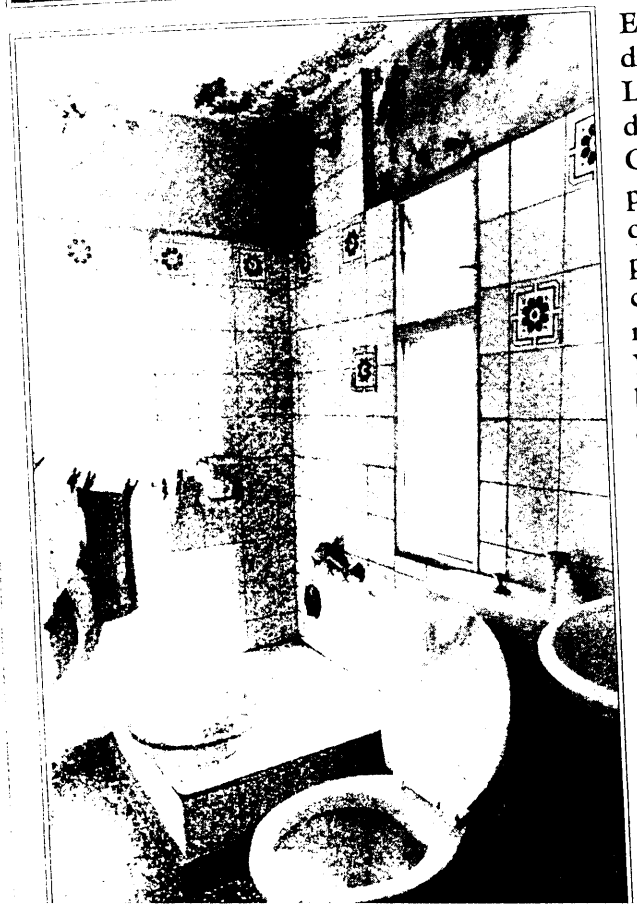
Minujin, A. y Kessler, G. "La nueva pobreza en Argentina"
Temas hoy. 1995. Bs. As

MEDICINA SOCIAL. V AÑO

MODULO VI

3. Empobrecimiento y salud

Foto: Violeta Carchak



En una entrevista para el diario *Clarín* (21.4.94), Luis Yanes afirmaba que en determinados sitios del Gran Buenos Aires las personas deben caminar de quince a veintidos cuadras para llegar a la parada de colectivos más cercana. "La movilidad —concluye Yanes— es un derecho básico, como la salud o la educación, pero en la práctica ese derecho no siempre está efectivamente otorgado"

La nueva pobreza aparece como una erosión paulatina y constante de diferentes aspectos de la vida cotidiana, hasta de los más íntimos. Pobreza privada, de puertas adentro, pequeñas miserias que en conjunto van

EL VALOR DE LA SALUD

La larga historia de su caída solía finalizar, en el relato de muchos de los nuevos pobres y empobrecidos que entrevistamos, con un resignado "... Y bueno, por lo menos hay salud...". Y sin embargo, esas historias habían enhebrado, entre otras cosas, evidencias del deterioro de la salud o bien la creciente preocupación por las secuelas que podían dejar en ella el sufrimiento y las tensiones.

La salud tiene una "ventaja" temible en un proceso de contracción económica: su elasticidad es casi infinita. ¿Qué quiere decir esto? Tomemos como punto de comparación a la educación: su elasticidad es mucho menor. Existen en la sociedad valores culturales muy difíciles de pasar por alto así como leyes —la obligatoriedad de la educación primaria— que nos enlazan fuertemente al sistema educativo, salvo casos de profunda marginalidad. Pero con respecto al cuidado de la salud no existen tales dispositivos legales ni tampoco valores sociales que nos impulsen a no descuidar la visita a los médicos, la prevención, etc., tan fuertes como en el caso de la edu-

cación. Por ende, el ajuste familiar afecta casi invariablemente a la salud de distintos modos; muchas veces llegando al punto de, como decía una entrevistada, "olvidarse de la salud, hasta que la salud tarde o temprano, se acuerda de uno...".

Una vez más aparecen las paradojas del Estado de Malestar. Cuando quienes atraviesan el duro trance de la caída necesitarían más que nunca la existencia de una "red de seguridad sanitaria" para prevenir y curar los eventuales problemas de salud que se originen en este tipo de experiencias, más desamparados se encuentran. No pueden seguir afrontando por su cuenta los gastos de la salud, el deterioro hospitalario se agudiza día a día y no existen políticas públicas al respecto.

Pero también en este área los nuevos pobres realizan dos movimientos simultáneos y de direcciones contrarias: a la par que recortan gastos y suprimen prácticas, van implementando nuevas formas de cuidar la salud, al menos en parte y por el tiempo que sea posible. Analizaremos en este capítulo qué es lo que sucede con la salud al empobrecerse desde dos perspectivas. En primer lugar, desde el empobrecimiento sufrido individual o familiarmente. Bajo esta mirada presentamos tres dimensiones: los *nuevos riesgos* que enfrentan las familias empobrecidas; los *nuevos usos de los servicios de salud* y por último nos referimos a *nuevas dolencias* detectadas en la población pauperizada. La segunda perspectiva nos sitúa en el empobrecimiento comunitario: el deterioro o supresión de ciertos bienes y servicios utilizados por toda la comunidad, como el transporte, el teléfono, etc., y su relación con el uso de los servicios de salud.

LOS NUEVOS RIESGOS

La acumulacion de riesgos

Una serie de procesos que actúan conjuntamente van conformando nuevas situaciones de riesgo para todo el grupo familiar. En primer lugar, al empobrecerse muchos pierden la cobertura médica: algunos por dejar de ser empleados; otros, que trabajaban por su cuenta y tenían cobertura privada, deben abandonarla por no poder seguir afrontando las cuotas. En algunos casos, si bien no han perdido la cobertura, la falta de dinero los va llevando a que por una u otra razón restrinjan las visitas al médico, los controles, chequeos de rutina, etc. Por otro lado, en muchos testimonios se evidencia la disconformidad de los asociados a algún servicio por el deterioro creciente de su calidad.

De manera paralela, al empobrecerse se limitan o directamente se suprimen actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud: menos actividades de ocio, menos deportes y menos vacaciones. Tampoco pueden seguir ocupándose como antes del mantenimiento de la infraestructura hogareña, y una casa en que los aparatos eléctricos o las instalaciones de gas empiezan a fallar, en la que hay vidrios rajados o puertas que amenazan caerse en cualquier momento, es un lugar propicio para todo tipo de accidentes.

La salud se ve amenazada también desde otro flanco: empobrecerse implica un sufrimiento y un estrés que, según los que pasaron por la experiencia, nunca antes habían conocido. Imaginemos una presión constante y creciente a lo largo de años, el temor a la pérdida del trabajo, la incertidumbre por el futuro inmediato, el aumento de las horas de trabajo o la doble, triple ocupación. Sin duda, se producirá un deterioro psíquico y físico. Muchos afirmaban haber empezado a fumar o aumentado el número de cigarrillos diarios, haber adelgazado o engordado inusitadamente, problemas de presión, insomnio, etc. Como decía la señora Cobas: "La pobreza no viene sola"...

Una vez más, la heterogeneidad: cada familia vive situaciones distintas, aunque también pueden existir grandes variaciones en el interior de una misma familia. Se observan diferencias significativas en el grado de cobertura de salud, la frecuencia de visitas a esos servicios y los factores de riesgo a los que se hallan expuestos padres e hijos o marido y mujer.

Encontramos familias en las que algún miembro tiene cobertura médica total; otros, ninguna, y otros, parcial. Algunas familias tienen cubiertos ciertos rubros médicos mediante su red social —con un nivel de calidad aceptable—, pero en otros rubros carecen de toda atención. Ciertos cuidados y servicios habituales —sobre todo en prevención ginecológica y bucodental— deben suprimirse y, en ese caso, la conciencia de su importancia parecería pasar también a un segundo plano. Dada la intemperie sanitaria, algunos optan por una contratación privada que, al menos, asegure la asistencia ante emergencias, como bien lo ilustra el auge de las empresas de ambulancias y servicios para dichas situaciones.

Mapa familiar de las situaciones de riesgo

Para ilustrar la problemática de la salud en la nueva pobreza, trazaremos para cada familia un "mapa de las situaciones de riesgo" con los datos sobre los niveles de cobertura de cada miembro, los rubros sanitarios que son motivo de atención y los que no, el tipo de síntoma que lleva a consultar a un profesional y el que o bien es pasado por alto o bien se resuelve por autodiagnóstico y automedicación, etc. A continuación veremos tres casos —tres familias— y sus respectivos mapas de riesgo. Cada familia tiene una situación distinta con relación a su cobertura médica: la familia Romero no posee ninguna, los Anderson tienen obra social, y Beatriz Rienzo se asoció hace poco tiempo a un servicio privado de bajo costo.

a) Familia sin cobertura médica

Composición familiar: padre, madre y tres hijos (7, 10 y 13 años).

Ocupación del padre: taxista.

Ocupación de la madre: venta domiciliaria de lencería y bijouterie.

Domicilio: Villa Lugano

– Sus referentes sanitarios son el Centro de Salud del barrio y el hospital Santojanni.

– Los hijos no concurren al dentista porque a la madre le da desconfianza el cuidado del sida en los hospitales.

– No hacen visitas periódicas al pediatra, por "falta de tiempo" y porque "los chicos no se quejan de nada".

– Alto nivel familiar de autodiagnóstico y automedicación.

– La hija de 10 años tuvo un accidente en una mano y se le indicó seguir un tratamiento kinesiológico de rehabilitación semanal de nueve sesiones. Abandonaron el tratamiento a la tercera sesión porque "por cada vez se perdía una mañana entera".

– La madre declaró que hace bastantes años que no realiza ningún control ginecológico, "porque en esas cosas no podés ir a un hospital, tenés que hacerlo por la propia...".

– El padre no consulta un médico desde hace aproximadamente ocho años. Afirma que va a ir "cuando ya no se pueda levantar para ir a trabajar".

– La madre resume en esta frase el porqué de su casi total ausencia de los circuitos sanitarios: "Si llego a tener algo, mejor que no me entere, porque igual sin plata vas derechito al cementerio...".

b) Familia con obra social

Composición familiar: padre y madre menores de 35 años, con un hijo de 4 años.

Ocupación del padre: corredor de alimentos.

Ocupación de la madre: ama de casa.

Domicilio: Parque Patricios.

– A partir de un incidente sucedido dos años atrás, pierden toda confianza en su obra social y comienzan a utilizarla lo menos posible, sólo en casos de urgencia. Dejaron de llevar al hijo a controles pediátricos periódicos y sólo concurren frente a una enfermedad declarada.

– Los atiende un dentista privado, "cuando nos da el presupuesto".

– La madre acude una vez por año a una médica ginecóloga en forma privada. Como la médica es pariente, no le cobra y consigue que pueda hacerse ciertos estudios gratis o a muy bajo costo "en lugares de confianza".

c) Familia con cobertura privada de bajo costo

Composición familiar: madre separada, vive con su nueva pareja, sus dos hijos de 5 y 8 años y su padre.

Domicilio: Paternal.

– La madre sufre de asma y alergia. Tuvo una serie de crisis asmáticas en 1992 y por eso decidió asociarse a un servicio de ambulancias y atención primaria en emergencias, ya que "si uno llega con las ambulancias de ellos a un hospital, es más fácil que te consigan un lugar". Luego de una crisis tuvo que ser internada en el hospital Ferrer y quedó muy disconforme, decidió entonces aprovechar la "oferta" de un sanatorio privado y se asoció ella con sus hijos.

– Una vez asociada, trató de hacerse un chequeo general y, sobre todo, empezar a tratar su asma. El contrato tenía "muchas letras chiquitas" y comenzaron a surgir innumerables obstáculos para recibir cualquier prestación, el mayor de los cuales era que en la mayoría de los servicios le exigían algún tipo de arancel adicional. El resultado fue una serie de deserciones que siempre siguieron la misma dinámica: se visitaba un profesional para el diagnóstico (sin cargo), éste dictaminaba lo que había que hacer, surgían los aranceles inesperados y se producía la deserción.

– En cuanto a la salud bucodental, sólo estaba contemplada una caries por chico cada tres meses *(sic)*, por lo cual quedaron algunas sin arreglo. Los estudios ginecológicos también eran arancelados, pero de todos modos los estaba realizando. En cuanto al motivo principal de la contratación, el tratamiento del asma, se le habían prescripto muchos estudios pero, una vez más, no los podía hacer por el arancelamiento. La señora estaba indignada por lo que consideraba una estafa, pues en el momento de su incorporación al servicio no se le había informado sobre el arancelamiento. Había pedido una reunión con el supervisor y nos adelantó que pensaba abandonar el servicio.

La desercion sanitaria

La palabra "deserción" proviene del latín, "deserere", que significa "abandonar un lugar hacia un destino incierto". Este matiz se ajusta más a lo que les ocurre a los nuevos pobres y empobrecidos con respecto a áreas importantes de su vida —entre ellas, la salud— que el término que habitualmente se utiliza en ciencias sociales para nombrar el abandono de un espacio por otro: "salida". La idea de "salida" implica que existió la posibilidad de elegir, y no es ésta, precisamente, la situación del estrato social que estamos investigando.

La deserción sanitaria es otro de los riesgos que acechan a los nuevos pobres y empobrecidos. Hemos detectado tres tipos de situaciones diferentes de deserción, que a veces coexisten en una misma familia o en la misma persona:

1) Deserción en el transcurso de un tratamiento médico determinado. Hay muchos casos de abandono reiterado del tratamiento de una misma dolencia crónica. En general, se abandona el tratamiento al experimentar alguna mejoría y no poder seguir afrontando los gastos o el tiempo necesarios.

2) Deserción de toda la familia o de algunos de sus miembros en relación con ciertos cuidados médicos. La contracción económica implica la reevaluación y rejerarquización de cada uno de los criterios rectores del presupuesto familiar y a veces en este proceso de reordenamiento ciertas especialidades, sobre todo la odontología y la ginecología preventiva, pasan a un segundo plano y hasta

llegan a ser totalmente suprimidos de las prácticas sanitarias de la familia.

3) Abandono liso y llano por parte de algunos miembros de la familia de todo vínculo con los circuitos de salud: esto es bastante corriente en el caso de los hombres adultos sin ninguna cobertura social y con mucha carga laboral.

¿Qué lleva a ciertas familias a disminuir y hasta suprimir la relación con los circuitos sanitarios? ¿Con qué obstáculos tropiezan una y otra vez, hasta que deben interrumpir el tratamiento iniciado, muchas veces con consecuencias nefastas para su salud? No se trata por lo general de un único factor, sino de una combinación de algunos de los siguientes factores que, en conjunto, van alejando a los empobrecidos de los circuitos de salud.

a) Factores económicos.

"Lo gratis es menos gratis que antes" nos decía, preocupada, Alicia Comesaño, al calcular los gastos que le demandó una operación de apendicitis de su hijo en un hospital municipal. Es cierto: en los últimos años se ha difundido en determinados hospitales la práctica de cobrar aranceles por algunas prestaciones. Y esto, en un contexto de crisis, desalienta en muchos empobrecidos el uso general de los servicios. Se deserta de un tratamiento porque alguna fase de éste está arancelada (en los servicios públicos) o no está incluida en la cobertura social o prepaga. También algunas obras sociales han comenzado a arancelar y/o dejar fuera de cobertura ya sea algún servicio en su totalidad (terapias psicológicas, controles ginecológicos, odontología, radiología), ya sea determinadas prestaciones de ciertos servicios (por ejemplo, el arreglo de caries está cubierto, pero para un tratamiento de conducto hay que pagar un "plus"; las radiografías comunes están cubiertas, pero las tomografías, ecografías y otros métodos de diagnóstico de mayor complejidad son pagos, etc.).

En muchas obras sociales este tipo de servicios fueron desde siempre arancelados, la diferencia es que antes las familias podían afrontar esos gastos y ya no. En otros casos, muchos de los que en el marco de su cobertura pagaban aranceles diferenciales que les garantizaban gozar de servicios "como si fueran privados" (p. ej. atención en el consultorio y no en el sanatorio sindical, internación en lugares más confortables, etc.), abandonaron la institución cuando no pudieron pagar por los servicios preferenciales, argumentado que no les tenían confianza a los servicios "comunes" de la obra social. Se suma a esto la dificultad o imposibilidad de afrontar los gastos en medicamentos, si bien éstos gozan de distintos descuentos. Plagado de obstáculos, este camino no conduce hacia la salud sino, muchas veces, a la deserción, es decir, a ningún lugar...

... Los chicos por lo general van al hospital, no me gusta la clínica (de la obra social), dan muchas vueltas. Cuando vas a la guardia, no te atienden enseguida, el médico te dicen que no está, que está en otra cosa. Prefiero ir al hospital porque está todo más a mano. Ahí te sacan las placas, te hacen los análisis, en cambio, en la clínica, si no está la chica que te hace la orden, tenés que pagar y después te lo reintegran, pero si no tenés la plata en ese momento no lo podés hacer. Hacen muchas cosas para que trates de evitar la obra social.

b) Factores culturales

Tanto los hospitales como las obras sociales tienen, en su mayoría, mecanismos para eximir del pago a aquellos que así lo requieren, de modo que no siempre es lo económico la causa de la no concurrencia al hospital. Hay un factor sociocultural, muy propio de la nueva pobreza: los niveles de exigencia respecto de los servicios de salud, formados durante un pasado no pobre en el que tuvieron acceso a otros servicios médicos considerados de mayor cali-

dad. Esta es la clave: se percibe que los servicios a los que ahora tienen acceso o el estado en que se encuentran los servicios de siempre no alcanzan el nivel mínimo de confianza y seguridad exigibles. En efecto, aunque la preocupación por la salud era muy grande, no siempre implicaba mayores cuidados. Es más, a veces justamente esa alta preocupación sanitaria explica que se prefiera reducir al mínimo los contactos y hasta desertar totalmente, antes que correr los riesgos que ellos detectan en los servicios a los que deberían acudir. El miedo a las infecciones, al sida, al descuido y al maltrato, la desconfianza acerca de "lo que te hacen una vez aque estás ahí adentro", lleva a que cuando consideran que los servicios hoy a su alcance no cumplen los requisitos mínimos de calidad y seguridad, teman —literalmente—, más al remedio que a la enfermedad.

¿Cómo entender esta aparente contradicción entre preocupación y deserción? ¿Estamos ante parámetros de exigencia lógicos o ante prejuicios que como resultado van minando la salud? Muchísimos entrevistados sin cobertura médica expresaron que "antes de ir a un hospital me muero" y, efectivamente, ni ellos ni sus hijos los pisaban.

Los altos niveles de exigencia, lejos de impulsar un aumento de la calidad del servicio, contribuyen, por el contrario, al alejamiento y la deserción.

Circulan entre los nuevos pobres anécdotas sobre el desabastecimiento —real— que sufren los hospitales públicos (futuros operados que deben llevar al quirófano su propia gasa y algodón, interrupción de tratamientos por falta de elementos, etc.) y también terribles historias en las que la falta de presupuesto, un descontrol generalizado y la desidia de muchos prestadores desencadenaron situaciones que pusieron en riesgo la vida del paciente, riesgo que, en muchos casos, se concretó. Reciclaje de jeringas, insuficiente esterilización de los instrumentos quirúrgicos y bucodentales, sueros en mal estado, etc., el fantasma del sida y de otras infecciones mortales, van transformando —colmo de la perversión institucional— al lugar cuya función es restituir la salud del paciente, en un antro peligroso donde puede llegar a perder su vida.

Las críticas realistas se sobredimensionan por obra de los prejuicios provenientes de la visión generalizada que tienen los nuevos pobres de un mundo cada vez más inseguro y un Estado cada vez más ausente de donde solía estar y, en este caso, del hospital público. Las historias resultantes son altamente disuasivas, y alejan del hospital público a familias que hoy no pueden acceder a otros servicios de salud. La pauperización los hace necesitar más que nunca del Estado, pero éste aparece cada vez más lejano y menos confiable.

Esta situación es preocupante, y nos preguntamos qué perspectiva tiene. ¿La enfermedad será más convincente que los prejuicios o éstos contribuirán a la formación de franjas de la población con un cuidado cada vez menor de su salud?

c) El factor burocrático

Los nuevos pobres carecen de dinero y de... tiempo, un tiempo que cada vez se usa más en trabajar, y que constituye otro factor que inhibe el uso de los servicios de salud. Acudir a un servicio público —aunque en menor medida, lo mismo ocurre en las obras sociales— requiere a veces "perder" un día de trabajo. El cuentapropista no gana el dinero que recaudaría en esas horas, y a quien está en relación de dependencia se le descuenta el pago de las horas en que concurrió al servicio de salud si lo hizo sin tener parte de enfermo. En algunos hospitales es necesario llegar temprano a los consultorios externos porque se atiende a una cantidad limitada de pacientes y hay que sacar número; y en el caso de tratamientos de cierta duración, cada vez que se acude es imprescindible rehacer un circuito de trámites.

En el caso de los niños, la frecuencia de visita a los centros de salud está muy vinculada con la disponibilidad de

tiempo de las madres. En efecto, las madres que no trabajan o que trabajan por su cuenta tienen mayores posibilidades de sortear con éxito los inconvenientes arriba mencionados. En algunos hogares en los que el nivel de actividad laboral de la madre y el padre era altísimo, hemos detectado una reducción total de los cuidados médicos aun en el caso de los niños, adoptándose el criterio de que sólo se acude a los servicios de salud en caso de urgencia o necesidad extrema.

En el caso de los usuarios de obras sociales, muchos entrevistados se quejaban de un aumento de los trámites que debían hacer. No sabemos si es sólo una percepción social o si realmente los trámites se han complejizado. De todos modos, esta imagen actúa como factor de deserción, pues desalienta, ya que más trámites requieren más tiempo. Además, si falta cierta documentación (o dinero en efectivo cuando rige el sistema de reintegros) es imposible acceder a los servicios. Muchos usuarios consideran que esos trámites son en realidad innecesarios y los interpretan como trabas pensadas para desalentarlos en el uso de un legítimo derecho. Sospechan que para su obra social ellos y sus familias comienzan a ser "personas non gratas"; los obstáculos los llevan a dudar del servicio, de su calidad, seguridad y confiabilidad. Por esta línea de razonamiento van engarzando historias, rumores y temores que los van llevando a trazar cuadros de riesgo similares a los que veíamos con relación a los hospitales en el punto anterior.

Cuando yo trabajaba, el sistema de medicina de Osecac era bastante bueno. Teníamos sanatorios buenos. Después ha decaído muchísimo. Si conseguís un lugar para que te internen es bueno. Al nene lo tuve por Osecac: lo iba a tener en el Instituto Médico de Obstetricia y al final lo tuve en Mataderos porque tenían un conflicto con Osecac ese día y no me atendieron, de ahí me derivaron al Mitre y del Mitre, a Mataderos. Después nació el nene, lo atendí un año por Osecac, pero empecé a tener problemas porque primero lo atendía con un pediatra que después no atendía más. Lo máximo fue un día que el nene tenía 40 grados de fiebre y no pude conseguir que lo atendieran en ningún lado por la obra social. Fui al Garrahan, estuve tres horas y media en el Garrahan y no me atendieron, el nene se empezaba a poner morado y lo llevé a Casa Cuna y ahí me lo vieron. Decidí que prefería dejar de comer pero que iba a tener un lugar donde vaya corriendo y por lo menos en un término aceptable me atiendan...

Automedicacion

Otro factor que posiblemente implique importantes riesgos para la salud lo constituye un tipo de autodiagnóstico y automedicación bastante particular. En los sectores pobres estructurales existe desde siempre la misma costumbre, pero por lo general se concentra en un número limitado de diagnósticos y medicamentos. Un capital cultural bajo impone limitaciones a la decodificación que pueda hacerse de los signos de malestar. Esto es, al no conocer ni siquiera en teoría los síntomas de ciertas enfermedades, no pueden tampoco autodiagnosticárselas. Algo similar sucede con los medicamentos: al conocer una menor cantidad de la oferta que hay, también se autorrecetan un número bastante limitado de remedios.

Pero la situación es diferente entre los nuevos pobres. La posesión de un capital cultural más amplio permite una mayor "sofisticación" en el autodiagnóstico y automedicación, la que incluye no sólo medicamentos de uso general y libre, sino otros recetados para patologías más complejas. Además de su capital cultural, los sectores empobrecidos cuentan con un capital social que pueden utilizar para hacer efectivas este tipo de prácticas: la obtención de recetas por medio de profesionales conocidos de modo de acceder a remedios de venta restringida, como por ejemplo los psicofármacos. Algunas familias construyen verdaderos dispositi-

vos de automedicación, con una precisa adjudicación de roles. Por ejemplo, en una familia el hijo de 19 años, que cursaba el CBC (Ciclo Básico Común) de Medicina, era llamado por la madre "el médico de la familia", por ser el encargado de diagnosticar y medicar a todos.

Hay ciertas prácticas difíciles de tipificar. Véase el siguiente caso, contado por una madre, separada, con dos hijos de 5 y 9 años, que carecen de cobertura social:

Los llevé a una dentista cuando empezaron el colegio, a un consultorio particular, cerca de casa, para hacerles una revisación. La primera consulta la doctora no la cobraba, pero me dijo que había que ponerles un poco de flúor a los chicos: me salía 60 pesos los dos... Lo hice yo misma, porque hablando con otra gente me di cuenta de que era muy caro. Me dijeron que fuera por el centro, por ahí por la calle Junín, en donde están todas las casas de odontología. Fui, averigüé, compré lo que necesitaba, me costó 9 pesos... Lo hice yo. En el mismo negocio me vendieron unas cubetitas de telgopor, chiquitas, para que se las calzara ahí, arriba y abajo y que por dos horas no comieran, lo hice a la noche, después de la cena y los mandé a dormir.

¿Cómo caracterizar esta acción? ¿Como un ejemplo de racionalidad económica en tiempo de crisis —pues si no lo hubiera hecho ella, nadie habría fluorizado las dentaduras de sus hijos— o como un caso más de automedicación, con riesgos que los profesionales del área sabrán evaluar? Tal vez este caso en particular no revista mucha gravedad, pero sirve para pensar la perspectiva futura de este tipo de prácticas. Esta madre se ha sentido capacitada para fluorizar los dientes de sus hijos, pues consideró que el procedimiento era fácil y no creyó necesario investigar si, en manos de un lego, el proceso podía implicar algún riesgo. Pero ¿qué sucederá cuando otras demandas de la salud de sus hijos planteen la posibilidad de ser resueltas por ella misma? ¿La fluorización será el límite o, por el contrario, su éxito alentará la realización de nuevas prácticas de automedicación, hasta rozar riesgos mayores?

LOS NUEVOS USOS

Usuarios multiples

Muchas familias empobrecidas tienden a transformarse en usuarias múltiples de los servicios de salud. Una familia multiusuaria es aquella que combina la utilización de distintos tipos de prestadores; de carácter y calidad diversa. El uso múltiple se origina en un contexto de desajuste entre las expectativas y demandas de prestación y las posibilidades de acceso real más corrientes, sea el hospital público, la obra social y hasta algún tipo de cobertura privada. Entonces algunos empobrecidos, poseedores de un cierto capital social, activan sus redes de modo de poder obtener una atención sanitaria más acorde con sus demandas. Las familias multiusuarias, combinando prestaciones a las que acceden por redes y los servicios públicos o sociales a los que tienen derecho, elaboran dispositivos bastante complejos para el cuidado de la salud.

No debe pensarse que en la lógica del uso múltiple prime siempre la búsqueda de prestaciones privadas: los movimientos son complejos, hay desplazamientos en todas las direcciones. De lo que se trata es de buscar entre las posibilidades actuales las que provean el mayor grado de confianza y seguridad, lo cual no tiene que ver sólo con el sector privado. Por ejemplo, en un problema pediátrico de alta complejidad será mucho más buscado un "contacto" en el Hospital de Niños, en el hospital Garrahan o en el Hospital de Niños de San Isidro que un profesional privado. Es la figura del contacto la que cobra un lugar central: aquel que facilita el acceso a una prestación de mayor confianza y calidad que aquella a la que se podría acceder por los propios medios.

El contacto puede ser un médico propiamente dicho, un empleado administrativo de un hospital público, un visitador médico o un antiguo trabajador de una obra social. En un contexto de desconfianza e inseguridad, en el que se carece de la información necesaria para ubicarse en circuitos de salud casi tan temidos como la enfermedad, en el que no se sabe a ciencia cierta qué criterios adoptar en un mercado de salud históricamente fragmentado, el contacto tiene un rol clave: no sólo actúa como facilitador efectivo de la prestación sino que otorga el plus de confianza imprescindible para inclinar la balanza hacia alguna de las opciones. Una señora cuya cuñada integraba el personal de limpieza en un hospital del conurbano decía:

Yo, antes de que cualquier médico o enfermera les ponga una mano a mis hijas, consulto con mi cuñada: ella me dice: "Con ése sí, que es amoroso; con ése, ni loca, que es un carnicero...".

El uso múltiple y la deserción sanitaria aparecen en un contexto similar. Uno y otra no son por definición excluyentes en el interior de una misma familia: hay casos, por ejemplo, en que algunos miembros son desertores totales y otros son usuarios múltiples, entre otras variantes. Pero en términos generales, en familias cuya pobreza actual es más profunda o que provienen de orígenes más modestos —ex pobres estructurales que recayeron en la pobreza—, por lo cual el capital social que poseen es más exiguo, se observa una mayor tendencia a la deserción, mientras que, por el contrario, el uso múltiple se observa más en sectores de menor grado de pobreza actual y, sobre todo, con un capital social más importante.

El uso múltiple tiene diversas consecuencias:

a) El paciente fragmentado

La primera consecuencia del uso múltiple es una sensación de fragmentación que prima entre los usuarios. Fragmentación que se lee en múltiples sentidos. Por un lado, lamentan haber perdido la integridad del cuidado médico; la posibilidad de contar con el respaldo de alguna institución médica y/o de una serie de profesionales en los que se tenga total confianza. Sienten que son "pacientes de todos y de nadie", y esto va conllevando a un cambio en la relación médico-paciente: para muchos el médico empieza a ser un prestador de servicios más, un "emparchador", como se los llamó en una entrevista, y su función es "darnos algo para que sigamos tirando un poco más". El médico, dada las dificultades del contexto, ya no se ocupa integralmente de la salud de uno, no ve lo que está detrás del síntoma. La omnipresencia de la cuestión económica en el vínculo médico-paciente lleva a que la negociación de las condiciones de contratación comience a ocupar un lugar importante, con la carga de especulación y estrategia esperable en toda negociación. De este modo, ante cada nuevo problema se ponen en juego toda una serie de cálculos, razonamientos y criterios antes de demandar el servicio.

En segundo lugar, la contracara de la pluralidad de prestadores es una complejidad creciente en el régimen de uso. Esto es resultado de la coexistencia de distintos prestadores con los que se establecen, de hecho, diferentes tipos de relaciones de intercambio: acceso universal, derecho particular, pago o favor. Cada tipo de relación implica un grado diferente de "dificultad" que actúa como un componente central en la decisión de acudir o no a un determinado prestador, pero en esta decisión participan a su vez otras variables: percepción de la gravedad del asunto, jerarquización de la necesidad en los parámetros familiares, cercanía geográfica, confiabilidad, etc.

Véase, como ejemplo de lo anterior, los criterios de uso detectados en una familia de Villa Lugano con cobertura pero disconformes: por problemas menores acudían a la sala del barrio, por problemas de alta complejidad al Garrahan porque no confiaban ni en los hospitales zonales ni en su obra social. Los partos se hicieron en el sanatorio de su obra

social, pero los controles de uno de los hijos, nacido con problemas, en forma particular. Tenía también un servicio de emergencias médicas privado, los adultos no se trataban odontológicamente y si surgía algún problema ginecológico, la mujer consultaba —"molestaba", decía ella— a una médica amiga.

b) El desgaste de las redes

El "set" de recursos familiares no es totalmente renovable, por lo tanto, no pueden ser utilizados repetidas veces. Piénsese, por ejemplo, en los servicios que se obtienen por redes: si alguna vez un amigo o conocido resolvió el problema de salud de un miembro de la familia, no se podrá recurrir nuevamente a él sin mediar algún tipo de cálculo y evaluación. Antes de un nuevo pedido los nuevos pobres se preguntan por la legitimidad del nuevo favor y las condiciones de la prestación en este caso. Si el dentista "de siempre" de los chicos arregló una caries del hijo sólo cobrando los materiales, ¿es correcto llamarlo por un problema de algún adulto? ¿El descuento será para cualquier miembro de la familia o sólo si atiende a alguno de los hijos, dado que los atendía desde siempre? Si hace meses que consultó a un médico conocido por una dolencia, ¿se puede volver a consultarlo por lo mismo dos meses después o habrá que esperar un poco más? ¿Se le puede pedir de nuevo muestras gratis de los medicamentos recetados? ¿Hará el estudio sin cargo o esta vez habrá que pagarlo?

El uso múltiple entraña muchos riesgos, pues ciertas relaciones de intercambio no son formalizables. La falta de contrato hace difícil prever si las soluciones por redes tendrán continuidad en el futuro. No se sabe cuánto tiempo seguirán estas relaciones de servicio sin que medie algún tipo de contrapartida al prestador y, por añadidura, tampoco es simple pasar de una relación de "favor" a una de carácter contractual.

Como todo capital, el capital social se va gastando, si se lo usa sin realizar las operaciones convenientes para su reproducción. En la teoría de las redes sociales, un principio básico de organización es la reciprocidad, que funciona como una suerte de garantía: el prestador sabe que, en el futuro, obtendrá una contrapartida de lo otorgado. En las redes de los sectores populares esto sucede sin mayores problemas. Si le presto yerba o azúcar a mi vecino, o cuido a su hijo enfermo mientras él trabaja o lo ayudo en un trabajo de su casa, todo hace suponer que, si soy un adulto confiable y conocido del lugar, en el futuro haré lo mismo o algo similar por él. En el intercambio de bienes de primera necesidad o servicios que no requieren casi ninguna calificación, todos están en una situación de equivalencia: todos tienen algo que ofrecer y, por lo tanto, la continuidad temporal de las redes está garantizada.

Pero en las redes de las que participan los empobrecidos la situación es cualitativamente distinta. Su lógica no es la de equivalencia, sino la de complementariedad de competencias: por intermedio de conocidos comunes se puede ir a un médico una vez y que no cobre la consulta, pero si prescribe la realización de una serie de estudios y/o la necesidad de verlo nuevamente: ¿quién garantiza que no vaya a cobrar? ¿Qué puedo ofrecerle yo como contrapartida?

A diferencia de las redes de los pobres estructurales, las de nuevos pobres pueden tener un grado más alto de sofisticación en cuanto a los servicios que prestan, y por ende, si se toma una sola prestación, el ahorro en términos económicos es importante. Pero, en una perspectiva temporal, se hace difícil pensar cómo puede producirse la formalización de esta relación: ¿a qué "arreglo" tendrán que llegar las partes para que la relación casual pueda devenir contrato, con obligaciones y expectativas previamente concertadas? Estas relaciones son básicamente inestables, se trata siempre de arreglos temporarios, con una tendencia decreciente de utilización.

Los servicios de salud de bajo costo

Familias expulsadas de la seguridad social por la desalarización de sus integrantes, desertoras de los servicios públicos o de obras sociales, son tentadas por vendedores de toda una gama de servicios privados de bajo costo relacionados con la salud: sanatorios zonales recientemente montados, planes prepagos de una diversidad de modalidades amplísima, grupos de médicos de distintas especialidades que se ofertan como "cooperativas de salud" o denominaciones por el estilo, laboratorios, pequeñas maternidades, consultorios para urgencias, servicios de emergencias con ambulancias equipadas, son algunos de los servicios que un nuevo sector del mercado de salud privado les ofrece por un costo que promete ser accesible a sus empobrecidos presupuestos.

Los servicios de salud están en crisis, y es notable la manera en que el sector privado intenta llenar el hueco, que ha quedado vacante para este estrato. Por ejemplo, en las zonas del Gran Buenos Aires donde los servicios públicos son muy deficitarios, se oferta una impresionante cantidad de servicios, ya sea mediante visitadores, por publicidad postal, en la vía pública mediante afiches y, sobre todo, mediante pasacalles o en los medios de comunicación zonales. La oferta de servicios de salud de bajo costo se suma a las de otro ámbito también en crisis: la educación, bajo la forma de cursos de todo lo imaginable "con salida laboral garantizada". Profesionales de la salud y de la educación se ofrecen para suplir, por un módico precio, parte de las funciones vitales de un Estado en franca retirada.

¿Cuál es la actitud de la población pauperizada frente a estos servicios? ¿Son eficaces? ¿Suplen el rol dejado vacante por el Estado? No podemos dar una respuesta acabada, pero puntualizaremos otros interrogantes que plantea la difusión de estos nuevos servicios.

La primera cuestión que entra en juego es la de la información y los criterios con arreglo a los cuales se elige uno de estos servicios. Existen planes de cobertura total, como los que ofrecen los servicios prepagos de más costo, y también alternativas más económicas de coberturas parciales, por las cuales cada empresa ofrece múltiples posibilidades combinatorias: en cada una de ellas algunas áreas son cubiertas y otras no. En esta misma línea, existen empresas que sólo ofrecen algunos servicios, que complementarían las principales carencias de los públicos: resultan particularmente atrayentes los de emergencia, que garantizan los servicios de ambulancias al domicilio del abonado. La mayoría de los servicios son relativamente nuevos y/o casi o totalmente desconocidos; sin trayectoria, no suscitan la misma confianza que los servicios prepagos más conocidos o los hospitales privados. Son servicios casi sin historia, y difícilmente un futuro usuario conozca a alguien que esté asociado hace tiempo, a quien pueda consultar sobre las ventajas y desventajas de la nueva oferta.

Al interrogar a jefes de familia que habían contratado estos servicios, observamos la ausencia de criterios sólidos y convincentes en la base de la elección. Se registra un desfase muy fuerte entre la cantidad y calidad de la información que se utilizó para la toma de decisión y la importancia de la función de dichos servicios. Es muy fácil equivocarse en la elección, pues no hay suficientes elementos para una evaluación precisa. La mayoría de las veces es un visitador domiciliario el que asocia a la familia en el hogar, sin que ni siquiera conozcan las instalaciones de su futuro centro de salud.

Además, existen problemas al usar los servicios. Algunos son propios de la baja calidad de las prestaciones, que genera gran descontento con la atención y/o las instalaciones. Casi siempre los usuarios se encuentran con algo distinto de lo que les habían prometido; muchos, al sentirse defraudados, dejan de pagar. Otros, al intentar utilizar un

determinado servicio, se encuentran con la noticia de que deben pagar un arancel por algo que creían cubierto, lo que origina conflictos, quejas y, muchas veces, deserción de un tratamiento o el fin de la contratación. Sin detenernos a evaluar —pues no es nuestro objetivo acá— si realmente estas empresas actúan de mala fe, lo cierto es que existe, en relación con los servicios de bajo costo, un enorme desfase entre las expectativas de los usuarios al contratarlos y el descontento que muchas veces suscita el uso efectivo de los servicios, por lo cual puede preverse una deserción sanitaria familiar en el corto o mediano plazo.

Yo me asocié hace dos meses, con la idea de empezar a hacerme análisis, porque yo tengo alergia y tengo asma. Hace un montón de tiempo que no me hago nada, me estuve automedicando y tuve una crisis en julio, y ya así no podía ser. El médico que me atendió me dijo que me tendría que tratar, que así no podía ser, que tenía que controlarme, y bueno, me hice socia. Lo elegí porque queda acá cerca y por comentarios, la gente habla bien. Llamé, vino un promotor, me explicó cómo era, que a los treinta días me cubría tal cosa, a los sesenta otras, y otras a los ciento ochenta. El primer engaño fue el siguiente: me dijo que el plan salía 50 pesos mensuales, que no se ajustaban, que desde el principio de año estaba esa cuota, que tenía 60 por ciento de descuento en los medicamentos y que yo podía ir a cualquier médico de la cartilla con el carnet que me daban y me podía hacer atender perfectamente. Cuando lo llamé porque había decidido afiliarme, ya no eran 50, eran 76 pesos, por gastos administrativos. Los pagué. Me dijeron que a las 48 horas yo podía utilizar cualquier servicio de emergencia. Vi a una doctora por esos problemas míos, me hizo órdenes para hacerme análisis, radiografías, electro y todo ese tipo de cosas que me las cubrían a los treinta días. Cuando se cumplieron los treinta días, fui a pedir turno para el electro y la radiografía y me dijeron que había cambiado y que en realidad, no sé por qué motivo, tenía que esperar a los sesenta días. Esperé, fui a sacar turno y el día que fui, tenía turno a las 8 y la empleada llegó a las 9. Como yo tenía que hacer un trámite en el centro, me tuve que ir cuando llegaba la cardióloga y pedí turno para otro día. Cuando llego, ese día tampoco había ido el cardiólogo, esperé una hora y me tuve que ir a buscar a los chicos a la escuela. Fui e hice una queja en la dirección diciendo que no podía ser, que ya era la segunda vez. Pero me dijeron que no había posibilidades, que el médico se había enfermado. Conclusión: justo el día anterior a empezar a tratar de hacerme los análisis, había pagado la cuota, entonces dije bueno, devuélvanme la plata y chau, me borro.

No todos los nuevos pobres prefieren un servicio privado a uno público. De hecho, en muchos entrevistados que tampoco tenían cobertura esos servicios de bajo costo suscitan una enorme desconfianza, por lo cual, si no son desertores de los circuitos sanitarios, prefieren en todo caso recurrir a los hospitales públicos. Los atemorizan las infecciones y demás fantasmas que se agitan también sobre los hospitales públicos, pero temen, sobre todo, que detrás de una fachada decorosa, de "consultorios bien pintados y equipos recién comprados", gente sin trayectoria ni ningún control externo especule con su salud.

La mercantilización de la prestación de la salud sin un correlato de confianza, regulación estatal o trayectoria, hace que existan muchas dudas, basadas o justificadas con anécdotas que circulan sobre supuestas experiencias negativas, algunas realmente macabras, que sufrieron algunos desprevenidos pacientes en centros de ese tipo, dudas que pueden resumirse en la preocupación sobre "lo que hacen con uno cuando uno entra allí y quedás en sus manos". Se teme, por ejemplo, que dispongan una intervención quirúrgica innecesaria con el único fin de cobrar dinero, o que detecten la necesidad de realizar un tipo de tratamiento cu-

bierto por la cuota pero lo oculten, para ahorrar, y, en general, se duda sobre la calidad de los materiales, drogas y medicamentos utilizados. En este sentido, a pesar de sus carencias, a este tipo de entrevistados el hospital les merece más confianza: por un lado, trabajan allí algunos médicos reconocidos; por otro, saben que no habrá ninguna operación inútil, pues no rige en los hospitales una lógica comercial, sino una estatal: la de gastar lo mínimamente indispensable.

Yo creo que en el Hospital de Niños están los mejores especialistas. No creo que en los privados estén los mejores especialistas. Y también puedo llegar a desconfiar de la metodología de los privados. Allí especulan. Quieren gente sana y no con enfermedades. Para un chiquito que es asmático [su hijo tiene asma], *te hacen hacer una auditoría médica para ver si te lo aceptan o no, porque si son enfermedades caras, ellos no quieren hacerse cargo. En ese sentido me da más confianza el de Niños... Como que está todo más a la vista... No sé si hay obras sociales que te cubran todo, absolutamente todo. Este tipo de obras sociales te cubre a los primeros treinta días una cosa, a los sesenta otra y así. Después, por ejemplo, no te cubre el material quirúrgico, te cubre el arancel médico, pero no el material, tenés que pagarlo también. Te cubre internación hasta determinados días: tenés tantos días de internación, si pasás esos días, tenés que pagarlos también. Aparte hay otro problema: muchos médicos te insisten con el asunto de los laboratorios confiables, yo no sabía de eso, pero uno me preguntaba a qué laboratorio iba a ir, porque parece que todos no son confiables. Sí son confiables en determinados hospitales, pero en las obras sociales ésas tenés miedo de que, por ejemplo, te intervengan quirúrgicamente cuando no corresponde o que no sea tan necesario, o un período de internación más largo, para que te puedan cobrar el plus. Por lo menos en el hospital no van a gastar de más porque no les conviene, no te van a retener de más porque tampoco les conviene, porque no tienen presupuesto. En este sentido te evitás mucho la especulación.*

Negociacion de privilegios

En su entrenamiento individual por los nuevos circuitos, ciertos nuevos pobres obligados a recurrir a los servicios públicos de salud descubrieron que les era de utilidad la referencia a posiciones sociales ocupadas en el pasado así como maneras de dirigirse, de "pararse" frente a los empleados. Utilizando recursos provistos por su capital cultural podían tener más éxito ante demandas por un mejor trato, en particular la posibilidad de eludir tramitaciones, largas esperas y otras normatividades burocráticas de los servicios públicos. En muchas ocasiones estas estrategias eran eficaces para lograr alguna ventaja en la prestación del servicio.

La presencia del capital cultural particular de los nuevos pobres aparece de dos modos distintos pero complementarios. Primero, como contenidos específicos, es decir en la ostentación del título profesional, las referencias a los "contactos" o conocidos comunes, en el uso particular del lenguaje y de determinadas formas y convenciones en la negociación con los profesionales, a partir de un trato de "igual a igual" con ellos y, a veces, un trato levemente desigual —en su favor— con los empleados administrativos. En segundo lugar, el capital cultural se hace presente en esa paradójica capacidad de elaborar una estrategia dirigida a obtener beneficios particulares en los servicios públicos, tomando como fuente legítima de derechos la referencia a ciertas "deferencias" que se deben tener para con quien detenta una tal identidad social. Identidad cuya eclosión está demostrada —he aquí lo paradójico— justamente por el hecho de que hoy el nuevo pobre esté ahí, solicitando una prestación en un hospital público y no gozando de los servicios de otra institución más acorde con ese estatus esgrimido. La privación actual de

acceso a bienes y servicios considerados por sus ex beneficiarios como un derecho adquirido sirve como base de una estrategia para el reclamo de la obtención de un plus de derechos en el marco de otras instituciones, como el hospital público. Podría señalarse en este punto una diferencia con respecto a los "viejos" pobres. Si estos últimos, por lo general, basan sus acciones reivindicativas en la situación de necesidad, en la carencia de derechos en que los sume la situación de pobreza y a los que su condición de ciudadanos los hace merecedores; los nuevos pobres, por su parte, utilizan como base de argumentación no ya su pobreza actual sino una suerte de inalienabilidad de derechos correspondientes a posiciones sociales alcanzadas en el pasado.

Otro nuevo fenómeno detectado es la pugna por el acceso a servicios públicos insuficientes para dar cabida a los viejos y nuevos usuarios. Hay signos de extrañas situaciones de competencia, en la que algunos grupos descubren que ciertos atributos, como por ejemplo, el hecho de ser residente en un municipio determinado, pueden ser eficaces a la hora de asegurarse una primacía en la distribución de servicios escasos. Un ejemplo sumamente interesante se ha observado en un barrio de José León Suarez, del Partido de San Martín, lindante con Boulogne, del Partido de San Isidro. Los servicios públicos de salud de este último partido, en particular el Hospital de Niños, constituyeron el referente sanitario tradicional de la población de José León Suárez, en especial la de aquellos que carecían de obra social, que estaban disconformes con ella o que tenían dificultades de acceso. La atracción de los servicios de San Isidro se basaba no sólo en una mayor cercanía que los hospitales Thompson y el centro Fleming del Partido de San Martín, sino, por sobre todo, en la mejor calidad de sus servicios. Sin embargo, hace unos años los hospitales de San Isidro comenzaron a exigir en el momento de la atención, documentación que testificara la residencia dentro de los límites del partido: San Isidro —como se expresaba en las entrevistas— "cerró las barreras", dejando a parte de la población de José León Suárez carente de sus servicios de salud habituales.

Con el fin de esclarecer los motivos de una medida tan peculiar, consultamos con autoridades sanitarias de la zona Norte del Gran Buenos Aires, quienes afirmaron que los motivos de esta medida —y otras del mismo tenor en otros partidos— se debía a que en los últimos años sus hospitales habían comenzado a saturarse por la entrada de nuevos contingentes de vecinos empobrecidos del propio partido. Los vecinos se quejaron por las demoras y otros inconvenientes originados en la saturación del servicio, y exigieron prioridad basándose en su residencia en el partido. Comienza una espiral de quejas y conflictos cotidianos, para cuya solución las autoridades municipales deciden restringir la atención de los no residentes.

El caso muestra, en primer lugar, cómo la competencia entre poblaciones pauperizadas por servicios públicos insuficientes lleva a la construcción de nuevas fuentes de derechos, con argumentos que en el pasado no eran fuente de ninguna consideración particular. Pero también se observa un movimiento redistributivo, en este caso de servicios públicos, producido en el interior del sector pauperizado. Los nuevos pobres compiten entre sí por el acceso a servicios públicos cada vez más insuficientes; aumenta la demanda de servicios vitales sin un correlato en el polo de la oferta, lo que, sin lugar a dudas, constituye un nuevo factor de riesgo para la población más carenciada.

LAS NUEVAS DOLENCIAS

Basándonos en una serie de entrevistas a médicos, personal paramédico, administrativos, asistentes sociales de centros de salud, describiremos lo que genéricamente llamamos "nuevas dolencias": problemáticas novedosas que

los profesionales están detectando en sus ámbitos de trabajo y que serían propias de las familias pauperizadas.

En los registros médicos de los hospitales no existe ningún indicador para determinar si un paciente es "nuevo pobre" como afirma Alicia Gershanik (1992), pero de todos modos muchos de los profesionales entrevistados establecieron por su propia cuenta alguna relación —claro que hipotética— entre empobrecimiento y enfermedad. Afirmaban que en muchísimos casos, durante el empobrecimiento de un grupo familiar, aparecía una multiplicidad de dolencias en los miembros de la familia, en una medida mucho mayor que la habitual.

Hemos dividido a las nuevas dolencias en dos grupos: en el primero ubicamos las patologías y/o problemas que llegan a los ámbitos sanitarios, que aparecen como trastornos físicos y presentan indicadores de tipo individual. En el segundo grupo se engloban patologías de un orden más claramente psicosocial y que rara vez constituyen motivo de consulta, pero que los profesionales detectan a través de indicadores indirectos, estos sí con expresión física.

Dentro del primer grupo, los pediatras entrevistados consignaban un importante aumento de enfermedades de origen bronco-espamódico y alérgicas, causadas sobre todo por factores psicosociales. En este sentido, detectan muchos chicos de hogares pauperizados con un alto grado de estrés, un estrés infantil, de características similares al estrés adulto (niños sumamente nerviosos, irritables, muy ciclotímicos, con trastornos de conducta y de adaptación).

Los profesionales de salud mental consultados por este tema expresaban que mucho del estrés y del nerviosismo de esos niños se debe, en términos generales, a un desmejoramiento considerable del clima familiar, vinculado directa o indirectamente con la caída del nivel de vida. Esto, concretamente, puede traducirse en una serie de cambios que tienen consecuencias perjudiciales para los hijos. Por ejemplo, niños de 10, 11 o 12 años deben hacerse cargo de cuidar a sus hermanos más pequeños cuando la madre sale a trabajar, lo que les exige nuevas responsabilidades, para las que no están preparados. Por otro lado, la necesidad de un ajuste constante no sólo lleva a que periódicamente se deba resignar la compra de cosas que el niño ya consideraba parte de su mundo cotidiano sino que, lo que parece más grave, los padres empiezan a exigirle un mayor control de todos los bienes que utiliza: mayor cuidado de la ropa, los útiles, los juguetes; nuevas presiones que podrían estar favoreciendo este nuevo fenómeno del estrés infantil.

La presencia significativa de casos de hipertensión entre jóvenes de familias pauperizadas también fue señalado como una consecuencia del aumento de las presiones en el ámbito familiar empobrecido. Un gran número de adolescentes —en especial mujeres— acuden a los centros de salud bajo un motivo supuesto de consulta, para luego revelar que el motivo real de la visita era solicitar una receta para adquirir psicofármacos ansiolíticos. Cuando se indaga por los motivos del nerviosismo, arguyen un clima de tensión familiar creciente. En la mayoría de los casos, estos adolescentes provenían de hogares donde los padres eran consumidores habituales de psicofármacos.

La nueva dinámica de visita a los centros de la salud es la siguiente: cada vez que un síntoma los aqueja, los niños son conducidos a un centro de salud, donde primero se tratan los síntomas y luego se les hace comenzar tratamientos para curar las causas profundas de la dolencia, pero no los completan. Este circuito está conformando una población de niños mal curados, futuros enfermos crónicos. Comienzan presentando algún tipo de malestar, en general de carácter bronco-respiratorio, alérgico u osteomuscular, pero lo novedoso no es el tipo de dolencia, común a los sectores históricamente pobres, sino el hecho de que contingentes poblacionales que tradicionalmente desconocían esas patologías, en virtud del empobrecimiento comiencen a sufrirla. Un pediatra de un centro de salud nos decía: "Cada vez más

tengo la certeza que se está gestando una generación de chicos mal atendidos, mal curados, que en el futuro podrán tener tener problemas respiratorios y riesgos de problemas cardíacos...".

El segundo grupo de nuevos problemas que detectan los profesionales tiene un carácter de corte psicosocial y, por lo general, no son motivos de consulta, pero ciertos indicadores indirectos revelarían su presencia. Entre ellos, los profesionales destacan un llamativo aumento de casos de violencia familiar. Las familias no consultan por este tema a los médicos, pero los médicos, en especial los pediatras, declaran que cotidianamente deben atender niños que presentan distintos tipos de lesiones provocadas por sus padres. Esto, según los profesionales entrevistados, es más frecuente en hogares en los que la pauperización implica fuertes presiones y/o cambios muy notorios, como por ejemplo, en el caso de familias con hijos que deben abandonar su casa e ir a vivir con sus padres, hermanos u otros.

Es interesante la experiencia hecha en un Taller sobre Violencia Familiar organizado en Villa Lugano para padres y madres golpeadores, en el que se ha reflexionado con ellos mismos acerca de la relación entre violencia y situación social. Así, según decían los mismos padres golpeadores, en un contexto en el que el estrés aumenta y los ritmos de vida se hacen más vertiginosos, la violencia aparece para muchos padres como un medio de comunicación rápido y eficaz, por medio del cual los hijos entienden y cumplen lo que se les ordena. La violencia, para este grupo, aparece como una forma de comunicación en un contexto convulsionado, en el que las formas y tiempos habituales de comunicarse con los hijos ya no se adecuan al ritmo de vida actual. Tal vez con algo de autojustificación, algunos de estos padres reflexionaban: "Hoy todo el contexto es violencia: ¿la situación económica no es violenta, acaso?, viajar en colectivo como ganado, ¿no es violencia? Vas a un hospital, te tratan mal, ¿eso no es violencia?".

EMPOBRECIMIENTO COMUNITARIO Y SALUD

Llamaremos "empobrecimiento comunitario" a la situación de deterioro, supresión y/o inexistencia de bienes y servicios colectivos en un emplazamiento social delimitado. Veremos ahora su relación con el acceso a la oferta de servicios de salud universales, como el hospital y los centros de salud de una comunidad empobrecida. Las consecuencias del empobrecimiento comunitario se agregan al resultado del empobrecimiento familiar. Ahora bien: ¿quién accede, y cómo, a los servicios de salud universales? La pregunta hace a las *reglas de uso* de tales servicios; por un lado, las reglas formales-institucionales: los horarios de atención, las exigencias mínimas para obtener una prestación, etc., por otro, las reglas informales: el piso informativo mínimo que hay que poseer y cualquier otro tipo de condición a cumplir, obstáculo o factor inhibitorio a franquear para un uso efectivo del servicio. En suma, se trata de todo aquello que participe en la regulación de los usos que los grupos familiares efectivamente dan a dichos servicios.

Nos centraremos específicamente en un estudio que realizamos en el Barrio del Arca,* un barrio pequeño, que cuenta aproximadamente con 200 familias en el Partido de General Sarmiento situado a ocho kilómetros de San Miguel, cabecera del municipio. Pero las conclusiones podrían hacerse extensivas a otras comunidades que sufren un empobrecimiento general.

* El grueso de la investigación realizada en el Barrio del Arca, que describe otros aspectos del empobrecimiento comunitario, aparece en el capítulo 5.

¿Cuál es la oferta de servicios de salud universales para esta comunidad? Hay una sala barrial que cuenta con una buena evaluación de la población y un hospital zonal de mala evaluación pero al que muchos concurren. Parte de la población se atiende en otros hospitales de partidos vecinos, como el de San Isidro, por ejemplo, y los asalariados cuentan con prestaciones sociales en la cabecera del partido y/o en la Capital Federal. De modo que este barrio no puede caracterizarse como una "tierra de nadie sanitaria". Y sin embargo, profesionales de la salud que trabajan en el barrio opinaban que el estado sanitario de la población es preocupante: familias enteras son desertoras sanitarias, hay chicos sin vacunar, alta incidencia de enfermedades infecto-contagiosas, dolencias de tipo alérgico y osteo-muscular en personas de edades diversas.

Pero la situación dista de ser homogénea. Junto a familias que han desertado por completo de los circuitos de salud hay otras que participan activamente. Mientras algunos están integrados al tipo de acciones preventivas y curativas que promueve la sala barrial, otros están parcial o totalmente excluidos. Algunos de los que tienen una misma cobertura social la usan —trabajosamente, pero la usan—; otros no recurren a ella salvo emergencias, y hay quienes no conocen sus instalaciones y ni siquiera las reglas básicas de uso. Entre los que no poseen cobertura, hay cantidad de deserciones sanitarias, pero también hay algunas familias —las menos— que recorren hospitales y centros de salud de los suburbios tratando de encontrar prestaciones acordes a sus parámetros de exigencia.

Sólo nos referiremos a las condiciones de acceso al hospital y la sala barrial, de modo de visualizar la realidad del acceso a la salud con relación a servicios que, según sus reglas formales, son universales, o sea están abiertos a todos, sin diferencias. No nos referiremos en detalle a la disponibilidad de liquidez necesaria para uso de los servicios. Simplemente tomamos como un dato que una condición necesaria es la disponibilidad de una cantidad de efectivo, aunque más no sea para el pago del transporte en el caso de la concurrencia a un hospital, por no hablar del costo de medicamentos, el arancelamiento de ciertas prestaciones, etc. Trataremos de precisar cómo se van definiendo las reglas de uso de los servicios. Cada regla a su vez, define las condiciones que alguien debe cumplir para —digámoslo así— "respetarlas". Se produce de hecho un proceso de delimitación de las poblaciones que efectivamente podrán hacer uso de dichos servicios.

El primer factor que influye en las condiciones de acceso es la disponibilidad horaria: la sala del barrio funciona de lunes a viernes de 10 a 15, antes o después no hay guardias ni ningún servicio nocturno, ni tampoco lo hay durante el fin de semana. En el hospital, a excepción de las guardias, los consultorios externos sólo funcionan por la mañana y es preciso acudir muy temprano para obtener un turno. A veces es necesario también acudir un día antes para el pedido de turno o tramitaciones varias, sobre todo para la realización de estudios y tratamientos de rehabilitación.

No hay ninguna flexibilidad que permita sortear el escollo horario. Esta primera regla de uso excluye a los jefes y jefas de hogar trabajadores en general y, en el caso de la atención pediátrica, parece estar pensado para una atención de un modelo de familia en el que sólo un adulto trabaja y el otro —la madre— tiene toda la disponibilidad horaria que requieren los servicios públicos.

Estas reglas tienden a excluir de los servicios a todas las familias en las que hay sólo un padre, en concreto, familias con madres solas, y a aquellas otras en las que ambos trabajan a tiempo completo. Y más particularmente, afecta intensamente a los que trabajan lejos, por lo que el día de concurrencia al servicio implica la pérdida de la jornada de trabajo, así como a todos los que poseen empleos más precarios, donde al faltar se corre el riesgo de perder el puesto.

El segundo factor que entra en juego es la infraestructura

de servicios y bienes colectivos: ésta es la dimensión en la que más directamente se percibe la incidencia de los efectos del empobrecimiento comunitario. Llegar a un hospital extrabarrial, poder llamar en caso de emergencia, requiere una infraestructura mínima de servicios que no todos los barrios poseen adecuadamente. En el caso concreto de esta localidad, la única línea que llega al centro de San Miguel no circula dentro las 23 y las 4.30 de la mañana y tampoco cuando el camino está muy embarrado; no hay teléfono público y sólo una casa tiene teléfono particular. Todos éstos son factores que desalientan e inhiben el uso de los servicios universales.

Hay maneras locales de suplir estas carencias, pero a su vez no todos pueden acceder a ellas. En el Barrio del Arca, la gente "conocida" —luego veremos el sentido de este concepto— ante una emergencia puede pedir prestado el teléfono al puntero peronista local —único poseedor de un aparato particular— o a los dos countries locales que también poseen líneas. Ante una emergencia se puede pedir el coche —si uno es "conocido"— a alguno de los seis vecinos motorizados del barrio. Esto que llamamos provisoriamente "conocidos", en realidad hace referencia a grados de integración social, es decir, la inserción dentro de las redes de relaciones sociales del lugar, que revela ser bastante necesaria para acceder a los servicios de salud.

El tercer factor es la desigual distribución en el interior de la comunidad de la información y otros bienes simbólicos para el uso de los servicios de salud. En el Barrio del Arca, el uso de un hospital tan grande como el de San Miguel requiere por parte de los usuarios un caudal de información considerable y otros bienes simbólicos que no son imprescindibles, pero facilitan el uso, mientras que su ausencia lo inhibe. Se trata de la información sobre horarios, requisitos de ingreso, manejo interno en los servicios y especialidades así como contactos para acceder a una prestación particular u obtener una exención del arancelamiento o medicamentos gratuitos.

Parte de estos servicios, que en algunos barrios pueden ser cubiertos por los médicos de cabecera, acá deben ser distribuidos entre otros actores sociales. Encontramos dos formas alternativas: una es la participación en las instituciones existentes, en particular en la Iglesia Católica. Ella tiene su incidencia en la salud de la población no sólo por los bienes que puede brindar directamente sino sobre todo porque muchas veces actúa como guía dentro de los circuitos, mediante recomendaciones a médicos conocidos de ese u otro hospital y contactos con oficinas municipales proveedoras de ciertos bienes, como la Dirección de Acción Social.

Los vecinos no se acercan a la Iglesia para obtener estos servicios, sino que la distribución se da en el interior de una feligresía ya constituida. Y aquí aparece nuevamente algún grado de integración social como requisito para la obtención de bienes facilitadores del acceso a servicios universales. La decisión de integrar una feligresía es libre, pero sin duda hay ciertas condiciones que se deben cumplir para poder optar por pertenecer: en primer lugar la existencia en la familia de algún adulto con tiempo disponible. De este modo, nuevamente aquellas familias en las que ambos padres trabajan tiempo completo, y todos los que tienen mayor carga laboral, tendrán menos libertad de decidir insertarse en esta red.

La otra forma de obtención de estos bienes simbólicos es por medio de las relaciones barriales informales. En esto juegan un rol clave las tres agentes sanitarias del lugar: mujeres de alto prestigio y gran actividad que realizan un trabajo no remunerado de apoyo a las actividades de prevención de la sala barrial. Ellas manejan informaciones y contactos, actúan como nexo entre la población del barrio y los médicos de la sala y también con respecto a los punteros locales y a algunos médicos del hospital zonal y personal de oficinas municipales. Por definición, las agentes atienden a todo el barrio y de hecho se muestran dispuestas a esto. Pero en la práctica no es así y no porque ellas realicen un manejo clientelístico, es decir que distribuyan discrecional-

mente dichos bienes en función de intereses personales, sino porque comparten, como el resto de los adultos "integrados" del barrio, un estricto código para clasificar a cada una de las familias de la comunidad. Así se van trazando fronteras invisibles pero con efectos muy reales; fronteras que determinan a quién se acercan e incluyen en sus trabajos y a quiénes no. Estas fronteras separan, ni más ni menos, a las "buenas" familias de aquellas que no lo son. En este sentido hay tres grupos, según las características de la estructura familiar: en primer lugar, los que "se ocupan de sus hijos", con los que se tiene mayor y mejor contacto. Por lo general son familias nucleares tradicionales, o sea con madre y padre, en la que por lo general la madre no trabaja y por ende tiene tiempo para ocuparse de todo lo referido a la salud de los hijos. El segundo grupo son los "dejados": familias de igual conformación, sólo que la madre por lo general trabaja a tiempo parcial y a veces completo. Esas madres no están full-time para dedicarse a sus hijos y no participan de las acciones preventivas. Las agentes realizan un intenso trabajo de seguimiento de estas familias; a veces combinan un control médico profano de los hijos con un poco de presión sobre las madres. Pero las agentes destacan la "buena voluntad" de las madres y aceptan la carga laboral como un atenuante legítimo.

El último grupo es el más conflictivo: "los perdidos". La definición de una agente es la siguiente: "Son padres que no les importa nada de sus hijos, los dejan callejear todo el día. Son chicos que se drogan o van a drogarse, que roban garrafas, no estudian, no trabajan, no hacen nada". Los perdidos son los hijos. Las agentes por lo general no tienen contacto con estas familias, escapan a su "target". Prima una combinación de tenso distanciamiento con la observación detallada de los movimientos de los miembros de estas familias, en especial de los hijos. Hay una total o casi total exclusión de la sala, salvo en casos de emergencias, pero no hay un seguimiento formal de —por ejemplo— la vacunación de los hijos, si bien ellas están al tanto de todo lo que hacen —y sobre todo no hacen— estos padres en relación con los hijos. Son las familias estigmatizadas, el peligro interno, las clases peligrosas al lado de casa.

Los "dejados" hacen pensar en lo que el sociólogo francés Robert Castel (1991a) llama "vulnerables": aquellos que sufren una precariedad laboral pero que aún conservan su inserción en redes relacionales que les permiten, al menos en parte, mitigar su situación. Los "perdidos", por su parte, se asocian más con los "desafiliados", aquellos que conjugan la precariedad laboral con el aislamiento social; estos últimos son los verdaderamente excluidos. Se trata por lo general de familias de madres solas o de constitución no tradicional (convivencia de hijos de diversos matrimonios, niños que viven con abuelos o tíos, etc.), familias con los dos padres pero en la que ambos sufren una carga laboral muy fuerte. Interesante este rasgo de las familias: se trata por lo general de aquellas que se alejan de un modelo tradicional, por lo que no debe descartarse que en los criterios de clasificación barrial entre en juego un componente "moral" que influye en el trazado de las fronteras internas. Como puede imaginarse, circulan en el barrio con relación a estas familias historias de alcoholismo, drogas y violencia de todo tipo.

Resumamos, entonces, las condiciones de uso de los servicios de salud universales, es decir, el hospital y la sala barrial. Encontramos reglas bastante rígidas que definen claramente qué grupos poblacionales tienen acceso efectivo y cuáles no.

Acceso efectivo:

– Las familias nucleares tradicionales, en las que el padre trabaja y la madre tiene libertad horaria total o casi total.

– Las familias que dispongan de algún dinero en efectivo y un nivel de integración barrial básico.

Dificultad de acceso:

– Las familias con doble ocupación y con alta precariedad laboral.

– Familias de un solo padre.

– Familias con dificultad de movilización por tener muchos hijos y que conjugan alguna de estas características con un bajo nivel de integración social.

ANEXO AL CAPITULO 3

Gráfico N° 1

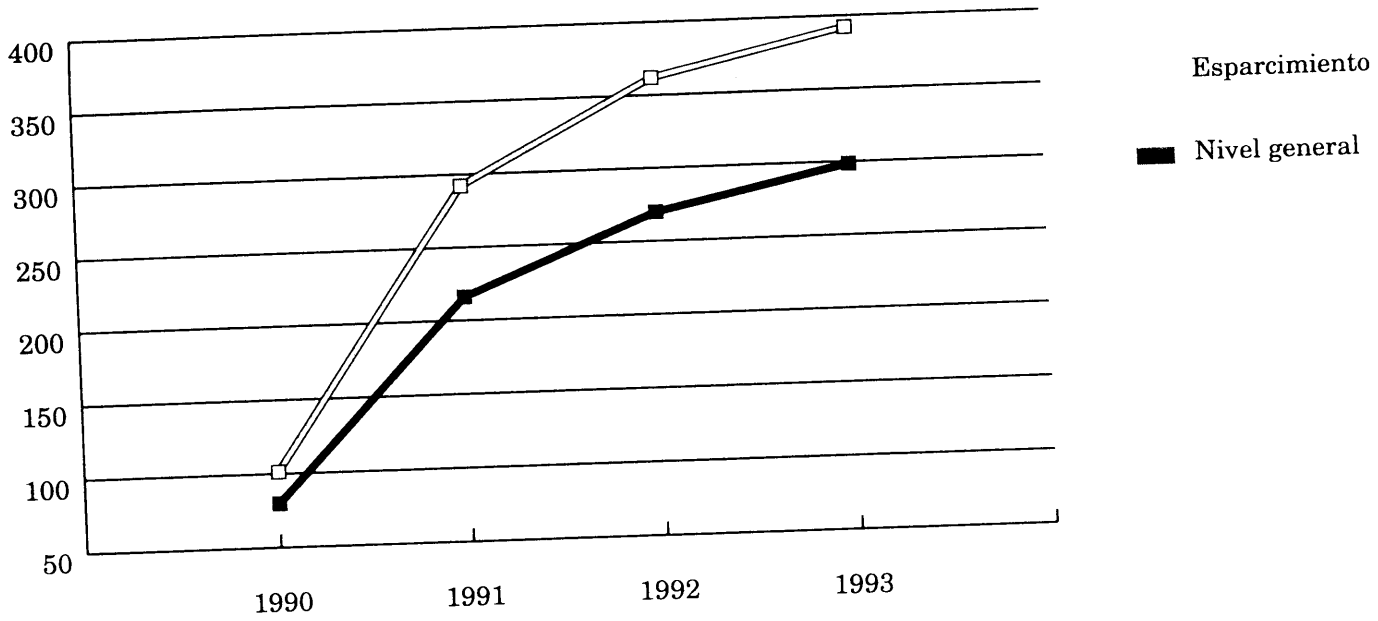
AUMENTO DEL NIVEL GENERAL DE PRECIOS Y DEL CAPITULO SALUD

1989-1993

FUENTE: *Anuario Estadístico de la República Argentina*, Vol. 9, 1993, INDEC.

Gráfico N° 2

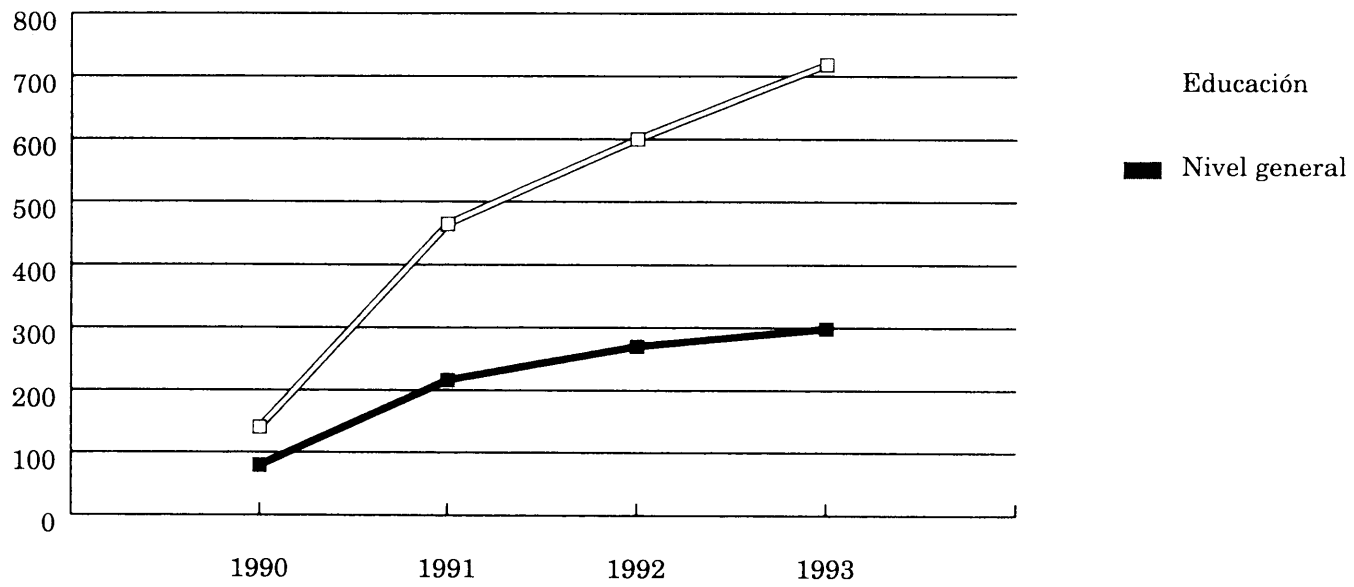
AUMENTO DEL NIVEL GENERAL DE PRECIOS Y DEL CAPITULO ESPARCIMIENTO. 1990-1993



FUENTE: *Anuario Estadístico de la República Argentina,* Vol. 9, 1993, INDEC.

Gráfico N° 3

AUMENTO DEL NIVEL GENERAL DE PRECIOS Y DEL CAPITULO EDUCACION. 1990-1993



FUENTE: *Anuario Estadístico de la República Argentina,* Vol. 9, 1993, INDEC.

Cuadro Nº 1

POBLACION TOTAL POR COBERTURA DE SALUD Y EDAD SEGUN GRUPOS DE POBREZA

Cobertura de salud y grupos de edad	Total	Grupos de pobreza		
		Estructurales	Pauperizados	No Pobres
Conurbano				
0 a5				
Obra Social	57,8	41,6	51,9	75,3
Prepago	3,1	0,6	1,2	6,7
Obra Social y Prepago	0,3	0,0	0,3	0,7
Ninguna	38,4	57,7	45,8	17,4
Ns/Nr	0,3	0,0	0,8	0,0
Total	794.100	233.401	257.114	303,585
6 a14				
Obra Social	56,7	46,3	52,9	66,6
Prepago	6,6	0,4	2,2	14,3
Obra Social y Prepago	0,3	0,0	0,5	0,2
Ninguna	36,4	53,3	44,2	18,8
Ns/nr	0,1	0,0	0,2	0,0
Total	1.349.442	336.590	477.351	535.501
15 a 60				
Obra Social	57,9	43,5	50,0	64,4
Prepago	5,3	0,4	3,1	7,4
Obra Social y Prepago	0,7	0,1	0,5	1,0
Ninguna	35,9	55,8	46,1	27,2
Ns/nr	0,1	0,1	0,3	0,0
Total	4.259.996	578.458	1.074.162	2.607.376
61 y más				
Obra Social	82,5	76,6	79,9	83,8
Prepago	4,7	0,0	2,5	5,9
Obra Social y Prepago	1,6	0,0	0,9	2,0
Ninguna	10,8	23,4	16,7	7,8
Ns/nr	0,3	0,0	0,0	0,5
Total	858.295	39.895	220.931	597.469

FUENTE: *La pobreza urbana en la Argentina,* Buenos Aires, INDEC, 1990.

Cuadro Nº 2

MADRES POR CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES SEGUN GRUPOS DE POBREZA*

Cantidad de controles prenatales	Total	Grupos de pobreza		
		Estructurales	Pauperizados	No Pobres
	%	%	%	%
Conurbano				
1-2	3,1	7,5	2,7	0,7
3-4	10,1	17,1	11,9	4,2
5-6	21,3	20,0	22,4	21,1
7 y más	64,7	55,0	62,1	73,0
Ns/Nr	0,8	0,3	1,0	1,0
Total	360.150	90.824	121.924	147.402
Gral. Roca				
1-2	1,8	2,6	2,0	0,8
3-4	3,0	6,6	1,6	1,6
5-6	21,2	18,2	29,2	12,1
7 y más	73,8	72,7	66,6	85,5
Ns/nr	0,2	0,0	0,5	0,0
Total	3.527	976	1.528	1022
Neuquén				
1-2	2,7	9,9	0,0	1,6
3-4	7,1	10,8	10,4	0,0
5-6	19,1	25,3	17,5	17,1
7 y más	71,2	54,1	72,1	81,2
Ns/nr	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	9.295	2.006	4.258	3.030
Posadas				
1-2	6,7	11,7	6,3	0,0
3-4	8,1	10,4	6,9	6,2
5-6	12,8	18,5	15,4	0,9
7 y más	72,3	59,4	70,8	92,9
Ns/nr	0,2	0,0	0,6	0,0
Total	13.336	5.034	4.796	3.506
Santiago del Estero - La Banda				
1-2	10,2	19,6	6,8	2,9
3-4	19,9	24,9	19,6	13,4
5-6	19,5	23,4	21,7	10,7
7 y más	50,1	32,2	52,0	71,9
Ns/nr	0,2	0,0	0,0	1,0
Total	11.110	3.853	4.488	2.769

* Se hace referencia a madres de algún niño menor de 4 años.

FUENTE: *La pobreza urbana en la Argentina,* Buenos Aires, INDEC, 1990.