

Estrategias ante la enfermedad. Un campo que se negocia.

Pagnamento, Licia¹ y Weingast, Diana²

Resumen

Este trabajo recoge algunas reflexiones que venimos realizando en el marco de la investigación sobre "Reproducción Social y Pobreza Urbana". En dicho proyecto se plantea el análisis integral de las condiciones de vida de familias pobres, incluyendo el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención dado que éstos operan en la reproducción social e ideológica de las unidades domésticas. Entendemos los fenómenos de salud y enfermedad como proceso social, determinados históricamente por las condiciones de vida y trabajo de una sociedad dada.

La presente ponencia tiene por objeto analizar las concepciones y prácticas sobre la enfermedad/padecimiento construidas por un grupo de mujeres que viven en condiciones de pobreza y aquellas construidas por el personal de salud, entendiendo que la articulación entre ambas permite un acercamiento diferencial al análisis del conjunto de estrategias desplegadas por las unidades domésticas ante situaciones de enfermedad/padecimiento.

La información que se analiza se desprende del trabajo de campo realizado en la localidad de Punta Lara, Partido de Ensenada (Pcia. de Buenos Aires) mediante entrevistas semiestructuradas a mujeres que residen en las cercanías de la Unidad Sanitaria "El Molino" y al personal que presta servicios en dicha unidad.

Introducción

Este trabajo recoge algunas reflexiones alcanzadas en el transcurso de la investigación sobre el estudio integral de las condiciones de vida de familias pobres del Gran La Plata que efectuamos durante los años 98/99, en un proyecto radicado en el Departamento de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata

¹ Lic. En Cs. Antropológicas con Orientación Sociocultural, Universidad de Buenos Aires.

² Lic. En Antropología, Universidad Nacional de La Plata.

En el marco de este proyecto general desarrollamos el estudio de los procesos de salud- enfermedad atención, considerando que los mismos operan en la reproducción social e ideológica de las unidades domésticas. Tal como plantea Menéndez (1989) la detección de conocimientos, saberes y prácticas respecto de la salud/enfermedad/atención es básica para saber cuáles son las estrategias de reproducción. Los mismos son estructurales y estructurantes en los niveles de los grupos domésticos y constituyen instancias necesarias para asegurar la reproducción social e ideológica de los microgrupos y de los sistemas.

El punto de partida para abordar los fenómenos de salud-enfermedad es entenderlos como procesos sociales e históricamente determinados por las condiciones de vida y trabajo de una sociedad determinada.

Siguiendo a Laurell (1982), entendemos por salud - enfermedad el modo específico en que se da, el proceso biológico de desgaste y reproducción a nivel de los grupos, destacando como momento particular a la enfermedad, considerada como la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades. Pero los procesos de salud-enfermedad-atención no son sólo emergentes de las condiciones económicas, políticas y sociales sino, al mismo tiempo, objeto de construcciones de representaciones y prácticas realizadas por los conjuntos sociales incluidos los especialistas (médicos, paramédicos, curadores), que posibilitan su reconocimiento, definición y los modos de organizar su atención.

En la aproximación al tema se tomaron en cuenta las prácticas y representaciones de los grupos vinculados a la problemática salud – enfermedad: los servicios de salud de la medicina hegemónica (específicamente se trabajo con el personal de las unidades sanitaria) y la población, utilizando el concepto de hegemonía y subalternidad para analizar su vinculación.

A través de relaciones de hegemonía, la especialización médica “produce consumidores”, “genera pautas de consumo”, entendidas como el uso o apropiación de saberes y prácticas, de bienes y servicios destinados a resolver sus problemas de salud. Los conjuntos sociales “legos” participan de esa relación, sustentándola pero como sujetos que resignifican o impugnan el saber hegemónico.

Las representaciones y prácticas de los “usuarios” del servicio biomédico y de los profesionales respecto a la definición/ conceptualización y modalidades de atención ante la enfermedad y los padecimientos, la evaluación de los resultados y las respuestas obtenidas constituyen un aspecto relevante para comprender el conjunto de las estrategias implementadas por los conjuntos sociales para controlar la enfermedad, evitar la muerte y mantener la salud.

Características de la zona de estudio

El trabajo de campo se realizó en la localidad de Punta Lara, partido de Ensenada, provincia de Buenos Aires. Dicho partido conjuntamente con los partidos de Berisso y La Plata conforman lo que se denomina el aglomerado del Gran La Plata.

En esta zona están radicadas industrias básicas del hierro y acero (Siderar, ex-Propulsora), químicas (Gesa) y establecimientos que manufacturan derivados del petróleo, carbón, caucho y plástico (Polibuteno, Destilería YPF, Petroken, Pet Ensenada S.A.).

Los procesos de privatización y reconversión productiva iniciados en el '89 afectaron fuertemente a estas industrias, acrecentando las tasas de desempleo del conjunto del aglomerado (13,7% en 1988, 18,3% en 1994 y 19% en 1996), e incrementando las situaciones de precariedad laboral a raíz de la incorporación de mujeres y jóvenes en empleos de baja calificación e inestabilidad (Eguía, 1997).

La información disponible sobre la zona en estudio es producto de la encuesta socioeconómica realizada en los años 1988, y 1994 por Eguía y Ortale en tres barrios periurbanos (“El Zanjón”, “El Molino” y “Villa Rubencito”) que integran la zona de influencia de la Unidad Sanitaria “El Molino” y conforman parte del universo de "villas de emergencia" de la provincia de Buenos Aires censadas en 1981. En el año 1999 se realizó otra encuesta socioeconómica ampliándose a otros barrios de la localidad de Punta Lara y de La Plata.

Comparando los resultados del Censo de 1981 con la información recogida por el equipo de investigación en 1988 para la zona de influencia de la unidad sanitaria “El Molino”, se registraron algunos cambios en la infraestructura de las viviendas, como ser el aumento del porcentaje de viviendas con electricidad, y con distribución de agua en su

interior, como así también respecto de la situación ocupacional de la población: disminución del porcentaje de población ocupada.

Estas tendencias se acentuaron en 1994 en lo que se refiere a las condiciones de vivienda: durante el período 88-94 el 66% de las familias hicieron cambios en las mismas, aumentando el número de cuartos, mejorando el servicio sanitario o reemplazando materiales de construcción precarios por ladrillos, bloques o cemento (Eguía, 1997).

Teniendo como referencia los datos recogidos en el 88-94 y 96-97 en la zona de influencia de la unidad sanitaria “El Molino”, se observan algunos cambios en la infraestructura barrial: construcción de cordón-cuneta, veredas y la extensión del asfalto en varias calles que benefician y transforman la fachada del barrio.

De acuerdo con estas características y con el porcentaje de familias que vivían en condiciones de hacinamiento puede afirmarse que el 30% de las familias encuestadas en 1994 pertenecían al grupo de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, tomando los criterios tradicionales considerados por el INDEC.

Los resultados de la encuesta realizada en 1994 en la zona de influencia de la unidad sanitaria “El Molino”, permitieron afirmar que el 86 % de las familias estudiadas no alcanzaban a cubrir con sus ingresos el costo de la canasta básica de subsistencia elaborado por el FIDE para mayo de 1994; el 56% del conjunto estaba ubicado por debajo de la línea de pobreza (tomando como base la línea de pobreza definida por el INDEC para una familia tipo del Gran Bs. As.).

La información recogida en el año 1999 en la zona de influencia de la unidad sanitaria “El Molino” registró, una proporción mayor de trabajadores informales e inestables y de obreros ocupados en servicios de baja calificación. Más de la mitad de las familias cuyo jefe era obrero estaba por debajo de la línea de pobreza en ese año (Eguía, 2000).

La situación de mayor inestabilidad laboral del jefe de familia se relaciona con una mayor participación económica familiar, especialmente de búsqueda de trabajo por parte de las cónyuges, quienes se desempeñan en ocupaciones inestables, informales y de menos de 35 horas semanales. Como señala Eguía, “El 67% tanto de las cónyuges como de los hijos desocupados de las familias encuestadas en 1999 manifestaron buscar trabajo porque no alcanzaban los ingresos para cubrir las necesidades familiares. El 72% de las cónyuges inactivas expresó como factor que condicionaba su situación la necesidad de cuidar a sus hijos pequeños.” (Eguía, 2000; pág. 9)

A nivel sanitario³ la zona de Punta Lara cuenta con tres unidades sanitarias dependientes del municipio de Ensenada que articulan con un hospital municipal “Horacio Cestino” que brinda atención de alta complejidad. Cada una de las unidades sanitarias brinda servicios de atención primaria en diferentes especialidades: clínica médica para adultos, ginecología y obstetricia, pediatría, odontología, psicología, servicio de enfermería y además se cuenta con asistentes sociales. Si bien esto supone que diversos trabajadores del área de salud desarrollen sus tareas en este ámbito, el personal de las unidades sanitarias se encuentra en situaciones diversas: en algunos casos los profesionales trabajan en forma gratuita (ad honorem), otros son contratados con discontinuidad en cuanto a los días y horarios de atención, en muchos casos no se cuenta con personal administrativo lo que implica que ciertas tareas (entregar los números, buscar historias clínicas, entrega de medicación) sean repartidas entre el personal presente, en otros casos, ante licencias prolongadas no se producen reemplazos recayendo las tareas en áreas afines (por ej. El médico clínico toma pacientes de pediatría)

A esto se suma la falta de recursos y la discontinuidad en la recepción de los insumos (gasas, elementos para suturas, algunos medicamentos), deterioro u obsolescencia de aparatos básicos como estetoscopios, elementos para medir la presión, elementos para prácticas odontológicas, camillas, a los que se suman en algunos casos, condiciones inadecuadas de asepsia y deterioro edilicio.

En nuestro país los servicios estatales de salud con recursos disminuidos / recortados cubren deficientemente las necesidades de atención médica de amplios sectores de la población. Las transformaciones del mercado de trabajo (disminución de la población asalariada, crecimiento del subempleo, desempleo y el número de trabajadores por cuenta propia) significó una reducción de los porcentajes de la población con cobertura social de atención médica, incrementando la demanda en los servicios de salud estatal que deben hacer frente a las demandas de atención con recursos disminuidos impactando directamente en la calidad de los mismos. Este proceso abarca todos los niveles de atención, incluidas las unidades sanitarias, que si bien se contextúan en una declamada lógica que recupera la atención primaria y la promoción de la salud, en los hechos se traduce en una atención de bajo nivel de complejidad, escasas actividades de promoción

³ Respecto a las características generales de sector salud y las políticas del sector ver Pagnamento “Prácticas médicas y sectores pobres urbanos”.

de la salud y barrera de contención de ciertos problemas de salud para descomprimir la demanda hospitalaria.

Metodología

Se utilizó una orientación metodológica microsocia de corte antropológico que focalizó en la técnica de entrevista, ya que se considera que es la herramienta más apropiada tanto para acceder al universo de significado de los actores (permitiéndonos recuperar el saber, la experiencia histórica y la memoria) como para dar cuenta de las prácticas cotidianas pasadas, presentes y/o de terceros.

Se realizaron dos tipos de entrevistas; por un lado, entrevistas abiertas, semiestructuradas que permiten que los informantes puedan explayarse y expresar las asociaciones temáticas, cognitivas y valorativas; por otro, estructuradas de control de la información, tendientes a profundizar y ajustar la información recabada.

En un primera instancia se seleccionó un grupo de mujeres para realizar las entrevistas en función de las 100 encuestas realizadas en el año 1994. El criterio de selección se basó en la situación de vulnerabilidad en cuanto a la infraestructura de la vivienda y la situación laboral (trabajo extradoméstico y no trabajo extradoméstico) de la informante. El objetivo era conocer las representaciones (percepciones, priorizaciones e interpretaciones) respecto a los problemas de salud-enfermedad, las prácticas orientadas a resolver esos problemas y las valoraciones respecto del proceso de atención. (ver trabajos diana)

Se tomó a la mujer como informante clave por ser la principal responsable de las tareas cotidianas vinculadas al mantenimiento y reproducción de los miembros que componen la unidad doméstica y, por lo tanto, posee un conocimiento totalizador acerca de lo que allí sucede. Entre las tareas asignadas socialmente a las mujeres se encuentra la detección, diagnóstico y atención de daños, padecimientos y enfermedades del conjunto de la familia, como también la toma de decisiones con respecto a qué hacer ante éstas: consulta médica, no médica, autoatención y / o no atención.

Varios autores señalan que es la mujer (madre o figura femenina sustituta) la principal responsable en el tratamiento de las cuestiones de salud y enfermedad. Son ellas quienes valoran y evalúan las condiciones de salud tanto suyas como las de sus hijos y toman la decisión de emprender determinados tratamientos considerados necesarios para cada caso de enfermedad.

Tal como plantean Prece et. al. (1996), el discurso femenino excede las representaciones y vivencias individuales y se transforma en vehiculizador de toda una visión de mundo del grupo familiar y del sector social de pertenencia.

Posteriormente se entrevistó al total del personal de una de las unidades sanitarias de Punta Lara ("El Molino") y se aplicó una entrevista estructurada a un grupo de profesionales y técnicos de otras unidades sanitarias, con el objeto de indagar las representaciones y prácticas que los profesionales del área salud construyen respecto a la concepción de enfermedad, sus respuestas en términos de caminos terapéuticos, sus representaciones acerca del paciente y la relación que con éste entabla.

Se consideró que si bien el ejercicio de la práctica médica asume características generales que la definen e identifican como práctica científico –técnica específica, a la vez asume ciertas particularidades relacionadas con el contexto específico en que se desarrolla viabilizando su reproducción e incluso su cuestionamiento aunque dentro de ciertos límites institucionalizados.

Algunos lineamientos teóricos y análisis de las entrevistas

Nuestro abordaje de la problemática salud- enfermedad recupera una línea de investigación desarrollada en antropología y salud⁴, que propone y postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no como fenómeno meramente biológico que atañe a los individuos.

De esta manera, sostenemos la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico, donde los procesos sociales transforman de un modo complejo los procesos biológicos humanos. Al decir de Laurell (1982), "... el mismo proceso biológico humano es social". Es social porque no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico.

Recuperamos como categoría de análisis el proceso de salud-enfermedad-atención (incluida la no atención) ya que permite, al mismo tiempo, dar cuenta de la unidad entre la salud y la enfermedad como momento de un mismo proceso y entender la salud y la

⁴ Se recuperan aportes teórico-metodológicos desarrollados por la Medicina Social Latinoamericana a lo largo de los 70, por Eduardo Menéndez y por el grupo de Antropología y Salud de la U.B.A., entre otros.

enfermedad como proceso social e históricamente determinado por las condiciones de vida y trabajo de una sociedad dada.

Siguiendo a Laurell (1982), entendemos por salud-enfermedad el modo específico como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades, esto es, la enfermedad.

Esta categoría de análisis permite romper con aquellas concepciones propias y/o derivadas del campo médico que conciben la salud y la enfermedad como problema y responsabilidad de individuos y abordar la problemática desde una visión que enfatiza el carácter colectivo de dicho proceso.

Esto implica que nuestro objeto de estudio se ubica a nivel del grupo, de un grupo construido en relación con sus características sociales, es decir, por el lugar que ocupa en la estructura social y las condiciones de vida asociadas.

De esta manera, consideramos que los procesos de salud-enfermedad-atención son emergentes de las condiciones económicas, políticas y sociales; al mismo tiempo, objeto de construcciones de representaciones y prácticas realizadas por los conjuntos sociales incluidos los especialistas (médicos, paramédicos, curadores), que posibilitan su reconocimiento, definición y los modos de organizar su atención.

Desde esta perspectiva se distinguen tres dimensiones de análisis en los procesos de salud-enfermedad-atención: las manifestaciones biológico-psicológicas; la económico-política y la de construcción social (Menéndez, 1988; Grimberg, 1993).

Esta última dimensión hace referencia a la construcción de representaciones y al desarrollo de prácticas por parte de los diferentes actores sociales en torno a la salud y enfermedad, así como a la idea de su condicionamiento recíproco. En este proceso de construcción de representaciones y prácticas operan mecanismos de apropiación, reelaboración y reinterpretación, tanto desarrollados por el campo médico como por los diferentes actores sociales.

Centramos nuestro análisis en esta dimensión de los procesos de salud-enfermedad-atención (incluida la no atención), considerando que las prácticas y representaciones que los grupos sociales construyen respecto de la enfermedad constituyen un aspecto fundamental de la reproducción social, permitiendo comprender cuáles son las estrategias implementadas para controlar la enfermedad, evitar la muerte y mantener la salud.

De allí que nuestro interés se centra en conocer y analizar las representaciones y prácticas respecto de la enfermedad recuperando relacionadamente el saber, las propuestas y las prácticas (modos de acción) del conjunto de los sectores sociales involucrados, incluidos los especialistas ya que nos permite poner de manifiesto la existencia de situaciones conflictivas, limitativas y/o de dominación interna.

Para analizar la construcción médica de la enfermedad debemos considerar lo que hace a la dimensión de la medicina científica: en particular la construcción de sus explicaciones y formas de acción respecto de la "enfermedad" que han devenido hegemónicas en el curso de la historia de nuestra sociedad. La ubicamos entonces como una construcción social, producto de procesos económico políticos y sociales particulares.

La teoría médica históricamente se ha estructurado alrededor de la patología y la anatomía patológica, rechazando la idea de causalidad social de la enfermedad (Berliner, 1988). Lo biológico aparece como el factor que garantiza la cientificidad a la vez que subordina a otros posibles niveles explicativos. Lo social es considerado no-científico y es excluido o al menos subordinado a otros elementos explicativos, así, en los casos en que se manifieste de manera insoslayable, será disuelto tratándolo como un factor más entre otros o subordinándolo a lo psicológico (Menéndez, 1978).

La profesión médica tiene la pretensión de abarcar la jurisdicción de la designación de la enfermedad y todo lo que pueda estar relacionado con ella, independientemente de su capacidad para tratarla efectivamente. Se da por sentado que la enfermedad tiene una base biofisiológica u orgánica, sin embargo esto no es condición necesaria para que algo sea definido como enfermedad. Se trata más bien de una reinterpretación de desviaciones humanas que no siempre recibieron esta significación con lo cual puede plantearse que la medicina opera como forma de control social (Conrad, 1982): la enfermedad altera la vida cotidiana, impone obligaciones, define roles sociales y la medicina es una de las instituciones encargadas de reestructurar el orden social. Por otra parte, cuando algo es llamado enfermedad en el espacio social se desencadenan consecuencias independientes de la condición biológica del organismo, "influyen en el comportamiento de las personas, las actitudes que adoptan ante sí y las que los demás adoptan ante ellas" (Friedson, 1980).

Siguiendo a Menéndez, entendemos por modelo médico hegemónico al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados históricamente por la medicina científica occidental la cual logró identificarse como la única forma legítima de atender la

enfermedad. Algunos de los caracteres de este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo, y eficacia pragmática.

El modelo alternativo subordinado está integrado tanto por prácticas que son reconocidas generalmente como 'tradicionales' y por prácticas alternativas que se han ido constituyendo como dominantes y que son derivaciones o emergentes del modelo médico hegemónico, y que sintetizan y transforman las prácticas tradicionales. Bajo este modelo se agrupa la medicina curanderil urbana, las prácticas espiritistas, la quiropraxia, entre otras. O sea, se trata de prácticas que constituyen opciones institucionales que el modelo médico hegemónico engloba y a las cuales subordina ideológicamente.

El modelo de autoatención se basa en el diagnóstico y atención -prevención- llevados a cabo por la propia persona o personas pertenecientes al grupo familiar y/ o a los distintos grupos comunitarios y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Supone tanto la realización de acciones "conscientes" de no hacer nada, como el uso de recursos con cierto grado de complejidad. La autoatención constituye la primera actividad asistencial que realiza el grupo y que luego puede o no continuarse con otros tipos de atención, los cuales varían según las condiciones de enfermedad y el tipo de cobertura existente. O sea, la práctica de autoatención supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico/familiar.

Dentro de los procesos de autoatención incluimos en el análisis tanto las prácticas de autocuidado como las de automedicación. Cuando hablamos de prácticas de autocuidado hacemos referencia a todas aquellas acciones que el/los sujeto/s realizan orientadas a evitar o prevenir los daños, molestias y problemas; la automedicación refiere a un proceso de autoatención cuyo objetivo es abatir, limitar y dar solución en forma definitiva o transitoria a los padecimientos, daños y/ o problemas. La automedicación supone el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento y la administración tanto de sustancias, acciones físicas, procedimientos mentales, donde incluimos los medicamentos generados a partir de investigación científica sean estos de venta libre o no.

La construcción social de la enfermedad

La visión de las mujeres

Entre los sujetos que concurren a las unidades sanitarias la enfermedad se relaciona e interpreta como una ruptura en la cotidianeidad, ruptura que no sólo implica el no poder trabajar y sus consecuencias, sino que también afecta la organización y el trabajo dentro de la unidad doméstica

“... no puedo hacer lo que tengo que hacer...si lavo mucho me agito, me canso me agito, me empieza agarrar una fatiga y eso me hace sentir peor porque no me gusta ser inútil, (...) no me gusta ser un estorbo, un clavo para los demás.”

“... cuando uno está bien, yo vengo del trabajo y me pongo a limpiar, a lavar, atender a los chicos y estando enferma no (...) uno se siente mal estando enfermo, sabiendo que no se puede depender de uno mismo”

“... si estoy enferma en cama me molesta porque es como si estuviera inservible, inútil, como un trazo (...) (...) estar enferma que uno tiene que depender de los demás a mí no me gusta (...) (...) saber que le están haciendo las cosas porque no puede moverse, no puede levantarse no sé pero...”

Designar la enfermedad como ruptura de la cotidianeidad y asociarla con el no poder trabajar dentro y/o fuera del hogar, no implica que estos sectores no perciban y reconozcan la existencia/presencia de dolencias, malestares y padecimientos que les producen cambios tanto corporales (en el sentido físico-biológico) como anímicos, pero que les permiten de alguna manera poder continuar con las distintas actividades cotidianas, preferentemente aquellas relacionadas con el trabajo.

Como señala Grimberg (1991), la percepción de molestias, dolores y otros síntomas no supone desde el reconocimiento de los sujetos una inmediata constitución en “síntomas”, no es una relación lineal. Entre la percepción de procesos orgánicos y su configuración en “síntomas” media un proceso complejo que comprende operaciones como identificar, diferenciar y sobre todo atribuir sentidos, esto es significar. La significación e interpretación de síntomas⁵ está directamente relacionado con la representación construida por el grupo respecto al cuerpo y la enfermedad.

El estar enfermo se relaciona con la incapacidad de valerse por uno mismo, se asocia con el reposo, el tener que estar en cama, el depender como adulto de otro/ s. Desde esta significación, se construye la distinción y categorización de padecimientos leves y agudos, en donde hay algunas dolencias que son signadas como pasajeras o que se pueden “aguantar” y son excluidas discursivamente del universo de la enfermedad.

⁵ Los síntomas son las sensaciones que el individuo experimenta y expresa en palabras.

La situación laboral (poseer trabajo ya sea formal o informal) y el ciclo de vida familiar son dos de los elementos que están marcando el lugar del cuerpo y de las dolencias y posicionan la salud/ enfermedad como un bien negociable, ubicado en un proceso signado por múltiples restricciones, desde las que se construyen estrategias que adquieren su lógica en términos del mantenimiento y reproducción del grupo doméstico.

Los daños, molestias y/ o enfermedades fueron nombrados por las informantes según las categorías médicas con que habían sido diagnosticadas en determinados momentos por los especialistas; también utilizaron la terminología médica cuando designaban autodiagnósticos.

Entre los padecimientos y dolencias que las mujeres enuncian más frecuentemente se encuentran las afecciones respiratorias (fiebre, anginas, gripes, bronquitis), dolores (en los huesos, columna, espalda, cintura, articulaciones), problemas de presión, diabetes, problemas del corazón (taquicardia, presencia de soplo), visuales, hepáticos, (hepatitis, hígado cirrótico). También mencionan la presencia de problemas que rotulan como de carácter psicológico (se menciona la angustia, nervios), los cuales fueron vinculados/ atribuidos a la situación económica de la familia. La presencia de estos padecimientos se señala tanto en hombres como mujeres.

Las gripes y resfríos son mencionados como padecimientos frecuentes y recurrentes y tal vez por constituirse en algo "normal" se les resta importancia. Son considerados como padecimientos que aparecen en invierno y se los vincula con las condiciones del medio: frío, neblinas y humedad propias de una zona costera (ubicada frente al río de La Plata). Su origen es asociado a las variaciones climáticas y a "no cuidarse" ante los cambios de temperatura (por ejemplo desabrigarse).

En los testimonios recogidos las mujeres señalan ciertas sensaciones que caracterizan la presencia de una angina y /o de una gripe. En algunos relatos pudimos apreciar que a partir de determinadas sensaciones diferencian uno y otro padecimiento: con las anginas se indica la presencia de dolor/ ardor en la garganta, pérdida de voz, dolores corporales como así también decaimiento, diferenciándola de la gripe. En muchos casos impide continuar con la rutina durante un período de tiempo (cuatro días a una semana).

" (...) con las anginas siento como si me hubiesen matado a palos, molido a palos, tengo un dolor en el cuerpo (...) y por supuesto, el dolor de garganta que no puedo ni tragar saliva".

en referencia a las anginas: " (...) viste que no tenés ganas de hacer nada, que te sentís decaída qué sé yo que no es lo mismo(...) (...) cuando, viste, te agarra algo, un dolor de cabeza,

una angina o fiebre que no sabes porqué te tira a veces, te cae o sea no tenés, no te sentís bien, no tenés ganas de hacer nada (...)

"(...) en invierno yo estoy engripada siempre. Gripe eso sí, acá no se salva nadie de la gripe (...) yo vivo engripada, te digo la verdad vivo engripada (...) siento decaimiento, dolor de cabeza, resfrío, todo eso (...) La gripe no te deja hacer nada, porque como te duele la cabeza, te duele todos los huesos, en realidad no te deja. Tres, tres o cuatro días andas mal pero después se te va, pero tengo gripes seguidas."

"(...) cosa sin importancia por cambio de tiempo, porque me levanto descalza por ahí con el frío y sí me agarran [las anginas], pero 2 o 3 días. Anginas normales, digamos, no una angina roja ni una angina infecciosa, ni nada de eso... "

La consulta al médico se realiza en caso de que se presente alguna complicación (fiebre persistente, dolores inusuales), para buscar medicamentos (antigripales), cuando los afectados son los niños pequeños. Hay un "savoir faire" producto de la habitualidad y de las indicaciones recibidas en otras oportunidades (reposo, infusiones calientes y aspirinas para bajar la fiebre o menguar el malestar).

También fueron mencionados por los informantes la presencia de trastornos y/ o problemas óseos, donde se incluyeron malestares en la columna, cintura y miembros (brazos y piernas). Este tipo de padecimientos fueron atribuidos tanto al tipo de actividad laboral (trabajos pesados y/ o de fuerza que realizan tanto los hombres como las mujeres) como a las condiciones en que las mujeres efectúan las tareas domésticas, en especial determinadas actividades como por ejemplo el lavado de ropa a mano (incluida la ropa de cama: frazadas) de todo el grupo familiar, etc. Manifiestan, además, la influencia en estos padecimientos del tiempo que llevan realizando tareas que implican fuerza y desgaste físico.

respecto al dolor de huesos en una mujer que amasaba pan para vender: " (...) yo tengo que estar haciéndomelos sonar continuamente es una cosa, eso es, hacerme sonar las articulaciones eso siento en los huesos (...) me duele, me duele, hay días que no duermo de noche, no duermo del dolor de hueso (...)

respecto al dolor de cintura: " (...) cuando me agacho, o sea que ya estoy mucho tiempo fregando algo, cuando me tengo que levantar me tengo que traer una silla porque no puedo levantarme"

respecto al dolor de cintura del jefe de familia " (...) porque el trabajaba muy chiquito con el padre que es pocero y abrían zanjas en invierno en verano (...) yo pienso, que eso de tantos años le está achacando algo (...)"

" (...) me dijeron que solamente fue un mal movimiento que hice... una contractura [porque] cuando se terminaba la feria, juntamos todos los cajones y alcanzábamos los cajones con verduras (...) cuando me quise levantar empecé con dolor de espalda..."

[respecto al dolor de espalda y cintura] " (...) no sé si es tanto que ando con los chicos de aquí para allá en brazos (...) porque ellos [los hijos] por ahí que quieren upa, sí vamos a algún lado, si vamos al Hospital de Niños, yo esas cuatro cuadras que me bajo del micro la tengo que llevar alzada, hay veces que tengo que andar alzada todo el hospital"

En cuanto a los modos de actuar ante los diferentes daños y/ o enfermedades, en general lo que pudimos registrar es que predomina la utilización del modelo médico y el modelo de autoatención. Este último, aparece como una práctica predominante en aquellos padecimientos relacionados con las vías respiratorias, en especial ante la presencia de gripe y angina, las que a su vez son reconocidas como habituales.

El proceso de autoatención (y de automedicación) se fundamenta por un lado en la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afectan a los miembros de las unidades domésticas/ familiares; por otro lado, en la necesidad de establecer acciones inmediatas que den una solución, por lo menos provisoria, a dichos episodios tanto en términos de cura como de mantenimiento.

Es común la utilización de medicamentos que se posee, de aquellos que se promocionan por los medios de comunicación⁶ o consumir remedios y/ o implementar diferentes formas de autocuidado recomendados por vecinos, amigos y/ o familiares.

" (...) y bueno, me hice yo, me curé yo con té con limón, Desenfriol, todas esas cosas que venden, viste, y me levanté (...) Desenfriol para el dolor de cabeza, del cuerpo, viste, (...) vos vas y comprás un Desenfriol o un Grispan, no sé cómo se llama. Me tomé cuatro, tomaba uno por día y me curé "

" (...) Bayaspirina, té con limón y se me cura (...). Siempre que tuve gripe lo hice (...) sí, té con limón, Bayaspirina se me pasa (...)"

"(...) nada, a veces tengo remedios y los tomo viste. Bueno, tomare un geniol algo (...) nada, y bueno, tendre 2 o 3 días de cama (...) tomo un remedio o sino me acuesto un día o dos (...) puedo tomar un jarabe para la gripe ese de la gripe que sale en la TV, antigripal, ese, ese que viene en cajita . (...) fui y lo compre en la farmacia (...) lo compre y listo (...) porque yo lo probé, te lo venden en la farmacia si es para la gripe"

"(...) tomo geniol, o novalgina en jarabe o pastilla como no sale mucho me compro dos o tres acá en el kiosco."

respecto a la fiebre: "(...) a veces cuando tengo el mal tomo alguna aspirina así (...) se me pasa así no más (...) no fui a ningún lado se me pasa solo, no sé"

respecto al dolor de huesos: "(...) los huesos me duelen muchísimo y me los hago frotar con Maicena hasta hacerme sonar los huesos (...) es una cosa que me los froto para, es como que me tranquiliza (...) me pongo la Maicena y hago esto (...)"

Entre las diferentes prácticas que se despliegan se recuperan y repiten tanto viejas recetas aprendidas, en circunstancias pasadas, en el ámbito de la consulta médica como aquellas que fueron vivenciadas e internalizadas en el propio grupo familiar (en el hogar 'paterno'). En ambos casos, lo que se valora es la eficacia de las mismas en relación al tiempo de reposición y a sus resultados inmediatos.

"(...) Yo he visto que ellos (la familia) tomaban cuando estaban resfriados, así con gripe y agarramos esa costumbre. Me da resultado sí, porque son tres días nomás que lo tomo y ya

⁶ Vale hacer notar que es frecuente durante la época invernal las propagandas televisivas y callejeras de diferentes productos para los resfríos y gripes (sociedad medicalizada)

estoy bien después (...), me siento bien tomando eso me siento bien y para que voy a ir al médico”

Entre quienes presentan algún padecimiento crónico, la irrupción del mismo lleva a desplegar en primera instancia todos los recursos que se poseen y ya se conocen -por experiencias previas- antes de recurrir a la atención médica. Se trata de resolver el problema en la casa, por ejemplo a través del uso de aparatos propios –nebulizador - y el consumo de medicamentos que se poseen (de uso habitual). Pero si el cuadro clínico se complica o no se perciben mejoras se recurre a la atención médica.

“(...) me hago una nebulización sino es muy fuerte me hago una nebulización y por ahí pasa, y después a las tres horas me hago otra y pasa, a las cuatro horas estoy bien. Pero llego un momento que la nebulización te hace nada, no te hace nada todo lo contrario y te ahogas más, hasta que tenés que ir al hospital si o si”

Respecto a la utilización de prácticas alternativas (modelo alternativo subordinado), algunas mujeres manifiestan un uso esporádico de las mismas, especialmente el uso y consumo de yuyos, mientras que otras lo rechazan.

Las mujeres que utilizan yuyos, lo hacen en forma de té para dolores de muelas, estómago e hígado. Estas mujeres, en general oriundas del interior del país o de países limítrofes, manifiestan usar los remedios caseros cuando no poseen dinero para adquirir medicamentos y en algunas situaciones en las cuales consideran ineficaz a la medicina oficial.

“(...) hacés té de Yanten y ese te calma el dolor de muela, te calma el dolor de estómago, el dolor de hígado, todo”

“(...) lo uso cuando veo que ya no, ponele ya no doy más sí. (...) cuando veo que no tengo plata o que no consigo por ningún lado los remedios (...)”

Entre aquellas mujeres que sí manifiestan usar prácticas alternativas a la medicina hegemónica, lo hacen en situaciones en que la prescripción médica no se puede cumplir o porque los tratamientos propuestos desde las medicinas alternativas son más económicos y/ o adecuados a las circunstancias que están viviendo.

Respecto al dolor de columna: “(...) yo fui a un curandero y me curó con una papa. ¿Qué dijo?, ¿Qué hizo? No sé, pero la cuestión que me curó. Me fregó con la papa... y ahí está, la papa se seco por eso me está empezando otra vez... (...) cuando yo no doy más de los dolores yo voy porque el médico me recomienda cama y lo último que me dio el médico era fisioterapia. No puedo hacer fisioterapia, una que es muy cara si yo voy hacer particular no la puedo pagar (...)”

Respecto a los tratamientos para adelgazar: “(...) ahora dije que no voy a tomar más pastillas, vamos a ver. Y a buscar otro método. No, tenía ganas de, de, volver, yo estuve mucho tiempo con acupuntura y bajé un montón de kilos con acupuntura (...) Me pone unas agujitas en partes del cuerpo que, según él, te tocan los puntos de la ansiedad. Nada más, no te dan

medicación, no te dan nada. Y ahora está muy de moda, los acupunturistas no solamente para adelgazar, para dejar de fumar, para los nervios, para la artrosis, para un montón de cosas... (...) Yo te digo: a mí me dio resultado, no sé si es la agujita, si es, sos vos que te ponés, ... a mí me dio resultado”

Respecto al homeópata “(...) algunos sí trabajan con hierbas naturales, otros son unas pastillas elaboradas y ellos te dicen que no tienen anfetamina, pero yo supongo que tiene, por que vos las dejás y es como que te inflás. (...) Así que no, algunos sí, realmente trabajan con hierbas medicinales, a base de gotas, depende, depende a dónde vayas, y algunos son de verdad, otros son truchos ...”

La atención médica hegemónica

El uso de la medicina hegemónica es también una práctica frecuente. Una vez que se ha decidido la consulta médica, se abren dos posibilidades de atención, la concurrencia al Centro de Salud o al Hospital. El camino que se elija depende de varios elementos que trataremos de describir y analizar.

Las mujeres señalan que cuando ellas y/o sus cónyuges se encuentran en situaciones límites - “en las últimas” - o cuando aparece algún síntoma que no se “sabe” qué puede ser lo que produce el malestar, es cuando se recurre a la atención médica para, de esa manera, obtener la medicación precisa.

En ciertos casos cuando desde la unidad sanitaria se efectúan derivaciones, pedidos de prácticas clínicas específicas o la obtención de medicamentos se debe recurrir al Hospital Público de la zona. La decisión de continuar o no con las indicaciones médicas está condicionada por la situación económica por la que atraviesa la unidad doméstica.

“(...) yo tengo que ir a la Doctora pero tendría que haber ido con le resultado, la radiografía, y el resultado de allá del hospital San Juan de Dios, pero no puedo, no tengo plata (...) le voy a decir a la Dra. que no puedo ir (...)”

“(...) yo he ido por ejemplo a buscar remedios, antes te los daban en la Salita, ahora te hacen un papel para que vayas al hospital a buscarlo, jarabe, en fin, algo, y esas cosas no hay a veces... yo voy a la Salita para no gastar para el micro (...) te hace una receta la asistente social y ahí tenés que ir a buscarlo al Hospital y tenés que tener plata para el micro.”

En algunos casos donde el padecimiento es considerado “de por vida” se buscan diferentes formas para adquirir gratuitamente la medicación, las más frecuentes consisten en recurrir a la Unidad Sanitaria, al Hospital o a diferentes relaciones personales directas e indirectas para obtener muestras gratis. O sea, se recurre a diferentes redes barriales y profesionales. Cuando por estos medios no se logran resultados se suspende involuntariamente el tratamiento.

Otro de los elementos de decisión de concurrencia a las unidades sanitarias consiste en la evaluación positiva de la atención recibida que descansa en la relación que se construye entre el paciente y el médico. El buen trato, el mutuo conocimiento y la comprensión son los puntos que destacan los pacientes. Por otra parte, tanto para los médicos como para los pacientes la cercanía de la Unidad Sanitaria y la evaluación respecto de las soluciones a los problemas de salud que llevaron a la consulta (sobre todo respecto a la posibilidad de conseguir la medicación o realizar los estudios pertinentes) son los puntos que se mencionan más frecuentemente al momento de evaluar la atención recibida.

Para los médicos la "buena" relación médico/ paciente direcciona la elección que se hace de un profesional:

"... cuando hay una buena relación con cualquiera de los profesionales...van un poco al profesional...por la buena relación, por la predisposición que tienen...acá la atención es bastante personalizada porque, digamos, no atendemos al número cuatro, al número cinco, sino que 'Ah!, Juancito, el hijo de fulanita'..."

Los médicos rescatan la "atención personalizada" comparándola con la de los hospitales que encarnan una visión burocratizada de la atención médica. Esta supone que el médico "conoce" al paciente no sólo desde la enfermedad que padece sino que puede, en cierto sentido, considerarlo como sujeto social: se recupera el "entorno social del paciente" y con él la posibilidad de operar el proceso de conocimiento/ desconocimiento de lo social en relación a la enfermedad. La negación de la determinación de los procesos sociales por parte del modelo médico hegemónico, no significa que estos no puedan ser tomados en cuenta.

Las ventajas de la atención personalizada, mencionadas por los médicos, abarcan la posibilidad de "seguimiento" del paciente y la orientación respecto de diversos problemas de salud, e influyen en los caminos terapéuticos. Este tipo de atención abarca también la consulta de "pacientes sanos" que acuden "para conversar" y quedan fuera del área de acción de la medicina que se ocupa prioritariamente (si no únicamente) de los aspectos biológicos de la enfermedad.

"... hay pacientes que están sanos y por ahí necesitan que alguien los escuche, entonces vienen ... cosa que normalmente no haría de acudir a un hospital ... eso no se hace ... tienen otro vínculo, acá hay más confianza con el médico..."

"... hay una cierta continuidad de años que se viene atendiendo, o sea, hay todo un conocimiento general, uno no le preguntaría si tiene obra social porque ya sabe si lo tiene o no lo tiene, sabe si por ejemplo un medicamento no puede comprarlo..."

En cualquier caso el "entorno del paciente" constituye una fuente de "datos secundarios" para la explicación de la enfermedad: lo social, si se incluye, es tratado como una variable más entre otras a considerar incluida en una cadena multicausal que explica el proceso orgánico biológico buscado y encontrado por el médico.

Al considerar la mención de los médicos respecto de las enfermedades que se atienden más frecuentemente y sus causas, la mayoría señala que los motivos de consulta más frecuentes son los problemas infecciosos: respiratorios (gripes, angina, neumonía) o de otro tipo (infecciones urinarias); parasitosis interna y externa (parásitos intestinales, piojos, sarna); asma; alergias; hipertensión; diabetes; hipercolesterolemia; gastroenteritis; vómitos y diarrea; y enfermedades infectocontagiosas (varicela, sarampión, rubeola, paperas) en niños y adolescentes.

En cuanto a las causas de las enfermedades, se destaca la mención de la contaminación ambiental, la carencia de recursos económicos (en relación a la alimentación y la vivienda) y pautas negativas de higiene. Estos constituyen "factores" que en distinta medida confluyen para desencadenar los procesos biológico-patológicos. Lo que aparece aquí es un acercamiento a la tríada agente/huésped/medio ambiente de la epidemiología, esta forma de concebir y definir la enfermedad permite a la medicina la recuperación, total o parcial, de una forma de explicación que no encuentra mayores contradicciones con los rasgos dominantes del modelo médico hegemónico.

Los propios médicos en su práctica, sobre todo aquellos que atienden poblaciones de bajos recursos, manifiestan un esfuerzo por incluir "lo social" para explicar los malestares, padecimientos, y problemas de salud de la población que atienden, construyendo una relación de multicausalidad que permite considerarlo sin excluir la determinación de lo biológico.

"...hay muchos alérgicos acá...siempre son varios los factores que influyen, pueden tener un antecedente genético y después agregarse todo lo que es lo ambiental, la humedad, el clima, la polución y el lugar donde viven... se inunda muchas veces"

"...hipercolesterolemia, índices altos de colesterol...falta el seguimiento de una dieta, comen lo que pueden..."

"...las principales patologías dependen por supuesto de los grupos étnicos, pero siguen siendo, por ejemplo, las crónicas en el caso de los adultos, problemas cardiovasculares, respiratorios, patologías estacionales, por supuesto que se dan en chicos también, los problemas respiratorios en invierno y los problemas de diarreas en verano..."

"...hipertensión arterial, enfermedades pulmonares porque hay muchas, relacionadas con el tabaquismo, enfermedades digestivas...algunas relacionadas con el alcoholismo, otras con los malos hábitos de alimentación... por ahí no son dietas balanceadas, muchos guisos, relacionado con el problema económico...enfermedades de piel, pero yo creo que está relacionado con la suciedad..."

"... infecciones urinarias...yo lo atribuyo mucho a falta de higiene y promiscuidad..."

"...parasitosis...no la pueden combatir...por ahí no toman la medicación o no la toman como corresponde..."

La enfermedad aparece asociada a factores externos (medio ambiente, condiciones de vida, hábitos negativos, etc.) que desencadenan los procesos netamente biológicos que entran dentro de la égida de la medicina, es decir aquellos sobre los que la medicina científica reivindica su legitimidad tanto para definir la enfermedad como para actuar ante ella. Estos "factores externos" a lo biológico, ubican la línea que responsabiliza al paciente tanto de sus padecimientos como de su salud, quedando en manos de los médicos el área de lo biológico que constituye el ámbito "neutral" y científico de su práctica.

Comentarios finales

Comparando los padecimientos mencionados por los médicos y por la población entrevistada surgen coincidencias y también discrepancias. Entre éstas últimas encontramos que los problemas de parasitosis en general no son mencionados por las informantes a pesar de que, según los médicos, constituyen uno de los más frecuentes problemas de salud. Los médicos explican esta situación por la naturalización de esa situación:

"...la gente detecta la enfermedad por supuesto porque ha perdido la salud, pero no se preocupa a veces por cuidar la salud...incluso hay ciertas cosas que a veces las toman como naturales o normales, por ejemplo el caso de los parásitos..."

Los problemas óseos mencionados por la población casi no son señalados por los médicos. Tal vez la desestimación de los "dolores" como "enfermedades" pueda explicarse por la ausencia de agentes biológicos (virus, procesos físico químicos, etc.) que expliquen el desencadenamiento del padecimiento. Si la medicina manifiesta como uno de sus rasgos fundamentales el biologismo, esta desestimación puede expresarse en la consideración y atención que se preste a las demandas de los pacientes. Esto también está condicionando la búsqueda de formas alternativas de atención, en donde lo que se privilegia es su eficacia en términos de reposición y el menor costo económico de la prestación.

También debemos considerar que la asignación médica de cierta enfermedad involucra la relación médico paciente que puede describirse como una relación de subordinación social y técnica, sin embargo su caracterización exige considerar que junto

a la tendencia a la subordinación, como en toda relación social supone un espacio de negociación y de elecciones más o menos determinadas. La relación médico paciente supone la consulta puntual (cara a cara) por un padecimiento en la que se "negocia" la "enfermedad": algunos autores han señalado que el médico interpreta los síntomas y las descripciones que proporciona el paciente y entre ambos se llega a un acuerdo respecto del padecimiento, y podría plantearse que también negocian los caminos terapéuticos según las posibilidades y condiciones socioeconómicas de los pacientes.

Así, por ejemplo, acudir en búsqueda de una medicación, sea interpelando o no a los médicos, para algún problema (que algunos médicos refieren como automedicación), supone un saber respecto del padecimiento y de las formas de actuar ante él que ha sido forjado en la propia historia de vida del "paciente" (referida a sí mismo u a otros sujetos) en la que seguramente se combinan distintas formas de atención médica, entre ellas la hegemónica.

El saber de los conjuntos sociales, que los médicos procuran "desconocer" reclamando el control sobre el saber y las prácticas referidas a la enfermedad, se halla en la base de las estrategias construidas para enfrentar y en lo posible solucionar los problemas de salud: buscar una medicación específica, pedir una segunda opinión profesional, decidir a qué médico consultar (sea clínico u especialista, en el ámbito de la sala o del hospital), recurrir a otros curadores (por ejemplo, el curandero en el caso de los dolores de huesos), o simplemente no consultar al médico y atenderlos en el ámbito doméstico, redes familiares o de amistad.

Bibliografía

- BOLTANSKI, L. (1977): Descubrimiento de la Enfermedad. Ciencia Nueva S. A., Bs. As.
- BOLTANSKI, L. (1975) Los usos sociales del cuerpo. Ediciones Periferia, Bs. As.
- CONRAD, P. (1982): Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. Psiquiatría Crítica. La Política de Salud Mental. Editorial Crítica, Barcelona.
- EGUIA, A. (1994): Estrategias de reproducción social en sectores populares urbanos del Gran La Plata. Congreso de Antropología Social, Olavarría.
- EGUIA, A. (1996): "Estudio comparativo de las vías de acceso al consumo alimentario de familias pobres urbanas del Gran La Plata (1988- 1994): programas estatales, autoabastecimiento y redes de ayuda" Trabajo presentado en Estudios e Investigaciones, Revista de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, U.N.L.P..
- EGUIA, A. (1997): Participación económica y situación familiar en sectores pobres urbanos del Gran La Plata (Argentina): la visión de las mujeres. Congreso de la Latin American Studies Association, México.
- EGUÍA, A. (2000): Perfiles ocupacionales y reproducción familiar: cambios a lo largo de una década en tres barrios periurbanos de Ensenada (Argentina). Ponencia presentada en el XXII Congreso Internacional de la Latin America Association, Miami, Marzo 2000.
- FERREIRA, J. "Semiología del cuerpo" en Corpo e significado (Compiladora Ondina Fachel Leal). Ensaio de Antropología Social. Editora da Universidade. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.
- FRIEDSON, E. (1978): "La profesión médica". Peninsula, Barcelona.
- GRIMBERG, M. Proceso de salud-enfermedad-atención y Hegemonía. Documento de trabajo, ICA-UBA, 1992.
- GRIMBERG, M. La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica. En Cuadernos de Antropología Social Nº 5, Bs. As., 1991.
- GRIMBERG, M (1991): "Tradición obrera y cultura somática. El Procesamiento colectivo de un saber sobre la relación trabajo-salud entre 'los gráficos'". En Cuadernos Médicos Sociales N 57, Rosario.
- LAURELL, A. (1982): "La salud - enfermedad como proceso social". En Revista Latinoamericana de Salud, Nº 2.
- LAURELL, A. (1986): "El estudio social del proceso de salud - enfermedad en América Latina". En, Cuadernos Médicos Sociales Nº37, Rosario.
- MENENDEZ, E. (1992): "Reproducción social, mortalidad y antropología En Prácticas populares, ideología médica y participación médica". Aportes sobre antropología Médica en México. Universidad de Guadalajara. CIESAS,
- MENENDEZ, E. (1990): "Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica". Editorial Alianza, México.
- MENENDEZ, E. (1990): "Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones". Cuadernos de la Casa Chata N179. México
- MENENDEZ, E. (1990): "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud". Cuadernos de la Casa Chata N 86. México
- MENÉNDEZ, E. (1978): "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En Franco Basaglia y otros La salud de los trabajadores. Nueva Imagen, México.
- PAGNAMENTO, Licia: Práctica médica y sectores pobres urbanos. Ponencia presentada en el XXII Congreso Internacional de la Latin America Association, Miami, Marzo 2000.

PRECE, G.; DI LISCIA, M. H.; PIÑERO, L. (1996): "Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar". Editorial Biblos, Bs. As.

TERRIS, M. (1980): "La revolución epidemiológica y la medicina social" SIGLO XXI, México.

WEINGAST, D.: "Salud - enfermedad y trabajo en mujeres de sectores pobres del Gran La Plata" en: Sautu, R y et. al (Compiladoras) "Mujer, trabajo y pobreza en la Argentina" Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, Bs. As. , Argentina 1999.

WEINGAST, D.: "Significados y prácticas ante la enfermedad en un grupo de mujeres que viven en condiciones de pobreza" Actas del V Congreso Argentino de Antropología Social. Universidad Nacional de La Plata, Bs. As., Argentina 2000.