



LA PERCEPCIÓN DEL USO DEL TIEMPO REFERIDO A LOS CUIDADOS PARA LA SALUD: EL CASO DE VARONES Y MUJERES DE SECTORES MEDIOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Ana Domínguez Mon¹

Introducción

En un estudio² realizado en la ciudad de Buenos Aires (2008-2009) entrevistamos a 30 varones y mujeres de sectores medios de 25 a 67 años con cobertura de salud privada³ a fin de indagar cómo percibían los riesgos de contraer enfermedades crónicas no transmisibles (ENTA⁴s) y qué acciones realizaban para cuidar de su salud. Presento a continuación los resultados vinculados a la valoración que otorgan las y los entrevistados al tiempo como institución organizadora de sus actividades cotidianas. Mi presentación desea exponer el valor subjetivo del tiempo en tanto ‘temporalidad’ percibida y actuada por las y los entrevistados en relación a los cuidados para la salud. Mi tesis es que la forma en que perciben los cuidados para su salud, expresa valores en relación a las actividades que realizan, según los lugares y los tiempos de que dispongan para su ejecución. Encontramos en forma reiterada la referencia a la percepción del *tiempo* como ‘categoría local’⁵, en tanto fenómeno limitante de las prácticas cotidianas y, particularmente en el caso que nos ocupa, de las prácticas de cuidado para su salud.

¿Por qué vincular percepción de riesgos y ocurrencia de ENTAs en sectores medios con cobertura de salud privada?

¹ Investigadora del Instituto Gino Germani y del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, andominguezmon@yahoo.com.ar

² Proyecto titulado “Percepciones de riesgos y/o peligros para la salud en varones y mujeres de sectores medios de la ciudad de Buenos Aires (SO12), financiado por la Universidad de Buenos Aires, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Colaboradoras: Natalia Ojeda, Eliana Depino y Laura Monti.

³ A través de la contratación del sistema pre pago de seguros de salud vigente en la Argentina desde los años 70, cuya masividad se extendió a comienzos de los 90 debido al deterioro de los servicios prestados por las Obras Sociales, a valores presente en la sociedad argentina a principios de los 70 y como resultado de la desregulación del subsistema de seguridad social, que permitía el traspaso de los aportes de los trabajadores desde ese subsistema a los seguros privados de salud.

⁴ Siendo en un 60% las principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares, los tumores y les lesiones (Ortiz, Z, 2005)

⁵ Me refiero a la forma en que las personas otorgan significados a diversas nociones en contextos determinados (Geertz, 1994)



En la bibliografía especializada (OMS,2002; Ortiz, Z; 2005) suele mencionarse a las ENTAs como enfermedades de los países desarrollados⁶, por la magnitud del problema⁷ y porque son países con población envejecida con riesgo de discapacidad y/o muerte por estas afecciones. En el caso particular de la ciudad de Buenos Aires, escogimos trabajar con los sectores medios, varones y mujeres con recursos económicos y que poseyeran al momento del estudio hubieran contratado seguros privados de salud⁸. Nos preguntábamos ¿cómo perciben los riesgos a su salud quienes poseen capitales económicos, culturales y simbólicos propios de los sectores medios y con cobertura privada de salud? ¿Qué valores expresan a través de los cuidados de su salud quienes buscan y utilizan este tipo de cobertura médica? Inicialmente no ponderamos relevante seleccionar entrevistados que padecieran ENTAs, aunque una vez finalizadas las entrevistas gran parte de los mayores de 40 años manifestaron padecer enfermedades no transmisibles. La metodología aplicada fue cualitativa, se realizaron entrevistas en profundidad a personas que no vivieran solas⁹, en las que propusimos nos relataran aspectos de las trayectorias personales y familiares en torno a los cuidados de su salud, tendiendo como disparador la forma en que contrataron las coberturas de salud que poseían al momento de realizar las entrevistas. En los relatos se indagó en los valores que asignaban a dos dimensiones de la vida cotidiana usualmente vinculadas a la ocurrencia de las ENTAs: la alimentación y las actividades físicas¹⁰. Estas dimensiones las consideramos prácticas de consumo materiales, puesto que si bien para las prácticas alimentarias se requiere dinero para llevar a cabo dietas con bajas calorías, los alimentos usualmente utilizados (frutas, verduras y cereales) son más caros y suponen prácticas alimentarias variadas¹¹. En relación a las prácticas físicas, para este grupo en particular, requiere de la existencia de espacios e instalaciones para llevar adelante actividades aeróbicas¹². Por otra parte estas dos esferas de la vida cotidiana fueron rápidamente identificadas

⁶ Entre las enfermedades más conocidas están: la diabetes, hipertensión, hiper-colesterolemia, obesidad, tabaquismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, entre otras.

⁷ En nuestro país lo sufre el 60% de la población (Ortiz, 2005), según la OMS en los países en desarrollo el registro llega al 80%(OMS, 2005) remarcando el problema que es población en general pobre, sin cobertura de salud.

⁸ En esta muestra en particular, buscamos varones y mujeres económicamente activos, que pudiendo ser beneficiarios de los servicios de sus obras sociales, optaron por contratar seguros privados de salud (por pago directo o a derivando los aportes de su obra social al subsistema privado)

⁹ Las estrategias de cuidado para quienes viven acompañados es diferente de quienes viven solos y en la literatura disponible las personas que viven solas tienen más probabilidades de estar expuestos a riesgos para su salud que las que viven acompañadas

¹⁰ Siendo las dos dimensiones que se busca modificar para controlar afecciones derivadas de la mala nutrición como de la ausencia de actividad física regular.

¹¹ Para las y los entrevistados se mencionó como prácticas de elaboración de alimentos en los que debe mediar tiempo de elaboración y calidad de los productos

¹² Si bien las caminatas son prácticas económicas, las y los entrevistados refirieron prácticas físicas en gimnasios privados o la compra de aparatos de uso personal como las bicicletas fijas, que remiten a un mercado de servicios y de productos. En general las prácticas aeróbicas (con desgaste moderado de energía) son las apropiadas para evitar o



por las y los entrevistados como relevantes en relación a las ENTAs aunque no siempre mencionadas espontáneamente¹³.

La valoración del tiempo en las prácticas de cuidado para la salud: la elección de la cobertura médica.

Entre las razones mencionadas para la selección de la cobertura de salud, así para la ejecución de las actividades cotidianas, las y los entrevistados destacaron al *tiempo* como una dimensión organizadora a la vez que constrictora de sus vidas (Shove, 2009). Esta noción, considerada en el contexto de las acciones de cuidado, nos permitió acceder a estilos específicos en que las y los entrevistados percibían los cuidados para la salud propia y en relación a las personas con las que vivían. ¿Es verdadera la afirmación de que “identificados los riesgos para la salud los agentes producen acciones orientadas a prevenirlos o disminuirlos”? El *tiempo*, caracterizado como un ‘bien escaso’ y altamente valuado por los entrevistados ¿cómo lo administran los miembros de este grupo para la relación de prácticas destinadas al cuidado de su salud? Encontramos que la forma en que perciben los riesgos para la salud en relación a la elección de una cobertura médica, no se corresponde del mismo modo con las acciones de cuidado para su salud en la vida diaria. La vida cotidiana de este grupo está organiza en torno a las actividades laborales¹⁴, en las que discriminan el tiempo ocupado por el trabajo del tiempo *libre*, destinado a actividades no laborales. Si bien no focalizamos nuestras entrevistas en la forma en que perciben el tiempo, la noción *tiempo* apareció en los relatos como un fenómeno concreto (por su disponibilidad o carencia) que los habilitaba o limitaba en la ejecución de las actividades no laborales. Nos referiremos al *tiempo* no como una categoría objetiva, sino a la forma en que fue mencionada en tanto percepción subjetiva identificada como ‘momento’ y como ‘recurso’. Como ‘momento’ en tanto espacio dentro del ciclo vital, veremos qué valoración otorgan a la ocurrencia o no de padecimientos para la salud según se lo ubique dentro de ciertas coordenadas: edad cronológica o situación dentro del ciclo vital. En tanto ‘recurso’, su materialidad adquiere la dimensión de un bien ‘escaso’, cuya administración requiere de esfuerzos cotidianos por incorporar prácticas consideradas de cuidado dentro de agendas

disminuir los riesgos vinculados a la aparición de las ENTAs (Existen recomendaciones de cómo realizar los ejercicios físicos regularmente en el portal salud del Hospital Italiano, www.hospitalitaliano.org.ar/.../index.php)

¹³ En las páginas web de las empresas de salud privadas figuran ofertas institucionales de asesoramiento nutricional así como grupos coordinados para realizar actividades físicas (gimnasios y entrenadores físicos)

¹⁴ Tomamos como criterio de inclusión que todas las personas entrevistadas fueran económicamente activas.



cotidianas en las que las actividades laborales ocupan gran parte del día¹⁵. De modo que el esfuerzo de análisis se realizó en dos sentidos: a) establecer la variabilidad de las respuestas intra-géneros o las peculiaridades relativas al *momento* dentro del ciclo vital masculino o femenino ¿Existen formas específicas en que los varones y las mujeres perciben los riesgos según sus edades? ; b) buscamos establecer las diferencias genéricas entre varones y mujeres en torno a la valoración del *tiempo* como *recurso* en sus vidas cotidianas. ¿Qué prácticas de cuidado para la salud dicen llevar a cabo los varones y cuáles las mujeres? ¿Qué responsabilidades manifiestan tener los varones y las mujeres en el cuidado de la propia salud y en relación a los restantes miembros del grupo doméstico?

Descripción de la muestra

Seleccionamos 30 entrevistados/as de sectores medios, por método bola de nieve a personas de 25 a 67 años (a partir de las personas próximas a nuestro núcleo de relaciones¹⁶) que tuvieran o hubieran optado por un seguro médico privado y que vivieran acompañados (ver cuadro adjunto). Las y los integrantes de la muestra estaban empleados. El sistema de salud denominado pre-pago, ha sido contratado por la mitad de los miembros de la muestra por contratación directa (porque son trabajadores independientes y no poseían obra social o porque teniendo obra social esta no permitía el pago de un co-seguro) y porque eran empleados en relación de dependencia y recibían la cobertura a través del plan de la empresa con cobertura familiar. En la Argentina, las obras sociales y los seguros privados ofrecen cobertura de salud a los hijos de los trabajadores hasta la mayoría de edad (21 años) y dispone de su extensión a las y los jóvenes que continúan a cargo de sus padres hasta los 25 años. Existen planes privados de salud para jóvenes a partir de los 25 años que pueden contratar directamente, ofrecidos por las coberturas de salud de mayor presencia en el mercado de la salud en la Argentina. Las y los entrevistados de obras sociales de este grupo disponían de planes cerrados en instituciones privadas, como a través del sistema de reintegro de gastos en consultas

¹⁵ Si bien las referencias a la actividad laboral concreta registrada para la ciudad de Buenos Aires, 8 horas diarias de una semana laboral de 5 días (Esquivel, 2005), las y los entrevistados mencionaron las 9 horas como parte de su jornada laboral y perciben en forma intensa y hasta tensionante esta jornada laboral.

¹⁶ Nos basamos en la experiencia llevada a cabo en las entrevistas que Pierre Bourdieu llevó a cabo para realizar la investigación que dio origen al libro “La miseria del mundo”, abordaje que fundamentó en el capítulo que tituló “Comprender” (Bourdieu, 2000:527-543) Por lo que privilegiamos el acceso a personas con escaso tiempo, con desconfianza hacia la confidencialidad de las entrevistas y sobre todo porque poseíamos la *competencia comunicativa* (Briggs, 1986) que nos permitía aludir a fenómenos que tanto la entrevistadora cuanto las y los entrevistados, compartían. Esto redujo o atenuó la “violencia simbólica” de la entrevista, al realizar la práctica en contextos familiares para las y los entrevistados.



particulares¹⁷. La mayoría de las y los entrevistados son profesionales calificados (docentes, psicólogos/as; antropólogos/as; arquitecto; enfermera, ingenieros) o jerárquico en las empresas en que trabajan (empleada administrativa o dueño de empresa) Las y los más jóvenes son estudiantes universitarios y terciarios y sus actividades laborales, tal como las mencionan, son ‘transitorias’ hasta bien obtengan sus títulos universitarios y/o terciarios. Las y los entrevistados con profesión mencionaron estar a gusto con los trabajos que realizan. Conforman hogares con dos proveedores salvo en un caso de hogar monoparental femenino con dos hijos adolescentes a cargo. Todos ellos nos han referido que ‘eligieron’ la cobertura de salud y en esa elección estuvo presente el prestigio de la compañía y los beneficios que aquélla ofrecía. Entre los más mencionados estuvieron la oferta diversificada de servicios, con turnos disponibles en menor tiempo de los ofrecidos por sus Obras Sociales de origen, así como por la proximidad de los centros asistenciales a sus lugares de residencia. En este grupo en particular, se consideró relevante la posibilidad de ‘elegir’ cuándo, dónde y con quién o con quiénes realizar las consultas de salud. La administración de un recurso escaso, el *tiempo*, forma parte de los argumentos presentados para la contratación de las coberturas de salud seleccionadas. Los mayores de 45 refirieron consultas e incluso intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos durante la niñez. Consideraron a los servicios públicos de salud como una oferta posible pero no ‘elegida’, por la dificultad para acceder a los turnos médicos, así como en las prácticas de laboratorio, imágenes o prácticas complementarias, la carencia de disponibilidad de camas para las intervenciones quirúrgicas y las demoras para la atención en los consultorios externos. Para este grupo en particular la ‘elección’ se torna en un bien vinculado al ejercicio de la ‘libertad’ dentro de un espectro de posibilidades que está enmarcado por *quiénes* están en los servicios escogidos y *cuánto* pueden pagar por esas coberturas. Todas y todos remarcan que ‘conocen’ a los profesionales que los atienden o fueron recomendados a esas coberturas por ‘médicos’ de su ‘confianza’. En este grupo la ‘confianza’ constituye un elemento central a la hora de evaluar los servicios de salud: por la proximidad con los profesionales que los asesoran (por parentesco, por amistad), porque son médicos ‘de la familia’, que han atendido tradicionalmente a los integrantes de su familia. Por lo que los médicos mencionados ‘de cabecera’ son consultados en forma particular¹⁸, transformándose en los asesores en relación a los profesionales que figuran en las cartillas de las empresas contratadas. Los gastos en consultas privadas alcanzan a los ‘medios de

¹⁷ Obra social de empleados del Poder Judicial y Unión de Personal de la Nación, poseen contratos con prestaciones privadas, así como la Obra Social de Dirección de la Industria del Petróleo (OSDIPP), en esta última con la posibilidad de recibir el reembolso de los gastos realizados por las consultas privadas hasta un 70% del costo de las mismas.

¹⁸ Por pago directo en sus consultorios.



cabecera’, los obstetras y los pediatras porque sus conocimientos producen fiabilidad para realizar las elecciones que consideran más adecuadas. Dentro de esta compleja trama de relaciones sociales, recursos simbólicos y económicos disponibles por estos agentes, la posibilidad de ‘elegir’ es tal vez uno de los valores centrales cuando se les preguntó acerca de motivos de la contratación de las coberturas de salud.

Temporalidades y percepción de riesgos para la salud

Los varones: la edad y la paternidad

Si por temporalidad aludimos a la forma subjetiva de percibir el transcurso del tiempo, el *tiempo* en la percepción de los riesgos remite al ‘momento’ en que las personas refieren los peligros dentro su ciclo vital. Entre los más jóvenes, en la contratación de la cobertura de salud intervienen sugerencias o indicaciones de algún familiar o de la pareja, siendo en la mayoría de los casos una indicación femenina (madre, hermana, pareja). Los varones jóvenes de la muestra y los adultos que puestos a recordar su juventud, refieren haber estado durante largos periodos o años sin cobertura de salud porque ‘no la consideraban necesaria’. Identificaron imprecisamente los años sin cobertura médica regular. Los mayores de 30 años, mencionaron esta edad como la bisagra entre ‘lo que hacían’ y ‘lo que ya no pueden hacer’. Estos varones advierten la aparición de ciertos ‘achaques’: engordan con mayor facilidad y manifiestan no poder realizar actividades físicas como ‘antes’ porque ‘se cansan’. En general, los mayores de 40 fueron ‘padres’ antes o alrededor de los 30 años. La *paternidad* es un *momento crucial* dentro del ciclo vital masculino. En realidad la ‘elección’ de la cobertura de salud (en varones como en las mujeres) está vinculada a la inicio de la etapa reproductiva. Los varones mencionan los riesgos a la salud vinculándolos a la salud de ‘sus mujeres’ antes de que queden ‘embarazadas’ o durante el embarazo. En los varones la percepción de los riesgos para la salud es directamente proporcional a las responsabilidades propias de la *paternidad* y van decreciendo en intensidad como *responsabilidad* hacia ‘otros’ a medida en que los hijos van creciendo sanos o no y hasta la adolescencia. Es en el grupo de los mayores de 50 que aparece la percepción de riesgos a la propia salud: por síntomas percibidos y por ‘hallazgos’ en controles médicos ocasionales. En el caso de los varones, la percepción de los riesgos tienen la *temporalidad* de ‘lo que les está pasando’ no tanto como un evento prevenible sino como un fenómeno ‘inevitable’. La ‘inevitabilidad’ de los padecimientos producto de la edad: hipertensión, hiper-colesterolemia, padecimientos prostáticos, son afecciones concretas que motivan cambios de



vida que inevitablemente ‘se van produciendo’. Los daños son productos de paso del tiempo y de eso dan cuenta quienes identifican los 30 años como el umbral de otra etapa vital: los varones jóvenes declararon requerir cambios en las prácticas alimentarias y las actividades físicas a partir de esa edad. Sea por indicación médica o por propia decisión, los varones a medida que se hacen mayores manifiestan producir cambios en los hábitos alimentarios (comen menos o evitan determinadas comidas) y en la ingesta de alcohol; refieren dificultades para llevar a cabo las prácticas deportivas que realizaban a los veinte sin dificultad: “me canso cuando pico”, “tengo que entrenar, no es como cuando era joven”, “tengo que cuidarme con las comidas”, “antes no engordaba como ahora”. No son las enfermedades sino los signos corporales los que les permiten percibir que algo está cambiando: lo que antes hacían y ahora no pueden hacer. La actividad física para los mayores de 40 aparece como ‘indicación médica’ y en menor medida como ‘interés personal’. A partir de esa edad, los varones mencionaron el uso bicicletas fines en gimnasios o en sus casas. Todos reconocen la importancia de dedicarle ‘tiempo’ a las actividades físicas aeróbicas y admiten utilizar parte de su ‘escaso’ tiempo ‘libre’ a actividades físicas no siempre regulares. La alimentación masculina fue considerada en general como ‘mala’, ‘poco cuidada’, ‘chatarra’ entre los más jóvenes. Las restricciones no resultan de una decisión propia, sino desde el campo femenino: madres, parejas o desde el campo médico. ‘Comer sano’ no apareció claramente mencionado como iniciativa personal de los varones a menos que hubieran atravesado problemas de salud: ‘gastritis’, ‘colon irritable’, ‘divertículos’ etc. Los varones mayores de 40 años de esta muestra son los que evidencian cambios en los ‘hábitos’ de consumo alimentario que conllevan la incorporación de prácticas físicas ‘recomendadas’: caminar, andar en bicicleta, hacer aparatos, reiniciar deportes (tenis, golf, remo, natación) ahora ya no en forma competitiva, sino en forma recreativa.

Las mujeres: el cuerpo y la maternidad

Así como las *temporalidades* masculinas están enmarcadas en momentos etarios y en responsabilidades parentales, las mujeres expresan en sus *temporalidades* agendas completas desde que son muy jóvenes. Las restricciones en las dietas alimentarias y las actividades físicas semanales forman parte de valores en relación al cuerpo físico y social femenino no necesariamente vinculadas a percepciones de peligros concretos a la salud. A veces estas prácticas pueden evidenciar enfermedades como la anorexia y la bulimia. Por otro lado la pluri-ocupación femenina no comienza con la maternidad sino que aparece desde muy jóvenes: trabajan, estudian, realizan



actividades extra-laborales, tienen responsabilidades familiares propias e inciden en las responsabilidades familiares de sus parejas masculinas. Las decisiones reproductivas de las más jóvenes se tornan ‘tema’ a discutir con sus parejas traspuestos los 35 años¹⁹. Las mujeres jóvenes de la muestra cuando eligen un plan de salud lo hacen tanto en razón de una probable y futura maternidad, como en el hecho de ‘no poder quedar embarazadas’. De ahí la relevancia de prever las coberturas de salud que les parezcan más adecuadas, dado que los seguros privados de salud requieren de un ‘tiempo’ previo (también llamado de carencia) para que los y las beneficiarios puedan acceder o realizar determinadas prácticas como los controles prenatales y los partos así como las intervenciones quirúrgicas. Las mujeres jóvenes programan los ingresos a las coberturas de salud a partir del momento en que deciden iniciar su etapa reproductiva.

Por su parte las y los entrevistados mayores de 50 registran más de dos hijos, en tanto que los restantes conforman familias tipo (dos hijos) o con un hijo solo. La infertilidad femenina como la masculina es percibida como ‘riesgo’ para la salud (reproductiva). Ante la posibilidad de la aparición de problemas de fecundidad, las mujeres contemplan la consulta a los servicios de fertilidad. Para este grupo contar con centros asistenciales con buena ‘hotelería’ en caso de internaciones es un valor directamente vinculado al consumo de estos servicios: “en la mala quiero una buena hotelería” (Marcelo, 55 años en 2008)

Los miembros mayores de la muestra reconocen que a medida en que ganan edad, la ‘elección’ de la cobertura de salud se torna crucial. Todos prevén tomar una decisión antes de los 65 años puesto que la mayoría de las coberturas privadas fijan en esa edad el límite de ingreso para ambos sexos. Las cuotas aumentan en el caso de los ‘adultos mayores’ y las y los entrevistados mayores de 60 del refirieron la injusticia de las coberturas de salud privadas que se tornan costosas y a veces inaccesibles en las edades en que la gente mayor requiere atención médica más compleja. “Es injusto, pagás durante toda tu vida sana y cuando la necesitás, no la podés pagar” (Emilio, 67 años en 2008)

La percepción del uso del tiempo y los géneros en los cuidados de la salud

¹⁹ En la muestra hay una mujer que fue madre primeriza a los 37 y un varón que tuvo su primer hijo a los 45, el resto de las y los entrevistados han sido padres antes o a comienzos de la treintena



Aunque algunos trabajos de investigación realizados en Argentina a principios del corriente siglo revelen la persistencia de diferencias genéricas en el uso efectivo de los tiempos destinado a las actividades domésticas cotidianas (Wainerman, 2003; Esquivel, 2009), considero que las transformaciones en las prácticas del cuidado cotidiano de la salud de los hijos (Domínguez Mon, A y Garriga, J, 2010) posiciona a varones y mujeres en un escenario diferente, más complejo y tal vez contradictorio. Notablemente son los varones y no las mujeres quienes han producido los cambios más notables en la intimidad y sobre todo, como señala Wainerman, en relación al cuidado de los hijos. Sin embargo estos cambios no llegaron a transformar las prácticas cotidianas en torno al los cuidados de la propia salud. Si bien los varones y las mujeres compartimos la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, restaría indagar en el valor subjetivo del tiempo en ambos géneros en relación a las ENTAs comparándolos con los sectores menor protegidos social y económicamente ¿Qué políticas de salud existen para estos grupos y qué alcances tienen las recomendaciones médicas en jornadas de trabajo extensas, flexibles y que comprenden incluso los fines de semana ¿Qué aspectos de la vida cotidiana de varones y mujeres deberían estudiarse sistemáticamente para producir conocimiento en relación a subjetividades en torno al uso de los tiempos que nos permitan entender el aumento las ENTAs y los límites de las acciones en salud para prevenirlas o controlarlas?

CUADRO DE ENTREVISTADO 2008-2009

NOMBRE	EDAD	SEXO	PROFESIÓN	COBERTURA	VIVE CON
ADRIÁN	25	M	ESTUDIANTE/ EMPLEADO	MEDICUS	MADRE
PILAR	26	F	PAISAJISTA /ESTUDIANTE	OSDE	PADRES
LAURA	27	F	DOCENTE NIVEL INICIAL	GALENO	MADRE Y HERMANOS
SILVANA	27	F	ESTUDIANTE UNIVERSIT/ EMPLEADA ADM.	OSDE	SU PAREJA
HERNÁN	27	M	ESTUDIANTE/ OPERARIO EN FÁBRICA	HTAL. ITALIANO	PADRES, HERMANA Y ABUELO
MAURO	27	M	ESTUDIANTE/ DOCENTE	OSDE	SU PAREJA
LUCIANA	30	F	PSICÓLOGA	HTAL. ITALIANO	SU PAREJA
JOSÉ	30	M	PROF. EDU. FÍSICA/ EMPLEADO	O.S. PODER JUDICIAL	SU PAREJA
LÍA	31	F	ESTUDIANTE DE FOTOGRAFÍA	HTAL. ITALIANO	MARIDO E HIJA
PAULINA	34	F	LICENCIADA EN LETRAS/DOCENTE	OMINT /VITAL	SU PAREJA
JOAQUIN	34	M	COMERCIANTE	HTAL. ITALIANO	SU ESPOSA
MARCOS	36	M	PORTERO / MUSICO	OSPERY / UPCN	PAREJA E HIJA
MARIELA	39	F	PSICÓLOGA	HTAL. ITALIANO	MARIDO E HIJA
MELISA	41	F	ENFERMERA	FATSA/ SWISS	SU HIJO



				MEDICAL	
HELENA	41	F	MAESTRA/ ADMINSTRADORA	OSDE	MARIDO E HIJO
DARIO	44	M	ARQUITECTO	CEMIC	PAREJA E HIJAS
CLARA	48	F	ANTROPOLOGA	OSDE	MARIDO E HIJOS
SEBASTIÁN	48	M	ABOGADO	FATSA/SUISS MEDICAL	PAREJA E HIJO
SILVIO	49	M	ANTROPOLOGO	OSDE/Htal Británico	PAREJA Y DOS HIJOS
ELISA	52	F	ADMINISTRATIVA	DOSUBA/ ITALIANO	MARIDO Y DOS HIJOS
NICOLÁS	53	M	INGENIERO	HTAL. BRITÁNICO	ESPOSA E HIJOS
AIMÉ	54	F	ANTTROPÓLOGA	DOSUBA/ OSDE	MARIDO E HIJOS
MARCELO	55	M	INGENIERO	SUISS MEDICAL	ESPOSA E HIJOS
RODOLFO	55	M	INGENIERO	OSDE	ESPOSA E HIJOS
PABLO	56	M	INGENIERO	OSDIPP	ESPOSA E HIJO
ALFREDO	62	M	PSICÓLOGO	CEMIC	ESPOSA
ELENA	63	F	PSICÓLOGA	CEMIC	MARIDO
ALICIA	64	F	SOCIOLOGA	CEMIC	MARIDO
NANCY	64	F	ENFERMERA	SUISS MEDICAL	MARIDO, HIJO, NIETAS
EMILIO	67	M	PSICÓLOGO	OSDE	ESPOSA

Bibliografía

Bourdieu, P “Comprender” (p 527-543) en: *La miseria del Mundo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000

Briggs, C. “Aprendiendo cómo preguntar. Un enfoque sociolingüístico del rol de la entrevista en las investigaciones en ciencias sociales. Cap. III, En: *Learning how to ask*. Cambridge University Press, 1986.

Domínguez Mon, A y Garriga, José, *Experiencia social del riesgo en la salud: ¿en qué consiste la diferencia entre varones y mujeres? en: Revista Tematicas*, UNICAMP, San Pablo, 2010 <<http://revistatematicas.blogspot.com/2009/01/genero-moralidades-sexualidades.html> ISSN 1413-2486,>.

Esquivel, Valeria, *Uso del tiempo en la Ciudad de Buenos Aires*, Universidad Nacional de General Sarmiento, 2009

Geertz C. “El punto de vista nativo”: en *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Paidós. Barcelona. Paidós, 1994

Fidalgo, Maitena, *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*, Buenos Aires, Ed. Espacio, 2008.

Furbank, P.N. *Un placer inconfesable o la idea de la clase social*, Buenos Aires, Paidós, 2005

Shove, Elizabeth et al. *Time, Consumption and Everyday life. Practice, Materiality and Culture*, NY, Berg Ed., 2009



World Health Organization. *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*, en <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>

Ortiz, Zulma, *Enfermedades crónicas no transmisibles*. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 2005

Wainerman, Catalina, *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿Una revolución estancada?*, Buenos Aires, Ed. Lumière, 2003.