

# Recursos y temporalidades de clase en el cuidado de la salud.

Mercedes Krause.

Cita:

Mercedes Krause (2017). *Recursos y temporalidades de clase en el cuidado de la salud. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/403>

**XII JORNADAS DE SOCIOLOGÍA**  
**Recorridos de una (in)disciplina**  
**La Sociología a sesenta años de la fundación de la Carrera**  
**22 AL 25 DE AGOSTO DE 2017**

**Eje 7 | Sociología de la salud**  
**Mesa 70 | Desigualdades sociales en salud**

**Recursos y temporalidades de clase en el cuidado de la salud**

Mercedes Krause (IIGG-UBA/CONICET), merkrause@gmail.com

**Resumen**

Diversos planteamientos definen a las clases sociales, el género y otras dimensiones de estratificación como determinantes sociales de la salud. Éstos coinciden en postular la existencia de una articulación múltiple y compleja entre los diferentes niveles macro, meso y microsociales involucrados en los procesos de salud enfermedad atención/cuidado (PSEA/C). Siguiendo la teoría de la causa fundamental, las desigualdades sociales en salud se mantienen en el tiempo y a pesar de los cambios en los factores de riesgo e innovaciones médicas, porque las posiciones sociales conllevan el acceso a más o menos recursos que contribuyen a cuidar la salud sin importar cuáles sean los mecanismos de cuidado relevantes en cada momento sociohistórico. Entre dichos recursos encontramos el dinero, el poder, el prestigio, el conocimiento, las conexiones sociales beneficiosas.

Esta ponencia busca comprender cuáles son los recursos puestos en juego por familias de diferentes clases sociales para potenciar su capacidad de acción en salud y cómo éstos afectan las temporalidades en las que se desarrollan sus PSEA/C. Analizamos 31 relatos de vida realizados entre 2009 y 2015 con padres y madres de familias heterosexuales de tipo conyugal, monoparentales y biparentales, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, con hijos e hijas menores y jóvenes.

**Palabras clave**

Desigualdad social; Paciente; Salud; Servicio de salud; Tiempo

## Introducción

Diversos planteamientos definen a las clases sociales, el género y otras dimensiones de estratificación como determinantes sociales de la salud<sup>1</sup>. Una primera línea analítica, observa cómo el status ocupacional, la educación y el ingreso crean diferencias en la condición de salud de las personas [*health status*] y afectan directamente su calidad de vida. Según Adler y Newman (2002) la desigualdad social en materia de educación, ingresos, y ocupación agrava las diferencias entre los que tienen y no tienen salud, a través de tres importantes factores determinantes: el consumo terapéutico, la exposición medioambiental y el cuidado de la salud. Por lo tanto, para reducir las desigualdades socioeconómicas en materia de salud, se requieren iniciativas políticas que aborden tanto los componentes del status socioeconómico (ingresos, educación y ocupación), como las vías por las cuales estos componentes afectan a la salud.

Desde la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas (MS y SCL) se diferencia entre los determinantes estructurales de la inequidad en salud y los determinantes intermediarios, a través de los cuales los estructurales afectan la salud y el bienestar de determinada población. Entre los primeros se encuentran las posiciones de clase, género y etnia; entre los segundos, un conjunto de recursos materiales, biológicos y psicosociales y las características del sistema de salud, que se expresan en diferentes prácticas en salud (ALAMES, 2008).

Para otros analistas, en cambio, las diferencias en salud son el resultado de comportamientos individuales tales como la realización de ejercicio físico o el tabaquismo (Knowles, 1977, citado en Mirowsky, Ross y Reynolds 2000). Link y Phelan (2000) combinan algunos elementos de estos puntos de vista y argumentan que el status socioeconómico se encuentra consistentemente asociado con la morbilidad porque incorpora recursos como conocimientos, dinero, poder y prestigio que se pueden utilizar de diferentes maneras en diferentes situaciones para evitar los riesgos de enfermedad y de muerte. De estos últimos autores ha surgido la teoría de la causa fundamental que sostiene que las desigualdades sociales en salud persisten a pesar de cambiar los mecanismos de cuidado (incluyendo los factores de riesgo y las innovaciones médicas), porque las posiciones sociales conllevan el acceso a más o menos recursos, como el dinero, el conocimiento, el prestigio, el poder y las conexiones sociales beneficiosas; recursos que contribuyen a cuidar la salud sin importar qué mecanismos sean relevantes en el momento sociohistórico dado (Carpiano, Link y Phelan, 2008).

Lo cierto es que las diversas líneas de investigación coinciden en postular la existencia de una articulación múltiple y compleja entre los diferentes niveles macro, meso y microsociales involucrados en los procesos de salud enfermedad atención/cuidado (PSEA/C). Esta ponencia busca comprender cuáles son los recursos puestos en juego por familias de diferentes clases sociales para

---

<sup>1</sup> Algunos abordajes se encuentran reseñados en Krause (2009).

potenciar su capacidad de acción en salud y cómo éstos afectan las temporalidades en las que se desarrollan sus PSEA/C. Entre los múltiples recursos y dimensiones de análisis, abordamos su agencia humana y el uso que hacen de sus redes de relaciones sociales. Para ello analizamos 31 relatos de vida realizados entre 2009 y 2015 con padres y madres de familias heterosexuales de tipo conyugal, monoparentales y biparentales, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) con hijos e hijas menores y jóvenes. La propuesta se inserta en una investigación doctoral donde analizamos prácticas cotidianas de reproducción de las clases sociales alrededor del cuidado de la salud, la educación y la economía doméstica, desde una perspectiva fenomenológica (Krause, 2015).

### **Descripción de los casos seleccionados**

De acuerdo con la lógica del muestreo intencional estratificado (Patton, 2002) y previendo un análisis comparativo (Ragin, 1989), seleccionamos familias con trayectorias de reproducción social en clase media y en clase trabajadora. Sus datos fueron proporcionados por encuestas de estratificación y movilidad social<sup>2</sup>. A partir de los datos cuantitativos construimos cuadros para identificar a los casos de interés, siguiendo un esquema de cinco posiciones de clase (Sautu et al., 2007), y contemplando las otras características de interés arriba mencionadas. A todas ellas contactamos telefónicamente, preguntando al/a encuestado/a o su cónyuge si estarían dispuestos a tener una entrevista en profundidad. Así seleccionamos a 22 de los 31 casos; y utilizamos una estrategia de bola de nieve para llegar al resto de las familias por recomendación de las entrevistadas previamente.

De las 31 familias efectivamente entrevistadas, 20 pertenecen a diferentes fracciones de clase media y 11 a la clase trabajadora calificada. Entre las de clase media, entrevistamos a 6 padres y 14 madres. Sus edades varían entre los 30 y 63 años y se encuentran en su mayoría casados, salvo en un caso con unión de hecho y dos casos separados/divorciados. Cada familia tiene entre 2 y 4 hijos, de entre 2 y 30 años. Ellos han concurrido o concurren actualmente a distintos tipos de establecimientos educativos privados o bien han rotado entre escuelas pública y privada. Entre estas familias, no encontramos hijos sin escolaridad y sólo un caso carece de cobertura médica.

Entre los casos de clase trabajadora calificada, entrevistamos a 1 padre y a 10 madres. Ellos son más jóvenes que los de clase media -tienen entre 26 y 54 años- y su cantidad de hijos varía entre 1 y 8, de entre 3 y 28 años. En su mayoría asisten o han asistido a escuelas públicas; sólo en dos casos

---

<sup>2</sup> Encuestas sobre *Estratificación y movilidad social* realizada por el CEDOP-UBA en 2004, 2005 y 2007 y dirigida por el Dr. Jorge Raúl Jorrot y la encuesta sobre *Reproducción y movilidad social en Argentina* realizada por el PICT 2012-1599 entre 2015 y 2016, dirigida por la Dra. Ruth Sautu.

asisten a escuelas privadas de tipo parroquial. Asimismo, la mayoría se encuentra sin cobertura médica; sólo un caso cuenta con obra social.

Dichas características sociodemográficas y condiciones de vida por supuesto impactan en sus formas de atención médica y sus percepciones sobre los subsectores del sistema de salud. Los casos de clase media tipifican la atención en los diferentes subsectores con un criterio temporal. Perciben que en los hospitales públicos hay que esperar “tres meses” el turno, mientras que en las obras sociales hay que lidiar con autorizaciones que tardan “48 horas”, y, mediante las coberturas prepagas, la atención es inmediata. Las “salitas” de atención primaria de salud no tienen lugar en sus relatos.

En cambio, las familias de clase trabajadora prefieren las salitas y los hospitales públicos por su rápida atención y de calidad, y por su equipamiento complejo. La atención médica en las obras sociales es ampliamente criticada por sus experiencias vividas en cuanto a la relación médico-paciente, el equipamiento disponible y el tiempo de espera. Las prepagas no tienen lugar en sus relatos.

### **Sorteando las adversidades y mecanismos institucionales**

Como vimos, las consultas preventivas en el cuidado de la salud, así como la tipificación y valorización de la oferta de servicios en salud difieren entre clases sociales. No obstante, ante episodios que interpretan como graves, tanto las familias de clase media como las de clase trabajadora movilizan sus recursos disponibles y sus redes de relaciones sociales potenciando su capacidad de acción.

Al abordar la agencia humana y las formas en que diferentes clases sociales movilizan sus recursos para potenciar su capacidad de acción en salud, una primera dimensión de análisis que encontramos en los relatos de estas familias es su capacidad de enfrentarse a las adversidades buscando alternativas más allá de los mecanismos institucionales. Los padres y madres de clase media y clase trabajadora hacen referencia al tipo de relación que entablan con médicos e instituciones de salud y relatan diversos episodios en que no respetaron los canales institucionales e instrucciones médicas, en busca de “*lo mejor*” para sus familias.

Una instancia clave en la que buscan no respetar los canales institucionales es la espera de turnos. Por ejemplo, una madre de clase media relata que, estando a punto de tener a su segundo hijo, el pediatra le comunicó que su primera hija tenía un soplo en el corazón. Entonces, no demoró en buscar una consulta con “*el mejor cardiólogo infantil de la República Argentina*”:

*Cuando me dijo eso, le digo “no, ¿hoy cuál es el mejor cardiólogo infantil de la República Argentina?”. Entonces me dijeron “el Dr. Insaurrealde en Av. Santa Fe 800, justo la esquina*

*de Av. Santa Fe 800". Pedí turno, me dice "bueno, para dentro de tres meses" le digo "no, yo estoy por tener familia, esta semana". Era el 2 de junio, mi segundo hijo nació el 9. Le digo "yo necesito ir hoy" "bueno, venga", así que fui, la atendió (Alejandra, madre de clase media, 56 años, 2 hijos)<sup>3</sup>.*

Como vemos en este relato, su forma de encontrar una atención médica inmediata es dirigiéndose directamente a determinado profesional, y no a través de una institución médica sino a su consultorio particular. Así, media una recomendación profesional, y alguien que le facilitó el contacto. Además, al llamar y enterarse de la demora existente en los turnos, ella insiste en su urgencia y exige una prioridad por estar embarazada y a término. En fin, son varios los recursos que esta mujer pone en juego: sus recursos económicos para costear la consulta de forma particular, su disponibilidad de tiempo y movilidad para llegar en el mismo día con su niña de 5 años y embarazada de nueve meses a una segunda consulta médica, y, por supuesto, sus habilidades interpersonales.

Otra madre de clase media cuenta los obstáculos burocráticos y la demora en los turnos de su obra social. Ella vivía experiencias frustrantes para comprar los bonos, lograr autorizar las órdenes médicas y hacer el seguimiento ante un problema de salud; pero a través de dichas situaciones fue "*encontrándole la vuelta*" y aprendiendo a manejarse mejor:

*Al principio protestaba mucho porque eran puras trabas, tenías que autorizar la orden, tenías que ir y comprar el bonito y estaba lleno de gente... hasta que empecé a encontrarle cómo es el mecanismo, ¿no? Que vos la orden la tenes que comprar anticipado, que si vos ibas en tales horarios era más fácil, que si vos quieres sacar el turno para médico, ya te sacas un turno para dentro de 15 días, te sacas otro para 30 [días] y otro para 45 [días] porque vos ya sabes que tenes que ir a la consulta, después tenes que llevar, ir a hacerte el análisis y después tenes que llevar el [resultado]... entonces ya me sacaba los turnos anticipados. Una vez que le encontré la vuelta a la obra social, me manejé siempre muy bien (Lorena, madre de clase media, 48 años, 3 hijos).*

Así, "*manejarse muy bien*" con la obra social le implicó anticiparse y organizarse ante el porvenir, un recurso propio de la clase media. Además, la misma madre cuenta que negocia con los especialistas un supuesto diagnóstico, cuando de ello depende la autorización de los estudios por parte de su obra social:

---

<sup>3</sup> Los nombres propios han sido cambiados para garantizar el anonimato de las personas e instituciones involucradas.

*Yo no puedo ir a hacerme un ecocardiograma si no tengo un diagnóstico de la valvulita tapada, el corazón agrandado, la deficiencia de no sé cuánto. No está bien (...) fui al cardiólogo y le dije 'mire lo que me está pasando, yo soy una mamá desesperada que quiere que su hijo haga deporte porque es lo bueno para mi hijo, pero el club no le deja hacer deporte si no tengo el certificado. La clínica [se refiere a la médica clínica consultada previamente] dice que no' 'bueno, ningún problema, hay que mentir, usted no se asuste, pero acá vamos a poner que el chico tiene un bloqueo no sé qué, no sé cuánto'. [Entonces] la obra social autorizó (Lorena, madre de clase media, 48 años, 3 hijos).*

A través de los ejemplos anteriores vemos que aquí entra en juego la información que está al alcance de las familias respecto de los mecanismos institucionales y comportamiento de los profesionales de la salud. Siguiendo a Lareau (2015), “allanar el camino” frente a instituciones complejas, burocráticas y poco claras requiere de un conocimiento cultural específico, que puede ser visto como un capital cultural de clase media. Estas formas de conocimiento cultural no son reducibles a aptitudes personales como la persistencia, la sociabilidad o el carácter; más bien consisten en el conocimiento de reglas formales e informales de las instituciones y las estrategias posibles para “ganar derechos” (Lareau, 2015).

Sin embargo, ello no significa que los casos de clase trabajadora no encuentren sus propias maneras de ejercer su agencia. Por ejemplo: “*en el hospital de Lomas, trabajaba mi tía de enfermera y yo iba con mi tía y enseguida te hacen pasar y la gente te mira mal, pero no te queda otra, si no tenes que estar tres horas sentada ahí hasta que me atiendan*” (Corina, madre de clase trabajadora, 48 años, 3 hijos).

Más bien podríamos decir que los mecanismos formales e informales con que se manejan los recursos de las instituciones de salud, en general no resultan favorables para la clase trabajadora. Por el contrario, potencian sus desventajas de clase. Ello lo podemos ver en el caso de un padre de clase trabajadora que vive en Sarandí, Avellaneda, y trabaja con su moto para una motomensajería. Tras un accidente de tránsito ocurrido mientras trabajaba, fue internado en el Hospital Municipal Dr. Diego Thompson de San Martín. Allí “*me atendieron para la mierda, de frente mar... me dejaron tres horas en una camilla todo entablillado y yo muriéndome del dolor*”, mientras que “*con el que choco yo era el hijo de un puntero político y lo atendieron en 15 minutos*”. Cuando finalmente lo atienden, le hacen una radiografía y no ven que había una fractura en el tronco de su hueso fémur: “*me sacaron placa, todo, y no vieron la quebradura. ¿Cómo un traumatólogo no va a ver la quebradura?*”. Entonces optó por volver solo, en colectivo hasta buscar su moto y luego conduciendo quebrado hasta Sarandí, donde se atendió por medio de su ART: “*tres colectivos me tomé [para retirar la moto en Villa*

*Maipú], loco, te juro por Dios, muriéndome del dolor hasta que llegué a la comisaría (...) me vine para acá [a mi casa en Sarandí] y me fui a la ART”* (Máximo, padre de clase trabajadora, 38 años, 1 hijo).

Su decisión de ir “*muriéndose del dolor*” pero inmediatamente a buscar su moto a la comisaría y volver manejando alrededor de 30 kilómetros hasta su casa, bien podría ser calificada como riesgosa. De hecho, como argumenta Lupton (1996), en los discursos de promoción para la salud, las personas de clase trabajadora son típicamente representadas como quienes no toman en cuenta las exhortaciones de los promotores, y en cambio se exponen deliberadamente a riesgos para la salud en lugar de evitarlos racionalmente. Sin embargo, a partir de su relato, podemos comprender que su accionar se encontraba motivado por una falta de recursos para resolver el problema de otra manera. Por ejemplo, para acudir a un familiar o un conocido que viniera a buscarlo a él y a su moto, para pagar un traslado de ambos, o para conseguir un diagnóstico y un traslado médico antes de retirarse del hospital por sus propios medios. Este padre ejerce su agencia humana dentro de sus limitaciones estructurales; balanceando los diferentes riesgos para la salud, pero teniendo en cuenta también intereses económicos y de preservación de su capital, ya que su moto era el único medio de trabajo: “*fui a buscar mi moto porque en la comisaría esa no la dejaba ni a palos, porque cuando la vas a buscar está desarmada*” (Máximo, padre de clase trabajadora, 38 años, 1 hijo).

### **Desafiando a las autoridades médicas**

En segundo lugar, la agencia ejercida por las familias en busca del cuidado de su salud se refleja en los desafíos a las autoridades médicas. En los relatos de vida encontramos variadas ocasiones en que las familias realizaron segundas consultas médicas, cuando un diagnóstico o tratamiento les generaba dudas. A veces, sorteando los mecanismos institucionales y otras veces respetándolos. En este segundo sentido, la agencia tiene que ver con una impronta de *locus of control* (Ross y Wu, 1995) y se relaciona con la capacidad de informarse sobre la oferta y alternativas de cuidado y tratamientos disponibles, más allá de la recomendación de la autoridad médica competente.

Por ejemplo, una madre de clase media cuenta que estaba preocupada por una leve desviación en el pie de su hija: “*medio que... lo tiraba para adentro*”. Aún después de varias consultas con su pediatra: “*me decían que no era nada, no era nada, y yo no estaba tranquila*”. Entonces decidió hacer una cola de madrugada para ser atendida en un hospital público: “*y bueno, allá en la fila cuando me preguntó para qué iba, dice “no, mami, eso es normal -dice- no te puedo...”*. Ya está, pero me quedé tranquila, si me dijeron ahí, ya está. Yo prefiero así, porque después digo “está”, preferible las cosas hacerlas eh, siempre antes. Yo soy en eso... hay que prevenirlas también, dejarse estar no, menos con mis hijas” (Florencia, madre de clase media, 39 años, 2 hijas).



No se trataba de una urgencia sino de despejar su inquietud y “*quedarse tranquila*”. Sin embargo, su percepción de control está sostenida por múltiples recursos: ella contaba con una cobertura médica privada, con un médico pediatra al que asistían regular y preventivamente, pero además contaba con tiempo y dinero para ir desde Villa Ballester hasta el Hospital de Niños en la Ciudad de Buenos Aires a la madrugada, un trabajo formal en el que podía tomarse el día para atender a su hija, y un cuidador que se quedara con su otra niña. Contando con dichos recursos es que la mujer actúa desafiando la autoridad médica del pediatra.

Este sentido de la agencia humana lo vemos también en el siguiente ejemplo, en el que una madre de clase media se enfrenta y discute con figuras de autoridad de una prestigiosa clínica en la que se encontraba internado su esposo. Lo hizo con la certeza de que “*si nos hubiéramos quedado con las cosas como venían, él no estaría vivo*”:

*Yo me peleé con el infectólogo del mejor sanatorio de Buenos Aires porque el tipo le quería dar a mi esposo una... un antibiótico y yo le dije ‘no, a ese antibiótico él es alérgico’ y el tipo me contestó, el Jefe de Infectología de la... No quiero decir el lugar... Me contestó ‘bueno’ dice ‘denle el antibiótico que elija la señora’. Entonces, cuando él dijo eso, a mí me agarró un ataque de histeria. Le digo ‘¿por qué no miras la historia clínica? ¿Por qué no miras la historia clínica donde él ya es alérgico a eso?’. (...) El tipo ni le había mirado la historia clínica, le iba a volver a dar el mismo antibiótico. Y cuando yo me peleé con él, vino el Director del Hosp... del Instituto este y, como me vio sacada, sacada, y que yo le dije que el Jefe de Infectología no se acercara a mi marido porque yo me lo llevaba... es el día de hoy que después de cinco años seguimos siendo como amigos te diría y es el médico de cabecera de mi esposo (Alejandra, madre de clase media, 56 años, 2 hijos).*

Como vemos en el siguiente ejemplo, los mecanismos para sacar provecho de los recursos disponibles quizás conlleven más tiempo, pero las madres de clase trabajadora tampoco se quedan con “*las cosas como venían*”:

*Una vez que fui a Urgencias, salí al [hospital provincial Lucio] Menéndez a llevarlo al nene porque tenía... estaba como en estado de hipotermia... y la doctora no venía y cuando venía me decía ‘no es nada’. Para ella no es nada (...) en ese momento, bueno, me atendió la enfermera. Estaba la enfermera... le bajamos... primero, porque fue de golpe, estaba en 35 de temperatura y estaba helado, dijo la enfermera que era fiebre interna, por eso tenía frío, estaba helado por fuera y de golpe pasó a 40 grados, fueron dos segundos, fue a 40 grados arriba en el cuerpo... Le bajamos la fiebre, le dimos Ibuprofeno que esto que el otro, lo*

*tuvieron ahí, lo controlamos, me fui, esperé más o menos, pregunté cuándo se terminaban los turnos de la [doctora]... y volví a ir (...) fui y no estaba, pedí por otro médico y bueno... No todas las personas son iguales. Hay de todo (Carla, madre de clase trabajadora, 26 años, 1 hijo).*

Las acciones de esta madre para “ganar derechos” frente a una autoridad médica en la cual no confiaba son similares a las descritas más arriba. No obstante, esta actitud no la encontramos en todos los casos de clase trabajadora. Por el contrario, una mujer nos cuenta que, en la búsqueda de ser mamá, sufrió siete abortos espontáneos. Se atendía en un hospital público, y transitó todo el proceso sin saber las posibles causas y sin haber recibido asesoramiento acerca de los cuidados especiales a tener en cuenta frente a un embarazo de alto riesgo. Tras los siete abortos se dio por vencida y decidió adoptar una niña:

*Yo tampoco me traté de hacer un tratamiento, nada, recién en el último embarazo así me dijeron ‘vos tendrías que hacer un tratamiento, porque lo tuyo son embarazos de alto riesgo’... pero ya de la bronca, del dolor y todo eso, digo ‘no, ya está’. ¿Cuál fue la causa? Nunca me quise enterar (...) como a mí nunca el médico me dijo ‘bueno, tenes que tratarte, tenes que hacerte algún estudio a ver de por qué’, yo tampoco digamos que me calenté porque para mí era ya... ya era mucho dolor perder [los embarazos], así que imaginate tener que pasar por todo [el diagnóstico y tratamiento] (Sonia, madre de clase trabajadora, 46 años, 1 hija).*

De acuerdo con Lareau (2015), este tipo de experiencias es común a otras personas de clase trabajadora, quienes al enfrentarse a retos institucionales a menudo se sienten incómodas y no buscan ayuda -a la vez que por lo general esa ayuda no es ofrecida por los expertos-. En este sentido, las ventajas de clase son acumulativas (Pallas y Jennings, 2009, citado en Lareau, 2015: 22). Los efectos de la clase social sobre la salud de estas familias los podemos ver en el tipo de cobertura que poseen y otros recursos para acceder a la atención médica, pero a ello se suma el tipo de relaciones que mantienen con los profesionales de la salud y las formas en que enfrentan los mecanismos institucionales a fines de obtener ventajas.

### **Activando el capital social**

Asimismo, en tercer lugar, vemos que los padres y madres activan el capital social acumulado en sus familias y redes sociales para acelerar los procesos de atención, diagnóstico y/o recuperación ante un problema de salud. Tanto en clase media como en clase trabajadora las familias se

recomiendan mutuamente prácticas y consejos de (auto)cuidado y (auto)medicación. Estas recomendaciones pueden a veces alimentar actitudes críticas frente a los diagnósticos e indicaciones de los médicos (Freidin y Krause, 2017). Se evidencia así un flujo de intercambio de información en salud que a veces se incorpora y a veces no: “‘sí, tomé tal cosa’, te dice una, y te pones a buscar qué es lo que tiene y sabes para qué sirve, entonces bueno por ahí te compras y tomas” (madre de la familia 16). En estas familias, esta información se valora sobre todo ante la posibilidad de utilizar MACs, en coincidencia con la literatura respecto del papel de las redes sociales en la reducción de la sensación de lejanía sociocultural frente a las MACs (Freidin y Abrutzky, 2010; Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013; Freidin, 2017). Esta información también se utiliza para incorporar formas de autocuidado frente a dolencias menores ante las cuales no perciben la necesidad de consultar a un médico.

No obstante, por sus redes de relaciones sociales, encontramos disparidades por clase social. Las familias de clase trabajadora recurren a las recomendaciones de miembros de su comunidad religiosa o de sus patrones –no expertos-, mientras que las familias de clase media tienen acceso directo a médicos y otros profesionales de la salud. Este capital social desempeña un papel clave en su economía de las prácticas y las emociones: significa un acceso directo y de primera mano a un conocimiento socialmente aprobado –“*hot knowledge*” (Ball, 2003: 85)- que les permite utilizar de manera efectiva su propio tiempo y esfuerzo.

Por ejemplo, siguiendo con la madre de la familia 6 y el conflicto con el infectólogo que atendía a su esposo internado, ella no sólo logró que a su esposo lo atendiera personalmente el Director del hospital -desplazando al Jefe de Infectología-, además movilizó sus redes de relaciones sociales, obteniendo una tercera opinión especializada:

*Ahí, realmente yo me acordé, que por eso le doy gracias a Dios, que cuando hicimos la catequesis familiar de [mi hijo], una de las mamás que es una brillantísima infectóloga, es del [centro privado especializado en Infectología]. Yo me acordé, la llamé, es una mujer exquisita en su forma de ser, en su presencia, en sus modos, entonces llegó adonde mi esposo estaba internado y (...) bueno, lo hizo con una maestría extraordinaria, los médicos por supuesto se encontraron frente a una eminencia que sabía más que ellos de Infectología, aprendían de lo que ella dijo. Y bueno, entonces autorizaron a mi esposo a hacer el tratamiento que decía ella (Alejandra, madre de clase media, 56 años, 2 hijos).*

En cambio, los casos de clase trabajadora evidencian un mayor sometimiento a la autoridad médica junto con una falta de herramientas para evaluar su desempeño y una falta de acceso a expertos de confianza. Todo ello hace a que sus procesos de diagnóstico y tratamiento se prologuen más en el

tiempo. Lo vemos, por ejemplo, en una familia de clase trabajadora, durante el proceso de diagnóstico de epilepsia de su hija. Se trata de un diagnóstico que, de haber tenido acceso inmediato a un resonador magnético, no conlleva mayores complicaciones desde el punto de vista médico. En este caso, se demoró, en primer lugar, por una falta de herramientas para reconocer los síntomas y luego para evaluar el desempeño médico.

La madre cuenta que una de las maestras de la escuela “*fue que le detectó el problema*”: “*la maestra me dice que andaba mal porque a ella le cambiaba la escritura, le cambiaba todo. Hoy, por ejemplo, vos le decías “3+3” o “3x2” y te lo decía, mañana le preguntabas y no daba pie con bola*”. Entonces “*la llevé a un neurólogo, le hizo un electro y no le salió nada viste. Yo le pregunto, bueno, “¿qué otros análisis le podemos hacer?” “no, no, nada, nada”. En el colegio me seguían citando. Es decir, primero “cuando la llevé a la psicopedagoga, ella mejoró un poco, se abrió un poco más, le habló; después la maestra me había dicho que sí, que estaba más abierta en el colegio, pero cuando le seguían los episodios dije “no, acá no... esto no se soluciona con psicopedagoga, mejor voy a hacer [otra consulta]*”. La llevó a atenderse a una clínica privada en San Martín porque “*no conocía a nadie, entonces le busqué un neurólogo infantil, el único que me dijeron que podía haber era... [ese]*”. Durante más de un año llevó a su hija a controles periódicos con dicho neurólogo infantil. Aún sin diagnóstico, éste le administraba una medicación:

*Cada vez que iba me daba la receta, porque viste son medicamentos que no podes comprarla así nomás, te tienen que dar la receta, y bueno, yo iba y me daba receta. Al año, le digo, “doctor -le digo- pero no tiene que hacerle ningún control?” “ah bueno -me dice- ahora después de las vacaciones pida turno que le vamos a hacer -que era un electrocardiograma, qué sé yo-. Ah -me dice- parece que va a salir una ley que le van a dar, nacional, que le van a dar la medicación gratis”. Le digo “ah bueno -porque encima ahí ya empezaba a venir ya mal yo [económicamente]-, le digo “ah bueno, cuando sepa algo avíseme” (Sandra, madre de clase trabajadora, 54 años, 2 hijos).*

El proceder del médico le generaba desconfianza a la entrevistada, ella “*ya le había tomado idea ¿viste? porque no le hacía nada [se refiere a exámenes de diagnóstico y control de la medicación]*”. Pero seguía asistiendo a las consultas y comprando la medicación de acuerdo a lo indicado por el médico, hasta que un día, al acompañar a una sobrina -también epiléptica- a una consulta en el Hospital Interzonal De Agudos, se enteró de que la medicación ya se estaba entregando gratis en los servicios públicos de salud. En ese momento decidió hacer una interconsulta en el Hospital de Niños, donde la diagnosticaron.

Resumiendo, este proceso de diagnóstico conllevó varias intervenciones de la maestra y la escuela; luego, consultas psicopedagógicas y consultas con un neurólogo en una clínica privada y por último un nuevo proceso de diagnóstico en el Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires. Todo ello conllevó alrededor de dos años, desde que la hija tenía 6 años hasta los 8 años en que fue diagnosticada: *“empezó a tener... con los problemas a los... [en] segundo grado [de la primaria], así que, pero hasta que le descubrimos era... en tercero creo”*. También conllevó mucho dinero para una familia que estaba mal económicamente hablando. Durante más de un año esta madre estuvo pagando de su bolsillo las consultas médicas privadas y la medicación indicada. Esta situación *“no le gustaba”* pero no tenía las herramientas suficientes para evaluar el desempeño médico ni acceso directo a profesionales de su confianza. Lo que finalmente le dio la pauta para cambiar de profesional e institución, lo certero desde su punto de vista, fue el asunto de la entrega gratuita de medicamentos y la corroboración por ese motivo de que su médico no estaba actuando éticamente: *“me entero que dan la medicación gratis y digo “¿cómo, el estúpido este del médico...? Acá [en el hospital público] ya está [vigente la entrega gratuita de medicamentos] ¿y él no me dijo nada?”* (Sandra, madre de clase trabajadora, 54 años, 2 hijos).

Además, podríamos pensar que existe una relación entre el acceso directo a profesionales de confianza y la temporalidad del diagnóstico y tratamiento. Ello se evidencia en el siguiente relato de una madre de clase media, quien sufría *“un dolor muy fuerte, muy fuerte acá en la cintura”*:

*Entonces pedí un turno... pedí un turno para... Lógicamente, entre que me dieron el turno primero para uno, después... me dieron... Ese que me atendió [se refiere al primer médico] me dijo que fuera al especialista en columna (...) yo cuando fui ya estaba bien, porque en realidad yo ya había empezado con el kinesiólogo, que como es amigo mío, yo lo llamé, le digo ‘che, ¿qué me...?’ ‘bueno, vení’ (...) ya me empezó a hacer el tratamiento así que cuando fui [al médico especialista en columna], ya estaba bien* (Silvana, madre de clase media, 49 años, 3 hijos).

Vemos que los recursos que circulan por las redes de relaciones sociales de las familias de clase media no son los mismos que los de clase trabajadora. Siguiendo a Powell y Smith-Doerr (1994), cuanto mayor es el nivel educativo de una persona, más amplia es su red de relaciones sociales y mayores son los recursos que circulan por esa red<sup>4</sup>. Ello lo ejemplifica una madre de clase media casada con un médico, de una familia de médicos:

---

<sup>4</sup> De hecho, el concepto de *Netzwerk* del alemán se traduce como red, pero literalmente está compuesta por los términos *Netz* que significa área o malla y *Werk* que significa trabajo o acción. Entonces, podríamos pensar que cuanto mayor es la red de relaciones sociales y recursos de una familia, mayor será también su zona de operación y el alcance de sus acciones en la situación.

*Mi marido era médico, o sea que... muchas veces yo pensaba, ¿no? que uno... no todo el mundo tiene la misma facilidad, es decir, me dolía algo, (...) e inmediatamente conseguís al profesional que te atienda, inmediatamente te sacan la resonancia para saber qué es lo que pasa, inmediatamente tenes la medicación. Y eso no pasa normalmente. Es decir, el hecho de estar en una familia de médicos te favorece en ese aspecto (Malena, madre de clase media, 56 años, 2 hijos).*

Asimismo, como relata un padre de clase media a raíz de un cáncer que sufrió su hija, cuanto mayor es el riesgo percibido ante una situación de salud, más se movilizarán sus recursos personales y más se apelará a sus contactos en busca de apoyo no sólo emocional sino también económico. Durante el proceso de diagnóstico de su hija esta familia decidió pagar los estudios de forma particular en los centros de atención donde tenían contactos. Buscaban acelerar los tiempos de diagnóstico y poder comenzar con el tratamiento lo antes posible:

*Por ganar tiempo, sí, hicimos todo (...) en Swiss Medical, ahí en Juan B. Justo y qué sé yo, se llama los Arcos, donde trabaja mi otra hija. Entonces, cuando vio el médico [de la obra social], le mostramos la película y qué sé yo y dijo 'está bárbaro'. Dijo '¿ustedes acá?' [refiriéndose a los estudios hechos en una clínica del grupo Swiss Medical]. Claro, había que pagarla, era como una luca todas esas tomografías. Bueno, después la obra social nos reintegró algo (...) y ese PET que se hizo \$4.000.- salió [se refiere al año 2008], la obra social te lo mandaba a hacer a otro lado... entonces lo mismo, una diferencia de... pero yo no estoy hablando de plata, estoy hablando de que si no tenes tiempo... La obra social te lo hace todo, [pero] nosotros lo quisimos hacer ya, porque era ganarle al tiempo, no me arrepiento para nada. Yo la plata la tenía. Si no la tenía, este amigo mío, ¿viste? el de los micros ya me lo había dicho, otro de la secundaria también, me habían... me habían dicho. Yo estaba con ese respaldo, a los que no tuve que acudir porque eran cifras que si bien \$4.000.- es mucha plata no es una cifra que vos decís... Si me hubieran dicho \$10.000.- yo no lo podía pagar, entonces iba a pagar \$4.000.- y pediría \$3.000.- a cada uno ponele, no sé (Gonzalo, padre de clase media, 53 años, 4 hijos).*

Un año y tres meses más tarde, su hija ya culminó su tratamiento con quimioterapia y radioterapia. El episodio “terminó con un final feliz”. Este padre interpreta que “tuvimos la suerte, o sea, tuvimos un diagnóstico precoz, quiere decir rápido”, porque el mismo domingo en que su hija se encontró un bulto en el cuello decidieron ir a hacer una consulta médica, porque al quedar internada en observación buscaron una segunda opinión de “mi amigo médico”, quien “vino corriendo” a la

clínica y recomendó “*está bien, internala, dejala, que [la médica] está haciendo las cosas bien*”. Además, “*tuvimos también el apoyo de todas las amistades, de toda la familia... ella fue a la psicóloga*” (Gonzalo, padre de clase media, 53 años, 4 hijos).

## **Conclusiones**

Los trabajos sobre los recursos disponibles para actuar en salud a menudo presentan la limitación de tomar a las personas como pasivas frente a los recursos externos, poseídos o no poseídos (Calnan y Williams, 1991). Aquí hemos visto, por el contrario, cómo éstos se ponen en práctica y se convierten en mecanismos intermediarios que hacen que las inequidades en salud se vean reflejadas en desiguales PSEA/C.

Primero, el apoyo social -tanto emocional como material- que estos padres y madres encuentran en sus redes de relaciones sociales; el tiempo, dinero y energía que se necesitan para actuar de forma tal como para asumir menos riesgos para la salud; el uso del automóvil para acelerar el proceso de atención médica; el conocimiento específico para evaluar síntomas y tratamientos médicos de forma más eficaz; y las formas de tratar con instituciones y profesionales de salud; son todos recursos de los que se valen los entrevistados a fines de cuidar su salud y la de sus familias. Dichos recursos no son específicamente “recursos en salud” sino recursos que los ayudan a tomar decisiones y potenciar su capacidad de acción en salud.

Segundo, identificamos tres formas en que las familias ejercen su agencia en salud: sorteando obstáculos y mecanismos institucionales, desafiando a las autoridades médicas competentes, y activando su capital social. Éstas suponen una mayor o menor disponibilidad de los recursos antes mencionados –que, a su vez, son apropiados de manera desigual por las distintas clases sociales-, y, por lo tanto, tienden a reflejar la posición de clase de las familias en la estructura social. Como marcan Calnan y Williams (1991), las ideas y prácticas sobre asuntos de salud se integran en las rutinas de la vida cotidiana y, por lo tanto, están condicionadas por las circunstancias sociales y económicas de las familias.

Tercero, vimos que la mayor o menor disponibilidad de recursos más las formas de ejercer la agencia humana están vinculadas con la temporalidad de los PSEA/C. Es decir, siguiendo los casos aquí presentados, desafiar a las autoridades médicas competentes no es imposible para las personas de clase trabajadora pero ciertamente conlleva más tiempo y esfuerzo. Lo mismo podríamos decir sobre sortear los mecanismos institucionales y acceder a profesionales y expertos de confianza. En este orden de ideas, la temporalidad en que se desarrollan sus PSEA/C se vería reflejada en mayor o menor calidad en los procesos de diagnóstico y tratamiento, y también en mayores o menores consecuencias para el estado y percepción de la salud.

De ninguna manera podemos extrapolar esta información más allá de sus relatos. No obstante, la investigación comparada nos permite comprender los patrones encontrados como modelos sociales de comportamiento usualmente asociados a una y otra clase social.

### **Referencias bibliográficas**

- Adler, N. y Newman, K. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies. *Health Affairs*. 21(2), 60-76.
- ALAMES (2008). Documento base. *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México D.F.
- Ball, S. J. (2003). *Class Strategies and the Education Market: The middle classes and social advantage*. London: RoutledgeFalmer.
- Calnan, M. y Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), 506-529.
- Carpiano, R. M., Link, B. G. y Phelan, J. C. (2008). Social inequality and health: future directions for the fundamental cause explanation. En A. Lareau y D. Conley (Eds.), *Social Class: How does it Work?* (pp. 232-263). New York: Russell Sage Foundation.
- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2010). *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios* (Documentos de Trabajo N° 54). Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt54.pdf>
- Freidin, B. y Krause, M. (2017). El cuidado de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital, y experiencias biográficas. En B. Freidin (Coord.), *Cuidar la salud: mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires* (pp. 63-96). Buenos Aires: Imago Mundi.
- Freidin, B., Ballesteros, M. S. y Krause, M. (2017). El trabajo de campo con grupos focalizados. En Freidin, B. (Coord.), *Cuidar la salud: mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires* (pp. 1-12). Buenos Aires: Imago Mundi.
- Freidin, B., Ballesteros, M. y Echeconea, M. (2013). *En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires* (Documentos de Trabajo N° 65). Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt65.pdf>
- Giele, J. Z. y Elder, G. H. (1998). Life Course Research: Development of a field. En J. Z. Giele y G. H. Elder (Eds.), *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches* (pp. 5-27). Thousand Oaks: SAGE.



- Krause, M. (2009). Estilos de vida y reproducción social: abordajes teóricos para el estudio de las estrategias educativas y de salud en sectores medios. *XVII Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Asociación de Universidades Grupo Montevideo, Concordia.
- Krause, M. (2015). *Prácticas cotidianas en el cuidado de la salud, la educación y la economía doméstica: Un análisis del mundo de la vida en familias de clase media y clase trabajadora del Área Metropolitana de Buenos Aires a comienzos del siglo XXI* (Tesis de doctorado no publicada), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lareau, A. (2015). Cultural Knowledge and Social Inequality. *American Sociological Review*, 80(1), 1-27.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2000). Evaluating the Fundamental Cause Explanation for Social Disparities in Health. En C. Bird, P. Conrad y A. Fremont (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 33-46). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Lupton, D. (1996). *The imperative of Health*. London: SAGE.
- Mirowsky, J. C., Ross, E. y J. Reynolds (2000). Links between Status Social and Health Status. En C. Bird, P. Conrad y A. Fremont (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 47-67). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 3a.ed. Thousand Oaks: SAGE.
- Powell, W.W. y Smith-Doerr, S. (1994). Networks and Economic Life. En N. Smelser y R. Swedberg (Eds.), *The Handbook of Economic Sociology* (pp. 368-402). Princeton: Princeton University Press.
- Ragin, C. C. (1989). *The Comparative Method: Moving beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press.
- Ross, C. y Wu, C.-L. (1995). The Links between Education and Health. *American Sociological Review*, 60, 719-745.
- Sautu, R., Dalle, P., Otero, M. P. y Rodríguez, S. (2007). *La construcción de un esquema de clases a partir de datos secundarios* (Documento de Cátedra N° 33). Buenos Aires: Cátedra de Metodología y Técnicas de la Investigación Social I, II y III dirigida por Ruth Sautu de la Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.