

## TEMPORALIDADES DE GÉNERO EN LOS CUIDADOS A LA SALUD EN BUENOS AIRES Los sectores medios ante las enfermedades crónicas<sup>1</sup>

---

*Ana Domínguez Mon*

### **Introducción**

Cuando evocamos la vida moderna post-industrial en las grandes urbes, a menudo pensamos en términos de vértigo, aceleración o separación naturalizada de tiempo y espacio (Giddens, 1973). Usualmente se recurre a la noción tiempo cuando deseamos medir la duración de fenómenos o acontecimientos, establecer el comienzo y el fin de actividades, reconocer simultaneidad de actividades. Sin embargo las actividades se producen y ocurren en lo que se ha dado en llamar la infraestructura temporo/espacial (Schatzki, 2009) La sociedad capitalista industrial moderna inauguró la institucionalización del tiempo a partir de la diferenciación de actividades destinadas a la producción (trabajo) de las destinadas a la reproducción (quehaceres). Estas actividades habilitaron el reconocimiento de dos formas temporales: el tiempo 'ocupado' o de trabajo y el tiempo no ocupado (no productivo) o 'libre' de las exigencias de la reproducción.

Los tempranos estudios antropológicos sobre el tiempo (Mauss, 1991; Evans-Pritchard, 1977; Leach, 1972) demostraron que las actividades marcan los tiempos y organizan las rutinas cotidianas. Del mismo modo los rituales permiten diferenciar hechos de cualquier tipo en momentos específicos, exista o no un instrumento o un método para datar (Gell, 1992): un calendario o un reloj como en Occidente. El tiempo es una categoría social (Durkheim, 1991) así como una

---

<sup>1</sup> Agradezco a Sergio Visacovsky los comentarios realizados a una versión previa de este artículo.

categoría verbal (Leach, 1972). Alfred Gell (1992) afirmó que el orden temporal se construye en relación a las formas en que los grupos humanos organizan las actividades productivas, transformándose en un “proceso de regeneración biosocial”. “Un calendario expresa el ritmo de la actividad colectiva al mismo tiempo que tiene por función asegurar su regularidad.” (Durkheim, 1991, p.16)

De modo que el valor asignado al tiempo está en relación a las actividades llevadas a cabo. De forma similar, el valor social asignado a las personas está en directa relación al valor asignado a las actividades que éstas producen. La producción feminista analizó críticamente el valor otorgado al trabajo productivo masculino, por comparación al trabajo reproductivo, tradicionalmente concebido como femenino (Moore, 1991; Lopata; Thorne, 1999; Sen, 1999) De este modo se graficó el primero como “lineal”, cuya duración se reduce a una actividad claramente diferenciada y con valor asignado en el mercado, en tanto que el tiempo femenino es “circular”, cuyo comienzo y final está en relación directa al comienzo y el fin del día (cuando las mujeres abren sus ojos y los cierran para dormir) (Moore, 1991; Duran, 1986).

El objetivo de este artículo es exponer el análisis del valor del tiempo en tanto ‘temporalidad’ percibida y actuada por las y los entrevistados en una investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires entre 2008-2010, en relación a las prácticas de cuidados para la salud. Afirmo que la forma en que perciben los cuidados para su salud revela valores en relación a las actividades que despliegan. Éstas se diferencian según los lugares y las personas que las realizan. En mi trabajo de campo encontré en forma reiterada la referencia al *tiempo* como ‘categoría local’<sup>2</sup> (Geertz, 1994), en tanto fenómeno limitante de las prácticas cotidianas y, particularmente en el caso que nos ocupa: de las prácticas de cuidado para la salud en sectores medios de la ciudad de Buenos Aires.

Llego a esta caracterización del *tiempo* como una noción mencionada por varones y mujeres en el contexto de la investigación<sup>3</sup> a fin de indagar cómo percibían los riesgos de contraer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTAs) y qué acciones realizaban para cuidar su salud.

---

<sup>2</sup> En adelante las categorías locales identificadas en este grupo aparecerán en bastardilla.

<sup>3</sup> Los datos que presento provienen del 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. En la primera etapa de campo colaboraron con la realización de las entrevistas Estibaliz Cuesta; Marina Cefali, Natalia Ojeda, Eliana Depino y Laura Monti.

## Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTAs) en sectores medios de Buenos Aires

En la bibliografía especializada (OMS, 2002; Ortiz, 2005) suele mencionarse cada vez con menos frecuencia, a las ECNTAs como enfermedades únicamente de los países desarrollados (diabetes, hipertensión, hiper-colesterolemia, obesidad, tabaquismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, entre otras), por la magnitud del problema y porque las sociedades con mayor nivel de ingresos por habitante tienen población envejecida con riesgo de discapacidad y/o muerte por la incidencia de estas afecciones. En la Argentina lo sufre el 60% de la población (Ortiz, 2005), según la OMS en los países en desarrollo el registro llega al 80% (OMS, 2005) afectando sobre todo a población pobre, sin cobertura de salud.

En el caso particular de la investigación que analizaremos, escogimos trabajar con sectores medios: varones y mujeres con recursos económicos; que poseyeran al momento del estudio o hubieran contratado seguros privados de salud. Varones y mujeres económicamente activos que siendo beneficiarios de los servicios de salud 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).

Nos preguntábamos: ¿cómo perciben los riesgos a su salud quienes poseen recursos 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?

Seleccionamos 30 entrevistados/as de sectores medios por método bola de nieve, personas de 25 a 67 años<sup>4</sup> (a partir de las personas próximas a nuestro núcleo de relaciones<sup>5</sup>). Inicialmente no indagamos si padecían ECNTAs, aunque una vez finalizadas las entrevistas gran parte de los mayores de 40 años manifestaron haber sido diagnosticado con enfermedades crónicas no transmisibles. Los criterios de inclusión fueron que las y los integrantes de la muestra estuvieran empleados y no vivieran solos (ver Cuadro de Entrevistados adjunto).

---

<sup>4</sup> Las y los entrevistados mayores de 30, poseen en general estudios universitarios o terciarios.

<sup>5</sup> Nos basamos en la experiencia de 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, pp.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.

La metodología aplicada fue cualitativa, se realizaron entrevistas en profundidad a personas que vivieran acompañadas. En la literatura disponible sobre factores de riesgo, las personas que viven solas tienen más probabilidades de estar expuestas a riesgos para su salud que las que viven acompañadas. Propusimos a los entrevistados que nos relataran las trayectorias personales y familiares en torno a los cuidados de su salud. Les solicitamos nos relataran las razones por las cuales habían contratado la cobertura que poseían al momento de ser entrevistados.

### **La elección de la cobertura médica y las prácticas cotidianas de cuidado**

Expondré el valor que este grupo en particular asigna a diversas elecciones en las actividades destinadas al cuidado de su salud. Por un lado la elección de la cobertura de salud es una práctica en la que intervienen diversos criterios de selección según las categorías de edad y el género de los entrevistados. Por otro lado he indagado en las prácticas cotidianas de cuidado focalizando en dos actividades directamente vinculadas a la ocurrencia de las ECNTAs: la alimentación y las actividades físicas. La malnutrición y a la ausencia de actividad física regular, usualmente son considerados factores de riesgo para aparición y agravamiento de gran parte de las ECNTAs.

Consideraré a la alimentación y a las actividades física, prácticas de consumo materiales (Miller, 2005) porque, para llevar adelante estas acciones, son necesarios recursos económicos. Los alimentos usualmente indicados por los médicos (frutas, verduras y cereales) son más caros que los ya elaborados disponibles en el mercado. En las dietas variadas, inciden la calidad nutricional del producto comprado y el tiempo de elaboración (por comparación con los productos elaborados o las llamadas comidas rápidas –*fast food*).

En relación a las actividades físicas, las y los entrevistados refirieron la necesaria existencia de espacios e instalaciones para llevar a cabo ejercicios aeróbicos. Si bien las caminatas son prácticas económicas, las y los entrevistados prefieren realizar actividades físicas en gimnasios privados o comprar bicicletas fijas y utilizarlas en sus viviendas. En general las prácticas aeróbicas (con desgaste moderado de energía) son las apropiadas para evitar o disminuir los riesgos vinculados a las ECNTAs (existen recomendaciones de cómo realizar los ejercicios físicos regularmente en las páginas web de las coberturas privadas de salud como por ejemplo el portal salud del Hospital Italiano, [www.hospitalitaliano.org.ar/.../index.php](http://www.hospitalitaliano.org.ar/.../index.php)). Los entrevistados reconocieron la relevancia de estas prácticas en

relación a la prevención de los daños vinculados a las ENTAs aunque no siempre las mencionaron espontáneamente<sup>6</sup>.

### **La elección de la cobertura de salud**

La Argentina posee de manera general tres subsistemas de salud: el subsistema público, destinado a todas las personas que lo requieran con especial atención a aquellas sin cobertura médica. Su acceso es universal y figura como derecho en la reforma constitucional de 1994 y en la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999). Al subsistema de Seguridad Social acceden por ley todos los trabajadores formales. En Argentina esta prestación la realizan las Obras Sociales, creadas a mediados de la década del 50. El tercer subsistema es el privado. Desde los años 70 del siglo pasado se consolidó en el mercado lo que conocemos hoy como seguros privados de salud o sistema pre-pago de salud<sup>7</sup>. Este sistema pre pago se amplió hasta casi generalizarse a comienzos de los 90 debido al deterioro de los servicios prestados por las Obras Sociales (Fidalgo, 2006). El sistema de salud denominado de pre-pago, ha sido contratado de forma directa por la mitad de los miembros de la muestra: por ser trabajadores independientes sin obra social o porque teniendo obra social, ésta no permitía el pago de un co-seguro para derivar los aportes a alguna empresa de salud. Dentro de este grupo, están los empleados en relación de dependencia, que poseen la cobertura a través del plan de la empresa. 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 (18 años) y disponen 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, ofrecidos por las empresas de mayor presencia en el mercado. Las y los entrevistados con obras sociales disponían de planes cerrados en instituciones privadas, así como de reintegro de gastos en consultas particulares<sup>8</sup>. La mayoría de las y los entrevistados son

---

<sup>6</sup> 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)

<sup>7</sup> Para un tratamiento más exhaustivo de los seguros privados en Argentina ver Tobar (2001) e Fidalgo (2006). Con relación a las empresas líderes en el mercado argentino ver: [http://www.mercado.com.ar/imagenes/ranking\\_2010.pdf](http://www.mercado.com.ar/imagenes/ranking_2010.pdf)

<sup>8</sup> 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.

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 profesionales o académicos. 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

### **El tiempo, un bien escaso**

El *tiempo* ha sido caracterizado como un 'bien escaso' y altamente valuado por los entrevistados. ¿Cómo lo administran en relación a las prácticas del cuidado de su salud? La vida cotidiana de este grupo está organizada en torno a las actividades laborales, 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: como 'momento' y como 'recurso'. Como 'momento' es la ocasión oportuna dentro del ciclo vital para la realización de una acción o para la aparición de algún padecimiento. El "momento" remite a ciertas coordenadas: edad cronológica o situación dentro del ciclo vital. Por su parte, el tiempo en su materialidad ha sido caracterizado como 'recurso', un bien 'escaso', cuya administración requiere de esfuerzos cotidianos por incorporar prácticas de cuidado dentro de agendas cotidianas, en las que las actividades laborales ocupan gran parte del día<sup>9</sup>.

Mi análisis se realizó en dos sentidos: por un lado, busqué 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? Por otro, identifiqué las diferencias genéricas entre varones y mujeres en torno a la valoración del *tiempo* como 'recurso'. ¿Cómo organizan las actividades de cuidado para su salud?

<sup>9</sup> 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, 2009), las y los entrevistados mencionaron las 9 horas como parte de su jornada laboral y perciben en forma intensa y hasta tensionante.

Todos ellos expresaron haber 'elegido' la cobertura de salud y en esa elección estuvo presente el *prestigio* de la compañía y los beneficios que aquella ofrecía. Entre los motivos más mencionados estuvieron la oferta diversificada de servicios, con turnos disponibles en menor tiempo que los ofrecidos por sus Obras Sociales de origen, así como por la proximidad de los centros asistenciales a sus lugares de residencia.

**Marcelo:** Tengo Swiss Medical, la Municipal<sup>10</sup>, que casi no la uso y DOSUBA. La Swiss Medical la tengo por la operación de próstata, por el tiempo de carencia. De carencia para operarme y como yo me operé programado, la comencé a pagar dos años antes. Empecé a pagar el tiempo suficiente para poderme operarme con una...

**Entrevistadora:** ¿Cuánto tiempo pagaste?

**Marcelo:** [Mirando a su mujer] ¿Cuánto tiempo antes pagué la SM? ¿Dos años?

**Nora:** Un poco menos. Un año es la carencia.

**Marcelo:** Más de un año

**Entrevistadora:** ¿Por qué eligieron Swiss Medical?

**Marcelo:** Yo creo que por [le pasa la pregunta a Nora que se acerca dispuesta a responder].

**Nora:** Un poco por el costo. Era más barato que OSDE en ese momento y yo tenía médicos ya conocidos que los conocía de toda la vida en SM y el médico que nos recomendaban para Marcelo, estaba en SM, también estaba en OSDE y cuando miré en ese momento, estaba más barato que en OSDE. Los médicos eran muy buenos creo que eran mejores que los de OSDE. En ese momento OSDE tenía la Bazterrica y la SM tenía la clínica que era linda. Decían que los profesionales eran poco mejores.

**Marcelo:** *Te voy a decir algo muy banal, por la hotelería. En la mala, quería una buena hotelería.*

**Nora:** DOSUBA tenía la clínica Parera, la clínica Colegiales y la clínica Parera.

**Entrevistadora:** En su momento tuvo el sanatorio Bazterrica ¿no?

**Marcelo:** En ese momento era muy mala la internación en DOSUBA<sup>11</sup> (Marcelo, 55 años Ingeniero y docente Universitario, obra social de la Municipalidad de Buenos Aires, OSBA, DOSUBA y cobertura de privada Swiss Medical) [mi énfasis en itálica]

<sup>10</sup> Obra social de los empleados del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (OsBa)

<sup>11</sup> Obra Social de Docente de la Universidad de Buenos Aires.

Este grupo se consideró relevante la posibilidad de ‘elegir’ cuándo, dónde y qué profesionales podían consultar libremente. La administración de un recurso escaso, el *tiempo*, forma parte de los argumentos para la contratación de las coberturas de salud privadas.

**Entrevistadora:** ¿Y por qué se te ocurrió cambiar de cobertura médica?

**Adrián:** Porque de Osecac no me gustaba nada... además porque estaba con la lesión en el brazo *y me quería atender en el momento, pero me dieron turno para un mes y medio... y no da esperar un mes y medio por algo que estás pagando*<sup>12</sup>, o sea que están descontando de tu sueldo, para eso me voy a un hospital público y es lo mismo... bah, yo me hice algunos estudios y me los hicieron bien, rápido, pero la atención es mala... también debe ser por la cantidad de gente que deben tener: es la obra social de los empleados de comercio<sup>13</sup> y debe estar saturada, pero el servicio no es bueno en cuanto a los tiempos que estipula... (Adrián, 25 años, estudiante y trabajador en empresa, Plan Joven Hospital Italiano) [mi énfasis en itálica]

Los mayores de 45 refirieron consultas e incluso intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos durante la niñez.

**Rodolfo:** En realidad desde que empecé a trabajar como profesional, siempre tuve cobertura privada, es decir desde los 25

**Entrevistadora:** ¿Y antes?

**Rodolfo:** Me parece que me atendía en hospital público. No me acuerdo. Mi papá trabajaba en el Clínicas [Hospital Universitario] y mi mamá en la facultad de Medicina.

**Entrevistadora:** ¿Qué hacían?

**Rodolfo:** Mi papá era cirujano y mi mamá es bioquímica, Yo desde chico me atendía en el Clínicas [hospital universitario] porque mi viejo trabajaba allí.

**Entrevistadora:** Pero entonces tenían que tener DOSUBA<sup>14</sup>.

**Rodolfo:** Y, creo que sí. Pero mis recuerdos eran que iba al Clínicas<sup>15</sup> para que me viera algún amigo de mi papá...

(Rodolfo, ingeniero, 55 años, cobertura actual OSDE<sup>16</sup>)

<sup>12</sup> En la Argentina las Obras Sociales se pagan con los aportes de los trabajadores y de los empleadores.

<sup>13</sup> OSECAC, Obra Social de los Empleados de Comercio.

<sup>14</sup> Obra Social de los docentes de la Universidad de Buenos Aires.

<sup>15</sup> Hospital Escuela Universitario dependiente de la Universidad de Buenos Aires.

<sup>16</sup> Cobertura Privada de Salud cuyo nombre legal es Obra Social De Empresas (OSDE).

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 a los análisis clínicos en los laboratorios, los servicios de imágenes o las prácticas complementarias, la carencia de disponibilidad de camas para las intervenciones quirúrgicas y las demoras para la atención en los consultorios externos. En general los entrevistados diferenciaron el deterioro de las instalaciones del prestigio de los profesionales que trabajan en el sub sistema público.

**Entrevistadora:** ¿Alguna vez te atendiste en hospitales?

**Adrián:** Sí, en hospitales públicos sí, sobre todo cuando estaba con las alergias, por guardia más que nada, porque me hinchaba entonces me iba a la guardia y me daban Decadrón<sup>17</sup>. . . por ahí cuando era mucho más chico habré ido alguna que otra vez al pediatra, pero nada más. . . *porque también los tiempos del hospital son esperar un mes y medio para un turno, o sea, es un sistema que el Estado lo provee y que bueno, es parte de una realidad socioeconómica argentina, por eso están saturados. . . si bien los profesionales, los médicos que atienden están calificados si no están apoyados por una infraestructura y herramientas, no dan abasto.*

**Entrevistadora:** Claro, pero vos, ¿por qué teniendo obra social ibas a la guardia?

**Adrián:** Y a veces por cercanía, por ejemplo en una emergencia, en vez de venirme acá a Paraguay y Junín<sup>18</sup>, me voy a 10 cuadras de mi casa. . . ante una emergencia no muy seria te vas hasta la guardia, igual sino también puedo llamar el médico a mi casa, y me ahorro las horas de espera en el hospital. (Adrián, 25 años, estudiante y empleado de comercio, Cobertura, Medicus). [mi énfasis en itálica]

Para este grupo en particular, la 'elección' se torna en un bien vinculado al ejercicio de la 'libertad' dentro de un espectro de posibilidades. Eligen los servicios según los profesionales que figuran en las cartillas y según el monto que pueden pagar por esas coberturas. Todas y todos remarcan que 'conocen' a los profesionales que los atienden o que llegaron a esas coberturas por 'médicos' de su 'confianza'.

**Silvio:** Nuestra experiencia al ver el deterioro de DOSUBA, por lo menos en ese momento no sé cómo estará ahora, fue duro. . . Nos molestó tener una obra social y no poder, digamos, disponer de un beneficio real cuando la necesitamos. Yo creo que eso nos marcó. Nosotros intentamos seguir en Docthos<sup>19</sup>, pero Docthos para continuar en ese momento, derivando aportes,

<sup>17</sup> Nombre comercial de un antiestamínico

<sup>18</sup> Lugar de la prestación del servicio de Salud de Medicus.

<sup>19</sup> Seguro privado de salud.

extrañamente nos salía más caro que OSDE. A OSDE ingresamos en el plan más bajo, el 210. Siempre estamos soñando con la desregulación del IOMA<sup>20</sup>, para derivar los aportes de IOMA y pasar al 310. No hay tanta diferencia entre el 210 y el 310 pero de todas *maneras un par de veces que nosotros respetamos mucho fueron los médicos, los médicos decían: “No, OSDE, OSDE, OSDE...” todos decían, bueno ya que vas a cambiar de pre-paga, entonces los cuatro médicos que solemos ver en el año nos recomendaron OSDE...*

(Silvio, 47, antropólogo, cobertura de medicina pre-paga OSDE) [Mi énfasis en itálica]

En este grupo de entrevistados y entrevistadas, 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 particular<sup>21</sup>, transformándose en los asesores familiares en temas de salud. Las y los entrevistados pagan las consultas privadas con ‘médicos de cabecera’, a los obstetras y a los pediatras porque les generan confianza y los guían en las elecciones que consideran más adecuadas.

**Entrevistadora:** Y en el 2001 que estuviste sin cobertura, ¿cómo hacían si las chicas se resfriaban...?

**Darío:** Íbamos a médico particular, al pediatra de toda la vida que siempre pagamos en forma privada. Fue un año particular. Yo no me acuerdo por qué, en qué situaciones quedamos sin cobertura pero fue un año donde si teníamos un tema de dentista, íbamos a un dentista privado y lo pagábamos. No tuvimos por suerte ningún problema. Uno dice bueno... tuvimos suerte, no tuvimos ningún problema. Entonces como te decía, después de ese momento entramos en el CEMIC.

(Darío, 44 años, arquitecto, profesional independiente, con cobertura privada Plan Familiar CEMIC)

En este grupo la cobertura de salud expresa formas en que se identifican y diferencian de otros grupos sociales. De los pobres, porque tienen como único recurso el hospital público y de los sectores de altos ingresos, porque deben optar por el plan más adecuado a sus presupuestos. En su elección racional

<sup>20</sup> Obra Social de los empleados del Gobierno de la Ciudad, obra social correspondiente a la cobertura de su esposa.

<sup>21</sup> Por pago directo en sus consultorios.

intervienen el cálculo de cómo utilizar los recursos económicos, humanos y sociales de que disponen. Son sujetos para quienes el cuidado de la salud es un bien relevante, si de cuidado médico se trata. Los varones anteponen el cuidado de la familia (mujer e hijos) al propio cuidado. Las mujeres, asesoran y buscan la información “confiable” sobre el tema: médicos conocidos, amigos, familiares. En términos de sus historias personales, reconocen el valor del cuidado público de la salud a la que algunos han recurrido en su niñez o adolescencia. Al no poseer recursos económicos para acceder a planes de salud destinados a los grupos de altos ingresos (Silvio menciona la diferencia entre el plan 210 y el 310 en la prepaga OSDE), evalúan y comparan qué prácticas y qué profesionales pueden atenderlos según los recursos económicos de que disponen. Valoran en alta estima la *hotelería* (“en la mala quiero una buena hotelería”, Marcelo, 55), así como esgrimen razones en las que predominan la relación costo/beneficio. Privilegian el tiempo insumido para realizar las prácticas y los costos relativos a la prestación que desean recibir. En la Argentina la cobertura de salud estuvo vinculada a la situación del empleo. Por ley, la cobertura es obligatoria para todos los trabajadores, así como puede alcanzar a los cónyuges e hijos (menores de 18 años) siempre que no perciban otro beneficio. Para este grupo el acceso a la cobertura privada se produjo por el “deterioro” de los servicios que ofrecían sus obras sociales: OSECAC, DOSUBA, OSba entre las más mencionadas.

**Entrevistadora:** Pero a vos te dieron opción en tu trabajo?

**Adrián:** Claro, porque mi laburo tiene un convenio con Medicus<sup>22</sup>, y entonces los aportes, en vez de hacérmelos en Osecac me los hace en Medicus y la diferencia la pago yo, que son como 70 u 80 pesos, para una cuota que es de 150 o más... pero es todo más rápido, o sea, ahora empecé con el odontólogo, fui el lunes, me miró, me hice las radiografías el miércoles, la semana que viene me vuelvo a atender, como que los tiempos se acortan, ¿entendés? Esa es la diferencia... aparte pago Osecac, pero cuando voy tengo que pagar el bono, la consulta, la placa... Está bien, es otra cuota, pero no tengo que pagar ningún adicional... pero lo fundamental más que lo que pagás es el tiempo...  
(Adrián, 25, empleado y estudiante universitario, cobertura de salud privada Medicus)

En la Argentina la crisis de las obras sociales comienza a registrarse en los años 70, pero el proceso de privatización se aceleró a fines de los 80. En ese momento se incorporaron las políticas neoliberales en salud y se desregularon las obras sociales, a través de la liberación de los fondos. Los beneficiarios pudieron

---

<sup>22</sup> Empresa privada de salud.

entonces derivar sus aportes a los servicios privados de salud. El beneficio que otrora fue un "derecho" vinculado a su situación de trabajador, se configuró como una forma naturalizada de estratificación y diferenciación social.

Las y los entrevistados "naturalizaron" que los servicios de "calidad", "eficientes", "confiables" debieran ser pagos. No calificaron así a la seguridad social. Por eso pagan las consultas de los médicos de cabecera o de los especialistas que se transforman en los consejeros familiares en los temas de salud. El pago de una prestación médica no es un fenómeno extraordinario en la vida de estas personas, sino que constituye una rutina en las respuestas cotidianas con las que afrontan determinados problemas de la vida cotidiana.

Algo similar ocurre en el modo en que Sherry Ortner (2006) estudia los sectores medios estadounidenses según su localización en la estructura social y económica (Ortner, 2006, p.72). El grupo estudiado naturaliza el hecho de pagar por un servicio asistencial considerado altamente calificado y porque no tienen ese beneficio en las obras sociales a las que pertenecen. Manifiestan su desacuerdo por realizar los aportes a sus obras sociales, en las que reciben una atención médica inapropiada o de baja calidad ("Nos molestó tener una obra social y no poder, digamos, disponer de un beneficio real cuando la necesitamos. Yo creo que eso nos marcó", Silvio, 47 años).

El sentimiento de decepción es similar al manifestado por otro entrevistado en relación a su pre-paga una vez que llega al fin de su edad productiva: "Es injusto: uno paga durante toda su vida sin utilizar el servicio y cuando llegás a los 65 años, ya no la tenés porque tenés que pagar una cuota más alta para seguir en el plan de salud" (Emilio, psicólogo, 67 años, cobertura Galeno). Los testimonios presentados en este trabajo son previos a la promulgación de la Ley (26682) de Medicina Privada (16/05/2011) que declara en su artículo 12 que las

Personas Mayores de 65 Años. En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

Dado que no poseemos datos actuales de su implementación, el testimonio de Emilio (67) revela la necesidad de contar con un respaldo económico para hacer frente las cuotas del plan de salud de su seguro privado una vez jubilado.

Existe el reconocimiento implícito en gran parte de los testimonios de que la "proximidad", la "rapidez" y el "confort" de los servicios no conforman un

derecho inherente a su condición de “ciudadano” sino como “consumidor” (“cliente”).

**Entrevistadora:** ¿Pero vos tenés una obra social?

**Joaquín:** Yo pago una obra social que no la uso porque tengo que hacer los trámites para que los fondos de esa obra social vayan...

**Entrevistadora:** ¿Que obra social es?

**Joaquín:** Creo que es la de los viajeros, si, la de los viajeros.

**Entrevistadora:** ¿Y por qué no la usas?

**Joaquín:** Porque a mí las obras sociales me resultan un poco difíciles de tolerar, o sea no son tan abiertas como las prepagas tienen otro tipo de servicio. Así como yo considero que mi trabajo tiene que rendir sus frutos... a lo que voy es yo me tomo mis tiempos para ponéle, para ir al golf o para ir a jugar al tenis porque lo trabajo porque eso me reditúa un cierto poder económico que me da cierta posibilidad de hacerlo. Así como hago eso también hago otras cosas que si trabajo quiero merecérmelo ¿sí? O sea si yo trabajo, me rompo el culo trabajando y eso da su rédito económico que es el que yo pretendo me pago una obra social que me da a mí una posibilidad de manejar los tiempos de otra manera por ejemplo, que sé yo si quiero irme al médico y quiero sacar un medico a cuatro cuadras de mi casa agarro la cartilla y saco un medico a cuatro cuadras de mi casa. Y no me voy al centro.

(Joaquín, 34 viajante de comercio, cobertura de salud Hospital Italiano)

Como consumidores de un servicio tan particular como es la atención de la salud, las y los entrevistados reconocen la paradoja de este bien de mercado peculiar, que involucra incluso la posibilidad de su existencia. La elección del servicio de salud nos permitió reconocer criterios que se corresponden con un ideal de clase (Bourdieu, 1986; Furbank, 2005) y los relativos a las diferencias de género y etarias. El “temor a no estar cubierto”<sup>23</sup> no se registra sino ante la inminencia de un daño. De ahí que los más jóvenes hayan pasado meses o años hasta que deciden contratar un seguro de salud ante un accidente o frente a la recomendación de un familiar, generalmente mujer (madre o pareja).

Existe un valor consensuado en torno al cuidado de la propia salud como responsabilidad o deber propio de clase (“[en 2001] Íbamos a médico particular. Ahora que uno lo piensa decís ‘la verdad que fui un desastre’ pero fue un año complicado entonces...”, Darío, arquitecto, 44 años). En este grupo la “previsión” es un valor en sí, es decir, “estar cubierto” en caso de accidentes o imprevistos<sup>24</sup>, responde a una exigencia propia de clase. Pareciera que todo ha sido calculado,

<sup>23</sup> No poseer una cobertura de salud.

<sup>24</sup> Es común la referencia al contrato de servicios de ambulancia privado, “calcular” una intervención quirúrgica programada o frente a la posibilidad de un embarazo y en el parto, a partir de un cálculo de tiempo que usualmente se denomina de “carencia. Se denomina así al tiempo estipulado por la empresa para comenzar a percibir los servicios.

estimados los costos ¿Aplican la misma lógica de cuidados en la vida cotidiana?

### Los “momentos” en el ciclo vital de varones y de mujeres

Los varones mayores de 30 años, mencionaron esta edad como la bisagra entre ‘lo que hacían’ y ‘lo que ya no pueden hacer’. Advierten la aparición de ciertos ‘achaques’: engordan con mayor facilidad y manifiestan no poder realizar actividades físicas como ‘antes’ porque ‘se cansan’.

**Joaquín:** No, no sé por qué [engordó], me imagino que porque antes era más pendejo y ahora todos mis amigos tienen...les pasa lo mismo. No, la edad...viste no salir, ¡Bah! salgo igual pero no voy a bailar qué sé yo y nos quedamos sentados. Claro en realidad ahora nos sentamos con amigos y hay comida, o sea que en las reuniones hay comida siempre. O salimos afuera, y salimos a comer. O vamos a tomar una cerveza, y hay algo para comer entonces, no sé será por eso. Estoy más achanchado porque voy con el auto a todos lados, no sé si será por eso. Hace 10 años u 8 años no hacía el deporte que hago ahora. Porque era más pendejo, estaba en otra. Ahora hago mucho más deporte. Pero no imagino que es un cambio del metabolismo...eh como todo.  
(Joaquín, 34 años, casado, comerciante, Plan de Salud del Hospital Italiano)

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.

**Entrevistadora:** ¿Qué era lo que hasta los 30 años vos no lo consideraras importante y a partir de los 30 años sí?

**Nicolás:** Yo creo que tiene que ver con el hecho de formar una familia y ese tipo de cosas. Los temores que sentís, porque uno es responsable de otras personas más

**Entrevistadora:** ¿Cuántos años tenías cuando nació tu hija?

**Nicolás:** Nació en el 91’ así que tenía 36.

(Nicolás, 53 años, casado con una hija, cobertura de Salud del Hospital Británico)

La ‘elección’ de la cobertura de salud en los varones y en las mujeres está vinculada al inicio de la etapa reproductiva. Los varones mencionan los riesgos a la salud vinculándolos a la salud de ‘sus mujeres’.

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 y hasta la adolescencia.

El grupo de los mayores de 50 mencionó riesgos a la propia salud, por síntomas percibidos y por 'hallazgos' en controles médicos ocasionales. En el caso de los varones, 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, hipercolesterolemia, padecimientos prostáticos, son afecciones concretas que motivan cambios de vida que inevitablemente 'se van produciendo'. Los daños son producto del paso del tiempo

**Entrevistadora:** ¿Cuántos años tenés?

**Sebastián:** 47 años, uno empieza a ver también varios casos de personas de la misma edad, cercanas y algunos no tan cercanas, con problemas de salud serios que empiezan a suceder con más frecuencia, digamos que por ahí teniendo diez años menos.

**Entrevistadora:** Es decir que los cuarenta y pico marcan...

**Sebastián:** Pasando los cuarentas empieza a sucederse con mayor frecuencia ese tipo de cosas.

(Sebastián, abogado, 47, cobertura médica Suiss Medical)

## Las actividades físicas y las prácticas alimentarias

Sea por indicación médica o por propia decisión, los varones a medida que se hacen mayores refieren la necesidad de producir cambios en los hábitos alimentarios (comen menos o evitan determinadas comidas y en la ingesta de alcohol). Experimentan 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 hacen 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 fijas 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.

**Entrevistadora:** Y en los momentos que tenés de esparcimiento ¿qué actividades haces?

**Joaquín:** Deporte.

**Entrevistadora:** ¿Qué deporte?

**Joaquín:** Y... hago tenis y hago golf ahora.

**Entrevistadora:** ¿Y cuántas veces por semana?

**Joaquín:** Al golf voy dos veces por semana y a tenis ahora estoy yendo una vez por semana. A veces no voy. Estas últimas dos semanas no pude ir pero voy una vez por semana.

**Entrevistadora:** ¿Y es desde chico que haces deporte?

**Joaquín:** Sí! El tenis lo hago desde los seis años.

**Entrevistadora:** Siempre te gustó...

**Joaquín:** Sí.

**Entrevistadora:** ¿Y por qué motivo?

**Joaquín:** No, porque fui a un club donde el deporte primordial era el tenis y bueno de chiquito me regalaron una raqueta y empecé a darle duro y parejo con el tenis.

**Entrevistadora:** ¿Y cómo decidiste empezar con el golf?

**Joaquín:** Siempre me gusto el golf. Hay como... yo tengo como ciertas cosas pendientes de mi vida donde quiero llevarlas a cabo y una era el golf que era de adolescente que quería jugar al golf, me imagine que era más caro de lo normal pero empecé a investigar me empecé a meter. Fui a unos lugares que se llaman "drive" para practicar, y que se yo... y vi que no era nada caro y me empecé a meter de a poco y me gusto, me compre los palos y bueno y a jugar. [...] El deporte es fundamental si, mentalmente y físicamente el deporte es fundamental, sin deporte no soy yo. O sea no importa...o sea no estamos hablando de competencia estamos hablando de... agarro ponéle un día lindo como hoy. Hoy la verdad que no fui pero porque un amigo mío estaba ocupado... Agarro los palos y me voy a jugar. O sea así de una. Y voy acá a 30 cuadras y estoy en un lugar absolutamente verde y que sé que estoy rodeado de edificios pero que no los veo y tengo todo: vegetación, animales, paz, deporte o los viernes algo más social como el futbol o llamo a mi vecino y vamos a jugar al tenis un día antes o el mismo día. Lo puedo llamar porque mi vecino es un fanático del tenis así que en ese aspecto el deporte es fundamental. Realmente no concibo la vida de otra manera, básicamente me tranquiliza.

(Joaquín, 34 años, comerciante, cobertura Plan de Salud del Hospital Italiano)

En general, los varones consideran su alimentación como 'mala', 'poco cuidada', 'chatarra' entre los más jóvenes. Las restricciones en las prácticas alimentarias no resultan de una decisión propia, sino como propuestas y acciones de cuidado 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., afecciones mencionadas más en el caso de los hombres mayores de 40.

**Entrevistadora:** ¿Y qué hábitos cambiarías?

**Joaquín:** Y qué sé yo, en realidad por ahora no me preocupó mucho pero sé que el día de mañana, no voy a comer tanto en Mc Donalds, y tampoco voy a comer tanto frito, me voy a tener que cuidar un poco más. Por ahora me gusta y lo hago.

[...] el día de mañana yo sé que voy a tener que... O sea yo como con mucha sal así que sé que voy a tener que bajar... [la cantidad de sal] Aparte toda mi familia es hipertensa así que lo más seguro es que cuando sea más grande me tenga que cuidar con esas cosas.

**Entrevistadora:** ¿Y haces algo ahora por eso?

**Joaquín:** ¿Qué? ¿Con respecto a la sal? No nada, no, no hago nada, como a gusto digamos, me gusta la comida salada.

(Joaquín, 34 años, casado, cobertura Hospital Italiano)

Los varones mayores de 40 años de esta muestra mencionaron cambios en los 'hábitos' en el consumo alimentario, conjuntamente con 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.

**Entrevistadora:** ¿Y qué sentís cuando lo haces todas estas cosas que requieren cierto entrenamiento o esfuerzo?

**Marcelo:** Obtener un estado aceptable ¿no?... a mí me da placer pensar... si alguien me decía que a los 55 años iba a hacer estas cosas, me iba a tirar de un paracaídas... no... o largas caminatas o correr o lo que quieras. Yo me doy cuenta que estoy mejor, perdón mi modestia, en mi trabajo hay personas que no se entrenan... no se entrenan, que no es entrenamiento, que no se cuidan y es un asco. Llegan un lunes hechos torta, comieron asado, chimichurri, tomaron vino... uhhh... Yo me cuido en las comidas, es un embole, reconozco que es un embole pero me siento bien.

[...]

**Marcelo:** Yo te digo ahora estoy un poco cansado ([después de una actividad de aerobismo en la que corrió 20 km] pero hoy duermo. De los dolores después de correr hasta tiene algo lindo, esos dolores de los músculos tensos pero me gusta mucho subir escaleras... es como loco, me doy cuenta porque yo trabajo en un tercer piso que está mi Dirección. Yo tengo mucho contacto con el área de Planeamiento Urbano que está en el octavo. Son cinco pisos, yo voy, tuc tuc... estoy loco, a veces digo 'che vamos a planeamiento' y el tipo que va conmigo se para frente al ascensor... Cinco pisos para mí no son nada, no sé para vos, no significan absolutamente nada. [...]

Ahí tomo conciencia, esto está bueno. Este chasis está bueno que pueda subir

estas escaleras. Yo puedo salir a caminar horas, me encanta, me gusta. Yo viví de otra manera, fumando, gordito, estaba hecho mierda por nada, me despertaba hecho pelota...

(Marcelo, 55 años, ingeniero, Cobertura de salud, DOSUBA, IOMA, Suiss Medical)

La actividad física, para quienes la desarrollan tiene un doble sentido: como resultado de una prescripción médica y como disfrute de hacer algo por su cuerpo. Para otros, es un tiempo "para sí", fracción del tiempo libre considerada por fuera de las obligaciones habituales. El valor social y ritual de las comidas en la vida de las y los porteños en Buenos Aires durante la primera década del siglo XXI, reconoce el lugar otorgado a los lazos sociales: de amistad y familiares, como componentes centrales de las formas de sociabilidad. Otro tanto ocurre con la actividad física, en tanto los vincula y relaciona con otras personas.

**Entrevistadora:** ¿Te encontrás con amigos a menudo?

**Rodolfo:** Con mis amigos del club, cenamos todos los miércoles.

**Entrevistadora:** ¿Todos los miércoles?

**Rodolfo:** Empezamos cenando los primeros miércoles y ahora cenamos todos los miércoles en el club o en algún restaurante. Por el gusto de pasarla juntos. Nos divertimos, contamos anécdotas y la pasamos bien.

**Entrevistadora:** ¿Son sólo varones?

**Rodolfo:** No, en el grupo de aerobismo hay varones y mujeres, así que las cenas son mixtas. A veces son solamente masculinas, pero en general se queda alguna mujer.

(Rodolfo, 55, ingeniero)

En general las cenas son los momentos de reunión familiar o en pareja. Es la comida fuerte del día ya que en general dicen no almorzar o almuerzan frugalmente.

**Darío:** Comer bien... a la noche sí, a la noche trato de comer bien.

**Entrevistadora:** A la noche están todos juntos.

**Darío:** A la noche nos juntamos todos.

**Entrevistadora:** ¿Tiene algo que ver el tema de estar todos juntos con la comida?

**Darío:** Es que me parece que le pasa un poco a todas las personas que tiene una familia. Tanto los chicos que salen corriendo para sus colegios, el único momento en que pueden parar un poco es a la noche.

**Entrevistadora:** Está bien. ¿Y ustedes cenan siempre todos juntos?

**Darío:** Siempre todos juntos.

(Darío, 42 arquitecto)

**Elena:** No, al mediodía no comemos en casa... no estamos, no hay nadie, a la noche comemos en casa. Al mediodía cada uno come en su trabajo... yo como en mi trabajo.

**Entrevistadora:** Y ¿qué comés? ¿Sano?

**Elena:** Sí... por lo general no cosas fritas... ni tampoco comidas pre hechas.

**Entrevistadora:** Y el momento de la cena, ¿es un momento de encuentro?

**Elena:** Sí, con mi marido. El almuerzo es de paso... la cena más tranquila. Que siempre viene acompañada de un poquito de vino...

(Elena, 62, psicóloga, CEMIC)

## 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.

**Entrevistadora:** ¿A qué te dedicas?

**Silvana:** Yo trabajo en una empresa de personal eventual en la parte de tesorería. Trabajar en una empresa de personal eventual es complicado, tenés que estar en todo. Digamos que es un poco el filtro de lo que es toda la empresa y todo desemboca ahí...todo. Así que... nada, es un ritmo de trabajo bastante acelerado porque siempre estoy corriendo, con el horario del banco, con que me cierra, con que no me cierre el sector de personal que es donde se liquidan los sueldos y me pasen las salidas de sueldo propiamente dichas. Aparte de eso fijarme si hay efectivo para sacar para el sueldo, con lo cual tengo que estar atenta al banco. Y bueno... es un correr constante. Es un ritmo de trabajo muy acelerado y estoy todo el tiempo, todo el tiempo corriendo para todos lados y... ese es prácticamente mi trabajo.

(Silvana, 27 años, empleada administrativa y estudiante universitaria, cobertura de salud OSDE)

Las jóvenes de la muestra suelen tener extensas jornadas de trabajo y actividades intensas que comprenden todo el día:

**Entrevistadora:** ¿Y cómo un día de tu semana?

**Silvana:** Un día de mi vida... Hoy por hoy, estoy en épocas de clases.[en la Universidad] Me levanto a las 5, desayuno, me voy a la facultad porque curso a la mañana, hasta las 9. Salgo 15 minutos antes de la clase, tipo 8:45 y voy a trabajar. Llego a la oficina justo y trabajo hasta las 6. No almuerzo porque no almuerzo... no me tomo el almuerzo porque, te vuelvo a repetir, me desocupo... bah... no es que me desocupo, pero podría tipo 4 y ya es tarde

para almorzar, con lo cual no como. Y bueno salgo a las 6 a veces, a veces me tengo que quedar más tiempo y luego me vengo acá a casa, los días que vengo acá y si no hay días que voy al gimnasio. Hay días que tengo clases de inglés y otros días vengo acá a estudiar y esperar que venga Mauro, que él estudia por la noche, con lo cual llega tipo 11 o 12. Lo espero para cenar y me acuesto a dormir. Duermo poco, como veras duermo 5 horas... pero bueno, acá estamos. Es así un día.

(Silvana, 27 años, estudiante universitaria, empleada administrativa, cobertura de salud OSDE)

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.

**Entrevistadora:** ¿Cuáles son las actividades de esparcimiento? Me dijiste que ibas al gimnasio.

**Silvana:** En el gimnasio hago clases de spinnig, clases de bicicleta o indoor. Son las clases de gimnasia en las bicicletas fijas. Trato de ir tres veces en la semana... en realidad pago para ir 3 veces pero nunca voy 3 veces. A veces voy 2 y hasta a veces voy 1. Pero 2 promedio y después lo que hago los domingo, cuando puedo, cuando... te vuelvo a repetir, no tengo que estudiar ni nada... salgo los domingos a la mañana con una señora del gimnasio, al parque Sarmiento con la bicicleta. Vamos y entrenamos, damos un par de vueltas y nos volvemos... eso hago, otra cosa no.

**Entrevistadora:** ¿Qué significado tiene ir al gimnasio para vos? Digo más allá de que lo hagas... lo haces por qué te gusta, lo haces por obligación...

**Silvana:** Nooo... tiene dos significados. Primero me gusta. Me gusta la actividad porque es muy intensa. Es como que yo tengo una vida muy acelerada, con pocos tiempos y esta es una actividad que... como para que se entienda... es una actividad muy dinámica porque es de mucha fuerza, mucha velocidad porque en la clase te exigen demasiado. Y yo... para mí es como que voy a desgastar todas las energías ¿Entendés? Por más que hay días que llego cansadísima del trabajo yo voy y salgo renovada ¿Entendés? Como que estas con toda, toda, toda la mufa que tengo y nada... pedaleo, pedaleo, pedaleo... como que me pongo loca pedaleando y después vengo súper relajada ¿Entendés? Es re loco, cansadísima mal pero super relajada, me encanta. Además es una actividad que te incentiva un montón porque bueno, te ponen metas. Ahora por ejemplo hay otro turno... yo voy con una profesora y hay otro turno que da clases el profesor, y estamos entrenando porque vamos a hacer como una pseudo carrera, en las bicicletas ¿no? Vamos a salir a las calles a andar pero entre los dos horarios [...] ¿Entendés? Si no voy es como... aparte yo estoy muchas horas sentada y es como que el cuerpo se empieza a aflojar, todo se empieza a caer... entonces bueno es como que me ayuda a mantener un poco el cuerpo. Antes que nada es como una distracción, yo

quiero distenderme y salir. A parte esta bueno porque transpiro, transpiras y liberas todas las endorfinas... que me parece que son las endorfinas que te hacer estar más contenta y que se yo... esta bueno, tendrías que practicar.  
(Silvana, 27 años, empleada administrativa y estudiante universitaria, cobertura OSDE)

A veces estas prácticas pueden responder al riesgo de enfermedades como la obesidad o como respuesta a la necesidad de realizar una actividad física para verse activa y en línea (Silvana, 27 que padece bulimia y sufre de hipotiroidismo).

Comprobamos que la pluri-ocupación femenina no comienza con la maternidad sino que aparece en este grupo de mujeres 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 años<sup>25</sup>.

Las mujeres de la muestra, cuando eligen un plan de salud, lo hacen tanto en razón de una probable y futura maternidad, como por 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 ("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.

**Mariela:** En general soy bastante previsora y planificadora. Me gusta tener las cosas pensadas y organizadas de antemano, calculo que la prevención entra en eso. Digamos por lo menos que en lo habitual o lo general no dejo las cosas a la improvisación. Hay gente que deja las cosas a lo que sale sale, yo en general intento planificar y organizar las cosas.

(Mariela, 41 años, psicóloga, cobertura de salud privada del Hospital Italiano)

Programan el ingreso a las coberturas de salud a partir del momento en que deciden iniciar su etapa reproductiva.

**Entrevistadora** ¿Vos no estabas embarazada cuando decidieron (el seguro privado de salud)?

**Mariela:** No, no...

<sup>25</sup> 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

**Entrevistadora:** ¿Fue anterior?

**Mariela:** Sí, como fue algo planificado, fue pensando y como los pre-pagos tiene un período de carencia, lo hicimos primero y después... [se ríe]

**Entrevistadora:** Ah esperaron ese tiempo.

**Mariela:** Claro, exacto...

(Mariela, 41 años, psicóloga, cobertura de salud privada del Hospital Italiano)

Las y los entrevistados mayores de 50 de esta muestra tienen 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 y motivo de consulta médica. Ante la posibilidad de la aparición de problemas de fecundidad, las mujeres realizan la consulta a los servicios de fertilidad y por ello buscan determinadas coberturas de salud como fue el caso de Elena (61 años) en los años 70 cuando contrató la cobertura del Hospital Italiano para realizar el tratamiento de fertilidad y gracias al cual tuvo sus dos hijas. Si bien las mujeres parecieran que siempre están preocupadas por el peso, por la actividad física (el gimnasio, Pilates, yoga) es a partir de los 50 que los temas de salud propia, la de sus parejas y de los adultos mayores logran instarse como tópicos en relación a los riesgos percibidos. En este grupo, los hijos han crecido, las mujeres logran pensarse a sí mismas en una trama en que incorporan la salud de sus parejas, maridos de la misma edad o mayores. Al igual que en el caso de los varones, las enfermedades crónicas no transmisibles se ubican entre las más mencionadas: hipertensión, hipercolesterolemia, cáncer o hipotiroidismo. Utilizan los servicios de salud, cuidan la salud de otros (nietos, suegros, maridos), son bisagras entre generaciones y suelen reconocerse muy atareadas y conformes con la vida que eligieron. A diferencia de los varones para la misma edad, suelen estar más comprometidas con el cuidado de "otros". Los varones de más de 50 con hijos adolescentes o adultos consideran que ha finalizado su función de cuidado y suelen poner más atención a sí mismos: actividades físicas, laborales, de recreación.

**Emilio:** Yo no identifico por ahí un riesgo muy puntual, en mi caso creo que es la edad y sus riesgos lógicos, pero no tengo un temor así muy específico... por ahí por ejemplo mi mujer, con esto que te conté de su problema cardíaco, (. . . . .) . . .pero bueno, aunque no hay garantía para nada, uno trata de llevar una vida más o menos sana, de hacer deporte, de hacerse los chequeos, que te los va recomendando el médico clínico también por la edad. . .

(Emilio, 67 años)

## El tiempo de las actividades de cuidados

El “tiempo” es una categoría que atraviesa los relatos de los cuidados a la salud en este grupo en tanto las temporalidades. Nos permiten acceder al valor asignado a las actividades que realizan. La evidencia etnográfica nos permite reconocer a sujetos que albergan en sus acciones el germen del problema moderno de las Enfermedades Crónicas: largas e intensas jornadas de trabajo, escasa actividad física regular, prácticas alimentarias erráticas y poco variadas. Esto lleva a considerar en forma compleja las condiciones de vida modernas para el abordaje de las afecciones genéricamente caracterizadas como enfermedades crónicas. (US. Department of Health and Human Services, 2010).

En los relatos de las personas indagadas el *tiempo* aparece como ‘obstáculo’ para el cuidado adecuado de la salud. Es una categoría bifronte, usualmente considerada como *recurso* económico y social, altamente valorado por su escasa disponibilidad, alude a ritmos de vida intensos. La práctica que organiza socialmente las actividades de los entrevistados es el trabajo. Las mujeres y los varones refirieron asumir la subordinación de las prácticas alimentarias y las actividades físicas regulares a las exigencias laborales. El valor asignado a las actividades que llevan a cabo, nos permite reconocer a individuos en pugna con los propios *recursos* a mano. Por un lado está el tiempo ocupado o de trabajo, al que destinan más de las ocho horas y el tiempo “libre”, destinado a actividades de esparcimiento. Varones y mujeres han mencionado al tiempo libre de obligaciones laborales y/o sociales como un “tiempos para sí”. Sin embargo, en la vida cotidiana las temporalidades femeninas se diferencian de las masculinas en la producción de actividades múltiples y simultáneas (Wainerman, 2003; Esquivel, 2009). Las mujeres refirieron la necesidad de disponer de parte de su tiempo libre para las actividades de servicio destinadas a los miembros de su familia, así como de la familia de su pareja o esposo. Las mujeres más jóvenes están pluri-ocupadas y expresan con mayor frecuencia la ausencia de un tiempo disponible.

Las prácticas alimentarias sólo han sido problematizadas cuando generan afecciones. Mientras que las mujeres en general manifiestan controlar sus dietas (consumen productos dietéticos o con bajas calorías), los varones sólo modifican sus prácticas alimentarias cuando existe alguna indicación médica. Las afecciones llegan con la edad y esto es reconocido en lo que hacen “ahora” en comparación con lo que podían hacer “antes”.

**Entrevistadora:** ¿A partir de qué edad lo empezaste a sentir?[que habías cambiado físicamente]

**Joaquín:** Bueno, o sea yo tengo 34 más o menos a los 27, 28 yo a esa edad

pesaba exactamente 15 kilos menos que ahora. Era una larva o sea pesaba 67 kilos yo mido 1,73 más o menos 74. Y era muy... era flaco pero comía mucho. Y bueno, ahora siento que como menos y o sea no como tanto como *antes* y bueno, tengo... que se yo peso 84 kilos, 83, 84. A veces he llegado a pesar 85. Y bueno, eso físicamente... por un lado estoy... me siento mejor porque no me veo tan flaco ni nada pero bueno, tampoco para tanto... tendría que adelgazar un poco más. Pero no, no... eso cambio, físicamente cambio.

**Entrevistadora:** ¿Que sentís que cambió?

**Joaquín:** Y, algo habrá pasado porque o sea obviamente yo no sé cómo será el cuerpo humano, pero algo paso porque en esa época me clavaba no sé 3 tragos por noche, estaba lo mas bien, o sea tragos que son calóricos, ¿entendés? Y comía una pizza chica me la comía solo a las 7 de la tarde y después cenaba capaz o me comía media docena de facturas. *Ahora* no me clavo más de 4 facturas, o 3 facturas no como y no puedo comerme 6 porciones de pizza, no puedo, no me entran. Por más que quiera no puedo o sea, como menos pero engordo. O sea como que... yo no me doy cuenta, ahora que me pongo a pensar, o hace un tiempo que me puse a pensar dije bueno algo debe estar cambiando.

(Joaquín, 34, casado) [mi énfasis en itálica]

Los 'momentos' femeninos están claramente enmarcados por la actividad reproductiva. Las mujeres de la muestra han previsto la ocurrencia de los embarazos, así como la posibilidad de su control en instituciones de salud según su elección, o a causa de posibles infertilidades. Varones y mujeres comparten compromisos enunciados y no siempre asumidos conjuntamente en relación al cuidado de los hijos (Domínguez Mon; Garriga, 2010). Los varones disponen de sus tiempos libres de las actividades laborales para el cuidado de sus hijos pequeños. En su mayoría asumen la responsabilidad de contratar un servicio de salud que permita cubrir las necesidades médicas de todos los miembros de su familia. Los varones en general han referido pagar costos adicionales por seguros de salud de mayor jerarquía para financiar el control de los embarazos de sus esposas o parejas y los partos en clínicas que consideran de calidad. En general en este grupo social, los hijos están dentro de la cobertura de salud familiar hasta los 25 años.

Existe una ingeniería familiar en la selección de la cobertura y el aprovechamiento de los beneficios institucionales según el momento del ciclo vital de los integrantes de la unidad familiar. Los varones han referido con mayor frecuencia que cambiaron su forma de percibir los riesgos en el momento en que fueron padres, y el valor otorgado a la seguridad está vinculado al nacimiento de los hijos (Sebastián, 47; Darío, 42; Pablo, 56; Nicolás, 52). Arman estrategias en la atención de la salud de los integrantes de la familia y muchas veces son los varones

los que se quedan sin cobertura médica (Darío, 42). Otras veces calculan el tiempo de 'carencia' para el inicio de los beneficios de los planes. De este modo Mariela, 41, planificó su embarazo una vez finalizado el período de carencia estipulado por su plan de salud. Elena (62) buscó en los años 70 el plan del Hospital Italiano para contar con una cobertura completa y prevenir eventuales problemas en su segundo embarazo, habida cuenta de los problemas de fertilidad que padecía. Marcelo, 55, programó la cirugía de próstata para que lo cubriera el seguro privado de Suiss Medical.

El temor a las enfermedades crónicas fue mencionado con mayor frecuencia entre las y los entrevistados de más de 50. Las prácticas de alimentación y las actividades físicas son percibidas como responsabilidades morales ligadas a las prácticas de prevención de acuerdo a las edades. Las personas entrevistadas no manifestaron preocupación por prevenir las enfermedades crónicas sino hasta la aparición de algún síntoma o algún malestar que los indujera a la consulta médica. Las prácticas alimentarias "saludables" y las actividades físicas regulares no conforman valores en sí, sino como parte de las indicaciones médicas. El valor de las prácticas de cuidado aparece siempre subordinado a la disponibilidad de 'tiempo libre' para realizarlas.

De lo expuesto se deduce que para el abordaje sanitario de las enfermedades crónicas no transmisibles es central una mirada integral, que contemple los contextos de vida de las personas afectadas. La fragmentación de la vida moderna, sobre todo a partir de la naturalización de las jornadas flexibles de trabajo, ha tornado inviables las prácticas alimentarias variadas, elaboradas y consumidas en un tiempo apropiado.

Es necesario establecer relaciones entre las formas en que las personas realizan actividades físicas e incorporan los alimentos en relación con las actividades laborales que llevan a cabo. Para muchos de los entrevistados resultó difícil establecer con claridad la duración de las actividades laborales, ya que las jornadas productivas se extienden por fuera de los horarios laborales establecidos. Tal vez por ello resulte interesante la referencia otrora femenina del 'tiempo para sí', hoy compartida también por los varones, sobre todo aquellos que reconocen un "antes" y un "después" del nacimiento de los hijos.

Reconozco en mi análisis la complejidad que comporta el abordaje metodológico del *tiempo*. Las temporalidades estudiadas constituyen dinámicas y formas cambiantes que requieren de análisis interdisciplinarios.

Puestos a pensar en las lógicas de contratación de los servicios de salud, los relatos de las y los entrevistados están rigidos por argumentaciones de racionalidad compleja. Varones y mujeres producen razonamientos cuasi instrumentales en los que la relación costo-beneficio pareciera ser central. Recibir un buen servicio

asistencial médico (atención prestigiosa, con hotelería de alta calidad y sin demoras) parecería ser el resultado lógico de un cálculo eminentemente económico. Los argumentos no se reducen a una lógica estrictamente económica. Por eso dentro del grupo de las 30 personas entrevistadas, hemos encontrado reiteradamente alusión a las grandes empresas en el mercado de la salud: aquellas con mayor prestigio profesional en el mercado de la salud, que a su vez concentran el mayor número de clientes en la Argentina (ver Cuadro de entrevistados al fin del artículo).

En los criterios para la elección de la cobertura de salud las y los entrevistados mencionaron la 'confiabilidad', la 'eficiencia' y la 'justicia'. Mencionaron además valores vinculados al propio bienestar, al confort en los servicios que los ubica más como 'clientes' que como beneficiarios de un 'derecho' sanitario. Desecharon el uso de los servicios públicos de salud por considerarlos impropios a sus exigencias, pese a que mucho de ellos en algún momento de su vida fueron usuarios de los hospitales públicos como de las obras sociales. El uso racional del tiempo disponible, entre otras razones, es condición suficiente para el traslado de sus aportes al subsistema privado. Este último, además de ser objeto de elección por la presunta competencia y calificación de sus recursos humanos, debe además ofrecer servicios atractivos (hotelería). Frente a la crisis de las obras sociales, los sistemas privados de salud (cuyas empresas hegemónicas están representadas en esta muestra) satisfacen la demanda de un mercado moldeado a la medida de las políticas neoliberales en salud. De esta forma las y los usuarios de estos servicios acatan las reglas de ingreso a los sistemas: contratan los servicios previendo circunstancias en las que puedan requerirlos o programan las coberturas con antelación. El valor que este grupo otorga al *tiempo* para el cuidado de su salud, nos permite reconocer individuos cuyas prácticas encarnan los principios contradictorios del proyecto cultural de la modernidad. Son individuos económicamente activos, profesionales satisfechos de actividades laborales que escogieron. Poseen recursos materiales, culturales y simbólicos que les permiten acceder al mercado de bienes y servicios según las restricciones propias de las formas que asume el capitalismo en la Argentina de principios de siglo XXI. Su capacidad de elección está condicionada por un mercado de servicios restrictivo, en el que la salud es un bien de mercado y no un derecho ciudadano. Algo similar ocurre con las prácticas de cuidado cotidiano en relación a las exigencias laborales. El *tiempo*, para este grupo en particular, es un bien 'escaso', altamente valuado, cuyo valor no siempre se corresponde con el asignado a las actividades de cuidado en las recomendaciones médicas. En tanto recurso escaso, el *tiempo* se torna el fin, así como el motivo para la búsqueda de espacios de reconocimiento personal entre los que se encuentra el "tiempo para sí".

**Cuadro de entrevistados 2008-2009**

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Profesión</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Vive con</b>
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 / músico	OSPERY/UPCN	pareja e hija
Mariela	39	F	psicóloga	Htal. Italiano	marido e hija
Melisa	41	F	enfermera	FATSA/ Suiss Medical	su hijo
Helena	41	F	maestra/ administradora	OSDE	marido e hijo
Dario	44	M	arquitecto	CEMIC	pareja e hijas
Clara	48	F	antropóloga	OSDE	marido e hijos
Sebastián	48	M	abogado	FATSA/ Suiss Medical	pareja e hijo
Silvio	49	M	antropólogo	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	antropóloga	DOSUBA/ OSDE	marido e hijos
Marcelo	55	M	ingeniero	DOSUBA/ IOMA/ Suiss Medical	esposa e hijos
Rodolfo	55	M	ingeniero	OSDE/ DOSUBA	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	socióloga	CEMIC	marido
Nancy	64	F	enfermera	Suiss Medical	marido, hijo, nietas
Emilio	67	M	Psicólogo	OSDE	esposa

## Referências

- BIEHL, João; GOOD, Byron; KLEINMAN, Arthur (ed.). Introduction: Rethinking subjectivity. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Subjectivity**. Ethnographic Investigations, USA, University of California Press, 2007, pp. 1-23.
- BOURDIEU, Pierre. Comprender. In: \_\_\_\_\_. **La miseria del Mundo**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000, pp. 527-543.
- \_\_\_\_\_. **Distinction: A Social critique of the judgment of taste**. Trans. R. Nice. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986.
- BRIGGS, Charles L. **Learning how to ask**. Cambridge: University Press, 1986.
- DOMÍNGUEZ MON, Ana; GARRIGA, José. Experiencia social del riesgo en la salud: ¿en qué consiste la diferencia entre varones y mujeres? **Revista Temáticas**, UNICAMP, São Paulo, 2010 <http://revistatematicas.blogspot.com/2009/01/genero-moralidades-sexualidades.html>
- DURÁN, María de los Ángeles. **La Jornada Interminable**. Barcelona: Editorial Icaria ocho de marzo, 1986.
- DURKHEIM, Emile. **Las formas elementales de la vida religiosa**. México: Ed. Colofon, 1991.
- ESQUIVEL, Valeria. **Uso del tiempo en la Ciudad de Buenos Aires**. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2009.
- EVANS-PRITCHARD, Edward. E. El tiempo y el Espacio. Cap. III. In: \_\_\_\_\_. **Los Nuer**. Barcelona: Ed. Anagrama, 1977, pp.111-156.
- FURBANK, Philip Nicholas. **Un placer inconfesable o la idea de la clase social**. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- GEERTZ, Clifford. El punto de vista nativo. In: \_\_\_\_\_. **Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas**. Barcelona: Paidós, 1994.
- GELL, Alfred. **The Anthropology of Time: Cultural Constructions of Temporal Maps and Images**. Oxford: Berg, 1992.
- GIDDENS, Anthony. Jonathan Turner y otros. In: \_\_\_\_\_. **La teoría social hoy**. Madrid: Alianza Universidad, 1990.
- LAMPHERE, Louise, The domestic sphere of women and the public world of men: the strengths and limitations of an anthropological dichotomy. In: BRETTELL, Caroline; SARGENT, Carolyn. **Gender in Cross-Cultural Perspective**. New Jersey: Prentice Hall, 1997.
- LEACH, Edmund. **Cultura y Comunicación**. La lógica de la conexión de los símbolos. Una introducción al análisis estructuralista en la antropología social. Barcelona: Siglo XXI Editores, 1976.
- \_\_\_\_\_. Dos ensayos sobre la representación simbólica del tiempo. In: \_\_\_\_\_. **Replanteamiento de la antropología**. Barcelona: Seix Barral, 1971, pp. 192-210.
- LOPATA, Helene Znaniecki; THORNE, Barrie. Sobre los roles sexuales. In: NAVARRO, Marysa; STIMPSON, Catharine R. (Comp.). **Sexualidad, género y roles sexuales**. Buenos Aires: FCE, 1999, pp.103-107.
- MAUSS, Marcel. Ensayo sobre las variaciones estacionales en las sociedades esquimales. Un estudio de morfología social. In: **Sociología y Antropología**. Madrid: Editora Tecnos, 1991, pp.359-430.

- McDOWELL, Linda. **Género, identidad y lugar**. Barcelona, Valencia: Ediciones Cátedra, 2000.
- MILLER, Daniel. Materiality: an introduction. In: \_\_\_\_\_. (ed.) **Materiality**. Durhan, NC: Duke University Press, 2005, pp. 1-50.
- MOORE, Henrietta. **Antropología y Feminismo**. Madrid: Ediciones Cátedra, 1999.
- ORTNER, Sherry B. **Anthropology and Social Theory**. Culture, Power and the Acting Subject. Durham, London: Duke University Press, 2006.
- ORTIZ, Zulma. **Enfermedades crónicas no transmisibles**. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina, 2005.
- SCHATZKI, Ted. Timespace and the Organization of Social Life. In: SHOVE, Elizabeth et al. **Time, Consumption and Everyday life**. Practice, Materiality and Culture. New York: Berg Ed, 2009.
- SEN, Amartya K. Género y conflictos cooperativos. In: NAVARRO, Marysa; STIMPSON, Catharine R. (Comp.). **Sexualidad, género y roles sexuales**. Buenos Aires: FCE, 1999, pp. 59-110.
- SHOVE, Elizabeth et al. **Time, Consumption and Everyday life**. Practice, Materiality and Culture., New York: Berg Ed., 2009.
- TOBAR, Federico. **Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en la Argentina**, 2001, [www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/tobar.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/tobar.pdf)
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework**: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. Washington, DC. December 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe sobre la salud en el mundo 2002**. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Extraído de <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>
- WAINERMAN, Catalina. **La vida cotidiana en las nuevas familias ¿Una revolución estancada?**, Buenos Aires: Ed. Lumière, 2003.

**Resumen**

Las formas en que los varones y las mujeres de clase media viven el tiempo en sus vidas cotidianas revelan valores que otorgan a las actividades que realizan, a sus prácticas y al lugar que estas adquieren en su vida cotidiana. Estas valoraciones difieren según sean los contextos y las personas involucradas. Propongo una reflexión en torno a las formas en que son vividos los tiempos en un grupo de varones y mujeres que viven en la ciudad de Buenos Aires y nos permiten pensar los límites para el cuidado de su salud, sobre todo en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles como patologías típicas de la modernidad tardía.

**Palabras-clave:** temporalidades, género, sectores medios, enfermedades crónicas no transmisibles.

**Abstract**

Middle class women and men's ways of spending their time in everyday life show values linked to their activities, practices and places where they take place. These values are different depending on contexts and persons involved. I propose to think about forms in which time is lived among women and men living in the city of Buenos Aires nowadays. This analysis aims to rethink about the limits of the self-health care, especially in the prevention of non transmissible chronicle diseases as typical pathologies of later modernity.

**Keywords:** temporalities, gender, middle class, chronic non transmissible diseases.