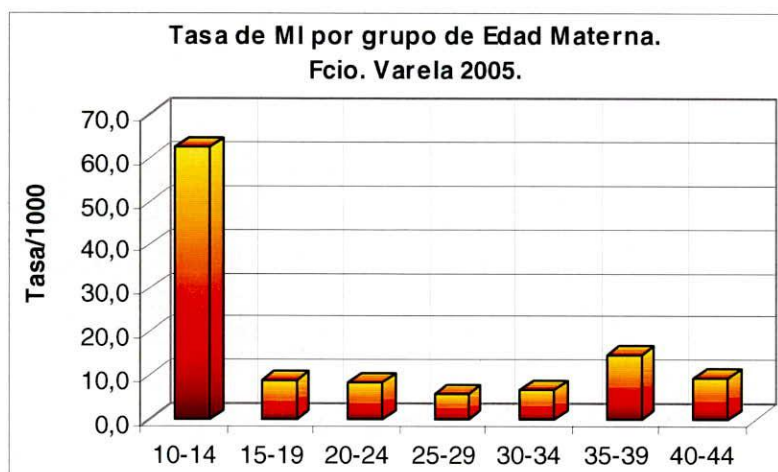
- Los embarazos múltiples tuvieron una tasa mayor que los simples:



- El número de hijos recién nacidos fallecidos previos aumentó notablemente a partir del tercer hijo:



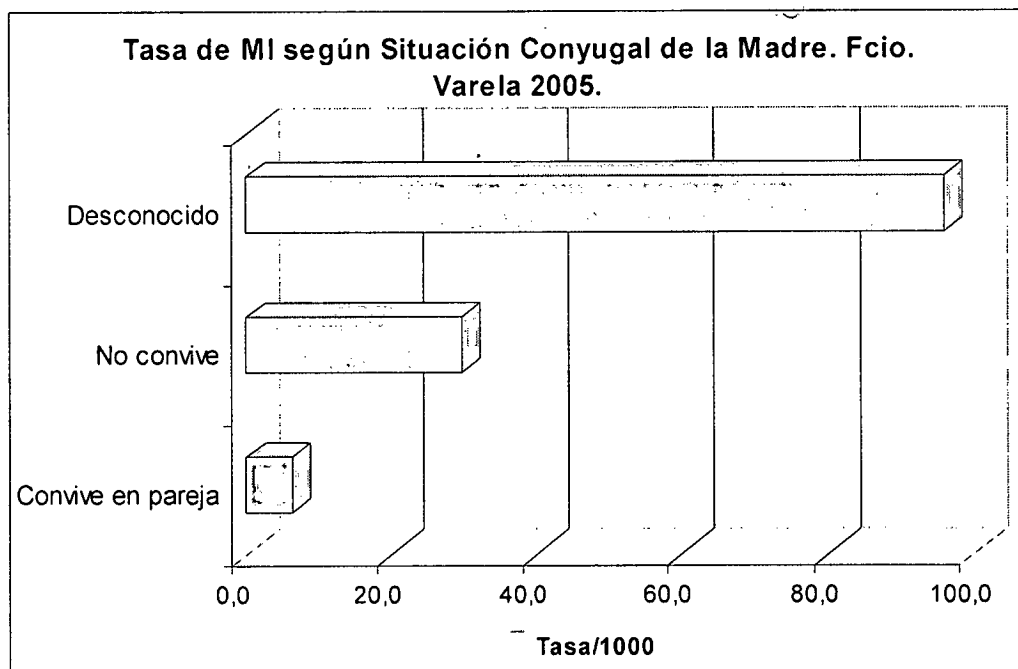
- Las madres menores de 15 años quintuplicaron la probabilidad de fallecidos menores de 1 año, seguidas por el grupo de 35 a 39 años.



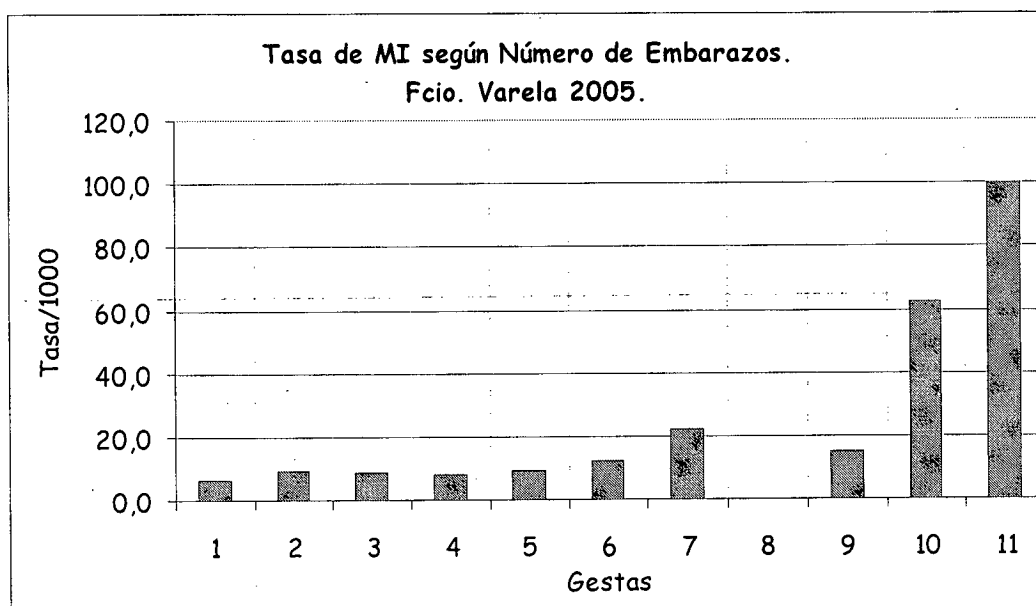
- Las variables Instrucción Materna (analfabetas y primaria incompleta), situación conyugal (no conviviente), un número de embarazo mayor a cinco, son variables a considerar:

**TASA de MI según INSTRUCCIÓN MATERNA**

Instrucción Materna	Nacimientos	Defunciones	Tasa/1000
Analfabeta	19	1	52,6
Primaria incompleta	329	9	27,4
Primaria completa	3887	20	5,1
Secundaria incompleta	1448	9	6,2
Secundaria completa	1341	12	8,9
Universitaria incompleta	158	3	19,0
Universitaria completa	312	0	0,0
Otros	516	39	75,6
S/Inf.	0	20	
Total	8010	113	14,1





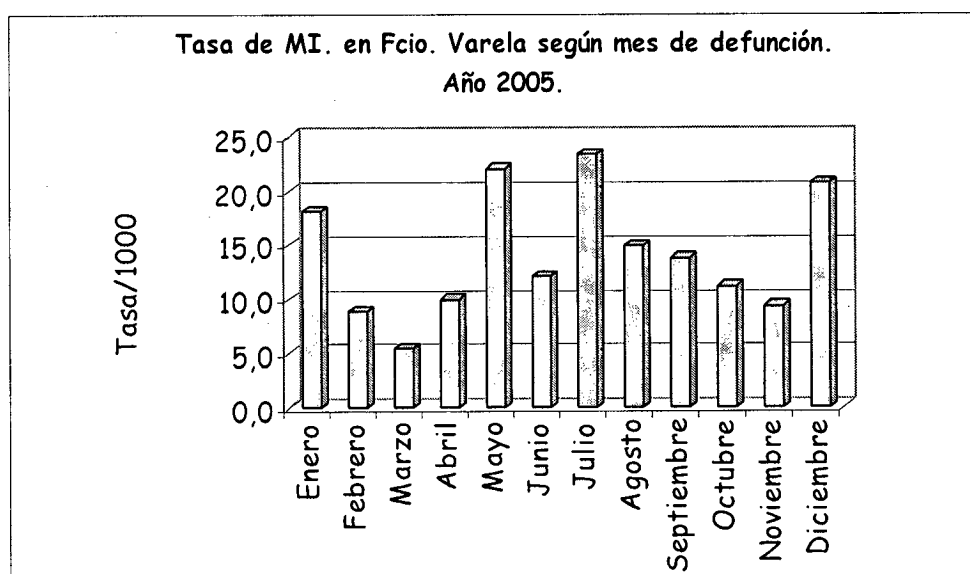


- El principal diagnóstico de muerte correspondió a NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O VOMITO, causa altamente prevenible por medio de educación, de enseñanza sobre los cuidados del bebé.

<b>TMI según PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE</b>		
Diagnóstico de Muerte	Número	Tasa/1000
NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O VOMITO	20	2,5
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	10	1,1
SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	7	0,7
PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER	6	0,7
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	4	0,5
MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	4	0,5
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	4	0,4
MALFORMACION CONGENITA, NO ESPECIFICADA	4	0,5
MALFORMACIONES CONGENITAS MULTIPLES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3	0,4
SINDROME DE LA MUERTE SUBITA INFANTIL	3	0,4

### 5.6.3. Variación estacional

La estacionalidad es otro factor a tener en cuenta en la MI. Se pudo observar como los períodos de Mayo a Agosto (frecuentemente más alta en los meses de Junio y Julio) y Diciembre y Enero fueron en el año 2005 los momentos en los que mayores defunciones se produjeron. Esta oscilación evidentemente es frecuente, ya que en la reunión de la Región Sanitaria varios municipios contaban con similares datos. Allí se dijo que uno de los motivos obviamente era el comienzo del invierno, la causa no era tan clara para los meses de Diciembre y Enero, sobre lo que varias personas coincidieron en que el motivo podía ser vacaciones mal organizadas de los profesionales, observándose como un hecho aparentemente tan banal como el de planificarlas en forma correcta, previendo la no superposición entre especialidades, entre otras cuestiones, puede también llevar a que las muertes disminuyan.



Dignósticos de las def. de Julio	Número
NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O VOMITO	4
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3
PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER	2
ASFIXIA DEL NACIMIENTO, SEVERA	1
ATELECTASIA PRIMARIA DEL RECIEN NACIDO	1
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1
DISPLASIA BRONCOPULMONAR ORIGINADA EN EL PER. PERINATAL	1
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	1
SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	1
SINDROME DE LA MUERTE SUBITA INFANTIL	1
Total general	16

Diagnósticos Diciembre	Número
MALFORMACION CONGENITA, NO ESPECIFICADA	3
AGENESIA RENAL, BILATERAL	1
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	1
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL (NO TRAUMATICA) DEL FETO Y DEL RN	1
HOLOPROSENCEFALIA	1
NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O VOMITO	1
PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER	1
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	1
SINDROME DE HIPOPLASIA DEL CORAZON IZQUIERDO	1
SINDROME DE LA MUERTE SUBITA INFANTIL	1
Total general	12

## CAPITULO 6

### CINCO CHICOS, CINCO TRAGEDIAS

En este capítulo ya no partiré de datos estadísticos, sino de la palabra. Tampoco trabajo aquí a partir de información proveniente de organismos oficiales, sino del propio relato de las madres sobre el fallecimiento de sus hijos. También daré cuenta de otras situaciones mencionadas por ellas.

Vale destacar que la profundidad de las entrevistas no fue uniforme. Tampoco el lugar en que se desarrollaron (CS o la casa de la madre) y quienes las acompañaron fue igual para todas. Destaco así que la entrevista en la que logré mayor profundidad estábamos únicamente la madre entrevistada y yo, y se llevó a cabo en el CS, aunque otra también se desarrolló de esta manera, en las restantes otros profesionales (trabajadora social y/o psicóloga) también se encontraron presentes.

A continuación presento los relatos, extendiéndome específicamente en la entrevista de Vanesa y Manuela.

#### 6.1. Franco

Nombre de la madre: Vanesa, edad actual, 29 años.

Edad al tener su primer hijo: 17 años

Vanesa tiene cuatro hijos (contando a Franco) de las siguientes edades: 12 años, 9 años, 5 años y el bebé que fallece días antes de cumplir el año.

Diagnóstico fallecimiento de Franco: "a referéndum de pericias"

Realiza controles médicos de sus hijos en el CS.

Materiales hábitat: material

Recibe Plan Jefas y Jefes de Hogar.

Trabaja en el CS, donde ayuda a la pediatra a pesar, medir, buscar historias clínicas, entre otras tareas. No percibe sueldo por estas tareas.

Está separada, vive con sus tres hijos.

Relato sobre el fallecimiento de Franco:

*V: Yo había ido a buscar al nene de 9 años, que se había ido de campamento, y el bebé se quedó con la nena. El se escondía, no caminaba, buscaba huequitos y se escondía, estiró un*

*cable, se ve que se quiso parar, es lo que me contó la nena... se quiso parar y en vez de agarrarse del mueble estiró el cable y se soltó el cable del enchufe, o sea, le quedó pegadito en el dedo [demuestra con la mano], cuando la nena escuchó unos gemidos, le sacó el cable, hacía calor, el estaba descalzo y en pañales y ella estaba descalza y le sacó el cable al nene [...] lo levantó y salió afuera corriendo, eso es lo que pasó, que yo no estaba, cuando yo llegué lo habían traído a la salita [...]*

*E: ¿la habían ayudado a tu hija?*

*V: sí... o sea la nena me decía cuando me vio que la corriente, el bebé... yo la veía que lloraba, pero no me daba cuenta de que era lo que le pasaba, porque el bebé, la corriente, todavía respira, eso fue lo que me dijo. Pero cuando yo llegué la doctora me dijo que fue... [hace gesto, da a entender que murió en el momento], que lo fulminó.*

**Más adelante agrega:**

*V: yo la ayudo a la pediatra de él, creo que ella me lo propuso para que yo no estuviera todo el día en casa...*

*E: sí, pensando...*

*V: sí, pensando un montón de cosas... y pensé que me iba a hacer mal, porque, tantos bebés... y no, veo cosas peores... de repente es lo peor que me pasó en el mundo, pero en mí [recalca] mundo, no es lo peor del mundo, hay cosas que yo no puedo creer...*

*E: ¿cuáles, por ejemplo?*

*V: a veces decís, pero como a ese bebé no lo cuidan, y yo que estaba tan encima, que por un segundo... por ahí... entonces, te da bronca, me da bronca...*

**Vanessa cuenta la particularidad de este bebé y del embarazo:**

*V: yo siempre digo que el bebé ese era muy especial para mí, Franco se llama, se llamaba [se corrige]. Yo pasé todo el embarazo sola*

*E: ¿allá en Mar de Ajó?*

*V: no, no, acá... todo el embarazo sola, y yo pensé que me iba a deprimir, que iba a tener uno de esos embarazos medios complicados, y no [segura], fue el mejor embarazo, eh... lo fui a tener sola, salí del hospital sola, esas son cosas que me hicieron... que me pegaron duro*

*E: y también te hicieron más fuerte...*

*V: sí [segura], yo siempre dije que este bebé me había hecho vivir para y por ellos, yo desde que quedé embarazada del bebé y no quise saber nada con absolutamente nadie, vivía para ellos, vivo para ellos, pero ese bebé tenía algo... no se, era muy especial.*

**También relata sobre su miedo posterior al fallecimiento:**

*V: Pensé que eras de un juzgado, cuando pasó lo de Franqui, yo pensé que me iban a sacar a los chicos, que me iban a meter presa...*

Cuenta otros acontecimientos que marcaron su vida:

*V: tengo, la nena de doce, y el nene de nueve que son hijos de mi marido que mataron acá, en la estación de tren, hubo un asalto en la estación... estábamos esperando el tren porque... el de nueve en ese momento tenía tres añitos, este estaba operado de peritonitis, lo íbamos a llevar al hospital de Berazategui para sacarle los puntos y hubo un asalto... y una bala perdida que lo mató.*

Tal vez lo siguiente resuma una vida que nadie sueña para un niño:

*V: [...] hoy tuve un día, de esos días que no suelo estar todos los días así, trato de no estar así, de o sea... de no llorar, pero hoy justo las maestras de los chicos me llamaron, hablaron conmigo de los problemas que tienen ellos... claro, yo lo entiendo, Brian tiene nueve, y la maestra me decía Brian tiene nueve años y en la cortita vida que tiene se le murió el padre, se le muere el hermano, lo golpeaban, nos golpeaba a mí y a él, a la nena no, eh... son un montón de cosas, muchísimas cosas para él, entonces hoy estuve llorando en el colegio [...]*

## 6.2. Diego

Nombre de la madre: Manuela, edad actual: 28 años.

Edad al tener su primer hijo: 18 años

Manuela tiene cinco hijos, incluyendo a Diego: 10 años (hija de pareja anterior), 6 años, 5 años, 2 años y Diego, quien fallece a los 7 meses.

Diagnóstico fallecimiento de Diego: trombo embolismo pulmonar

Realiza controles médicos de sus hijos en el CS. Diego también era atendido en el Hospital de Niños de La Plata y en una clínica privada.

Materiales hábitat: cemento

Su marido trabaja en una cartonería. Ella a partir del fallecimiento de su hijo deja el trabajo (moza en un bar/parrilla), *"después de que él falleció él no pude trabajar más, intenté pero ya había cambiado yo, ya no podía con los clientes, me costaba mucho arrancar, arrancar y seguir trabajando. Era como que algo te impide, a lo mejor la misma depresión de uno"*. Luego menciona que está pensando en retomar, menos cantidad de horas de las que trabajaba antes.

Vive con tres de sus hijos y su pareja actual.

Manuela cuenta el momento específico en el que fallece, su culpa y de alguna manera el miedo a ser juzgada por este hecho:

*M: él se despertó a las 5 de la mañana a comer, yo ya estaba levantada porque entraba a las 8:00 a trabajar, lo bañé, le di de comer, lo cambié devuelta, terminó de comer, y estaba*

fumando en la cama y siento como un quejido así como que se queja... y le digo a mi marido, fijate, el nene se quejó, cuando me pegó el grito "pedí ayuda" yo me di vuelta y le estaba haciendo respiración boca a boca, cuando volví con mi suegra y mi cuñado que viven adelante me dijeron que el bebé se había muerto. Fue así, de golpe, yo no se si... a veces me hecho culpa porque trabajé demasiado y no estuve con él

T.S: pero eso no pasó porque vos no estabas en la casa, es algo que pasó, que no se pudo evitar. Vos la llevabas a control, y lo estabas atendiendo...

M: yo tengo una carpeta, donde guardé, incluso la ropa de él, yo me lo guardé para mí; con el control de embarazo, desde el primer mes que quedé embarazada hasta lo último, los controles que me hacían en el materno, tengo todo, a mí no me pueden decir que yo descuidé a mi hijo

T.S: no, pero eso...

M: pero me falta él y es como que me falta la vida, yo sigo adelante porque tengo 3 chicos y soy consciente que tengo que seguir adelante por mis hijos. Llega un momento del día en que te quedas sola, un segundo y te quebrás [...]

M: no, a mí no me quedó ninguna sensación, a mí me quedó mucha bronca... pero la bronca no creo que se me vaya, lo que pasa es que yo soy una persona muy rencorosa...

E: ¿con quién te queda esta bronca?

M: y... bronca me queda conmigo misma, mucha bronca, mucha impotencia, de no haber podido hacer nada, y escuchar a los médicos que te digan "nosotros tampoco pudimos hacer nada"...

M: Yo tengo que sentir mucha culpa, porque a lo mejor, si no hubiese trabajado...

T.S: pero bueno, el bebé no estaba solo...

M: fueron 7 meses que me dediqué a trabajar, a darlo lo mejor y ahora no tengo nada, tengo dos fotos que me quedaron. Hacia justo 15 días que había empezado a comer... no salíamos, nosotros siempre teníamos una rutina de todos los fines de semana de irnos a Quilmes, y no nos íbamos más a ningún lado porque optábamos por quedarnos con él. Fue un embarazo muy complicado, porque en el embarazo yo estuve internada tres meses en el materno, por el problema de desprendimiento de placenta, un desgarro que tenía, fui internada tres meses. Fueron tres meses muy difíciles porque yo tenía los otros tres chicos, porque no los podía ver, mi marido me iba a visitar los fines de semana únicamente, porque el trabajaba, el único día que el tenía para visitarme era los domingos, fue todo muy difícil

M: no quiero hablar porque estoy cansada de llorar, y no tengo más a mi hijo, esa es la bronca que me da, yo no quiero hablar más

Psicóloga: ¿Por que estuviste en tribunales?

M: y, como falleció mi nene en casa, tuve que ir a Tribunales

TS: ¿le hicieron autopsia, todo?

*M: sí, falleció de un traumatismo pulmonar, un coagulito de sangre que se le desprendió de alguna parte, me decía la doctora y provocó la muerte.*

Esta madre también cuenta lo especial que este bebé era para ella y el cuidado particular que tenía:

*M: cuando falleció tenía 7 meses... El nació sietemesino*

*T.S: ¿y tenía algún problemita, algo, o no?*

*M: no, el único problema que tuvo al nacer era el bajo peso nada más. Si estuvo 20 días internado en el hospital, cuando llegó a los 2kg me lo dieron de alta. Sabíamos que teníamos que tener mucho cuidado en el invierno con él, que no lo podía agarrar un frío porque podía ser mortal para él, por el simple motivo de que era prematuro. O sea que teníamos la pieza acondicionada para él, con estufa, con todo. De su pieza no salía, con nosotros no podía estar porque yo fumo, mi marido fuma, él tenía su pieza a parte. De día yo nunca trabajé cuando nació, trabajé de noche, por eso se quedaba con mi marido, mi marido lo atendía, siempre nos manejamos así. Es la primera vez que me pasa una cosa así, los hemos cuidados a los otros tres chicos. Él ha estado sin trabajo y he tenido que trabajar yo y él se quedaba cuidando a los chicos, o sea nunca hubo... él a veces no lo demuestra porque él trabaja todo el día, es como que no tiene tiempo para pensar pero yo ahí dentro de la casa, era muy difícil encima mis familiares están lejos de acá [más adelante cuenta que se mudaron a una nueva casa, con más comodidades].*

*M: todos los meses que yo me venía a control acá iba normal con el peso, siempre un kilo aumentaba en todos los controles*

*T.S: claro, era bajo peso también porque era prematuro, no porque...*

*M: sí, los estudios que le hicieron estaban todos bien, fondo de ojos, oído, todo le hicieron, salió todo bien. Incluso opté por no atenderlo más en el materno y lo llevaba al Hospital de Niños de La Plata, después tuve la obra social, lo hacía con la obra social, buscaba la comodidad de no llevarlo mucho para un lado y para otro, yo sabía que en el hospital hay muchas enfermedades entonces trataba de no meterme, iba a un clínico, a un consultorio, buscaba la vuelta para que no se me enfermara, mucho, mucho sacrificio hice para no tener nada... Estuve tres meses internada, luché mucho, la peleé y hoy, no tengo nada. O yo me aferré demasiado a él, es una de las posibilidades... como él era prematuro, para mí era mi muñequito era todo...*

*M: él trabaja en una cartonería, en una fábrica. Y la plata... no nos alcanzaba porque él usaba pañales de marca porque los comunes le hacían mal, o sea era un chico que no le faltó nada porque, era un chico que tenía en casa cinco o seis bolsones de pañales, porque yo trabajaba únicamente, exclusivo para leche y pañales.*



Relata preguntas que otro de sus hijos le hizo sobre lo sucedido:

*M: [...] era el que estaba con el hermanito que falleció mientras yo hacía las cosas de la casa..., estaba sentado mirando dibujitos, es al que más le cuesta me parece y a veces... porque en ese momento tenes que ser fuerte y no llorar [llora] o el del medio, por ejemplo el otro día me dice "mami, Dios es malo", le digo pero ¿por qué? "Porque el se lo llevó al Diego... si no era de él"; y ¿qué le contestas? Lo tengo que abrazar y no decirle nada... porque para él está mal lo que hizo Dios, dice, porque no era de él. En el primer tiempo, cuando recién falleció me dice, mami, vamos al hospital a ver al bebé, y le tengo que explicar.*

Relata también acontecimientos violentos en su vida:

*M: no, porque de todos lo nietos que mi abuela tenía, yo era la única nieta que ella crió. Yo tenía a mi mamá, pero yo con mi papá no quería ir porque... me violó*

*TS: ¿quién? ¿ese que estaba con tu mamá?*

*M: sí, y tuve la desgracia que mi mamá me agarró, me pegó con un cinto y dijo que yo mentía, así que son cosas que te quedan, me crié con mi abuela hasta que falleció, cuando mi abuela falleció bueno... creo que me conozco toda la Argentina hasta el Paraguay. He trabajado en el Paraguay, por todos lados trabajé. Dentro de todo, no fue una infancia buena...*

### 6.3. César

Ayelén, madre de Cesar, tenía al momento de la entrevista 28 años.

Edad al tener su primer hijo: 19 años

Contando a su hijo fallecido tenía cinco hijos: 9 años, 6 años, 4 años, 3 años, y Cesar quien muere de 5 meses.

Diagnóstico de fallecimiento de Cesar: Bronconeumonía.

Realiza controles médicos de sus hijos en el CS.

Su vivienda es de chapa, según relata ("*[...] hace calor adentro de mi pieza, y cuando se empiezan a recalentar las chapas, hace un calor que me muero, y no tengo ni una ventana para abrir, la que tengo, la tengo clausurada porque sino cuando llueve, me entra toda el agua*")

Su marido realiza changas, ella no trabaja. Cuenta con el Plan "Más Vida"

Vive con sus cuatro hijos y su pareja.

Relata el hecho:

*A: El viernes lo llevo a la salita, y le dan las gotitas para nebulizar, me dicen que vuelva el lunes. El sábado se acerca mi suegra al mediodía y me dice "este nene está mal, este nene tiene pata de cabra", "no doña, si el médico ya me dio las gotitas". A las 6.00 me despierto [habían*

dormido: el marido, Ayelén en el medio y el bebé del lado de ella], voy a hacer el desayuno y mi marido me grita "mirá al bebé", cuando lo voy a ver, estaba frío, salgo a llamar a los vecinos

A: yo no quiero que le pase lo que le paso a mi hijo, porque mi hijo también estaba con la pata de cabra cuando falleció, y yo al final... a mi me dijeron que fue un paro cardíaco respiratorio no traumático, pero yo no estoy segura, a mi me queda la duda, si fue pata de cabra o si fue eso...

E: ¿pero vos lo habías curado de la pata de cabra?

A: yo lo llevé a curar, pero lo curaban con alcohol fino..., yo lo aprendí después... hoy en día yo no estoy segura, eso no se lo puedo decir a mi marido porque... mi marido no es que se queda con la duda

En el caso de Ayelén fue el marido quién la encontró culpable del hecho:

A: [...] porque yo ya le conté que el a lo primero me echaba la culpa, y no se como fue, le digo "basta, no te aguanto más, no quiero saber nada",

También ella relata hechos violentos en su vida:

E: ¿y tu papá de que falleció?

A: no, a mi papá lo mataron, el iba en un taxi, hubo un tiroteo en la... en Capital fue, en la plaza que esté enfrente del Hospital Argerich, y lo mató a el y a la novia.

E: ¿hace mucho de esto?

A: sí, yo tenía 13 años

Relata su relación violenta con su marido:

A: Agarró, no se que me dijo y le revoleé un calentador grande, le revoleé de acá a allá [hace señas de la distancia], le pegó en los pies, me dice "mirá, no pensás inconsciente, a ver si incendias toda la casa y están las nenas adentro"; ahí me di cuenta yo que estaban todas las nenas adentro, que estaban todas dormidas, eran las 10.00 de la noche

A: [...] entonces la mala soy yo, sino ella antes me decía [su hija] "cuando llegue papá, vas a ver, yo le voy a decir", porque era una época que el me pegaba, ella vio que me pegaba un cachetazo, entonces una vez me dijo "vos me seguís retando y cuando llegue papá yo le voy a decir que te pegue", así me contestó... y desde esa vez, fue la última, fue la ultima vez que me levantó la mano, yo le dije "vos me llegas a levantar de nuevo la mano, y lo que te puede llegar a pasar, no se lo que te puede llegar a pasar"

A: Le digo: "encima pedís de comer", yo había hecho churrasco, con papa y huevo, esas papas y huevo, se las revoleé todas en la cara [risa], sí. Así quedé yo, desfigurada, toda desfigurada, yo así, me fui hasta la casa de mi mamá... el no me quería dejar salir, me pegó, quedé con toda la cara desangrada, toda. No me importaba, yo me fui

También relata situaciones de violencia en el barrio:

*A: soy muy desconfiada, eso es lo que tengo, soy muy desconfiada, a parte en esa misma cuadra, de la casa de mi mamá, hay dos nenas, que son un poquito más grandes, tienen 10 u 11 años y esas nenas dicen que viven con los primos, con la mamá y con el padrastro, es papá de uno, pero padrastro de cuatro o cinco más, dicen que, como te explico, ellas el otro día dijeron así, a boca suelta "a mi me tocan, me bajan la bombacha y me tocan", yo no las puedo dejar, porque hay nenas que cuentan, y hay nenas que no cuentan y ¿cómo yo las puedo dejar que vayan a un lugar?, a la vuelta de mi casa, el otro día, violaron a una nena, una nena de 5 años, un nene de 14, vecinito. La mamá sabía quien era, pero no hizo la denuncia, porque era menor [...]*

#### 6.4. Emanuel

Nombre de la madre: Noemí, edad actual: 35 años

Edad al tener su primer hijo: 17 años

Noemí también tiene otros dos hijos, de 18 y 17 años. Emanuel fallece al tener 9 meses.

Diagnóstico fallecimiento de Emanuel: síndrome de hipertensión endo-hidrocefalia

Realiza controles en CS y hospitales.

Materiales hábitat: cemento.

Cuenta con el plan social "Familias"

Relato de Noemí sobre la enfermedad de Emanuel:

*N: en oncología, ya lo había llevado a control, hecho "dopler", todo, y la doctora, que no me acuerdo el apellido, estoy en juicio de menores, este... me había anotado directamente que estaba desahuciado, desnutrido, y era de buen comer, no era de hacer caca, o sea que no se si era el intestino [...]*

*N: sí, tenía diagnosticado cáncer y me lo había desahuciado una doctora del 'Ludovica' de La Plata, y me dio turno a los dos meses creo que era, y justo fue esa mañana, 9 de Junio, que teníamos el turno, ni me acordé, y bueno, ya hacía un día que venía con esto.*

#### 6.5. Jonathan

Nombre de la madre, Yaqueline. Edad actual: 19 años

Edad al tener su primer hijo: 16 años

Yaqueline, madre de Jonathan, también tiene otra hija de 3 años.

Diagnóstico de fallecimiento de Jonathan: Neumonía aguda

Realiza controles en CS.

Materiales hábitat: cemento.

Cuenta con el plan social "Familias". Al momento de la entrevista tenía un nuevo trabajo, fabricación de chupetines en un movimiento piquetero.

Yaqueline describe así lo acontecido:

*Y: le vi la nariz sucia y se la limpie con la punta de la sabana. Como no se movía lo destapé y vi que estaba duro... cuando lo di vuelta vi que ya tenía el otro lado de la cara medio violeta [...] me preguntaban si no lo habría aplastado, pero no porque yo amanecí abrazada a la nena, de espaldas a él. [...] después le apretaron la pancita y le salió un poquito de la leche que le había dado y me dijeron si le había hecho bien el provechito. Yo les dije que sí, me presionaban, como queriendo hacerme culpable.*

Relata cuestiones violentas sobre su hermano:

*Y: ...porque cuando mi mamá se murió él se empezó a drogar y a juntar con pibes pesados. Se drogaban, entraban en las casas, los corrían a tiros*

El considerar los relatos de las madres permite observar como las muertes de sus hijos tienen en cada una de ellas un impacto diferente, mostrando también historias y contextos marcados por distintos procesos. Esta riqueza que brindan los relatos, las palabras, permiten claramente ir más allá de un diagnóstico médico, como también considerar lo que aquellos diagnósticos significan para cada una. Tomo las palabras de Menéndez, quien aclara: "Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no solo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente" (Menéndez,1994:71).

Creo importante considerar la mirada/vivencia del paciente a la hora de realizar cualquier acción, ya sea la atención misma o alguna actividad específica, aunque esto, claro está "[...] demanda a estos técnicos un esfuerzo de escucha y de cambio que permita reorientar algunas de sus acciones y adaptar algunos de sus medios a los valores y modelos de las personas para las que trabajan" (Grodos y Bethune,1998:77).

<p style="text-align: center;"><b>PARTE III</b> <b>EL SISTEMA DE SALUD</b></p>
--

**CAPITULO 7**

**ECONOMÍA Y SALUD**

*7.1. Impacto de la crisis económica en el Sistema de Salud*

El Sistema de Salud no fue ajeno a la recesión económica desarrollada en el primer apartado, a la desaparición de la paridad cambiaria con el dólar a fines del año 2001 y el default de la deuda externa, al aumento de los niveles de desocupación y la importante caída en el nivel de ingresos. Todos estos procesos impactaron significativamente sobre éste.

Frente a aquel escenario, el 13 de Marzo de 2002, el Estado argentino declaró la emergencia sanitaria nacional, en la que se especifica la situación extrema que vive nuestro país, considerando allí: "Que la actual situación económica y financiera de la República Argentina, de altísimo contenido crítico, torna institucionalmente obligatorio instrumentar las herramientas necesarias y adecuadas para enfrentar la difícil situación de excepción. Que son de público y notorio conocimiento la gravísima coyuntura, los intolerables niveles actuales de pobreza, la crisis que afecta al mercado de la salud, la profunda parálisis productiva con su consecuente desorden fiscal y su correlato de crisis política, que alcanza a los estados provinciales, en cuanto miembros de la organización nacional". Son esas y otras cuestiones allí mencionadas que llevan a declarar "[...] la Emergencia Sanitaria Nacional, hasta el 31 de diciembre de 2002, a efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud [...]" (Decreto 486/02 - Emergencia Sanitaria Nacional, Artículo 1). Se hace hincapié también en este Decreto en la protección financiera de las intervenciones de salud materno-infantil, de las inmunizaciones, del control de enfermedades transmisibles, del VIH-SIDA y el acceso a medicamentos esenciales.

Otras cuestiones a destacar de aquel período son: i. como producto del desempleo y de la proliferación del trabajo informal se ha acentuado la caída del porcentual de población beneficiaria de la seguridad social, llegando a ser al momento de aproximadamente el 46%

del total. ii. El número de adherentes a los programas de aseguramiento privado ha disminuido 15 a 20%, a la vez que se contratan, en general, planes de menor costo. iii. Las deudas de seguridad social y la caída de la demanda privada han provocado un desfinanciamiento del subsector prestador privado, provocando el cierre de numerosas clínicas y sanatorios. iv. Ha disminuido especialmente la doble cobertura (obra social-empresa de medicina prepaga), lo que ha provocado el aumento de la demanda a las obras sociales, que a pesar de tener un menor número de afiliados (y por lo tanto de aportes) han mantenido, o aun incrementado, su nivel de gastos.

Vale destacar que las distintas situaciones han provocado el incremento de la demanda de la red pública, que sin aumento de su dotación profesional ni de su presupuesto, debe atender necesariamente a casi el 48% de la población.

No debemos perder de vista que el significativo incremento de los niveles de vulnerabilidad de la población pauperizada, la expone de modo diferencial a enfermedades infectocontagiosas y otras relacionadas con la nutrición, lo que genera también un aumento tanto de la demanda en el Sistema, como de recursos necesarios para la atención de la población.

Específicamente para el Municipio de Florencio Varela, cabe resaltar que la cobertura de salud de la población es muy deficitaria. Tomando los datos del último censo realizado (2001), solo el 34.7% de la población se encuentra afiliada a una obra social y/o plan de salud, proporción que se reduce al 31.7% en el caso de los menores de hasta 14 años. Se puede ver el déficit al comparar los datos de esta localidad con los de la provincia de Buenos Aires, siendo para la última el 51.2% de la población la que cuenta con cobertura privada y el 44.5% para los menores (SIEMPRO, 2005)

## *7.2. El sistema sanitario y la salud de la población, breve introducción al ámbito local*

Como ya anunciara en el apartado anterior, el Municipio de Florencio Varela forma parte de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires, la que se encuentra dividida en un total de doce regiones sanitarias.

Florencio Varela está dividido en tres áreas programáticas entre las que se distribuyen sus 32 Centros de Salud (CS) de la siguiente manera: Área I: cuenta con 9 CS; Área II: 11 y Área III: 12. Cada una de estas áreas se encuentra coordinada por un "subdirector de

Área”, teniendo estos en su cabeza un Director de Atención Primaria. Existe también una cuarta Área, cubierta por el hospital provincial situado en la localidad.

Cada CS está dotado de un equipo compuesto por personal: médico (con especialidad en clínica, pediatría, ginecología), de enfermería, administrativo, obstétricas, trabajadores sociales, odontólogos, salud mental y personal de mantenimiento, contando también con el trabajo de beneficiarios de planes sociales.

Para reforzar la atención del servicio de pediatría de los CS, la Secretaría cuenta con un Consultorio Pediátrico Móvil, que tiene como objetivo llegar a los lugares más alejados donde el acceso a un CS es más dificultoso.

La Secretaría de Salud contará en breve con un ecógrafo móvil que recorrerá distintos CS con un cronograma preestablecido, lo que incrementaría los turnos otorgados para control de embarazos (si bien también se utilizaría para otras patologías, mayormente sería utilizado para control de gestantes) y generaría mayor accesibilidad, por cual las autoridades esperaban un aumento en el control de embarazos. Se lograría también descomprimir los turnos del hospital zonal, único encargado (estatal) hasta el momento de realizar este tipo de estudios en el municipio. La Directora de AP anunciaba su pronta incorporación en el taller realizado en el CS, mencionando los beneficios que éste iba a otorgar:

*“Con la incorporación del ecógrafo se podrían incrementar los turnos que se otorgan [para control obstétrico] y también eliminar la derivación al hospital para los controles. Una vez que contemos con un seguro para este aparato, vamos a poder empezar a brindar este servicio, aproximadamente 30 turnos diarios, este Centro de Salud va a abarcar la demanda de varios centros porque el ecógrafo no se va a trasladar a todos los Centros. No va a contar con la emisión de la fotografía de la ecografía, el aparato que emite esta foto tiene un costo alto, que no creemos necesario por la función que cumple”.*

Cuenta también con el Hospital “Mi Pueblo”, de nivel 6 de complejidad, a partir del 2005 pasó a ser de dependencia provincial y ya no municipal como lo era. Posee 160 camas distribuidas en internación general de adultos, pediatría, obstetricia, neonatología y terapia intensiva. El Servicio de Guardia ofrece la atención de especialistas en clínica médica, cirugía, pediatría, obstetricia, traumatología. Los servicios de diagnóstico (laboratorio, diagnóstico por imágenes, anatomía patológica) responden a solicitudes de todo el Sistema de Salud (tanto del Hospital como de los Centros de Salud).

Está en marcha la construcción de un hospital regional de alta complejidad, programada su inauguración para Noviembre de 2007.

También cuenta con un servicio de urgencias médicas al que se puede acceder a través de una línea telefónica directa. Este servicio cuenta con un médico de guardia y un enfermero permanentes.

Desde la Secretaría de Salud se implementan distintos programas que dependen tanto del ámbito nacional, provincial o del mismo municipio.



## CAPITULO 8

### LA ATENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD LOCAL

#### *8.1. Concepción de Salud*

La concepción de salud que adopto a lo largo de la investigación guarda relación con la establecida desde la antropología médica crítica, que amplía la mirada más allá de la enfermedad, involucrando así los orígenes sociales de éstas, por lo que lleva a entenderla como un producto tanto biológico como social. Desde aquí es válido el aporte de la antropología, por ser, tomando las palabras de Singer, "una disciplina destinada a conjugar las formas de vida, los sistemas de significados, las motivaciones para la acción y las experiencias cotidianas de poblaciones locales, con el marco holista del enfoque político-económico" (Singer,1990:7).

Existe una variedad de problemas, incluidos la desnutrición, la inseguridad económica, los riesgos laborales, las malas viviendas y la falta de poder político, que crean entonces una predisposición subyacente para la enfermedad y la muerte (Singer,1990).

De esta manera Singer propone ampliar la atención hacia los orígenes sociales de la enfermedad, tomando la vida social como una totalidad de procesos interconectados y no como niveles aislados que no guardan relación, considerando también cómo los macroprocesos se manifiestan en el micronivel.

Estos mismos aspectos son destacados por Scheper-Hugues cuando propone una crítica social al relacionar el sufrimiento, la marginalidad y la exclusión que se dan al interior del hospital, con lo que acontece fuera del mismo, en la familia, la comunidad, la sociedad. Expresa la necesidad de reconocer que muchos de los sufrimientos que se presentan en una institución de salud, representan experiencias dolorosas del mundo cotidiano.

Vale mencionar también a otra antropóloga, M. Mead, quien ya por el año 1968 decía que "las conductas sociales y culturales son factores importantes en la etiología, predominio y distribución de muchas enfermedades. La forma en que la gente vive, lo que come, lo que cree, lo que valora, la tecnología de que dispone, son determinantes significativos de la salud individual y colectiva" (Mead,1968:13).

## 8.2. Estrategia de Atención Primaria

Considero importante, para el abordaje de la problemática de MI, el vínculo del CS con la población, la posibilidad de una relación asidua logrando un acercamiento de la atención a ésta y un vínculo entre ambos actores, así como también la importancia de la prevención de estos casos. Fue principalmente por estas cuestiones que decidí abordar la temática desde un CS, por entender que allí se trabajaba desde la estrategia de Atención Primaria (AP). Es a partir de este concepto entonces que ahondaré en el tipo de atención que el Sistema de Salud local brinda a partir de una institución del primer nivel. Vale destacar que desde la Secretaría de Salud de Florencio Varela se manifestaba que la atención en los CS era a partir de esta estrategia, éstos dependían al momento de la investigación de la "Dirección de Atención Primaria".

El concepto de AP se formaliza en el año 1978, con la declaración de Alma-Ata, con el afán de proteger y promover la salud, estableciendo como meta "que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva", estableciendo la AP como estrategia para lograr dicho objetivo. (OMS/UNICEF,1978). En pocas palabras podría decir que ésta supone pensar la salud más allá de las enfermedades, la salud en un aspecto integral, en la que se afronten las causas sociales, económicas y políticas de la falta de ella, cuestiones que considero esenciales para el trabajo sobre muertes infantiles. En Alma Ata se establece que la salud es el "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental [...]" (OMS/UNICEF,1978). Queda definida en este documento la AP como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (OMS/UNICEF,1978).

También quedan establecidas allí las principales actividades que comprenden la AP: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y promoción de la salud; provisión del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada;

abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; suministro de medicamentos esenciales. Promueve la participación no solo del sector sanitario, sino también de todos aquellos que guarden relación con el desarrollo nacional y comunitario, requiriendo de ellos esfuerzos coordinados.

Al ser consultados distintos profesionales<sup>16</sup> del CS sobre los potenciales de la AP, contestaban:

Médico Plan Más Vida – Seguro Público de Salud<sup>17</sup>:

*"Que está mucho más cerca de los pacientes, entonces se puede llegar no solo a través de un medicamento o un tratamiento específico de una enfermedad, sino con esto de intentar cambiar las pautas de alimentación, de educación, esto de hábitos de vida, conocer más de cerca los factores de riesgo".*

Ginecóloga:

*G: si lo comparamos con el hospital, la atención que puede darse allá y en este nivel, lo que es atención primaria, el hospital puede dar la misma atención que nosotros acá, o nosotros acá lo mismo que allá, en cuanto lo que es embarazo de bajo riesgo, que es lo que atiende la atención primaria, que es a establecer una medicina preventiva y a detectar factores de riesgo trabajar sobre esos factores de riesgo y en caso de ser necesario, derivarlo a niveles de mayor complejidad, entonces, en realidad no es que uno sea mejor que otro, podrían hacer el mismo trabajo en cuanto al nivel del embarazo de bajo riesgo, ahora sí el hospital es mejor en caso que se detecte alguna complicación o algún factor que haga que esa paciente sea de riesgo, ya por ahí el nivel de atención primaria no es el mejor para el control de esa paciente, si es importante como detección y como nexos con el hospital para poder mandar esas pacientes al hospital, y a su vez nosotros beneficiamos al hospital sacándole una población de bajo riesgo que ocupa recursos humanos, y le da la posibilidad que tengan un mejor control pacientes que requieren la complejidad del hospital.<sup>18</sup>*

*E: y acá, ¿hay más contacto con la población?*

*G: claro, esto es como que está muy directamente en contacto con la población entonces es como que uno termina conociendo a la población, la conoce con nombre y apellido, esta es*

<sup>16</sup> Vale recordar que las entrevistas realizadas a distintos profesionales fueron realizadas en el Centro de Salud.

<sup>17</sup> Es un programa del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que está destinado a la población de la provincia sin cobertura formal de seguros de salud y sin capacidad económica de adquirirla. El Seguro brinda a la población beneficiaria una atención integral e integrada a través de un médico de cabecera, un odontólogo, prácticas de laboratorio indicadas por el médico de cabecera y acceso a los medicamentos a través del programa REMEDIAR. Asimismo, cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia con los hospitales públicos para especialistas, internación y alta complejidad. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires)

<sup>18</sup>

*"fulana de tal", cosas personalizadas que por ahí en el hospital no existen, viste, y entonces vos ya te viene a ver y vos ya sabes qué factor de riesgo tiene, sabes donde vive, como vive, cuantos chicos tiene, si es de controlarse, si no es de controlarse, si se hace los estudios, si no se hace los estudios, vos ya la conoces la población, esa es la ventaja que por ahí tiene la atención primaria.*

Si bien la AP destaca el hecho de salir al encuentro de la comunidad, sin esperar que el paciente llegue al CS, es decir, promueve trabajar sobre la salud, y no sobre la enfermedad y la demanda, aspirando a una cobertura universal de la población que se tiene a cargo, esto no fue lo que pude percibir en mi trabajo de campo. Si bien la frase "trabajo extra muros" fue nombrada con frecuencia para hacer referencia al accionar médico más allá del consultorio, pude observar que esto era un hecho difícil de encontrar en la práctica. Esto abría la pregunta sobre cómo consideraban los distintos trabajadores del CS la AP, más allá de lo dicho, muchas veces asemejando el accionar a la consideración de esta estrategia como la "puerta de entrada" al Sistema.

Un claro ejemplo de esto fue el que dio la trabajadora social cuando fue consultada sobre los casos de MI:

*"algunos sí, algunos que las conocemos a las mamás, y si vuelven, esta que te estoy hablando ahora no, no la conocíamos, no se, la verdad es que no me acuerdo si volvió o no, como que la perdimos... no era una mamá que concurría al centro, después el resto si vuelven y se trabaja siempre sabiendo ese tema, pero por ejemplo, en desarrollo social aclaramos que tiene un niño fallecido... igual ya está, si no se le dieron los recursos antes, ahora, ¿para que?"*

Luego agregaba:

*"claro porque vos pensás: bueno, son cuatro o cinco [casos de mortalidad infantil], se podrían tomar, se podrían trabajar bien, pero... la realidad te sobrepasa con: los chicos desnutridos, con los abuelos, con todas estas cuestiones, o sea, bueno, después también estuvieron algunos chicos con plomo, y eso también era un tema difícil"*

Al consultarle a una de las madres entrevistadas si había hablado con la trabajadora social después del fallecimiento de su hijo, ella respondía:

*E: ¿Cuándo pasó esto la asistente social se acercó, o usted fue al Centro de Salud?*

*¿tuvo alguna relación?*

*N: no, para nada*

Si bien el discurso de la AP estuvo presente en los profesionales, los hechos mostraron que el tipo de atención de este CS era básicamente asistencial, basándose en la demanda de la población y dando como respuesta la asistencia. Los comentarios de una enfermera lo mostraban:

*E: ¿van a las guarderías a vacunar?*

*Enfermera: también, se ha ido a vacunar de acá, sí, sí, María Rosa había empezado con eso, María Rosa fue, después fue al jardín, después estaba por ir a Santa Elisa, es más, fue a Santa Elisa un día con la doctora Fernández, pero y no puedes más, porque estamos siempre...*

*E: claro, a las corridas*

*Enfermera: te llevan a otro lado... por ejemplo ahora mi compañera está en "El Árbol", yo me quedé hoy sola a la mañana*

*E: ¿por qué allá hay otra salita que depende de acá?*

*Enfermera: [niega con la cabeza] no, no en "El Árbol" la enfermera no iba [...]. Acá hay treinta y pico de centros de salud, 32 creo que son. No iba la enfermera así que se la llevaron para allá, entonces, por ejemplo hoy hubiese sido un día ideal para ir a vacunar por ahí, agarrar la heladerita y salir por ahí, que se yo.*

*E: ¿a veces lo hacen?*

*Enfermera: y se hacía, arreglábamos con la gente de un jardín, alguna guardería y venían y te buscaban y después te traían otra vez, y se vacunaba bastante, la otra vez se había organizado una charla para ir por allá, por villa la arroyo, por allá, que nos comentaron que había muchísimos chicos sin vacunar, o sea, con el esquema incompleto, queríamos ir con María decíamos vamos las dos, que se yo... y no se pudo.*

A modo de destacar la prevención y promoción de la salud, también propuestas desde la AP, Menéndez alerta sobre la concentración de los recursos en actividades asistenciales y sobre la reducción de las actividades de la atención primaria a intervenciones curativas, secundarizando así las estrategias preventivas y la significación de la comunidad, sustrayéndole a esta su potencialidad para mejorar su salud. En palabras del autor: "Esto puede ser observado a través de la orientación dada a los recursos humanos, materiales y financieros, los cuales son derivados en forma casi unilateral hacia actividades de tipo curativo/asistencial, que no solo secundarizan las actividades preventivas sino que en varios países concentran sus inversiones en el segundo y tercer nivel de atención" (Menéndez,1993:66).

No se puede obviar la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos económicos en las unidades sanitarias, el problema salarial, todos éstos frecuentemente nombrados en distintos encuentros con personal de salud. Es importante mencionar al respecto que, en contraposición con el aumento de la demanda, a la que hice referencia en el primer capítulo de este apartado, el primer nivel viene perdiendo progresivamente recursos humanos debido al defasaje de los salarios respecto del mercado de trabajo específico. Esto provoca que los profesionales se vean desbordados por la demanda, dificultando la implementación de acciones tendientes a la promoción y prevención de la salud, y restringiendo su actividad a la atención de la demanda, reduciendo los tiempos de consulta en detrimento de la

calidad de atención. No obstante, genera cierto temor entrar en un círculo en donde las cosas no se hacen y siempre hay "motivos" para eso.

Sin embargo destaco la importancia de abrir espacios donde se pueda dar lugar a propuestas. No debemos perder de vista que los CS tienen la libertad de programar actividades, sin estar "obligados" a la continua atención de pacientes con turnos establecidos, esta actividad puede ser interrumpida. Al consultarle a la coordinadora de distintos programas pediátricos sobre la libertad que tienen los integrantes del equipo de salud del centro para planificar y realizar distintas actividades, ella aclaraba que no había ningún tipo de inconveniente, bastaba que fuera programado y avisado con tiempo. En este sentido resalto el rol que pueden cumplir aquí autoridades de mayor nivel, contribuyendo a que quienes trabajan en los CS puedan "salirse" de la rutina habitual y puedan programar acciones, a través de su acompañamiento, guía, apoyo en acciones que se busquen llevar a cabo. Vale destacar así la importancia de la interacción entre la Secretaría de Salud y los CS, no pensando en mundos separados, sino en continuo trabajo conjunto.

### *8.3. Algunos principios guía de la estrategia de Atención Primaria*

Para Grodos y Béthune los principios básicos de la estrategia son: i. Integralidad; ii. Accesibilidad de la población a la atención de la salud; iii. Acción intersectorial entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios; iv. Organización y participación de la comunidad para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado; v. Cobertura universal en función de las necesidades de salud de la población, vi. Desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponibles. Desarrollaré aquí los primeros cuatro puntos mencionados.

#### *8.3.1 Integralidad*

La AP propone dar una respuesta integral a los problemas de salud, implicando esto tanto el trabajar para el alivio del sufrimiento cotidiano, como los aspectos de prevención y promoción de la salud. El hecho de no ser una atención selectiva, tiene como objetivo combatir de fondo los problemas.

Según Grodos y Béthune el objetivo final de la atención primaria no es la erradicación de determinadas enfermedades sino la mejora del estado de salud de los individuos y poblaciones, transformándose aquello en medios para lograr el objetivo mayor. El fin último de la estrategia es elevar la calidad de la vida cotidiana. Para aclarar el término "calidad de

vida", vale mencionar a Castro R., quien, si bien aclara que no existe una teoría única que defina el término, relaciona el concepto con condiciones de vida, con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos. Lo define "no como un acto racional, sino en relación a la experiencia que los individuos tienen de su propia vida [...]. Analizar la "calidad de vida" de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen, y evaluar el grado de satisfacción que consiguen" (Castro R., 2001:57).

Grodos y Béthune marcan que la AP no será eficaz si únicamente interviene a nivel de algunos problemas sanitarios, por el contrario, "es en función de los seres humanos y de situaciones tomadas y comprendidas en toda su complejidad que debe ser puesta en práctica. En resumen, la APS requiere ser integral porque la realidad misma de la salud y la enfermedad es "integral", es decir multidimensional, y porque su fin último es "integral", es decir, más ambiciosamente social que estrictamente médico" (Grodos y Béthune, 1988:76).

También podríamos considerar la integralidad de un caso al interior del Sistema de Salud, específicamente en el CS, donde podría ser considerado interdisciplinariamente, incluyendo una mirada sobre aspectos sociales a partir del trabajador social que trabaja allí. Lamentablemente no se daba este tipo de abordajes en el CS, aunque eran comunes comentarios como el de una pediatra "*nos cruzamos y le comento un caso que tengo*" o el de la ginecóloga "*mirá, por ahí vos entre paciente y paciente estás allá, charlas, "uy, mirá, justo ahora que te veo tengo una paciente tal y tal"*. El caso de Diego muestra esto, este chico fue derivado a cardiología en dos oportunidades, posterior a cada una de estas derivaciones en la HC figura "*no concurre a cardiología*" "*no realiza estudios*", recordemos que este CS tiene el privilegio de contar con un cardiólogo allí.

Podríamos pensar las reuniones de equipo como una instancia importante donde plantear los casos, entendiendo por esto encuentros periódicos donde el equipo pueda reflexionar, trabajar interdisciplinariamente sobre distintas situaciones que se presentan cotidianamente, sobre diferentes problemas y estrategias para abordarlos y también donde puede generarse comunicación de distinta índole entre los integrantes.

La ginecóloga marcaba la importancia de estos encuentros:

*G: Y después bueno, nosotros más o menos una vez por mes hacemos reuniones de equipo, nos reunimos todos [hace hincapié], desde la administrativa, las enfermeras, médicos, todos, todos, nos reunimos y si alguno tiene algo que plantear, algo que quiere charlar, algún déficit... o algo positivo que vio, lo va anotando y después en la reunión de equipo se charlan esos temas,*

*o nos ponemos de acuerdo en algunas cosas, especialmente de manejo, pero sí, eso es lo que tiene, que estamos muy en contacto el uno con el otro.*

*E: ¿las reuniones de equipo se suelen hacer, se suelen cumplir una vez por mes?*

*G: sí... [tono vacilante], ahora... por ahí somos medios remolones*

*E: ¿cuesta, no?*

*G: cuesta, pero por ahí ahora por ejemplo, eh... ya le encontramos la vuelta, cuesta mucho reunir a los de la mañana con los de la tarde, entonces fijamos el horario intermedio del mediodía que los de la mañana se están por ir, y los de la tarde llegan un poquito más temprano y listo. Sí, ahora tratamos de concientizarnos de que hay que hacer las reuniones de equipo, porque por ahí nosotros mismos vemos que se necesita, porque yo necesito plantear cosas y por ahí no me veo todos los días con alguien con el que quiero por ahí arreglar un tema y... que se yo, por ahí la reunión de equipo es la posibilidad, por ahí el día que me cruzo yo tengo un montón de pacientes o el tienen un montón de pacientes y por ahí no podemos ni hablar, ¿entendes? Entonces es una forma de sentarse y plantear los problemas.*

También la trabajadora social mencionaba al respecto:

*"mirá, no nos volvimos a juntar desde hace no se cuanto, ahora pusimos los de posgrado, los de salud comunitaria, pusimos una reunión de equipo. Bueno, siempre hubo referente, y ahora no hay".*

Tal como mencionaban estas profesionales, las reuniones no eran algo frecuente en el CS donde realicé el trabajo de campo, aunque marcaban la importancia de este tipo de encuentros.

Claramente cuando uno piensa en un equipo, cualquiera sea el objetivo que una a sus integrantes, si bien puede pensar en situaciones armoniosas, debe también pensar en situaciones de lucha de poder, dificultades de comunicación, contraposición de intereses entre los integrantes. Aun así, no debemos olvidar que "el conflicto es inherente al encuentro entre personas, entre intereses de la comunidad y el equipo de salud, entre líderes y participantes. Lo ideal no es la ausencia de conflictos, sino la posibilidad de explicitarlos, manejarlos y resolverlos en el encuentro entre comunidad y equipo de profesionales comunitarios" (Ministerio de Salud, 2005:60).

La trabajadora social relata ciertos inconvenientes y falta de comunicación:

*"[...] es como que funcionan las duplas, viste duplas, tríos, pero que se yo, todo esto que pasa en desarrollo social, yo no lo pude transmitir, digo, la gente ve que algo está pasando, pero no se si todos saben que los chicos de nutrición tienen que recibir el alimento, el CAE antes, hace unos años venía acá, y ahora el CAE de los abuelos viene, pero viene a mí [resalta] consultorio, antes era al Centro de Salud, entonces era la administración la que lo repartía, ahora lo reparto*



*yo, no viene el CAE para los chicos, eso lo van a buscar a Varela [centro], pero esa información la tengo yo, sí, yo creo que la información ahí está recortada, de que a veces no me preguntan, yo no lo digo y trabajamos otras cosas [...] una buena oportunidad serían los encuentros [...]"*

Luego agregaba:

*"[...] digo, también en las reuniones donde vienen de afuera [miembros de la Secretaría de Salud], venimos todos, cuando es reunión de equipo, la mitad se levantaron y se fueron, tienen que estar en otro lado... digo, no es tan así como funciona [...]"*

Más allá de estas cuestiones que pueden presentarse, creo indispensable el funcionamiento de profesionales y no profesionales como equipo, por los motivos ya mencionados.

### 8.3.2 Accesibilidad

Muchas veces uno asocia la accesibilidad con la cercanía a un lugar o con la llegada de medios de transporte. Desde lo observado en el campo, podría afirmar que no había dificultades de la población para poder acercarse físicamente hasta el CS ya que las distancias eran cortas e incluso podían hacerse caminando. Sin embargo, esto no implica hablar de accesibilidad a la salud. Una situación más complicada se genera al considerar otras dimensiones de la accesibilidad que muchas veces impiden el acceso a la salud, a la atención oportuna requerida. Un ejemplo de esto es la obtención de turnos o los largos tiempos de espera, Ayelén muestra esta dificultad, pero también cómo se puede facilitar el acceso a ellos:

*"sí, le pedí a Ester, porque yo vine dos veces en la semana a pedir un turno con un clínico, un médico clínico, y no conseguí. Entonces vine una vez y le dije a Ester si ella no me podía hacer el favor de..., ella me había ofrecido que cualquier cosa..., le pedí por favor si me podía conseguir una cita con el clínico y me la consiguió para el mismo día".*

Esta misma madre aclaraba:

*"Yo el lunes vine, sin turno, porque... tenía una fiebre terrible..., no dormimos en toda la noche porque estaba volando de fiebre y vine y me dijo que tenía angina, pero yo vine el lunes y le dije si no me podía atender porque la nena se sentía mal y no tenía para ir al hospital, y la atendió. Yo estuve dos horas acá, la atendió..."*

Aunque otra madre en otra ocasión decía:

*"sin turno te los ve igual pero para sacarte la duda, después tenes que pedir un turno..."*

Una madre esperando ser atendida por el médico pediatra del "Seguro Público de Salud" mencionaba:

*"el otro día estuve como cinco horas esperando y me fui"*

La manzanera refería a la misma situación:

*“Porque usted va a la salita a pedir un turno, que nunca hay, te tenes que ir a las tres de la mañana a hacer una cola... eso... y usted sabe que a veces uno se cansa...”*

La médica ginecóloga también hacía comentarios al respecto:

*E: ¿los estudios se hacen en el hospital?*

*G: algunos se pueden hacer acá, en general está organizado para que se pueda hacer la mayor parte acá, pero otros por ejemplo se hacen allá [hospital zonal]. Y por ahí por eso, pero incluso a veces les cuesta incluso la accesibilidad al centro, que por ahí para sacar un turno, para laboratorio, algo, tienen que venir muy temprano, y se les complica, porque por ahí no tienen con quien dejar a los chicos, entonces hay varios problemas de accesibilidad que hacen que por ahí no sea [...]*

Esta misma médica al ser consultada por el motivo de la falta de controles de las madres sobre sus embarazos, también refería a estas cuestiones, aunque agregaba otras, como la educación:

*“uno es la accesibilidad, la accesibilidad en cuanto... por ahí más que nada en cuanto a barreras administrativas, pero... también puede llegar a partir en cierto punto de que por ahí algunas pacientes tuvieron buenas experiencias con otros embarazos entonces es como que ya... como que consideran que el embarazo no se controla, total nunca tienen problemas, y es así como llegan pacientes directamente sin un solo control. Entonces por ahí también existe esa barrera educativa, que por ahí tienen falsos conceptos y no llega la información, falla esa falta de la información a los pacientes”.*

Más adelante continúa:

*“yo por ahí me cruzo con la obstétrica y... “mirá podemos arreglar para que las pacientes no tengan que andar viniendo embarazadas con la panza así, a sacar un turno, para esto, para el “PAP”, para aquello, si vos tenes algo, anotame” o sea estas en contacto permanente como para optimizar sobre todo la accesibilidad, ponerle las menores barreras posibles, porque ya te digo, cuanto más barreras le pones, es como que se cansan, entonces tenes que tratar de que todo sea accesible para ellos y relativamente con cierta comodidad como para que no les interfiera demasiado a ellos”.*

Una de las personas que atiende en la ventanilla también relaciona el hecho de que la gente no vaya al CS con la educación:

*“Falta educación de parte de los grandes. Depende de la educación o de la crianza.”*

Aunque existen recursos en el mismo CS que podrían facilitar este tipo de acceso, como ser el Plan Más Vida, específicamente el "Seguro Público de Salud" que depende de éste (cuenta con un médico que trabaja con un padrón de los beneficiarios del plan del barrio de influencia del CS). Un médico pediatra de éste refería a los beneficios otorgados desde el mismo:

*E: en cuanto a turnos y estas cuestiones, ¿cree que el Centro de Salud es accesible?*

*M: yo lo que te puedo decir de pediatría, en este momento está complicado porque hay menos pediatras de los que había, hay solo una pediatra entonces por ahí la dificultad es la falta turnos, en el caso mío, que atiendo independiente, que me tengo que manejar con mis pacientes, el sistema de trabajo que tengo yo es a libre demanda, no tienen que sacar turno y hasta ahora viene funcionando bien.*

*E: ¿vienen y pueden atenderse directamente?.*

*M: exactamente, vienen como si vinieran a sacar un turno y por orden de llegada los voy atendiendo, en algunos días en particular por ahí la demanda saturó la atención y algunos los reprogramé... pero la mayoría se atendieron, sobre todo si están enfermos, no hay barreras, en el caso puntual mío.*

*E: ¿y eso fomenta también de alguna manera que la gente venga?*

*M: y... elimina barreras, indirectamente fomenta que la gente venga, sí.*

Sin embargo pude observar estando en la sala de espera, que no todos tenían conocimiento de los alcances del programa mencionado. Esto fue confirmado por quien se encuentra a cargo de este programa en Florencio Varela:

*E: ¿crees que están informados sobre estos beneficios?*

*SP: No, creo que falta información, debería difundirse más, hay baja cobertura.*

Esta persona relaciona la poca difusión, entre otras cuestiones, con que "los profesionales cobran por padrón, no por cantidad de personas que atienden, entonces, atiendan a una 1 o a 200 personas, su sueldo es el mismo, esto no incentiva a promover la atención".

En este sentido la difusión de los alcances de un programa no es menor. Entiendo que un programa puede brindar los mejores beneficios, pero de nada sirven si la gente no los conoce.

Debo destacar la atención que se da en la "ventanilla". Pude observar que el trato de las administrativas era amable y paciente, y solían intentar solucionar los inconvenientes que se presentaban. Creo esto importante por ser la primera cara con la que se encuentra la persona que se acerca al CS con una preocupación.

Otra dificultad que pude observar fue la inestabilidad del personal médico, lo que impide el afianzamiento del equipo de salud en tanto equipo y que la gente pueda tener un vínculo más estrecho con ellos. Respecto a esto una enfermera comentaba:

*Enfermera: y... ponele una vez por mes se hacían charlas sobre prevención de accidentes, hay un montón de cosas que se hacían y se dejaron de hacer ahora.*

*E: ¿por qué?*

*Enfermera: y... porque cambian mucho de profesionales... como te diría... están un tiempo, se van, viene otro, acá también pasa lo mismo, en enfermería, entonces no podemos organizar nada, cuando queremos organizar algo, te lo sacaron y te lo llevaron a otro centro, queremos armar algo así, pero no se puede.*

*E: ¿y las que organizaban esto ya no están acá?*

*Enfermera: y, por ejemplo... no, no, si siguen trabajando acá, pero, que se yo, las enfermeras cambiaron quichicentas desde ese entonces hasta ahora, siempre quedó una, entonces esa está re tapada de trabajo, y no puede hacer nada, lógico.*

Luego agregaba:

*Enfermera: [...] ahora no se ha ido a dar charlas por los colegios, la que las daba era Carola, me acuerdo que venía Carola iba con la asistente social, la ginecóloga, después Carola se fue, eso es lo que yo te digo, después viene otra, entonces con esa otra, ahora vino otra, y viste no hay continuidad...*

*E: ¿y por qué rotan tanto?*

*Enfermera: y algunos quieren irse porque tal vez les sale un cargo, y les conviene más o por estos planes nuevos que salieron, viste. Ahora tenemos una chica que empezó hace poco, una ginecóloga, hasta que ella se adapte, a parte están tapados [...]*

Como ya hice mención, los sueldos del primer nivel son bajos respecto a los que se perciben en el sector privado. Fui testigo de la odisea que significaba en la Secretaría de Salud poder encontrar profesionales, mayormente pediatras, dispuestos a trabajar por los sueldos que el municipio otorgaba.

Especialidades en las que el recurso del municipio es escaso (esto no tiene relación con lo mencionado arriba) son odontología y cardiología. El municipio cuenta con 8 odontólogos distribuidos en sus 32 CS; no era un inconveniente específico del CS donde se realizó la investigación ya que uno de ellos desarrolla sus tareas allí. Otro "privilegio" de este CS es contar con uno de los dos cardiólogos. Claro está que si bien este CS estaba cubierto en estas especialidades, eran deficitarias en las otras unidades sanitarias.

El acceso a medicamentos no fue mencionado como un problema por los profesionales. Se recibían aquí medicamentos a través del Plan Remediar, los que no eran provistos por éste (o los que eran provistos pero no llegan a cubrir la demanda) eran comprados desde la

Secretaría de Salud de Florencio Varela. También funcionaba en el barrio una farmacia dependiente de Cáritas, donde se podían obtener ciertos remedios en forma gratuita.

Con respecto a otros servicios, como laboratorio, si bien no había problemas de turnos para la realización de los análisis, ya que cada CS contaba con una extraccionista una vez por semana, equivalente a 20 turnos semanales, suficientes para la demanda. La falencia aquí estaba en la obtención de los resultados, ya que el único laboratorio del municipio se encontraba en el hospital zonal, generando demoras de hasta dos meses en ciertos estudios. Esto es un dato sumamente importante por ejemplo en el caso de una embarazada, donde el contar tardíamente con los resultados puede ser una pérdida de oportunidad de diagnóstico precoz de una enfermedad o prevención.

Para la realización de radiografías la gente sí debía acercarse al hospital, pudiendo obtener un turno desde el CS.

Otro recurso escaso eran las libretas sanitarias, provista por el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs.As. La modalidad adoptada para las embarazadas era darles una fotocopia de la HC, para que las futuras madres puedan ir con esa información al lugar donde parían.

- Modelo Médico Hegemónico

INCORRECTO

Otra cuestión que puede obstaculizar el acceso a la salud es el modelo médico, denominado por Menéndez como "Modelo Médico Hegemónico". Esto en palabras del autor es: "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado" (Menéndez,1990:83). Al establecerlo como un modelo actúa como una referencia teórica, una construcción metodológica, sin intentar explicar cada una de las situaciones.

El concepto de hegemonía supone la subalternidad de los otros modelos y no la eliminación de ellos. "Hegemonía no significa unanimidad, sino justamente hegemonía" (Menéndez,1990:86). Ejemplo del espacio que se le da a las medicinas alternativas es cuando en el taller con el equipo del CS la Directora de AP aclara que se tienen en cuenta las medicinas alternativas, y menciona, a modo de dar cuenta de esto, que se pregunta si "toman algún té", en una HC esto también fue mencionado: "no fue a cardiología ni a nutrición porque la llevó a la curandera para la pata de cabra, refiere que no toma ningún té".

Menéndez establece varios rasgos característicos de este modelo. Entre otros menciona: biologismo; ahistoricidad, individualismo; eficacia pragmática; orientación básicamente

curativa-asistencial; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación medico-paciente asimétrica; concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; como responsable de su enfermedad; como consumidor pasivo, escasa aplicación de actividades preventivas y dominio de una prevención no estructural; tendencia a la medicalización del problema.

Quiero destacar en primera medida el biologismo. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin considerar las relaciones sociales en los procesos de su emergencia. La enfermedad entonces es considerada como un hecho natural, biológico, y no como un hecho social, considerándolo entonces como ahistórico. Esto no intenta desmerecer la importancia de la dimensión biológica, sino que Menéndez plantea “[...] la necesidad de construir un enfoque unificado donde lo biológico no constituya el rasgo hegemónico, sino que sea parte de una perspectiva general que lo incluya” (Menéndez,1990:103). Vale considerar que los profesionales en sus discursos consideran diferentes procesos sociales que afectan a la población, sin embargo esto pareciera quedar en suspenso cuando el profesional toma contacto con las personas.

Creo importante que el profesional pueda tratar de lograr un acercamiento de alguna manera que lleven a un “entendimiento” mutuo. Tal vez un ejemplo describa de una mejor forma lo que intento decir: en un caso de MI, en la HC figuraba “*su madre hace lo que quiere le da leche de vaca...*”. Muchas veces una explicación, ejemplificación, llevan a una mejor relación que conlleva, indirectamente, a una mejor salud, esto lo mostraba otra médica, quien, al considerar el mismo caso en la reunión del Eje Pediátrico, preguntaba si alguien le había explicado en algún momento a aquella mamá algunas cuestiones sobre el amamantamiento y destacaba la importancia de dedicar a los primeros controles del bebé mayor tiempo, ya que distintas cuestiones lo demandaban.

Así, la tendencia a reducir cada vez más el tiempo de consulta, en particular el tiempo dedicado a escuchar al paciente, se contradice con la representación, continuamente redescubierta, de la importancia curativa o reparativa de la palabra. Paradójicamente, según Menéndez, la forma de aplicar las concepciones de atención primaria ha conducido a que sea el primer nivel de atención el lugar donde menos tiempo existe para escuchar al paciente y para usar la palabra como recurso terapéutico.

Otro caso similar es comentado por una manzanera:

*M: sí, la Fernández, yo fui un día que dio ella una charla, y decía por qué le malcriábamos a los nietos, por qué esto, por qué lo otro, hablaba cosas que nosotras ya sabíamos porque nosotras le damos cariño o porque queremos más a éste o a la otra persona. Nosotras en realidad sí necesitamos que nos den una capacitación por ejemplo como asistente social, a mi me gusta*

*eso, entonces si viene una persona y me pide una explicación y yo sé cómo contestar a esa persona, esas cosas me gustaría que nos hablen*

*E: ¿y eso no pasa?*

*M: no, no recibimos esa capacitación, sino nos llaman a una reunión de manzanas y nos dicen siempre lo mismo, siempre lo mismo.-*

Estas cuestiones generan en el paciente un “mecanismo de defensa”, provocando que ellos no digan/pregunten libremente ya que conocen el tipo de respuesta que obtendrán.

Entiendo que algunas cuestiones tampoco incentivan ciertas consultas. Una de las entrevistas fue realizada junto a la psicóloga y la trabajadora social del CS, pude observar allí el tipo de relación que generaba la psicóloga:

*P: a mí me parecía un buen momento para retomar y más si tenés interés, yo estaba buscando un turno para darte... ¿martes o jueves?*

[la búsqueda de este turno la hacía mientras la madre relataba la muerte de su hijo y otros acontecimientos de su vida]

*TS: bueno, para ir cerrando, si algún día querés volver, para charlar...*

*P: si, ya le di un turno.*

[le había entregado el papelito con el turno, sin decirle nada, sin tener la respuesta de qué día prefería la madre, sólo le dio el papel con fecha y horario ya establecidos]

El pragmatismo, la necesidad de intervención y la demanda del paciente condicionan un tipo de trabajo que parece estar dominado por la acción rápida e inmediata, por atender y curar, y muchas veces por la incapacidad para resolver el problema.

Singer propone frente a esta realidad “[...] enfrentar cuestiones sanitarias prioritarias, desarrollar un lenguaje y una atención culturalmente apropiados, [...] implementar programas preventivos, compartir información sobre la salud con no profesionales, desmitificar el discurso y la práctica médica, alterar radicalmente la relación médico-paciente [...]” (Singer,1990:16).

Cabe destacar el accionar de una pediatra del CS, quien propuso a Vanesa, una de las madres entrevistadas, que la ayudara en algunas cuestiones, esta madre contaba su experiencia:

*E: ¿y vos trabajas acá en el centro, no?*

*V: yo la ayudo a la pediatra de él [su hijo fallecido], creo que ella me lo propuso para que yo no estuviera todo el día en casa...*

Luego agregaba:

*V: [...] busco las historias [clínicas], doy los números, a veces... bueno, hago mate también... cuando hay alguna mamá, ella me enseña por ejemplo, yo me quedo acá sentada y hablan, yo*

*escucho, se aprenden un montón de cosas, y como siempre me gustó... toda la vida quise ser enfermera y como siempre me gustó eso... [...] me enseñó a pesar, a medir, y todas esas cosas*

*E: ¡qué bueno! eso también te [interrumpe]*

*V: claro, eso me gusta, como siempre me gustó, creo que la mejor terapia es estar justamente en la sala, a parte ella [doctora] es, es muy buena conmigo*

Es importante resaltar aquí, tal como destacaba Singer, la importancia de incluir la experiencia del paciente, no descuidar el contenido particular, existencial, subjetivo de la enfermedad, el sufrimiento como eventos y experiencias vividas. Esto lleva a pensar en cada paciente en particular, en el acercamiento específico a cada uno.

Es importante destacar también la falta de herramientas otorgadas para el cambio de distintas actitudes/acciones. Vale resaltar que la capacitación puede pensarse no sólo como la adquisición de conocimientos técnicos sino también como la reflexión acerca de la propia práctica y del modelo de atención que desde un servicio se produce o reproduce, pudiendo ser esta reflexión la base para un cambio de actitud. Por ejemplo la reunión de pediatras de fin de año me pareció que generó detenerse y reflexionar sobre la práctica cotidiana, momentos que no creó tengan demasiados resultados en forma aislada, pero sí si estos tienen cierta continuidad. Acá se pudo reflexionar, por ejemplo sobre la evitabilidad o no de dos casos de MI, que llevaban a una revisión de la tarea del CS, y al accionar habitual de los profesionales.

### *8.3.3 Intersectorialidad*

El trabajo en AP impulsa la incorporación de recursos existentes, guarden relación o no en forma directa con el sector salud. Estos recursos pueden ser por ejemplo: escuelas, instituciones barriales, organizaciones sin fines de lucro, entre otras. Esto se encuentra especificado en la Declaración de Alma Ata, "[...] el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" (OMS/UNICEF, 1978).

En este sentido realicé entrevistas a directivos de distintas instituciones a fin de poder indagar sobre la vinculación que éstas tenían con el CS específico de esta investigación. Pude observar que las escuelas eran las que en mayor medida tenían vínculo con el CS,



haciendo referencia a talleres o al acceso a algún servicio cuando ello fuera requerido. Sobre esto la directora de una escuela especial mencionaba:

*“desde el Centro de Salud se organizan charlas, las organizan la odontóloga y la asistente social. También hace controles (odontóloga) y charlas con los padres. Tenemos relación con el Centro, derivamos a los padres allí, o cualquier inconveniente con los chicos los llevamos allá”.*

Esta directora mostró tener buen vínculo con distintas instituciones que pudieran dar de distintas maneras algún beneficio al alumnado y a la institución, hizo mención por ejemplo a la relación con un jardín maternal; con otras escuelas especiales; unidad de gestión local (UGL<sup>19</sup>) encargada del ropero escolar, del mantenimiento, la limpieza; también con los Boy Scout (con quienes realizan campamentos integrados); el instituto de formación docente (los integran en proyectos) y Asociación de Sordos.

La vice-directora de otra escuela también refería a una relación con el CS. Específicamente mencionó talleres sobre sexualidad y adicciones que suelen realizarse desde allí. Aclaró que no se hacen controles a los chicos, aunque a veces se acercan desde allí para vacunarlos.

Distinto fue cuando consulté a encargados de comedores escolares y de instituciones religiosas. Refirieron no tener ningún tipo de vínculo con el CS. La encargada de la Parroquia (católica) cercana al CS, dijo que “Cáritas” había implementado una farmacia y se informaba al CS sobre los medicamentos con los que contaba, pudiendo recurrir a ellos en caso de necesitarlos, pero la relación no iba más allá de esta cuestión específica.

Esta falencia en la articulación de distintos sectores, también se puede observar en el interior del Sistema de Salud, al considerar los niveles de atención, habitualmente era mencionada como una falencia a mejorar. Una de las quejas principales desde el primer nivel era el otorgamiento de turnos sin tenerle al CS una consideración preferencial cuando solicitaba turnos al hospital zonal.

Es importante que la AP pueda ser una estrategia general de organización de los Sistemas de Salud con énfasis en el primer nivel de atención, promoviendo la equidad y la articulación intersectorial, lo que conllevaría una reestructuración e integración de los distintos servicios de los diferentes niveles de atención, esto se alejaría de cumplir con el único rol de ser la puerta de entrada o el primer nivel de contacto con el Sistema de Salud.

---

<sup>19</sup> Institución integrada por las diferentes entidades intermedias barriales (Sociedades de Fomento, Clubes, Ligas de Mujeres, Iglesias, Centros de Salud, Cooperadoras Escolares, Defensores de la Niñez, Centros de Jubilados), cuenta con un **coordinador municipal**. Tiene como misión fortalecer la red social a través de la descentralización administrativa - operativa para lograr un mayor consenso en la toma de decisiones. Sus objetivos son: promover y organizar la participación barrial y promover el desarrollo de proyectos autónomos para satisfacer las demandas de servicios ([www.florenciovarela.gov.ar/Institucional/SecretariaDeRelaciones/ugl.aspx](http://www.florenciovarela.gov.ar/Institucional/SecretariaDeRelaciones/ugl.aspx))

Tobar establece que para fortalecer la estrategia de AP no es necesario crear una secretaría, una dirección ni siquiera un programa nuevo. Es más importante articular los esfuerzos y sincronizar los recursos existentes. Este autor propone una organización en red, “abrir progresivamente canales de comunicación y participación y favorecer la incorporación de nuevos nodos, nuevos agentes, efectores, voluntarios, etc, que con roles bien definidos puedan contribuir a la estrategia” (Tobar). Este autor también propone establecer cambios en el primer nivel de atención, que, a parte de ser más viables, los cambios tienen mayor impacto.

Como ya hice mención, esto mismo se planteó en una de las reuniones de la Región Sanitaria VI, en donde se alertaba sobre el quedarse pensando en distintos aspectos que no estaban al alcance sin pensar cambios posibles en donde uno cuenta con medios para lograrlos, ya que cuando hablamos de articulación, estamos hablando de la interacción entre distintos actores sociales, actores que ya cuentan con distintos tipos de recursos, no únicamente materiales. En esta articulación podemos pensar al CS (eje de esta investigación) como la institución que promueve y difunde la participación, como el organizador de esta red, que convoca, abre espacios, debates... y así, cuando determinados actores, organizaciones o instituciones no estuvieran presentes, sería necesario preguntarse por qué no lo están, y buscar la manera de convocarlos, para que más personas participen en la detección y análisis de los problemas y la elaboración de propuestas para su solución.

### *8.3.4 Participación Social*

Es en la Declaración de Alma Ata donde formalmente se reconoce la importancia de la Participación Social (PS) para la implementación de la estrategia establecida en dicha Asamblea (AP), la misma es nuevamente mencionada en la Carta de Ottawa<sup>20</sup>. Esto implica entonces la necesidad de promover la participación de la comunidad como un camino para el logro de una mejora en la salud colectiva, abriendo lugar a que la comunidad participe en las decisiones que afectaran a su salud.

Cerqueira y D. Mato entienden por PS “las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades enfrentan los diversos retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada,

---

<sup>20</sup> Esta Carta trata específicamente sobre la Promoción de la Salud, concepto desarrollado en el siguiente apartado.

democrática y concertada. La participación social como estrategia promueve la interacción entre actores sociales representantes de las organizaciones comunitarias y de las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales para conjuntamente analizar los problemas y necesidades de la población y planificar, llevar a cabo y evaluar las políticas, planes y programas para su resolución. (Cerqueira y D. Mato,1998:3)

La participación también puede llevar a una continuidad de las acciones, para que puedan trascender los vaivenes políticos o gobiernos de turno.

En la medida en que distintos grupos, sectores, personas participen, se logrará que los proyectos tengan mayor respuesta por parte de la población. Entiendo que es distinta la respuesta frente a una propuesta que emana de una autoridad de aquella que es realizada por un par o un referente de la comunidad. Al mismo tiempo, por ser mayor el espectro de quienes convocan, también será mayor la posibilidad de que la gente pueda "identificarse" con alguno de ellos y lleve, promueva, su participación.

Tal como lo hice anteriormente, hago hincapié en la importancia que puede tener el CS en una red social, como organizador y como agente que promueva la participación de distintos actores.

En el campo pude observar que, al consultar sobre este tema a los profesionales de la salud, únicamente contestaron acerca de la participación específica en actividades concretas planteadas por ellos, sin considerar una participación más amplia y activa, en la que la comunidad pueda ser involucrada en otros aspectos, aun en la toma de ciertas decisiones que los involucren en tanto miembro de la comunidad.

Un médico del Seguro Público destacaba:

*"[...] incluso en los talleres, o cuando se organizan charlas, para el manejo de la fiebre, por ejemplo que es algo que asusta mucho, hay poca participación, sin embargo vienen todos cuando tienen el problema".*

Este tipo de participación específica también era cuestionada desde los profesionales por no encontrar una respuesta satisfactoria por parte de la comunidad cuando ellos proponían alguna actividad.

Por ejemplo en el CS se organizó una actividad en el día mundial de la lucha contra el SIDA. Tuve conocimiento de ella al entrar al centro ya que había una cartulina informando. La médica que había organizado la actividad y la trabajadora social, al ver la poca concurrencia también invitaron a participar a las personas que se encontraban esperando para ser atendidas. Sobre todo en las dos administrativas se notaba un alto grado de

alegría, cuando invitaban a cada uno que entraba al CS a participar del taller, también colocaban las cintas rojas, símbolo de la lucha contra esta epidemia.

Finalmente la concurrencia fue muy escasa en relación a lo planificado, diría que esto era esperable, pues la concurrencia al CS era la única manera de saber sobre ella. A cerca de esto, la trabajadora social le hizo un comentario a la médica sobre la poca respuesta que habitualmente tienen al plantear ciertas actividades, aclarando que tiene poco sentido poner esfuerzos en este tipo de trabajos.

A mi modo de ver, la actividad no había sido anunciada con anticipación, tampoco utilizando distintos recursos para su difusión. El mismo día entrevisté a una manzanera, quien no estaba al tanto de esta actividad:

E: y hoy se había organizado un taller de SIDA, se había enterado?

M: no, no estaba ni enterada, no, porque sino ya nos hubiesen avisado, quién lo hacía ¿Ester?

E: no sé quién lo organizaba, en el Centro de Salud...

M: ¿para las manzaneras?

E: no, para el que quisiera ir, digamos

M: ah, no estábamos enteradas de eso.

no sale del  
decurso de  
comunitario

El hecho de no encontrar una respuesta satisfactoria por parte de la comunidad cuando se proponen actividades es perjudicial tanto para el equipo de salud como para la comunidad ya que probablemente estas cuestiones llevan al desaliento, a no querer preparar este tipo de actividades, en definitiva, a no poder desprenderse de la sensación de que "total va a fracasar".

Me parece importante destacar aquí, algo que con frecuencia pude observar: la falta de una reflexión sobre el propio accionar de los profesionales que permitiera abrir una pregunta, una duda sobre su trabajo, específicamente, la simple pregunta de qué hacer para lograr que más gente participe en la actividad, o qué faltó para que esto sucediera.

¿conclusion?

Si bien no ahondé en el debate existente sobre los alcances de la AP, diversos autores alertan sobre distintos significados que pueden tomarse a partir de la Declaración de Alma-Ata: la consideración de la AP como la atención de lo urgente, brindando los servicios básicos en áreas de bajos recursos, transformándose en un programa marginal, con recursos marginales, para población marginal.

A partir de lo desarrollado vale preguntarse "¿Atención primaria o primitiva de salud?" al igual que se cuestiona Testa.

no se reflexiona  
mejor  
mejor

#### 8.4. Promoción de la Salud

Menciono las palabras de Buss para dar cuenta del término, quien establece que "La promoción de la salud busca modificar las condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas; se dirige hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones para que sean predominantemente propicios para la calidad y la salud; y se orientan al conjunto de acciones y decisiones colectivas que puedan favorecer la salud y la mejora de las condiciones de bienestar" (Buss, 2006:40).

Se puede inferir de esta definición que se parte de una visión amplia del término salud, ya que lo antes mencionado no encontraría relación alguna con la restricción del término a cuestiones meramente biológicas. Se destaca cómo distintos factores actúan sobre las condiciones de salud de la población. Buss menciona: un patrón adecuado de alimentación y nutrición, de ámbitos de residencia y saneamiento, buenas condiciones de trabajo, oportunidades de educación a lo largo de toda la vida, entorno físico limpio, apoyo social para las familias e individuos, estilo de vida responsable y un espectro adecuado de cuidados hacia la salud como factores que influyen en la calidad de vida.

Esto requiere entonces que las acciones implementadas por el Sistema de Salud estén articuladas con otros sectores para abordar conjuntamente las distintas cuestiones. Esto nos remite necesariamente a la interdisciplina, ya que al establecer que los problemas tienen múltiples vinculaciones, deben darse también a estos una respuesta que incluya la combinación de distintas estrategias y acciones.

Buss refiere a la necesidad de una "combinación de estrategias" para la promoción de la salud: acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de los individuos (desarrollo de habilidades personales), del Sistema de Salud (reorientación del sistema) y de asociaciones intersectoriales. Se ve aquí un gran abanico donde distintos actores, involucrados directa o indirectamente con el área de salud, cuentan con cierta responsabilidad ya sea por los problemas o por las distintas soluciones que se puedan proponer.

Czeresnia establece que una situación de salud se define por "la consideración de las opciones de los agentes sociales involucrados en el proceso; esta no puede ser comprendida "al margen de la intencionalidad del sujeto que la analiza e interpreta" (Czeresnia, 2006:57). Vinculado a este concepto marca una diferencia entre la implicancia de una necesidad y un problema de salud. Mientras que las necesidades quedan demostradas a través de procedimientos objetivos, los problemas no demandan objetividad, sino que tienen una implicancia subjetiva, ya que se conforman según las prioridades individuales y colectivas. Creo que un medio importante para trabajar los problemas de

problema / necesidad

hacia  
reflexión  
no  
la  
partes  
sobre  
necesidad  
problema

salud es la participación social, donde los individuos fijan prioridades según sus problemas, toman decisiones, trabajan junto a distintos sectores en el planteamiento de estrategias.

Recordemos aquí la diferencia entre el concepto de promoción de la salud y el de prevención. El concepto de promoción de la salud, tal como se mencionó antes, tiene un abordaje más allá de la enfermedad específica, considerando entonces también distintos macroprocesos que influyen en el proceso salud-enfermedad para transformarlos en favorables para la salud. A diferencia de esto, la prevención sí trabaja sobre la enfermedad, buscando evitar que los individuos enfermen. Por lo tanto acciona sobre la detección, control y debilitamiento de los factores causantes de las enfermedades.

La prevención puede dividirse en: prevención primaria o control de la incidencia; prevención secundaria o control de la duración y prevalencia; y prevención terciaria o control de las complicaciones adicionales. Esta división dependerá si hablamos de cómo evitar una enfermedad, cómo curarla o cómo atenuarla, respectivamente. Para cualquier tipo de prevención, la salud es entendida como la ausencia de enfermedad.

Menciono nuevamente a Buss para hacer otra vez hincapié en la visión amplia de salud que intento remarcar: "Como la salud no consiste solamente en la ausencia de enfermedades, los individuos sin manifestaciones clínicas podrían progresar hacia estados de mayor fortaleza estructural, mayor capacidad funcional, mayores impresiones subjetivas de bienestar, y objetivo de desarrollo individual y colectivo. Este es en esencia, el verdadero sentido de la promoción de la salud propiamente dicha" (Buss,2006:39)

La promoción no suplanta a la prevención, sino que son complementarias y no excluyentes, ya que sería poco racional restarle importancia a la atención de las enfermedades, al trabajo con estas.

#### **Carta de Ottawa para la Promoción de Salud**

No puedo dejar de mencionar al tratar este concepto, la "Carta de Ottawa para la promoción de la salud" (OMS/OMS,1986), dirigida a la consecución del objetivo "Salud para todos en el año 2000". Aquí se establece que "la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente"

Respecto al sector sanitario, se establece en ésta que "Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Así mismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos."

Se subraya aquí también el papel de la acción multisectorial para la promoción de la salud: "El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación".

Se afirma aquí que "las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos".

Otra de las características esenciales de la estrategia, entre otras cuestiones mencionadas, es solicitar el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Otro documento a mencionar es la "Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud" (OPS, 1992), que responde a problemáticas más específicas de los países latinoamericanos. Aquí se menciona entre las otras cuestiones ya dichas; la situación de inequidad de esta región, "reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de salud pública, orientadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del atraso y la pobreza, al que se superpone el causado por la urbanización y la industrialización". Con respecto al sector salud se propone "garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud [...]"

Claramente no es menor el dato de que a medida que se promueve la salud y la prevención de enfermedades, disminuye la demanda de atención, quedan de esta manera mayor cantidad de turnos disponibles en los CS, al mismo tiempo que para los profesionales aminora el trabajo, mejorando también así las condiciones laborales y de salud de ellos.

**PARTE IV**  
**COMENTARIOS FINALES**

Intenté a lo largo de esta investigación dar cuenta de distintos procesos vinculados a la problemática de la Mortalidad Infantil.

Claramente el anterior desarrollo se encuentra alejado de querer establecer una relación directa entre este tipo de muertes y ciertas condiciones sociales. Para aclarar esta cuestión, vale mencionar unas palabras de Menéndez, donde destaca que “[...]las categorías no se definen por lo manifiesto, sino por la red de relaciones que determinan lo manifiesto [...] su apariencia biológica está determinada por las condiciones sociales en las cuales se incluye” (Menéndez, 1998:58). Más allá de esto, destaco la importancia de que el trabajo en la temática esté destinado al bienestar de la niñez más allá que a evitar una muerte específica.

La mirada compleja sobre la problemática en cuestión, permitió ver cómo múltiples factores se interrelacionaban e intervenían en la salud de los niños. Ejemplo de esto fue el fuerte impacto que los procesos de la década del 90’ tuvieron sobre ellos, siendo alarmante el incremento de niños que diariamente entraban a formar parte de la población pobre e indigente del país. Dato aún más preocupante si consideramos que la población joven de Florencio Varela representa menos de la mitad de la población (43.5%).

Pude dar cuenta de que el impacto de aquella época no afectó de igual manera a hombres y mujeres, mostrando que un hogar a cargo de una mujer contaba con menos probabilidades de salir de la pobreza. El bajo nivel educativo y la cantidad de hijos también fueron factores que contribuyeron en este sentido. Si bien las mujeres no fueron las más afectadas por el desempleo, la ocupación de ellas se hizo en condiciones negativas respecto a la de los hombres.

El incremento de hogares con jefatura femenina y la creciente salida laboral de las madres debe ser considerada para brindar una respuesta a situaciones donde posiblemente falte la presencia de un adulto en el hogar. Fue mencionado en las entrevistas el hecho de niños que están al cuidado de sus hermanos menores, de hecho una de las muertes fue en estas condiciones. El trabajo sobre prevención de accidentes domésticos, el pensar en guarderías y lugares de recreación para los niños y adolescentes donde puedan desarrollar actividades y estar bajo cuidado mientras los adultos no se encuentran en el hogar, entre otras, pueden ser respuesta a estas realidades que, si bien no son nuevas, se están incrementando.



En los casos presentados pudimos ver cómo las madres agudizaban su ingenio e implementaban acciones que permitían la reproducción del grupo doméstico. También se vio la importancia que tenían las redes que cada grupo formaba, principalmente el apoyo mencionado fueron las vecinas y la familia extensa.

Considerando esta situación resalto, al igual que lo hice oportunamente, la importancia del trabajo para el mejoramiento de la situación de las mujeres, potenciando sus capacidades. Esto, sin dudas, tendría efectos directos sobre el bienestar de los niños y permitiría detener la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Para el trabajo sobre la problemática de las muertes infantiles destaco también la importancia de tomar los relatos de las madres que van más allá del dato específico con el que el Sistema de Salud rotula cada fallecimiento. Estos relatos permiten ahondar en las representaciones de las madres y en el contexto propio de cada una, lo que permite trabajar a partir de aquella particular situación, sobre sus "procesos y condiciones de fragilización y de protección". Esto claramente se verá imposibilitado en la medida que el Sistema de Salud tenga la enfermedad como elemento de trabajo. Nada tiene que ver desde una mirada puramente biológica la enfermedad y el contexto social, ya que en teoría este último no es de su competencia. Creo fundamental el hecho de que el Sistema de Salud, pueda trabajar así en función de la salud y no de la enfermedad como se vio que sucedía en el CS. Los trabajadores de la salud no pueden desentenderse de las condiciones materiales y sociales de vida y deben incorporarla de alguna manera a su accionar, a la práctica de cada uno.

Destaco también el trabajo sobre el individuo y no sobre una enfermedad, un dolor específico. Pude observar que el desarrollo del niño, el corazón (u otro órgano que requiriera una especialidad distinta al pediatra), la vacunación, la pobreza eran considerados independientemente; el hecho de que el paciente no "controlase" un problema que no "correspondía" a su área profesional parecía ser un dato más, para el profesional: "no asiste a control de cardiología", "no se vacuna"... Dato sobre el que el profesional no parecía tener relación alguna ya que, por ejemplo, un pediatra debe atender el desarrollo y crecimiento, entre otras cuestiones, pero parece no tener como responsabilidad que el niño goce de buena salud.

Un trabajo que tenga como eje el individuo y el contexto en el que se encuentra inmerso claramente no puede hacerse sino interdisciplinariamente, logrando un trabajo en equipo, aspecto que, vale mencionar, tampoco se vio en el trabajo de campo.

Se desarrollaron también factores que pueden actuar como expulsadores de la demanda, como la relación médico-paciente, poca facilidad y demora en la obtención de turnos, servicios ausentes en el CS, las esperas para ser atendido, la inestabilidad del personal, factores que de alguna manera imposibilitan el acceso de la población a la salud.

Considero como otro aspecto elemental la interacción entre distintos actores que puedan contribuir sobre la salud, pudiendo pensar al CS como articulador de una red conformada por distintas instituciones barriales y distintos actores sociales.

Como ya mencioné, el barrio donde se llevó a cabo la investigación correspondía a un contexto pobre, semejante por cierto al del municipio. En estos contextos de pobreza entiendo que es indispensable el trabajo conjunto con el fin de poder potenciar recursos. La escasez de recursos económicos, tan evidente por cierto, y tan continuamente factor de reclamos, de quejas, no era en el CS un disparador para este tipo de trabajo.

Para lograr esto debemos, en primer lugar, tomar conciencia de que todas las cuestiones referidas a la salud no son únicamente un problema médico y profesional, y pensar también que la atención debe responder incluso a los orígenes sociales de la enfermedad.

*¿cómo?*

En relación a estos últimos aspectos no tengo dudas de la importancia de la capacitación constante del personal respecto a estas cuestiones como modo de gestar nuevas formas de relación con las personas que requieran algún servicio en el CS y lograr la sensibilización respecto a los contextos donde desarrollan su trabajo.

Las variables trabajadas destacan la importancia de ~~considerar la salud como algo integral~~, por lo cual entiendo que también debemos pensar en abordajes integrales, que puedan abarcar las distintas circunstancias que rodean a las personas, y el impacto que distintos procesos macrosociales tienen en el ámbito local. Esto nos muestra cómo la MI debe ser pensada como una problemática compleja, como tantos otros problemas de salud-enfermedad, por lo cual debe trabajarse sobre los múltiples procesos que intervienen allí con múltiples actores que puedan conjuntamente dar respuesta a semejante realidad.

El hecho de que estas variables: el trabajar sobre la salud, factores de accesibilidad, interdisciplina, intersectorialidad, problemáticas del contexto, no se consideraran en el Centro de Salud, abrió la duda sobre el tipo de atención que desde allí se brindaba, resonando aquella pregunta de Testa: "¿atención primaria o primitiva de salud?".

Si bien no fue desarrollado el tema de los derechos de los niños, vale mencionar en esta instancia que los niños tienen derecho, según la “Convención sobre los derechos del niño” a: “un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (Art. 27), “al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad [...]” (Art.31), también se establece allí que “Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño” (Art.6). Debemos recordar, como aclara UNICEF, que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (UNICEF,1990). Aunque esto parezca un objetivo difícilmente alcanzable para la niñez en general, debemos trabajar para aproximarnos a este ideal.

Podría agregar para finalizar unas palabras de Menéndez, quien dice que “[...] frente a determinados problemas “algo hay que hacer”, lo cual constituye un hecho decisivo, ya que frente a una realidad caracterizada por muertes evitables o hambre algo hay que hacer, aun cuando la aplicación de determinadas acciones tengan escasas consecuencias” (Menéndez,2002:294)

## ANEXO

### ALGUNAS DEFINICIONES<sup>19</sup> DE INTERÉS EN EL ÁREA MATERNO INFANTIL

- **NACIDO VIVO:**

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independiente-mente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otro signo de vida, tal como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

- **DEFUNCIÓN:**

Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Por tanto, esta definición excluye las defunciones fetales.

- **DEFUNCIÓN FETAL:**

Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

- **LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL:**

Es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. Éste no necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho o su residencia legal. A los efectos de la tabulación, el lugar de residencia debe determinarse de la siguiente manera:

- para nacidos vivos: lugar de residencia de la madre en el momento del alumbramiento del nacido vivo;
- para defunciones fetales: lugar de residencia de la madre en el momento de la expulsión del feto muerto;
- \* para defunciones de menores de un año: lugar de residencia de la madre en el momento de la muerte del niño (o la del niño si la madre ha muerto) y
- para defunciones: lugar de residencia del fallecido al morir. (1)

- **LUGAR DE OCURENCIA:**

Es la localidad u otro lugar geográfico donde ha ocurrido el nacimiento, la defunción, la defunción fetal, etc. (1)

- **EDAD:**

Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad.(1)

---

<sup>19</sup> Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN:**

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).

- **PERTENENCIA O ASOCIACIÓN A SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD:**

Es el sistema de atención de la salud al que se halla afiliada/o la madre del nacido vivo o fallecido menor de un año, o bien la madre y el padre en el caso de una defunción fetal o la persona fallecida en general.

Puede categorizarse de la siguiente manera:

• **Obra Social:** es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia.

• **Plan de salud privado o mutual:** son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

- **NÚMERO DE ORDEN DE NACIMIENTO:**

Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.

- **PESO AL NACER:**

es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Las definiciones de peso "bajo", "muy bajo", y "extremadamente bajo" del peso al nacer no constituyen categorías mutuamente excluyentes. Por debajo de los límites de las categorías se incluyen las otras y, en consecuencia, se superponen (por ejemplo, "bajo" incluye "muy bajo" y "extremadamente bajo", mientras que "muy bajo" incluye "extremadamente bajo").

**Bajo peso al nacer (BPN):** incluye a los que pesan menos de 2500 g (hasta 2499 inclusive).

**Muy bajo peso al nacer (MBPN):** incluye a los que pesan menos de 1500 g (hasta 1499 inclusive).

**Extremadamente bajo peso al nacer (EBPN):** incluye a los que pesan menos de 1000 gr (hasta 999 gr inclusive)

- **EDAD GESTACIONAL:**

Es la duración de la gestación. Se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. Se expresa en días o en semanas completas.

**Pretérmino:** menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

**A término:** de 37 a 41 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

**Posttérmino:** 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

- **SITUACIÓN CONYUGAL DE LA MADRE:**

Hace referencia a si la madre, al momento del nacimiento o de producirse la defunción de un menor de 14 años o de una defunción fetal, se encontraba conviviendo en pareja o no, sin importar si la unión es con el padre biológico, pareja o compañero. (2)

- **ASISTENTE O PERSONA QUE ATENDIÓ EL NACIMIENTO Y EL PARTO:**

Es la persona que asistió a la madre en el parto de un nacido vivo o de un feto nacido muerto. Los datos deben recogerse de manera que permitan distinguir los nacimientos y las defunciones fetales según hayan sido asistidos por: médico, partera, comadre, sin atención, otros y sin especificar.

- **LOCAL DE OCURRENCIA:**

Es el sitio donde ocurrió el hecho. A los efectos de la tabulación el local de ocurrencia debe determinarse de la siguiente manera:

\* Establecimiento de salud: es el lugar donde se brinda asistencia médica y/u obstétrica; puede ser hospital, clínica, maternidad, centro asistencial, etc. A su vez también puede ser categorizado en "Público" o de otra dependencia (privado, obra social, etc.).

\* Vivienda o domicilio particular: cualquier otro domicilio no institucional, es decir, casa donde una persona vive o se hospeda.

\* Otro lugar: si ocurrió en algún otro lugar. Ej. a bordo de un transporte, en la vía pública, en la cárcel, en el lugar de trabajo, etc.

\* Se ignora (2) (3)

(vale agregar las muertes que ocurren fuera del distrito, también computadas al mismo)

- **CAUSAS DE DEFUNCIÓN:**

A efectos del adecuado registro de las causas de defunciones, tanto maternas como infantiles, se tendrán en cuenta las definiciones consignadas por la CIE-10. A estos efectos, en el Informe Estadístico de Defunción y en la Ficha de Vigilancia Epidemiológica, las causas de muerte se registrarán según las siguientes especificaciones:

**Causas de defunción:** son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones. El propósito de esta definición es asegurar que se registre toda la información pertinente y que el certificador no seleccione algunas afecciones para registrarlas y rechace otras. Esta definición no incluye síntomas ni modos de morir tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad

**Causa básica de defunción:** esta es la causa que se utiliza para la tabulación de estadísticas vitales. Puede ser definida como:

- a) La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte;
- b) Las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

Al identificar la "*causa básica de defunción*" se procura alcanzar el objetivo más efectivo de los programas de salud pública que es prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones que conducen a la muerte. Para lograr un adecuado registro de la causa de muerte, se recomienda promover la difusión y lectura de documentos que ilustran con diversos ejemplos, tales como:

1. Informe Estadístico de Defunción: guía para los médicos sobre el empleo del modelo internacional para el registro de la causa de muerte. Ministerio de Salud, Argentina. Enero 2001
2. Certificación médica de la causa de defunción. OMS. Ginebra 1980.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON: Formas de la pobreza y estrategias municipales. En: *Género y pobreza. Nuevas dimensiones*. ISIS Internacional. Ediciones de la Mujer N° 26. Arraigada y Torres editoras, Chile, 1998.
- ARRAIGADA, I: Introducción. En: *Género y pobreza. Nuevas dimensiones*. ISIS Internacional. Ediciones de la Mujer N° 26. Arraigada y Torres editoras, Chile, 1998.
- BOURDIEU, P: Cosas dichas. Gedisa Editorial, Barcelona, 1993.
- BOURDIEU, P. y WACQUANT, L: La práctica de la antropología reflexiva. En: *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México, Grijalbo, 1995.
- BUSS, P: Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- BUSTELO, E: La producción del Estado de Malestar. Ajuste y política social en América Latina. En: *Cuesta Abajo. Los Nuevos Pobres: Efectos de la Crisis en la Sociedad Argentina*. UNICEF-Losada, Buenos Aires, 1995.
- LIPSYC C, GINES M, BELLECCI M: Desprivatizando lo privado. Mujeres y Trabajos. Catálogo Editora, Buenos Aires, 1996.
- CASTEL, R: Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social. Topía Editorial, Buenos Aires, 2004
- CASTRO RAMÍREZ, M: Calidad de Vida y Promoción de la Salud. En: *Promoción de la Salud: como construir vida saludable*. Bogotá, Ed. Médica Panamericana, 2001.
- CEPAL: Panorama social de América Latina, 2001-2002.
- CLERT, C: De la vulnerabilidad a la exclusión: género y conceptos de desventaja social. En: *Género y pobreza. Nuevas dimensiones*. ISIS Internacional. Ediciones de la Mujer N° 26. Arraigada y Torres editoras, Chile, 1998.
- COMES, Y: Atención Primaria de la Salud y Sistemas locales de Salud. Ficha de Cátedra Salud Pública y Salud Mental. Cátedra Stolkiner (UBA).
- CZERESNIA, D: El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- EMERSON R, FRETZ R, SHAW L: *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago, The University of Chicago Press, 1995 (Traducción).
- FEIJOO, M: Nuevo país, nueva pobreza. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2001
- GALLART, M: Educación y Empleo en el Gran Buenos Aires 1991-1999. Programa MECOVI, INDEC, Buenos Aires, 2001.
- GELDSTEIN, R: Jefatura de hogar y nuevos roles femeninos. En: *El sostén de los hogares. Trabajo, participación social y relaciones de género*. Ateneo 2003. Centro de Documentación en Políticas Sociales, Documento N° 32. Secretaría de Desarrollo Social, Gob. Ciudad de Buenos Aires, 2003.
- GELDSTEIN, R: Mujeres jefas de hogar: familia, pobreza y género. En: *¿De amas de casa a proveedoras y de proveedoras a jefas?* UNICEF Argentina, Buenos Aires, 1997.

- GIRI, B: Hogares y familias. En: *El sostén de los hogares. Trabajo, participación social y relaciones de género*. Ateneo 2003. Centro de Documentación en Políticas Sociales, Documento N° 32. Secretaría de Desarrollo Social, Gob. Ciudad de Buenos Aires, 2003.
- GRIMBERG, M: De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología. En: *Antropología y práctica médica. La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad*. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Buenos Aires, 1997.
- GRODOS D, BÉTHUNE X: Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del tercer mundo. Cuadernos Médicos Sociales N° 46, Rosario, 1988.
- HINTZE, S: Capital social y estrategias de supervivencia. Reflexiones sobre el "capital social de los pobres". En: *Políticas Sociales y Economía Social: Debates fundamentales*, Colección de lecturas sobre Economía Social. UNGS-OSDE-Altamira, Buenos Aires, 2004.
- HOLY, L: Teoría, metodología y proceso de investigación. En: *ELLEN, R.F.*, 1984. (Traducción)
- IPEE/UNESCO-UNICEF: Efectos de la crisis en infancia, niñez y adolescencia. Buenos Aires, 2004.
- INDEC: Incidencia de la pobreza y de la indigencia en el Gran Buenos Aires. Información de prensa.
- INDEC: [www.indec.mecon.ar](http://www.indec.mecon.ar)
- INDEC-UNICEF: Situación de los niños y adolescentes en la Argentina - 1990 / 2001, N° 2, Serie Análisis Social, Marzo 2003.
- INDEC-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN-UNICEF: Instantáneas. Evolución de la mortalidad infantil durante la década de los noventa en la Argentina. Boletín Estadístico N°2. Buenos Aires, Septiembre 2002.
- JELIN, E: Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada. CEDES, Buenos Aires., 1984.
- JELIN, E: Pan y afectos. La transformación de las familias. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1998.
- LEMBO N, CALIFANO J: Economía y Salud. Ed. Ciudad Argentina, Buenos Aires, 2005.
- MENÉNDEZ, E: Usos y desusos de conceptos en Antropología Social. En: *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2002.
- MENÉNDEZ, E: Saber local y toma de decisiones. En: *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. El Colegio de Sonora/OPS/Producep, Hermosillo, 1998.
- MENÉNDEZ, E: Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.
- MENÉNDEZ, E: Mortalidad en México. A preguntas simples ¿solo respuestas obvias? Cuadernos Médico Sociales, N° 46, Rosario, 1988.
- MENÉNDEZ, E: Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. Cuadernos Médicos Sociales N° 73, Rosario, 1998.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, Plan Federal de Salud 2004-2007, Mayo 2004.
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN: Morbi-mortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud materno-infantil. Buenos Aires, 2004.
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN: Salud y Sociedad. Programa Médicos Comunitarios, Módulo N° 1, 2005.



- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN: Trabajo en Equipo en Salud. Programa Médicos Comunitarios, Módulo N° 8, 2005.
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN: [www.msal.gov.ar/htm/site/atencion\\_primaria.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/atencion_primaria.asp)
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN: [www.msal.gov.ar/htm/site/atencion\\_primaria.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/atencion_primaria.asp)
- MINUJIN, A: En la rodada. En: *Cuesta Abajo. Los Nuevos Pobres: Efectos de la Crisis en la Sociedad Argentina*. UNICEF-Losada, Buenos Aires, 1995.
- NIRENBERG O, PERRONE N: La mujer y los sistemas de salud. En: *Acción pública y sociedad. Las mujeres en el cambio estructural*. Feminara, Buenos Aires, 1995.
- FERNÁNDEZ BUSSO: Los nuevos desafíos de la mortalidad infantil. Arch. Argentino de Pediatría 2001.
- OMS/UNICEF: Declaración de Alma-Ata, Alma-Ata, 1978.
- OPS/OMS: Mortalidad Infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la Provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51. Buenos Aires, 2000.
- ROCKWELL, H: Notas sobre el proceso etnográfico (1982-1985). Mimeo, México, DIE, 1989.
- SACCHI, M: Mortalidad Infantil. Un nombre, un rostro, una familia. FLACSO-UBA, 1997.
- SAUTU R, COUSO C, GRISELLI L, PEREZ A: Condiciones de vida y roles familiares en el área metropolitana de Buenos Aires. En: *Las mujeres hablan. Consecuencias del ajuste económico en familias de sectores pobres y medios en la Argentina*. Ed. Al margen, Buenos Aires, 2000.
- SCHEPPER-HUGES, N: Tres propuestas para una antropología crítica. Social Science & Medicine, Vol.30 N°2, 1990 (Traducción)
- SCHEPPER-HUGES, N: La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Ed. Ariel, Barcelona, 1977.
- SIEMPRO: Síntesis de Situación Social: Florencio Varela. Diciembre 2005.
- SINGER, M: Reinventando la antropología médica: hacia un realineamiento crítico. SOC. SCI. MED. VOL.30 N°2, Pergamon Press, 1990 (Traducción)
- TESTA M: Atención ¿primaria o primitiva de salud?. Cuadernos Médicos Sociales N°34, Rosario, 1985.
- TISCORNIA S, EILBAUM L, NINO M, NICCOLINI C: Acceso al sistema público de salud : un estudio antropológico en tres hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Instituto de Estudios e Investigaciones, Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires. Instituto de Antropología, Sección de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2003.
- TOBAR, F: Atención primaria de la salud: una alternativa para salir de la emergencia (<http://www.isalud.org/pdf/tobar2.pdf>)
- UGALDE, A: Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en la atención de la salud. En: *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989*. Instituto Mora, México, 1999.
- UNICEF, Argentina: ¿Por qué mueren los niños? Propuesta para el análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de la salud de la niñez. Buenos Aires, 1998.

- UNICEF, Argentina: ¿Por qué mueren los niños? Tres experiencias. Resultados de la propuesta para el análisis de las muertes infantiles. Buenos Aires, 2000.
- UNICEF: Convención sobre los derechos del niño, 1990.
- UNICEF: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)
- WAINERMAN, C: Mercado de Trabajo, Familias y Género. En: *El sostén de los hogares. Trabajo, participación social y relaciones de género*. Ateneo 2003. Centro de Documentación en Políticas Sociales, Documento N° 32. Secretaría de Desarrollo Social, Gob. Ciudad de Buenos Aires, 2003.