



Mujeres narrando sobre salud

Un estudio psicopedagógico comunitario
en tiempos complejos

María Paula Juárez

ISBN: 978-987-688-653-6

e-book

Colección
Académico-Científica



Juárez, María Paula

Mujeres narrando sobre salud : Un estudio psicopedagógico comunitario en tiempos complejos. / María Paula Juárez. - 1a ed. - Río Cuarto : UniRío Editora, 2026.
546 p. ; 30 x 21 cm. - (Académico científica)

ISBN 978-987-688-653-6

1. Ciencias Sociales y Humanidades. 2. Salud. 3. Investigación Social. I. Título.
CDD 300

2026 ©

UniRío editora

Universidad Nacional de Río Cuarto

Ruta Nacional 36 km 601 – (X5804) Río Cuarto – Argentina

Tel.: 54 (358) 467 6309

editorial@ac.unrc.edu.ar

www.unirioeditora.com.ar

Primera edición: *junio de 2026*

ISBN 978-987-688-653-6

doi.org/10.63207/978-987-688-653-6

Imagen de tapa: “*Mirando al sol*” de la serie “*Fuerza Interna*” (2022), de Dolores Lovrich. Utilizada con autorización de la autora.



Este obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 2.5 Argentina.

http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/ar/deed.es_AR



Uni. Tres primeras letras de «Universidad».
Uso popular muy nuestro; la Uni.
Universidad del latín «universitas»
(personas dedicadas al ocio del saber),
se contextualiza para nosotros en nuestro anclaje territorial
y en la concepción de conocimientos y saberes contruidos
y compartidos socialmente.

El río. Celeste y Naranja. El agua y la arena de nuestro
Río Cuarto en constante confluencia y devenir.

La gota. El acento y el impacto visual: agua en un movimiento
de vuelo libre de un «nosotros».
Conocimiento que circula y calma la sed.

Consejo Editorial

Facultad de Agronomía y Veterinaria
Prof. Alicia Carranza

Facultad de Ingeniería
Prof. Marcelo Alcoba y Prof. Martín Broglia

Facultad de Ciencias Económicas
Prof. Clara Sorondo

Biblioteca Central Juan Filloy
María Eugenia Somaré y Sandra Murúa

Facultad de Ciencias Exactas,
Físico-Químicas y Naturales
Prof. Laura Dalerba y Prof. Clarisa Bionda

Secretaría Académica
Prof. Pablo Pizzi y Prof. Gabriel Carini

Facultad de Ciencias Humanas
Prof. José Di Marco y Prof. Claudio Asaad

Equipo Editorial

Secretario Académico:

Pablo Pizzi

Director:

Gabriel Carini

Equipo:

*José Luis Ammann, Maximiliano Brito,
Ana Carolina Savino, Lara Oviedo, Roberto Guardia,
Marcela Rapetti y Daniel Ferniot*

Dedicatoria

A mi entrañable Maestro y Amigo Enrique Saforcada.

A mi hermana Guadalupe, siguiendo las resonancias de su paso por aquí.

*A mi madre, testimonio en el hacer oír sus conocimientos sobre la salud de una
de sus hijas.*

*A las mujeres de las comunidades del Gran Río Cuarto que participaron de este
estudio, verdaderas conocedoras de los procesos de salud de sus vidas, de sus
familias y comunidades.*

Agradecimientos

Mi gratitud deviene de haber construido conocimiento en vínculos generosos y cálidos, llenos de encuentro, diálogo y escucha, incluso en los momentos en que el transitar fue más complejo. Ese sedimento humano hace de las personas que aquí menciono, piezas fundamentales en este proceso, y por eso va mi agradecimiento:

A Sebastián, Ciro y Teo, por ser hogar amoroso, refugio, contención y andamiaje permanente.

A Enrique Saforcada y Viviana Macchiarola, mis queridos directores. Eternamente agradecida y honrada por su acompañamiento. A Viviana, especialmente por su confianza e incondicionalidad en la apuesta por este escrito.

A colegas y amigos docentes e investigadores de distintos Departamentos de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Río Cuarto y del Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE- CONICET-UNRC) que desde sus conocimientos y miradas contribuyeron a este estudio, Manuel Maffini, Edgardo “Chicho” Carniglia, César Quiroga, Claudia kenbel, Silvina Galimberti, Daiana Bustos, Yanina Boato y Marcela Ferrari.

A informantes claves que hicieron posible este trabajo, profundamente comprometidos con la realidad de sus comunidades y aportando en pos de su bienestar, al Padre Carlos Juncos, y a los educadores populares Fernando Ponce y Ornella de Filpo.

A Cristina Ricci (Centro de Investigación en Psicopedagogía e investigaciones psicopedagógicas -CIPsp-) por interpelarme en la comprensión metarreflexiva y psicopedagógica que implicó este estudio.

A Mariela Muñoz Rodríguez (UNSL-CONICET) por ser interlocutora generosa y desafiante de pasajes de este escrito, quien, junto con Cecilia Isla (Universidad Favaloro), son queridas compañeras, legado afectivo que me ha dejado nuestro amigo común Enrique Saforcada en este camino de la salud comunitaria.

A cada uno de ellos y de ellas mis profundas gracias.

Prólogo a la Investigación Social

Viviana Macchiarola

El libro de Paula da cuenta de un largo y comprometido recorrido como investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) que he tenido el inmenso placer de acompañar junto a nuestro querido profesor Enrique Saforcada, hoy lamentablemente ausente, pero tan presente en esta obra.

Este libro sale a la luz en tiempos en que el campo de las ciencias sociales está siendo desvalorizado desde el gobierno nacional. Así, por ejemplo, el Decreto presidencial 10/2025, que establece las prioridades de ciencia y tecnología, excluye como temas estratégicos de investigación a las ciencias sociales. Como contrapartida y como ejemplo que refuta los argumentos de tal desvalorización, la investigación que aquí se publica significa un aporte social y educativo estratégico en varios sentidos.

En cuanto a sus *aportes teóricos*, la obra nos permite comprender lo que piensan, conocen, creen y hacen las mujeres con su salud en tiempos complejos brindando patrones interpretativos sobre esta problemática desde la perspectiva de las propias actrices. Por otro lado, otorga contexto a tales comprensiones mediante la comparación de casos de mujeres de diferentes clases sociales. De este modo, la investigación está orientada por un interés crítico o emancipador. De acuerdo con el pensamiento freireano, del cual Paula se ha nutrido a lo largo de su trayectoria profesional, el estudio devela, documenta, denuncia desigualdades sociales, prácticas de atención a la salud injustas, androcéntricas y discriminatorias que originan trayectorias socio-sanitarias diferenciadas. Coloca a las concepciones y prácticas de salud en las coordenadas socio-económicas-culturales que las producen y ofrece pistas para la transformación y mejora de la salud comunitaria. Desde el punto de vista disciplinar, esta investigación es un intento novedoso y necesario de articular interdisciplinariamente los campos de la psicopedagogía, de la psicología y de la salud comunitaria. Dialogan diversas perspectivas epistemológicas, teóricas y metodológicas en la construcción de un objeto de estudio común.

El abordar la problemática de la salud comunitaria desde la perspectiva de clases sociales entrelazada con la de género constituye un aporte central de la obra para el campo de las ciencias sociales. A su vez, nutre el campo de la psicopedagogía al introducirse en los modos de conocer y aprender de las mujeres sobre la salud. Conceptualiza, dando sustento teórico y empírico al objeto de estudio, las categorías teóricas de concepciones, conocimientos, creencias, pensamientos y prácticas, todas ellas centrales para el campo psicopedagógico. Genera tipologías de concepciones que, por su nivel de integración y abstracción, posibilitan generalizaciones naturalistas que orientan el análisis de otros casos. De este modo, responde al llamado que dejó en su momento Enrique Saforcada de teorizar, con base empírica, sobre este emergente campo de estudio.

Paula nos trae las voces de las mujeres, esas mujeres que no siempre tienen voz; voces que nos cuentan, nos relatan acontecimientos, sentimientos, temores, sufrimientos, denuncias, esperanzas. Voces que desocultan profundas desigualdades, injusticias y violencias simbólicas. Voces que desentrañan el lugar de las mujeres en un mundo profundamente patriarcal. Voces que nos conmueven, que nos sorprenden, que nos enseñan, nos incomodan, nos duelen, nos

enojan. Voces que convocan a sentipensar, habilitan la visibilidad social de las mujeres y nos permiten ver el mundo de la salud a través de sus propios ojos o vivencias.

Desde la *perspectiva metodológica*, Paula enlaza de manera coherente y consistente múltiples teorías y métodos concurrentes para obtener y analizar la información. La construcción y análisis de datos se caracteriza por una minuciosidad artesanal, desagregando, vinculando y comparando múltiples categorías analíticas emergentes. Teoría y empiria dialogan a través de toda la obra. Estudio de casos, comparación de casos, metodologías biográfico-narrativas, uso de imágenes y fotografías seleccionadas por las mujeres se articulan de manera congruente para aprehender la complejidad del objeto de estudio. El enfoque comparativo permite acercarnos a la diversidad y a las semejanzas entre los conocimientos, creencias, pensamientos y acciones de mujeres de diferentes clases sociales construyendo configuraciones que, lejos de establecer relaciones causales determinísticas, logran crear conexiones situadas y contextuales.

En cada capítulo enlaza marcos conceptuales, antecedentes y testimonios de las mujeres participantes. Se destaca la transparencia metodológica del estudio; en efecto, la autora hace explícitas todas sus decisiones teóricas, epistemológicas y metodológicas y detalla la construcción de las categorías analíticas emergentes de los datos, por lo que, sin ser su objetivo, nos enseña o muestra cómo hacer investigación cualitativa.

Por último, en cuanto a los *aportes prácticos y políticos*, la obra brinda conocimiento público y argumentos a quienes implementan políticas y programas en educación y salud y a la comunidad en general, suscitando debates, interrogantes y reflexiones; moviliza la discusión informada y brinda razones para valorar, para comprender y para actuar. En efecto, el estudio orienta políticas públicas, programas y proyectos que consideren las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de las mujeres referidas al cuidado de su salud evitando sesgos médico-hegemónicos y de género.

Para que la investigación oriente las decisiones políticas requiere dar respuesta no sólo a cómo ocurren las cosas sino también al porqué. El por qué es el que orienta o da pistas sobre lo que es necesario transformar. En este sentido, el estudio de Paula se aproxima a una causalidad no como relaciones determinísticas propias de la tradición galileana, sino como conexiones de sentido, al analizar las causas desde la perspectiva de las actoras; pero también, a una causalidad como conexiones contextuales al situar los fenómenos estudiados en una trama de relaciones significativas, de procesos y condiciones del entorno vinculadas a las situaciones de clase social. El contexto de la investigación en este caso no es un marco-objeto externo al fenómeno estudiado, sino que se entrama con los pensamientos, conocimientos, creencias y prácticas de las mujeres, constituyendo el objeto mismo de estudio. Estructuras sociales, condiciones materiales de existencia, significados y subjetividades retroactúan entramando comprensión y explicación. Ciencia, ética, política y sentir están presentes en el texto.

La investigación es un aporte, también, para la formación profesional. Proporciona contenidos para ser incluidos en los currículos de formación en el campo de la Psicopedagogía, la Pedagogía, el Trabajo Social y las disciplinas vinculadas con la Salud. Los conocimientos que construye colocan a los profesionales en mejores condiciones para el ejercicio sanitario y educativo.

Esta publicación, en fin, es una mediadora para entablar un diálogo con profesionales de la salud, docentes y políticos y para que las mujeres que participaron de este estudio se reencuentren con sus propias voces interpretadas y las ayude a continuar su empoderamiento impulsando acciones transformadoras.

Celebro la publicación de este libro e invito a su lectura ya que es testimonio de producción de un conocimiento público que se compromete con los problemas sociales de su tiempo.

*Viviana Macchiarola*¹

Río Cuarto, 10 de diciembre de 2025

¹ Dra. en Educación. Especialista en docencia universitaria. Profesora Consulta del Departamento de Ciencias de la Educación, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Río Cuarto (Córdoba).

Prólogo a la Salud Comunitaria

Martín De Lellis

Este libro parte de una convicción fundamental: que investigar las concepciones, creencias, haceres y sentires acerca de la promoción y el cuidado de la salud comunitaria resulta de una gran relevancia, y que es necesario poner las herramientas teóricas y técnicas al servicio de dicha convicción.

Su autora es Paula Juárez, profesional con una trayectoria consecuente en el campo de la psicopedagogía y la Salud Comunitaria, cuyos trabajos acerca de la identificación y/o mitigación de las barreras psicosociales para el acceso en el primer nivel de atención junto al querido maestro y amigo Enrique Saforcada dan testimonio de ello.

Destacan en su recorrido profesional numerosos aportes que, abrevando en la pedagogía freireana y siempre en diálogo con la psicología sanitaria y la psicología comunitaria, han iluminado la naturaleza de los vínculos intersubjetivos entre profesionales y usuarios en los servicios de salud. Testimonio de este recorrido es uno de sus anteriores libros *Relación médico consultante en el primer nivel de atención*, enfoque innovador que ha estimulado a su vez nuevos desarrollos teóricos y de intervención en torno a la temática.

El presente libro comprende temas múltiples, todos ellos interconectados en una trama compleja que sólo una profesional dedicada y sensible ha sido capaz de realizar.

Cabe señalar aquí que, tanto el saber científico como el saber lego han hecho un uso ambiguo del término complejo, para aludir a lo que resulta abstruso, arduo de comprender o, simplemente, lo que despierta un sentimiento de perplejidad ante las circunstancias de la vida.

Pero es infrecuente hallar trabajos en los que se exprese una concepción tan virtuosa de la complejidad, que atraviere todo el texto y cada una de las secciones que lo componen.

Esta aseveración se justifica al examinar varias cuestiones, que el lector apreciará seguramente en su labor.

En primer lugar, se expresa en el libro la impostergable necesidad de tomar en cuenta las múltiples perspectivas - o paradigmas, según los aportes de Saforcada-, que concurren en las concepciones y prácticas en salud, y en las que interseccionan distintas dimensiones: psicológica, histórica, social y cultural.

También porque en el trabajo se sustenta el principio dialógico que permite un necesario encuentro de saberes entre los profesionales y aquellos sujetos que, sostenidos en un conocimiento lego, son los protagonistas que traman la vida de una comunidad.

Así, en el relevamiento efectuado alrededor del proceso de salud, enfermedad, cuidados y atención (SECA) se observa la riqueza de concepciones, vivencias y estrategias populares de intervención ante problemas emergentes que inciden sobre la salud y la enfermedad, y en su análisis destaca el impacto que ha tenido sobre la población general la pandemia de Covid-19.

Pone de manifiesto que el legado del patriarcalismo y la medicalización de la vida cotidiana ha sido una resultante de la extensión e imposición acrítica del saber científico sobre los

saberes legos, y que ello se ha constituido en una de las principales barreras para la utilización de servicios de salud.

Por otro lado, y atento al exhaustivo trabajo de relevamiento de antecedentes empíricos y teóricos sobresale una mirada integral en la cual destaca el enfoque de género, tan decisivo hoy para comprender la naturaleza del/los cuidados en salud.

Queda plasmado el proceso de sistematización a través de construcciones categoriales que enriquecen la lectura del material y la combinación de técnicas de investigación que, sostenidas en un enfoque cualitativo, relevan el testimonio de los actores comunitarios y establecen las estrategias de análisis empleadas para su interpretación.

Desde esta perspectiva, la autora enfoca los condicionantes que posibilitan u obturan, y cómo lo hacen, el aprendizaje sobre SECA, identificando sus características y dinámicas particulares, así como la forma en que inciden sobre una mayor o menor accesibilidad a los servicios de salud.

Otra característica que deviene de la mirada compleja desplegada en el trabajo es la caracterización territorial del problema, la población bajo estudio y el contexto de determinación, detallando con claridad las variables que diferencian a mujeres de los sectores medios y de los sectores populares.

Se plantean con base en el relevamiento cuestiones candentes para la investigación en los territorios sociales: ¿cómo incide la pertenencia al género y la clase social en las creencias y haceres en salud? ¿qué conocimientos han generado las mujeres sobre salud, enfermedad, cuidados y atención? ¿cómo los han construido y cómo circulan en sus comunidades y entre ellas? ¿Cuáles han sido los principales hitos que reconocen las mujeres y cuáles son los procesos de aprendizaje en torno a los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados?

Por último, y no menos importante para trazar la complejidad del presente trabajo, es el grado de implicación que logra la autora en el discurrir del texto, tanto al describir sus motivaciones como ciudadana, sus aspiraciones profesionales y aquellas que devienen de su involucramiento biográfico, que explican el acercamiento tan persistente al estudio de esta temática.

Muy destacable resulta en particular la explicitación de una perspectiva en la que es referente la autora: la psicopedagogía comunitaria.

Como expresa muy bien en su texto, las lecturas basadas en la psicopedagogía comunitaria de los saberes, aprendizajes y conocimientos de las mujeres sobre SECA permiten situarlos en relación a los territorios, las redes familiares y comunitarias, los espacios de participación, y las condiciones materiales y simbólicas de sus vidas.

Lo hace discurriendo como una investigadora capaz de transmitir, a través de su textualidad y con abundantísimas referencias bibliográficas, ideas que arraigan en procesos atravesados por tensiones políticas e institucionales tales como las que atravesó nuestro país en las últimas décadas.

En el texto se referencian autores de la talla de Freire, Saforcada y Morales Calatayud, cuyas voces desplegaron, en distintas latitudes de América, un bagaje teórico que permitió configurar las bases del pensar y hacer en salud comunitaria.

Nuestro continente, tan afectado actualmente por la crueldad de las políticas hacia los más vulnerables, necesita referentes y autores que, de una generación a la siguiente, permitan recobrar y resignificar el legado de la salud comunitaria.

En esta dirección se despliega este libro, el cual aporta sistematización teórica y fundamentación metodológica para que el conocimiento sirva a las comunidades ante el escenario de zozobra cotidiana que ha sido agudizada por la pandemia, y ofrece respuestas específicas para quienes se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Para resumir, esta investigación aporta a un horizonte de transformación humanizadora en los distintos niveles de atención en salud, basados en la escucha empática, el encuentro dialógico y la responsabilidad hacia el/los otro/s.

En uno de sus numerosos ensayos sobre la complejidad del conocimiento humano, Edgar Morin afirmaba que *comprender no impide juzgar, y que juzgar no impide comprender*.

Una reflexión similar se puede extraer de este libro, cuya lectura debería estimularse con renovado fervor.

*Martín De Lellis*²

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 25 de febrero de 2026.

² Lic. en Psicología. Magister en Administración Pública. Especialista en Planificación y gestión de políticas sociales. Profesor Titular Regular de la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Prólogo a la Psicopedagogía

Cristina Rafaela Ricci

El libro que cada uno de nosotros tiene en sus manos, “Mujeres narrando sobre salud. Un estudio psicopedagógico comunitario en tiempos complejos” escrito por la Dra. María Paula Juárez, es un libro que pertenece sin lugar a dudas al campo de la psicopedagogía si bien, también comparte legítimamente afiliación con otros campos disciplinares y profesionales.

Cada uno de nosotros, también sin lugar a dudas, realizará su lectura desde su propia identidad y perspectiva con una mirada específica, identidad, perspectiva y mirada que no pueden soslayar la identidad epistemológica del libro anclada en lo psicopedagógico.

Sabemos que en las tres primeras décadas del siglo XXI la condición epistemológica de la psicopedagogía, de las ciencias psicopedagógicas, de lo psicopedagógico y del campo psicopedagógico en Iberoamérica se presenta como un sistema epistemológico complejo, relacional, permeable, adaptable y abierto, social, cultural e histórico, definido por contrastes y visiones heterogéneas, globales y holísticas, donde la heterocronía epistémica (variación diacrónica según la nación) es inherente a esta condición. Esto denota su estado plástico y poroso que escapa al formalismo epistemológico heredado de la modernidad.

Sabemos que este sistema heterogéneo y teleológico tiene componentes conceptuales, teóricos e instrumentales que constituyen un todo sinérgico y autorreferente, orientado hacia determinados propósitos praxiológicos (conocer e intervenir), en interdependencia con ámbitos externos institucionales, sociales, culturales, disciplinares y profesionales, entre otro.

También sabemos que el *ethos* epistemológico de la psicopedagogía presenta como rasgos de identidad y entidad ser, al menos hasta el momento, polisémico poliédrico-multifacético y caleidoscópico-pluriforme junto con una polisemia lingüística. Esto significa que la psicopedagogía y lo psicopedagógico no puede ser conceptualizado y capturado en y por una sola definición epistemológica.

Ahora bien, es esta polisemia epistemológica y lingüística, anclada en la diferencia, variedad, disparidad, desemejanza, complejidad de saberes, conocimientos, instrumentos y prácticas psicopedagógicas, lo que potencia la capacidad de diálogo de la psicopedagogía con otras disciplinas, profesiones, campos, prácticas y experticias beneficiando a la comunidad científico-profesional y a las personas, grupos, instituciones, organizaciones, comunidades, sociedades en su calidad de sujetos que aprenden.

Este diálogo habilita la migración de conocimientos, saberes e instrumentos de otras disciplinas y profesiones hacia la psicopedagogía a condición de ser transpuestos y resignificados en función del objeto psicopedagógico. Al mismo tiempo implica la necesaria producción de conocimientos e instrumentos y la configuración de saberes psicopedagógicos propios. Estas dos dimensiones del quehacer epistemológicos es fundamental para el dialogo inter, multi y transdisciplinar desde su lugar como disciplina y profesión del aprendizaje humano.

Teniendo estas consideraciones como horizonte es que realicé mi lectura. Lectura no ingenua, ni evaluadora. Mi lectura fue y es con una mirada epistemológica, praxiológica, deon-

tológica, clínica y crítica desde distintas perspectivas. Estas perspectivas dan cuenta de mi propia identidad como psicopedagoga, cientista de la educación y metodóloga.

Como psicopedagoga identifico que la afiliación del libro pertenece al campo psicopedagógico porque, en el objeto empírico de la investigación (las mujeres y sus relaciones con la salud, la enfermedad, el cuidado y la atención), reconozco al objeto de la psicopedagogía: los sujetos en su doble dimensión personal y colectiva y sus procesos situados de aprendizajes. Sujetos y procesos atravesados constitutivamente por vicisitudes, coyunturas, historias. Sujetos y procesos situados de aprendizajes que revelan, develan, transparentan que el aprender y desaprender se realiza en todas las edades de la vida, en diversidad de ámbitos y contextos con distintas finalidades.

Como cientista de la educación, pude ver como el libro (la investigación) nos recuerda que los procesos educativos son multirreferenciales, ubicuos, relacionales, sistémicos, recursivos, prefigurativos, posfigurativos y cofigurativos. Procesos en los cuales los sujetos individuales y socio-culturales no tienen posiciones fijas sino dinámicas y proactivas.

Como metodóloga, visualizo en la investigación procesos de transposición de saberes experienciales –aprendizajes individuales y colectivos– a conocimientos científicos. Conocimientos que, si bien tienen su origen intersectorial, asociados con la condición femenina y a roles específicos vinculados con la maternidad, los trascienden ingresando a las ciencias humanas, sociales y de la salud. Así concreta uno de los sentidos de la investigación social y de la investigación en psicopedagogía: producir conocimientos válidos y legítimos con base empírica.

Retomando la mirada y lectura como psicopedagoga anclada en la identidad epistemológica y praxiológica de la psicopedagogía, identidad que recibe de su objeto, focalizo en este prólogo sólo en dos de los conocimientos científicos construidos en esta investigación: las modalidades de aprendizaje que estas mujeres han configurado y la psicopedagogía comunitaria como especialidad o rama de la psicopedagogía. Para comprender el alcance de estos dos aportes fue necesario hacer las precisiones conceptuales y de posicionamiento precedentes.

1. Explicitar y conceptualizar las modalidades de aprendizaje que estas mujeres han configurado (aprendizaje por observación, aprendizaje por explicaciones, aprendizaje por cuestionamiento, aprendizaje por experiencia y aprendizaje por *insight* o descubrimiento) es relevante porque este conocimiento aporta a una categoría psicopedagógica central: perfil de aprendizaje. El perfil de aprendizaje es un conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a un sujeto en sus procesos de construcción de aprendizajes. Entre los componentes o elementos que lo configuran podemos mencionar las modalidades, los estilos, los ritmos y tiempos para construir aprendizajes según la propia condición subjetiva, social y cultural, es decir, la propia matriz para aprender-desaprender. Por lo tanto, las modalidades de aprendizajes, como conocimiento científico, nos dicen que no hay un único modo para aprender porque las modalidades se inscriben y manifiestan la diversidad psicopedagógica.

La diversidad psicopedagógica expresa que el aprendizaje humano es multidimensional, multifacético, multirreferencial, filogenético, ontogenético, diacrónico, sincrónico entre otros rasgos constitutivos. Al mismo tiempo habilita la variedad y variabilidad de procesos de aprendizaje en lo singular, subjetivo, social y cultural: es en la diversidad psicopedagógica donde confluyen todas las diversidades (biológica, genética, sexual, neurológica, funcional, de género, lingüística, religiosa, ideológica, entre otras).

La existencia de las modalidades de aprendizaje como un componente del perfil de aprendizaje y expresión de la diversidad psicopedagógica orienta la intervención psicopedagógica

potenciando el derecho a aprender según la propia condición del sujeto que aprende. Es por ello que este aporte al conocimiento presente en este libro es relevante porque no basta con reconocer el derecho a aprender, sino que hay que gestionar el derecho a aprender según la propia condición subjetiva en todas las edades y ámbitos de la vida personal y comunitaria. Porque la subjetividad está vinculada a las cualidades del sujeto (individual o colectivo), es aquello intrínseco donde lo subjetivo refiere a lo que pertenece al sujeto y a cierta manera de sentir, pensar, actuar; alude a su conciencia, preferencias, experiencias, juicios, posibilidades, límites, gustos y disgustos. Este aporte es relevante porque, las características subjetivas comunican los rasgos que describen al sujeto de una manera personal, individual y/o colectiva: lo subjetivo es la expresión compleja del sujeto en sus relaciones, interacciones y acciones dentro de un contexto social y cultural.

2. Explicitar y conceptualizar a la psicopedagogía comunitaria como especialidad o rama de la psicopedagogía en este cambio epocal de episteme es relevante porque, el giro de la epistemología operado a partir de la segunda mitad del siglo XX ha introducido de lleno en el campo epistemológico y metodológico la cuestión del sujeto y de sus prácticas en relación con la construcción de conocimiento científico: nuevas opciones epistemológicas y metodológicas afectan al conocimiento científico, a las prácticas investigativas, a las prácticas docentes y a las prácticas profesionales, entre otras. Junto con esta afectación, producen efectos en la producción de conocimientos y configuración de subjetividades. Si bien esto es válido para todas las ciencias humanas, sociales y de la salud, lo es mucho más para la psicopedagogía en su proceso consolidación como disciplina científica, profesional y técnica.

En este sentido, la estructuración de la psicopedagogía comunitaria como especialidad en la psicopedagogía focalizada en el conocimiento y promoción de procesos de aprendizajes en las comunidades es un logro de este libro en este cambio de episteme. La episteme en gestación desde mediados del siglo XX está generando condiciones de posibilidad para que la psicopedagogía comunitaria como área de la psicopedagogía, se consolide como un tipo de conocimiento científico específico, justificado y *praxico*, distinto de la *doxa* o mera opinión, en las ciencias humanas, sociales y de la salud.

No siempre, como lectores, como académicos, como científicos o como profesionales, tenemos la posibilidad de acceder al proceso de gestación y de alumbramiento de una nueva especialidad. Gracias a este libro esto se nos ha hecho posible: en cada una de sus páginas podemos apreciar el proceso del devenir de esta gestación y alumbramiento de la psicopedagogía comunitaria.

También en ese recorrido diacrónico, plasmado en las páginas de este libro, podemos identificar ciertos rasgos genéticos de la identidad de la psicopedagogía comunitaria. Algunos provienen de la psicología sanitaria, otros de la salud comunitaria, otros de la pedagógica freireana, seguramente algunos le son dados por la antropología y la sociología... Sin embargo, la psicopedagogía comunitaria no es la sumatoria de conocimientos y estrategias heredados, sino que se presenta como una nueva realidad epistemológica con entidad e identidad propia recibida de la psicopedagogía.

Por todo esto: celebramos y agradecemos.

Celebramos que el libro “Mujeres narrando sobre salud. Un estudio psicopedagógico comunitario en tiempos complejos” hoy esté en nuestras manos.

Celebramos que las modalidades de aprendizajes que los sujetos configuran se visibilicen como un componente de los perfiles de aprendizaje y como una faceta de la diversidad psicopedagógica.

Celebramos que la psicopedagogía haya dado a luz a la psicopedagogía comunitaria como una de sus especialidades.

Finalmente, agradezco y agradecemos a las Mujeres sujetos de esta investigación, a María Paula Juárez, al Maestro Enrique Saforcada de feliz memoria, a Viviana Macchiarola y al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET) porque han puesto este libro en nuestras manos.

*Cristina Rafaela Ricci*³

Lomas de Zamora (Buenos Aires, Argentina),

1 de marzo del año 2026.

3 Dra. Prof. Lic. Ciencias de la Educación. Dra. Lic. Psicopedagogía y Psicopedagoga. Mgtr. Esp. Metodología Investigación Científica. Pos Dra. Psicología orientación Metodología Investigación Científica de Revisión. Centro de Investigación en Psicopedagogía e investigaciones psicopedagógicas [CIPsp].

Índice abreviado

Prólogo a la Investigación Social. <i>Viviana Macchiarola</i>	6
Prólogo a la Salud Comunitaria. <i>Martín De Lellis</i>	9
Prólogo a la Psicopedagogía. <i>Cristina Rafaela Ricci</i>	12
Introducción	20
Las protagonistas: mujeres y madres.....	22
Antecedentes que aproximan a la temática de estudio	23
Objetivo general:	26
Entramado epistemológico-conceptual que sustenta el estudio	27
Sobre el espacio y el tiempo histórico-político en que transcurrió el estudio....	56
Breves consideraciones sobre la metodología y la organización del escrito	69

I PARTE

Consideraciones preliminares

Capítulo 1

RECONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DEL ESTUDIO	73
Sobre el carácter flexible del diseño de estudio	75
Etapas que configuran el estudio	76
Procedimientos muestrales empleados.....	80
Recolección de datos	102
Análisis de los datos	104
Consideraciones éticas	105

Capítulo 2

PERSPECTIVAS SOBRE POBREZA Y CLASES SOCIALES PARA LA COMPRENSIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD DE MUJERES DEL GRAN RÍO CUARTO	109
De una noción de pobreza al reconocimiento de las desigualdades en salud	110
Asumiendo una mirada en clave de clases sociales	110
El concepto de “situación” para pensar las realidades de mujeres en pobreza y de clase media	114
Reflexiones de síntesis	121

Capítulo 3

APROXIMACIÓN A LOS PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN DE LAS MUJERES EN CLAVE DE HISTORIAS DE VIDA	123
Contexto conceptual para construir sentidos sobre el carácter histórico-biográfico de los procesos de SECA	123
Reconociendo hitos de salud, enfermedad, cuidados y atención en la vida de las mujeres.....	124
Reflexiones de síntesis	137

II PARTE

Mujeres que piensan en salud

Capítulo 4

CONTEXTO CONCEPTUAL PARA CONSTRUIR SENTIDOS EN TORNO A LAS CONCEPCIONES SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD	141
Construyendo sentidos en torno a las concepciones de salud y enfermedad ..	143

Capítulo 5

CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD PERSONAL DE MUJERES.....	153
Concepciones de salud y enfermedad personal no afectadas por la pandemia.....	155
Concepciones de salud personal emergentes en tiempos de pandemia	183
Reflexiones de síntesis	200

Capítulo 6

CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD FAMILIAR DE MUJERES.....	204
Concepciones comunes de salud familiar	205
Concepciones diferenciadas de salud familiar.....	212
Reflexiones de síntesis	219

Capítulo 7

CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD COMUNITARIA DE MUJERES.....	220
Concepciones comunes de salud comunitaria	221
Concepciones diferenciadas de salud comunitaria.....	229
Reflexiones de síntesis	245

Capítulo 8

CONCEPCIONES DE SALUD IDEAL DE MUJERES.....	247
Contexto conceptual para construir sentidos sobre la salud ideal.....	247
Concepciones de salud ideal personal	251
Concepciones de salud ideal familiar	258
Concepciones de salud ideal comunitaria.....	264
Reflexiones de síntesis	270

III PARTE

Mujeres que conocen y creen en salud

Capítulo 9

CONOCIMIENTOS SOBRE SECA	274
Construyendo sentidos en torno al aprender, saber, conocer	276
Cuestiones comunes en la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA	277

<i>Andamiaje en la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA</i>	277
<i>Modalidades de aprendizaje</i>	285
<i>Tipos de conocimientos según su procedencia.....</i>	289
Reflexiones de síntesis	308

Capítulo 10

CREENCIAS SOBRE SECA	310
Construyendo sentidos en torno a las creencias sobre SECA.....	311
Creencias sobre SECA en mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media.....	316
Reflexiones de síntesis.....	338

IV PARTE

Mujeres que hacen en salud

Capítulo 11

CONTEXTO CONCEPTUAL PARA CONSTRUIR SENTIDOS EN TORNO A LAS PRÁCTICAS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN	342
Construyendo sentidos en torno a las prácticas de SECA	344
Recapitulando y posicionándonos.....	354

Capítulo 12

MÚLTIPLES PLANOS DE LAS PRÁCTICAS DE SECA.....	355
Prácticas personales de SECA comunes a mujeres de ambos grupos	355
Cuestiones diferenciadas respecto de prácticas personales de SECA identificadas en mujeres en situación de pobreza.....	362
Prácticas familiares de SECA comunes.....	364
Reconociendo escenarios sociofamiliares de cuidados	365
Prácticas familiares de SECA diferenciadas	379
Prácticas populares de SECA	384
Prácticas de SECA emergentes en pandemia	386
Reflexiones de síntesis	394

Capítulo 13

PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y ACCESO AL COMPONENTE FORMAL: VISIBILIZANDO TRAYECTORIAS SOCIO SANITARIAS DIFERENCIADAS	397
El escenario de atención de la Salud en el contexto local	400
<i>Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad económica</i>	403
<i>Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad geográfica</i>	408
<i>Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad administrativa.....</i>	411
<i>Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad cultural y simbólica</i>	413
<i>Prácticas de atención que expresan violencia obstétrica, sesgo racial y de género</i>	415
Reflexiones de síntesis	420

Capítulo 14

PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN	422
Prácticas comunitarias de SECA enunciadas por mujeres en situación de pobreza	422
Reflexiones de síntesis	432

V PARTE

Mujeres que narran desigualdades

Capítulo 15

RECONOCIENDO TRAMAS DE LAS DESIGUALDADES EN LA VIVENCIA DE LOS PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN	434
Las desigualdades en el campo de la salud	438
Dimensión desigualdades reconocidas desde las voces de las entrevistadas	441
Reconociendo dimensiones causales que configuran las desigualdades de salud en las vivencias de las mujeres del estudio	454
Reflexiones de síntesis	461
CONCLUSIONES QUE NO CLAUSURAN... ..	464
Reflexiones sobre las desigualdades en salud	465
Reflexiones sobre lo que impera en el sistema: concepciones, conocimientos, creencias y prácticas legas en un escenario de expropiación de la salud	468
Dilucidando tipologías sobre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA	470
Reflexiones sobre la dimensión del conocimiento sobre SECA: mujeres y procesos cognoscentes	478
<i>Sobre una metarreflexión necesaria: hacia la consolidación de una psicopedagogía comunitaria en clave salubrista</i>	489
Relevancia del estudio y prospectivas	493
<i>Contribuciones a la psicopedagogía</i>	500
Cerrando	501
Referencias	503

Introducción

(...) el peregrino pasa a formar parte del camino mientras lo transita (...) la meta es el camino (...) la meta no es llegar (...) así como caminamos, así es como vivimos (...) la riqueza es conectarnos con el camino.
(Pérez y Toffano, 2019. *Caminar, una actitud existencial*).

Darle presentación e inicio a este libro significa un momento de apertura y celebración por compartir el resultado de un trabajo arduo y sostenido en investigación social que he realizado en el marco de la Carrera como Investigadora de la Ciencia Pública desde el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET). Organismo del cual soy trabajadora, y donde también, junto al financiamiento de un proyecto allí aprobado, posibilitaron el desarrollo del estudio y su publicación a través de este libro⁴.

Siguiendo el pulso de intentar publicar de manera completa el estudio, redoblo con convicción mi apuesta por el formato libro y lo que representa en términos de proceso integral. En este caso, la posibilidad única de dar cuenta de todo un recorrido ininterrumpido de ocho años de trabajo, en el que resultados parciales fueron publicándose mediante artículos en revistas científicas.

En este escenario, “la partida” de quien fuera director de esta línea de investigación por 17 años, ya desde mi formación como becaria de CONICET, el querido Maestro y Amigo Enrique Saforcada, junto con diversas situaciones que interpelaron en el desarrollo del estudio, confluyeron motivando la decisión de concretar este libro.

Si bien escribo estos párrafos iniciales en primera persona, en lo que sigue elijo expresarme en la forma del plural para dar cuenta del carácter colectivo del conocimiento que aquí se presenta, siendo una construcción en la que han participado distintas interlocutoras e interlocutores. Principalmente, mujeres del Gran Río Cuarto (Córdoba, Argentina), quienes a partir de relatos de sus experiencias y saberes de vida en salud han aportado sustancialmente al conocimiento que aquí se presenta. También el ya mencionado Dr. Enrique Saforcada y la Dra. Viviana Macchiarola, directores de este trabajo, quienes a lo largo de estos años se han implicado conmigo en una práctica dialógica, interpeladora y reflexiva constante.

El tema de estudio que aborda este libro no surgió casualmente, sino que se enlaza a un devenir de investigación. En este sentido, lo hace a aquella primera experiencia iniciada en 2005, en la que recreamos la metodología de la investigación temática freireana desde una perspectiva psicopedagógica comunitaria, posibilitando una experiencia que permitió llevar a cabo un proceso de educación popular en salud con mujeres de una comunidad al suroeste de Río Cuarto (Córdoba, Argentina) (Juárez, 2012, 2020). Experiencia que en su culminación nos marcó el rumbo de un estudio posterior al señalar, esas mujeres, dificultades en la relación y comunicación con profesionales del sistema Público de Servicios de Salud local.

4 Proyecto aprobado en el marco de la Convocatoria a Proyectos de Investigación Bianuales para Investigadoras/es Asistentes y Adjuntos de Reciente Ingreso al CONICET (PIBAA). Convocatoria 2022-2023. Resolución-2022-1930-APN-DIR#CONICET- Anexo IF-2022-116847633-APN-DCP#CONICET.

Así, la investigación consecuente la definimos en términos de un estudio colectivo de casos de médicos y médicas pediatras en encuentros con madres consultantes de sectores populares, en cuatro Centros de Atención Primaria de la salud en distintos puntos de la ciudad de Río Cuarto. Estudio que nos permitió leer en clave pedagógica freireana dinámicas en las que prevalecían situaciones de extensión comunicativa, cosificación e imposición de significados, erigiéndose verdaderas barreras psicosocioculturales, frente a encuentros donde era posible reconocer una comunicación dialógica e interesada en la co-construcción de conocimientos en salud y enfermedad. Estudio que concluyó con una propuesta de formación en pedagogía dialógica y humanizadora para profesionales de la salud (Juárez, 2015).

El estudio que se presenta con este libro, surge y se apoya en los desarrollos señalados, dando un giro hacia el interior de las familias y las comunidades, centrándose en mujeres, para indagar y conocer cuáles son sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre salud, enfermedad, cuidados y atención (en adelante SECA). En este sentido, así como este libro ofrece conocimiento novedoso sobre los procesos de SECA en mujeres, simultáneamente en lo inherente a lo epistemológico permite avanzar en la construcción del campo disciplinar de la psicopedagogía. En otras palabras, los resultados del extenso proceso de investigación realizado nos han permitido advertir con claridad una deriva que encauza, en consonancia con nuestros estudios anteriores, en la consolidación de una rama o especialidad dentro de la psicopedagogía que denominamos “psicopedagogía comunitaria”, sobre la que profundizaremos en próximos apartados de esta introducción.

Intentando ya adentrarnos a la temática de este trabajo, entendemos que es constitutivo del ser humano construir saberes y creencias, así como ponerlas en práctica en su interacción con el medio para hacer posible su vida, su reproducción, su sostenimiento y desenvolvimiento. Es *en y por* esa interacción que las personas los desarrollan y adquieren en el proceso de socialización. Las múltiples culturas, diferenciadas entre sí, poseen construcciones que siempre están presentes, con diferentes o similares características, dando lugar a *universales de la cultura*. Uno de ellos, es justamente el constituido por las concepciones y prácticas de salud.

Saforcada y Moreira Alves (2015, p. 20) plantean al respecto que todas las etnoculturas poseen o han desarrollado un cuerpo diferenciado, dentro de la cultura general, de conocimientos y prácticas vinculadas con la salud y sus distintas manifestaciones, dicen los autores “estos sistemas culturales o subculturales han dado y dan origen al desempeño de roles específicos y diferenciados, el rol de conservadores de la salud y de curadores”. Los autores expresan que, en general, estos saberes y prácticas son higienistas, lo que significa que se ocupan, ante todo, de mantener sana a la gente sana, así como se encargan de sanar a los que enferman.

De acuerdo a Saforcada (2001) en el caso de Occidente, son los médicos y las médicas quienes habitualmente se ocupan de los conocimientos y prácticas de salud. No obstante, las poblaciones de los países de esta región también poseen múltiples formas de construir, organizar, vivenciar y utilizar sus propios conocimientos y prácticas en salud, generando una verdadera semiología y clínica lega. Para el autor, se trata de una *medicina popular* en la que confluyen diversas medicinas de culturas ajenas, algunas ancestrales de otros continentes, otras de nuestros propios pueblos originarios y de sus medicinas indígenas tradicionales. También se mezclan construcciones más recientes vinculadas con creencias sobrenaturales, otras culturalmente validadas, entrelazadas con conocimientos de la medicina científica que van siendo sometidos a transformaciones del conocimiento lego o popular.

Las protagonistas: mujeres y madres

Este estudio se centra en las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de mujeres del Gran Río Cuarto en torno a procesos de SECA. El interés devino de los estudios señalados inicialmente, junto con pensar a las mujeres como históricamente, las referentes y garantes del cuidado de la salud de los integrantes de sus familias y comunidades.

Nuestras investigaciones previas ya venían atendiendo a la perspectiva de mujeres, lo que se había dado casi de manera fortuita en tanto habíamos realizado, en aquel primer estudio iniciado en 2005, invitaciones abiertas a toda la comunidad para participar en talleres sobre educación popular en salud. Sin embargo, reconocimos paulatinamente cómo las mujeres fueron implicándose en las propuestas que realizábamos para pensar y hacer en relación a temáticas de salud personal, familiar y comunitaria.

En ese momento, y por el transcurso de varios años interpretamos ese fenómeno de la participación femenina como un rasgo característico de los tejidos sociales contemporáneos en relación a la implicancia de las mujeres en problemas, necesidades y cuestiones sobre salud y cuidados para la vida. Con el tiempo fuimos comprendiendo críticamente cómo aquellas construcciones culturales (las concepciones, los conocimientos, las creencias y las prácticas) que reconocíamos como fenómenos que históricamente se han presentado, tanto en mujeres como en identidades feminizadas, les fueron tradicionalmente asignadas a ellas como “mandato natural” por un sistema patriarcal y hetero-cis-normativo⁵ que les fue imponiendo una prescripción sociocultural que ha establecido que esas tareas sean ocupadas por ellas.

Fuimos entendiendo que esta realidad, presente en casi todas las culturas y que trasciende los diversos grupos socioeconómicos, les genera a mujeres e identidades feminizadas una sobrecarga, que en muchos casos limita sus oportunidades y expresa lo que distintos autores y autoras refieren como desigualdades de género (Batthyány y Araujo Guimarães, 2022; Jelin 2022; ONU Mujeres y CEPAL, 2020, Segato, 2022; Svampa; 2021; Weingast, 2012; Esquivel, Faur y Jelin 2012; Rodríguez Enríquez, 2015; Ceminari y Stolkiner, 2018; Vega Solís, 2019; Linardeli y Anzorena 2021, entre otras y otros).

Atendiendo a ello, el estudio fue analizando las características de las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de las mujeres, enlazadas a una condición socioeconómica ligada a la clase social, así como a su condición de género. En general, ellas son quienes estiman sus circunstancias de salud y enfermedad personales, como las de sus hijos, hijas, familiares, amistades y comunidades. Estas prácticas, en las que muchas se ven inmersas desde la infancia, las lleva a realizar tareas inherentes a los procesos de SECA donde despliegan quehaceres que suponen la detección, diagnóstico y atención de malestares, dolencias, afecciones y enfermedades, la toma de decisiones con respecto a cómo proceder, si realizar o no consulta médica, recurrir a la auto-atención, la vigilancia en la consecución de tratamientos cuando hay intervención de profesionales de la salud, así como de otros procedimientos con curadores o curadoras populares, entre otras.

Vinculado con ello, Prece et al. (1996, citados en Weingast 2000, p. 5) plantean que el discurso femenino excede las vivencias individuales y se transforma en vehiculizador de toda una visión de mundo del grupo familiar y del sector social de pertenencia, dando cuenta de un conocimiento totalizador acerca de lo que sucede en la familia.

5 La expresión hetero-cis-normativo expresa la idea de una norma social dominante que asume como “natural”, “normal” o “correcto” que las personas sean heterosexuales y cisgénero (refiere a la identificación con el género que asignado al nacer) norma que, al imponerse como dominante, deslegitima otras formas de vivir la identidad de género y la sexualidad.

En este escenario, este libro recupera relatos y narrativas de mujeres que pincelan realidades que nos llegan desde sus voces expresando vivencias heterogéneas, así como semejantes en sus vidas, que retratan situaciones donde se dinamizan sus concepciones, conocimientos, creencias y dónde se ponen a prueba cotidianamente prácticas de SECA en tiempos de complejidad.

La intencionalidad del estudio se configuró a partir de haber comprendido, ya desde los años precedentes de indagación señalados, que la *situación problemática* se identifica en los Servicios de Atención de la Salud, públicos o privados, y se *expresa* al contactar las poblaciones, en este caso, las mujeres consultantes con las y los profesionales y técnicos de la salud, siendo posible reconocer un mecanismo por el cual muchos de éstos referentes del componente formal de la salud manifiestan comportamientos de extensión unilateral de transmisión de conocimientos y comunicación, indiferencia, marginación y exclusión a las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre SECA de las consultantes, prescindiendo de estos saberes o negándolos (por desconocimiento, omnipotencia profesional, menosprecio del otro u otra, entre otras) minimizándolos al máximo o restándoles importancia. Escenario alarmante en términos de propiciar o incrementar la llamada “barrera psicosociocultural” (Juárez y Saforcada, 2013; Juárez, 2015; Marconi, 1969, 1973; Saforcada y Juárez, 2015) entre efectores y consultantes, poniendo en riesgo el derecho humano fundamental a la salud y al acceso integral a los Servicios de Atención de la Salud, con el resultado agravante de la multiplicación de los problemas de salud de las familias y comunidades.

Personalmente, años anteriores habíamos experimentado al interior de nuestra familia una triste situación que nos marcó de por vida. La omnipotencia médica propició la desestimación a los saberes y vivencias de mi madre, cobrándose finalmente, la vida de mi joven hermana. Episodio que allí y entonces visualizamos con claridad, y que aquí y ahora me permiten reconocer que no fue casual mi aproximación a esta problemática para conocerla y estudiarla, comenzando a identificar esa extensión comunicativa y desestimación a los saberes legos, lamentablemente, como “demasiado” generalizada en la sociedad.

Situaciones como éstas exponen escenarios de “injusticia cognitiva”, “injusticia entre conocimientos” (Souza Santos, 2005, 2009), así como de “injusticia epistémica” (Fricker, 2017) al otorgar preeminencia sólo a un conocimiento válido, hegemónico centrado en un conocimiento científico, identificado como único y verdadero, tradicionalmente ligado a la ciencia moderna occidental, representada por el lugar del profesional de la salud, siendo la otra parte de la relación, en general la figura del consultante, subvalorada o desaventajada en su estatus como agente epistémico a partir de su identidad o lugar social.

Antecedentes que aproximan a la temática de estudio

Distintos referentes y estudios internacionales a lo largo de los años han destacado la importancia de los conocimientos y saberes legos en el campo de la salud (Blaxter 1983, 1987, 1997; Boltanski, 1974, 1975; Gérvas y Pérez Fernández, 2015; Kleinman, 1983, 1985; Kovess, Murphy y Tousignant, 1989; entre otros y otras).

El sociólogo francés Luc Boltanski (1974, 1975, 1977) a fines de la década de 1960 comienzos de 1970, llevó a cabo una amplia investigación sobre los saberes legos en salud o “medicina popular”, como la denominó. Su estudio con poblaciones francesas indagó en los comportamientos de salud teniendo en cuenta el cúmulo de conocimientos o “capacidad médica” por estas poblaciones construido. El autor planteaba que, las personas que concurren a consulta, o no lo hacen, identifican lo que les sucede desde saberes previos que les permiten construir criterios que les facilitan re-conocer y actuar en relación a lo que les acontece,

destacando que todas las poblaciones tienen conocimientos y una teoría de la salud con sus correspondientes semiología y clínica legas.

La socióloga inglesa Mildred Blaxter entre los años 1976 y 2004 desarrolló y publicó diversos estudios cualitativos centrados en la temática de las ideas, creencias, nociones y conceptos de salud y enfermedad, las actitudes y comportamientos a ellas ligadas, las desigualdades sociales y la salud, la salud y su vínculo con los procesos sociales atendiendo a la perspectiva de mujeres y poblaciones en sociedades industrializadas occidentales inglesas, francesas y norteamericanas. Sus estudios ponen énfasis en como ellas piensan y experimentan la salud. Analiza que sus concepciones e ideas se vinculan a su historia médica y social particular centrándose en las causas de las enfermedades y vinculándolas a los acontecimientos de su vida (Blaxter y Paterson, 1982, Blaxter, 1983).

Estudios posteriores de la autora se centran en las circunstancias sociales en las que viven las personas y su incidencia en la salud. Éstos revelan diferencias entre las clases sociales en el estado de salud autodefinido y la prevalencia de enfermedades, reconociendo que la desventaja en el estado de salud parece estar relacionada con el lugar ocupado en la estructura de clases sociales (Blaxter, 1987; 1990). La autora analizaba la relación de la salud con la estructura de la sociedad desde la idea de la desigualdad social en salud, advirtiendo que no se trata de un tema demasiado reconocido en las representaciones de las propias personas (Blaxter, 1997, 2004).

Los investigadores canadienses de la psiquiatría, el enfoque psicosocial y la epidemiología sociocultural, Kovess, Murphy y Tousignant (1989) planteaban la importancia de reconocer diferencias semánticas y semiológicas en las nociones vehiculizadas por la población y los profesionales de la medicina en relación a construcciones sobre salud y enfermedad. Sus estudios, advertían sobre el bajo grado de correspondencia en estas nociones utilizadas por poblaciones legas y profesionales de la medicina. Atendiendo a ello, destacaban la necesidad de aprehender los significados de las nociones empleadas por la población para la comunicación y las campañas de prevención con las comunidades.

El psiquiatra y antropólogo médico norteamericano Arthur Kleinman (1983, 1985) planteaba que la enfermedad no puede entenderse solo desde una perspectiva biomédica, sino que debe considerarse también la experiencia subjetiva del paciente frente a ella y el contexto cultural que le da sentido. Para el autor, la enfermedad es vivida por las personas no solo como síntoma físico, sino también como experiencia social y desde una identidad personal, lo que conlleva consecuencias en las formas en que las personas buscan atención, adhieren a tratamientos y vivencian el proceso de la enfermedad. La propuesta del autor, desde la antropología médica, se centra en la necesidad de que las disciplinas biomédicas incorporen enfoques que reconozcan los significados psicológicos y culturales de la enfermedad, construyendo modelos explicativos que atiendan a las narrativas culturales de los y las pacientes, cruzando saberes legos con saberes biomédicos en pos de comunicaciones humanas y efectivas en la clínica.

Los médicos españoles Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández (2013, 2015) plantean que las personas, según su cultura familiar y social poseen interpretaciones propias del enfermar, distinguiendo entre el sufrimiento de la enfermedad y el diagnóstico. Consideran que las personas gradúan su salud según una percepción interna pero también según el contexto social y cultural en el que se han criado y vivido, siendo la salud algo relativo, en una situación y contexto dado. Para los autores las personas vivencian la enfermedad en sintonía con la historia personal, familiar y social y ello contribuye a que construyan una imagen de la normalidad y a interpretar los síntomas con mayor o menor alarma. Así, los síntomas son expresión de una forma peculiar de vivir y de entender la vida, de la idiosincrasia y de la cultura

del que los padece. En este escenario reconocen un “saber ancestral popular” (Gérvas y Pérez Fernández, 2015, p. 48) que da autonomía y capacidad para enfrentarse a los inconvenientes y las vicisitudes de la vida.

Para el psicólogo sanitarista argentino Enrique Saforcada (2001, p.127) “la comunidad con su patrimonio lingüístico y categorial estructura la forma de reconocer y el modo de vivir los fenómenos de salud”. Para el autor, las nosografías y comportamientos legos están condicionados por las significaciones, valores, saberes y prácticas histórico-culturalmente desarrolladas por las poblaciones. El autor entiende que, los sistemas de servicios de salud son pasivos y se activan por la demanda de la población, relacionada a sus propias visualizaciones y saberes legos que les permiten identificar lo que les sucede construyendo criterios propios. Para Saforcada, suponer lo contrario implica una posición descalificatoria de las capacidades y conocimientos de los pobladores.

En consonancia con estos planteos, en Latinoamérica múltiples investigaciones han indagado en saberes, concepciones y prácticas en salud-enfermedad-atención de distintos grupos sociales atendiendo a diversos contextos y momentos evolutivos de los implicados. En su mayoría lo hacen desde abordajes cualitativos resaltando algunos de ellos la importancia de incidir, a partir de esas investigaciones, en el diseño de políticas y programas de salud pública (Berenzon Gorn y Mora Ríos, 2005; Crivos, 2003; Gil e Incaugarat, 2022; Heinzen, Castellano y Nión, 2014, Linardeli y Anzorena; 2021; Lora-Mantilla et al. 2023; Pérez de Nucci, 2005; Rangel Esquivel, 2011; Revel Chion et al., 2024; Torres Aliaga y Torres Secchi, 2010; Weingast, 2000, 2005; 2021; Winkler, 2010; entre otros y otras).

Más allá de estos estudios que reconocen los saberes y prácticas legas, reflexiones de referentes de este campo advierten que muchas veces, la importancia de estos conocimientos legos no es considerada. Al respecto, Conde y Pérez Andrés (1995) advierten que la mayoría de las concepciones occidentales e institucionales sobre salud parten del “a priori” de que no existen culturas sobre la salud diferentes al discurso biomédico. Los autores consideran que la práctica médica dominante “desimboliza” la salud para transformarla en un “mero hecho positivo”, eliminando las “metáforas” y la capacidad de simbolización del lenguaje relativo a la salud y a la enfermedad de las poblaciones (Conde y Pérez Andrés, 1995, p.147).

En línea con ello, Kovess et al. (1989) expresaba que el conocimiento científico-técnico determina cuáles son los signos y síntomas relevantes para ser tenidos en cuenta, expresándose una asimetría que crea una diferencia que verticaliza la comprensión y acción profesional produciendo una negación del conocimiento lego, que debe asimilarse al primero con el riesgo de caer las personas en un vacío conceptual.

Entendemos que, de perpetuarse y naturalizarse este tipo de prácticas profesionales en salud sustentadas en marginaciones y exclusiones a las semiologías, nosologías y saberes legos, se vislumbra un escenario sombrío donde la indiferencia a estas concepciones, conocimientos, creencias y prácticas, su negación, acompañada de la cosificación a los consultantes y a los referentes populares no hará más que contribuir a incrementar la mencionada “barrera psicosociocultural” entre efectores y consultantes vulnerando el derecho a la salud al poner en riesgo el acceso integral a los servicios de atención de la salud, así como acrecentando los problemas de salud de las comunidades.

En este escenario, todo el acumulado de saberes que representan una semiología y clínica legas que reconocían en las poblaciones Boltanski (1975), Kleinman (1983, 1985) y Blaxter (1983, 1987, 1997), así como las formas en que significan su salud y enfermedad las personas que mencionaban Gérvas y Pérez Fernández (2015), o bien las nosografías, semiologías concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad, expresadas de acuerdo a su patrimonio

lingüístico y cultural que consideraba Saforcada (2001), son desdeñados, desaprobados, desechados, por la presencia de esta barrera que impone un único saber válido, que invade con su especificidad léxica omnipotente, en menoscabo de los y las consultantes y sus conocimientos.

Lo planteado, configura una *situación problemática* que se expresa en el hecho del desconocimiento y desconsideración a estas construcciones cognitivas, cognoscentes y culturales; el no concebirlas como plataforma fértil a partir de las cuales poner en diálogo saberes profesionales. Realidad que lleva a que se pierdan, ambos sujetos del encuentro, la posibilidad mutua de aprender de nuevos saberes y prácticas, generándose a partir de él, reacomodamientos, tensiones o enriquecimientos de los propios conocimientos en pos de la protección, promoción y prevención de la salud, así como de su restauración y la atención del daño cuando se presenta enfermedad.

Si bien los antecedentes consignados nos aproximan a una caracterización a la temática, dejan abiertas cuestiones centrales. En este sentido, encontramos como correlato a la situación planteada, un *problema teórico* que se advierte en la vacancia estudios específicos que den cuenta de conocimiento centrado en la particularidad de las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA de mujeres, particularmente de nuestro contexto local del Gran Río Cuarto (Córdoba-Argentina). Junto con una ausencia en abordajes con mujeres de diferentes grupos sociales, que atiendan a una dimensión comparativa que explore cuestiones comunes y disimiles en sus vivencias, que sondee pistas sobre las desigualdades en salud desde una impronta local y una mirada interdisciplinaria. Un estudio situado en un contexto y tiempo propio, como lo representa el desarrollo que aquí presentamos en un escenario previo, durante y posterior a la pandemia por la enfermedad de Covid-19.

Aspectos sobre los que la realización de este estudio pretende reponer. En virtud de ello, definimos las siguientes intencionalidades:

Objetivo general:

- Comparar concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de salud, enfermedad, cuidados y atención (SECA), de mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media del Gran Río Cuarto (Córdoba-Argentina), atendiendo a escenarios previos, como durante y posteriores a la pandemia por Covid-19.

Objetivos específicos:

Analizar comparativamente en mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media del Gran Río Cuarto (Córdoba) cuestiones vinculadas a:

- Hitos de sus vidas que den cuenta de un carácter histórico-biográfico de sus procesos de SECA.
- Concepciones de salud y de enfermedad en los planos personal, familiar y comunitario.
- Concepciones de salud ideal en los planos personal, familiar y comunitario
- Conocimientos y aprendizajes sobre SECA, sus procesos de construcción y su circulación sociocomunitaria.

- Contenidos y sustentos de creencias que expresan e invocan frente a episodios de SECA.
- Prácticas de SECA que ponen en acción frente a procesos personales, familiares y comunitarias.
- Situaciones, vivencias y sentidos que den cuenta de desigualdades sociales en salud.

Acerca de las preguntas y supuesto de investigación

Algunos interrogantes que nos orientaron y que se recuperan permanentemente en los capítulos que conforman este trabajo expresan: ¿cómo conciben la salud y la enfermedad las mujeres? ¿qué es para ellas la salud y la enfermedad de sus hijos, hijas, sus familias y sus comunidades? ¿qué es para ellas una salud ideal en lo personal, lo familiar y lo comunitario? ¿qué conocimientos han generado sobre salud, enfermedad, cuidados y atención? ¿cómo los han construido y cómo *circulan en sus comunidades*? ¿a qué creencias se aferran para la *restauración de su salud*? ¿qué prácticas realizan para la *protección, promoción, atención y cuidados de su salud y la de los suyos*? ¿qué similitudes y diferencias pueden reconocerse entre las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA de mujeres en situación de pobreza y de mujeres en situación de clase media? ¿cómo impacta la presencia de la pandemia en estas concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA? ¿es posible identificar a partir de un análisis comparativo de estos procesos entramados de desigualdades entre los grupos de mujeres? ¿cómo se manifiestan?

El estudio partió del supuesto que plantea: “*las mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto construyen verdaderos sistemas de concepciones, conocimientos y creencias de SECA basados en sus experiencias de vida, que fundamentan sus prácticas, pudiendo reconocerse semejanzas y discrepancias, así como tramas de las desigualdades en salud entre ambos grupos, identificando también el impacto de la pandemia por Covid-19 en sus construcciones socioculturales*”.

Entramado epistemológico-conceptual que sustenta el estudio

En lo que sigue, desarrollaremos el posicionamiento teórico-epistemológico que orientó el proceso y dio sustento a esta investigación. En este sentido, el estudio asumió un *enfoque relacional y multifocal* en tanto diversas perspectivas teóricas fueron amalgamándose para, paulatinamente, ir dando forma a un constructo multirreferencial que permitió comprender y abordar integralmente el fenómeno en análisis.

Achili (2005) entiende que un *enfoque* es aquel que permite orientar las prácticas de investigación y propone, desde su posición antropológica inscripta en una tradición crítica, un *enfoque relacional- dialéctico* para entender el proceso de investigación social. Enfoque que supone “un esfuerzo por relacionar distintas dimensiones de una problemática analizando los procesos que se generan en sus interdependencias y relaciones históricas contextuales” (Achili, 2005, p. 17).

Para la autora los núcleos de un *enfoque relacional* se hallan en los fundamentos teórico-epistemológicos acerca del mundo social, como por consideraciones metodológicas vinculadas a un modo relacional de construir conocimientos. Para la autora “*lo metodológico no está disociado de lo teórico*” (Achilli, 2023, p. 17) y presuponen implicancias mutuas.

Atendiendo a ello, desde nuestro estudio partimos de concebir a la *realidad social* como compleja, contradictoria, cambiante y en permanente movimiento. Es esa complejidad en

que se inscribe nuestro objeto de estudio, la que nos condujo a asumir una *lógica compleja y dialéctica de investigación* (Achili, 2005, 2023) que nos permitió considerar relaciones de distintos niveles en el fenómeno social en indagación.

En este sentido, Achili (2005, 2023) destaca la importancia de dar cuenta de la *orientación teórica* en el proceso de investigación, identificando las teorías y conceptos que la guían y cómo se relacionan en un interjuego entre lo observable y lo conceptual, donde se van construyendo diferentes niveles de categorías a partir el proceso de la interpretación.

De esta manera, en nuestro estudio los componentes conceptuales y epistemológicos del *enfoque relacional* asumido lo constituyen diversas *perspectivas teóricas* a las que recurrimos para la comprensión de las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de los procesos de SECA como objeto de estudio complejo.

Flick (2002, p. 40) entiende que las *perspectivas teóricas* “se pueden comprender como distintos modos de acceder al fenómeno en estudio”. Para el autor las perspectivas se pueden examinar teniendo en cuenta qué parte del fenómeno revelan y cuál mantienen excluida. Partiendo de esta interpretación, Flick expresa que se pueden combinar y complementar diferentes perspectivas en una investigación, fenómeno al que denomina “*triangulación de perspectivas*” (Flick, 2002, p. 40) entendiéndola como aquella que aumenta la atención hacia el fenómeno en estudio (...) reconstruyendo los puntos de vista de los participantes y analizando (...) el despliegue de las situaciones compartidas en las interacciones”.

El autor recupera los planteos de Denzin, quien distingue cuatro tipos de triangulación como estrategia de construcción de teoría. Menciona la triangulación de método, de investigador, de teoría y de datos. Siguiendo la clasificación de Denzin, Flick (2002, pp. 243-244) menciona “la *triangulación de la teoría*” supone “acercarse a los datos con múltiples perspectivas (...) varios puntos de vista teóricos (que) se pueden colocar uno al lado del otro para evaluar su utilidad y poder”, con el propósito, agrega Flick, de que ese ejercicio permita extender las posibilidades de producir conocimiento.

Atendiendo a lo planteado, nuestro estudio en clave multifocal, considera diversidad de perspectivas centradas en aspectos particulares del objeto de estudio, las que en interacción contribuyen a su comprensión.

Partimos de una perspectiva en psicología sanitaria para aproximarnos al campo de la salud comunitaria donde situamos el objeto de estudio. Dada su complejidad, establecimos diálogos entre constructos centrales de la psicología sanitaria con perspectivas en lo psicosocial y lo antropológico. Asimismo, consideramos aportes de los feminismos interseccionales y la pedagogía de Paulo Freire. Perspectivas que se resignifican en el devenir del análisis en los diferentes capítulos de este libro, convocadas a partir de diálogos con los datos empíricos y las particularidades temáticas emergentes que se abordan en cada uno de ellos, los que orientaron hacia autores y autoras referentes, así como a perspectivas afines que contribuyeron a la interpretación de realidad en estudio⁶. Ello permitió ir desentrañando la comprensión de las concepciones, los conocimientos, las creencias y las prácticas de SECA de las mujeres del Gran Río Cuarto.

Diálogo multifocal de perspectivas que fue confluyendo en lo que inicialmente precisamos como un “constructo psicosociopedagógico” que posibilitó sentidos e interpretaciones claves

6 Las perspectivas que aquí se consignan se entranan tambien a otras de las ciencias sociales que permitieron abordar temáticas como pobreza, clases sociales, desigualdades, así como a desarrollos de la psicología social y comunitaria vinculados a representaciones, concepciones, creencias y prácticas de SECA, las que oportunamente se presentan en el devenir del trabajo en torno a las temáticas que se abordan en cada capítulo.

en el estudio, y que, sobre las conclusiones, avanzando en mayores niveles de abstracción, dió paso al reconocimiento de lo que epistemológicamente se dinamizaba allí: una rama o especialidad de la psicopedagogía que llamamos psicopedagogía comunitaria. Cuestiones en las que profundizaremos en este apartado.

La perspectiva de la psicología sanitaria y la salud comunitaria como su objeto

La psicología sanitaria es una *rama de conocimiento de la psicología* desde la cual nos posicionamos en este trabajo. Ésta se origina en los primeros años de la década de 1970 en la provincia de Córdoba, Argentina. Se configura paulatinamente a partir de los cursos de Psicología Social Aplicada a la Salud Pública que se dictaron en el marco de la cátedra de Psicología Social II, de la Escuela de Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, a cargo del entonces recién concursado como profesor, el Lic. Enrique Saforcada, quien propicia simultáneamente el desarrollo del Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS) dependiente de la misma Escuela de Psicología de la UNC entre los años 1974 y 1975 (Ferullo et al. 2011; Saforcada et al. 2019; Morales Calatayud, 2018).

Centro que se estructura sobre la base de tareas de docencia, investigación y extensión universitaria en el ámbito de lo público. Saforcada (2012a) expresa que el grupo de trabajo del CIPS estuvo influenciado por diversas experiencias y enfoques de salud⁷ entre los que se destaca la impronta del psiquiatra salubrista chileno Juan Marconi⁸, quien a partir de una estancia de nueve meses en Córdoba capacitó al equipo del CIPS, representando su aporte, para Saforcada (2012a, p. 125) “muy significativo en el proceso de instauración de esta nueva rama de la Psicología Sanitaria”.

Así, “se acuña la denominación *psicología sanitaria* y se producen experiencias, sistematizaciones e investigaciones desde esta *especialidad de la psicología*” (Saforcada, et al. 2019, p. 167). Las que se interrumpen con el golpe de Estado de 1976 que significó el cierre del centro y la dispersión de sus miembros.

Académicamente, con la vuelta a la democracia en Argentina, en 1986 esta *orientación* de la psicología se reinstala desde la Cátedra I de Salud Pública/Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) a través de investigaciones y experiencias comunitarias mediante la ejecución de programas con municipios, y en 1987 al crearse la Cátedra de Psicología Sanitaria en la Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba.

Profesionalmente, la consolidación de la Psicología Sanitaria se produce en 1989 cuando el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba crea los títulos de especialista a través de un Reglamento de Especialidades que involucra, entre otros, el de Psicólogo Sanitarista. Mientras que, en la Provincia de Buenos Aires en 1995 el Colegio de Psicólogos reglamenta títulos de especialistas, entre los que figura el de Psicólogo Sanitarista.

7 Saforcada (2012b) y Ferullo et al. (2011), mencionan, entre ellos, el enfoque comunitario de la salud mental propuesto por Gerald Caplan, el libro de James Halliday (1961) “Medicina psicosocial”; los aportes de higiene mental de Adolfo Meyer, así como la experiencia del Programa del Servicio de Psicopatología del Hospital Araos Alfaro dirigido por el reconocido psiquiatra argentino Mauricio Goldenberg, quien brindó su apoyo a los desarrollos del CIPS.

8 Marconi era profesor en la Facultad de Medicina de la Regional Sur de la Universidad de Chile y Director del Programa Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago.

En cuanto a la *configuración disciplinar que le fue dando origen a la psicología sanitaria*, Saforcada reflexiona respecto de los programas de docencia que se desarrollaban en la cátedra de Psicología Social II vinculados a la psicología social aplicada a la salud pública. Expresaba:

“Dada la imposibilidad de tratar integralmente y con rigor ningún tema de *Salud Pública sin centrarse explícitamente en el factor humano [ser humano]*, en tanto objeto y sujeto del quehacer salubrista, *en todo el desarrollo de este programa estaban permanentemente presentes los emergentes teóricos y técnicos de las dos disciplinas que dan cuenta científicamente del mencionado factor: la psicología general y social, y la antropología cultural*” (Saforcada, 2012a, p. 124).

Puede advertirse el influjo inicial de la psicología social y la antropología cultural, articuladas con la salud pública en el surgimiento de la psicología sanitaria. Paulatinamente, con el devenir de su desarrollo va incorporarse, favoreciendo su ampliación y crecimiento, “la psicología comunitaria como eje teórico-técnico de la psicología sanitaria” (Saforcada, 2008, p. 73), la que va a contribuir a focalizar en la salud comunitaria como su objeto de reflexión y de acción.

Saforcada, quien va a constituirse, en el transcurso de ese tiempo a esta parte, en referente argentino y latinoamericano de esta *rama de la psicología*⁹, entiende que la psicología sanitaria surge como necesidad a partir de una magnitud creciente de problemas de salud que atraviesan las poblaciones. El autor va a expresar que se trata de *una vertiente de la psicología enfocada en la Salud Pública desde una perspectiva comunitaria* que permite atender al factor humano¹⁰ y la condición relacional que lo caracteriza, realizando abordajes en relación a los emergentes positivos del proceso de salud (ligados al desarrollo y bienestar), así como a problemas de enfermedad y daño, como realidades que expresan la naturaleza psicosociocultural de estos procesos que condicionan, directa o indirectamente, la subjetividad y el comportamiento de las personas (Saforcada, et al., 2019).

Para este autor, el punto de partida de esta psicología se sitúa en las realidades que las comunidades experimentan en términos de salud y enfermedad, desde sus saberes y semiologías legas, populares, concepciones y prácticas en salud, para realizar aportes desde un diálogo con otras perspectivas de la psicología, teorías, conceptos y tecnologías que aportan al desarrollo integral y bienestar humanos del proceso de salud.

Entre los “*cuerpos temáticos*” *que constituyen esta especialidad de la psicología*, Saforcada et al. (2019, pp. 169-170) menciona la salud pública, la epidemiología integral y psicosocial, la psicología comunitaria, la psicología ambiental, la ecología humana, la mediación comunitaria y familiar, la psicología social, la psicología de la salud, las políticas públicas, la investigación acción participativa, la investigación psicosociosanitaria, la planificación participativa, la evaluación de proyectos, el desarrollo de estrategias y técnicas de protección y promoción de la salud, entre otros.

9 Para Saforcada las especialidades o subdivisiones de la psicología, como lo es la psicología sanitaria, se constituyen en ramas de un mismo árbol con un único tronco: la psicología. El autor expresaba que la vinculación de cada rama con las demás debe ser “sistémica y sinérgica en lo que hace a su poder explicativo y (...) su accionar en el campo de aplicación” (Saforcada, 2001, p.21)

10 Saforcada et al. (2019, p. 5) entienden que factor humano hace referencia al ser humano en tanto poseedor de un componente complejo y específico inherente a lo psiconeurosociocultural como propio de esta especie que alcanza su mayor potencial de desarrollo.

Saforcada (2019a) expresa que esta especialidad habilita al profesional de la psicología a manejar un conjunto de conocimientos entrelazados que, además de dar acceso a una comprensión ecosistémica del proceso de salud, permite que se inserte en cualquiera de las instancias de la salud pública y en el trabajo con equipos de salud para aportar en cuestiones como el planeamiento y trazado de políticas, programas y proyectos de salud; actividades para su ejecución y evaluación de resultados; así como el abordaje a los múltiples procesos del funcionamiento cotidiano de los Servicios de Salud.

En lo inherente al *escenario Latinoamericano de su desarrollo*, Morales Calatayud (2018) señala que en la misma época que en Argentina emerge la psicología sanitaria de la mano de Enrique Saforcada, sin conexión alguna surge la psicología de la salud en Cuba¹¹, influida por una apertura al ejercicio de la psicología en los Centros de Atención Primaria en todo el país y la vinculación con programas de salud orientados a la promoción y la prevención, el desarrollo infantil, en trabajo con las escuelas, centros de trabajo, educación de madres y padres, la atención a problemas de niños, adolescentes y de las familias en las comunidades.

En este contexto, Morales Calatayud (2012a, p. 100) considera que la *psicología de la salud* es una *rama o campo aplicado de la psicología* que reconoce el carácter multicausado del proceso salud-enfermedad, y:

“se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Es una psicología interesada en el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud” (Morales Calatayud, 2009, p. 63).

Para el autor, el caso suramericano de la psicología sanitaria, así como el caso caribeño de la psicología de la salud, defienden un papel clave de la psicología en la “interpretación integral de la salud de las poblaciones alejándola de límites estrechos y defendiendo la integración de aportes de diferentes áreas de la psicología” (Morales Calatayud 2018, p. 92).

Vinculado con ello, y *situando a la psicología sanitaria argentina en el escenario internacional*, Saforcada (2012a, p. 122) va a decir que “la Psicología Sanitaria es un capítulo de la Psicología de la Salud”, precisando que se refiere al enfoque cubano de la psicología de la salud desarrollado por Francisco Morales Calatayud. Se advierte así, su interés por generar un enlace entre la rama de la psicología surgida a partir de los desarrollos del CIPS con la psicología de la salud desarrollada en la experiencia cubana, refiriendo a la psicología sanitaria argentina como una verdadera expresión de una psicología de la salud latinoamericana.

Saforcada (2012a, p. 126) entiende que “la psicología sanitaria lleva naturalmente a pensar en el soporte epistemológico que estructura las concepciones y prácticas de la Salud Pública”. Esta perspectiva ha permitido advertir que, la Salud Pública como campo de conocimiento y acción, ha recorrido en latinoamérica un camino cargado de experiencias y cambios. Aspectos en los que nos detendremos en lo que sigue.

11 Si bien Morales Calatayud (2012a, p. 101) señala que se ha dicho que la psicología de la salud surgió hacia 1974 en Estados Unidos en la Universidad de California donde se incluyó el término de *Health Psychology* propuesto por Stone, y que ello, junto con otros antecedentes, han pretendido conferirle a este campo un origen anglosajón; el autor destaca el contexto de inquietudes e insatisfacciones que en nuestra región Latinoamericana se expresaron en torno a la psicología tradicional, dando surgimiento a experiencias pioneras en la historia de la psicología vinculada a la salud Latinoamericana, como son los casos argentino y cubano que dan cuenta una actividad y un pensamiento de la psicología ligado a la salud pública.

Escenario latinoamericano que nos aproxima a la comprensión de la salud comunitaria

Saforcada y Moreira Alves (2015) consideran que en la realidad psicosociocultural indoafroiberoamericana¹², caracterizada por una mezcla de razas y culturas, ha dado por resultado una particular visión del proceso de la vida vinculada a una comprensión integral y ecosistémica de la naturaleza y dinámica del proceso de salud.

Consideran que ha influenciado en esto la gran sabiduría de los pueblos originarios cuyos conocimientos sobre salud son significativos y tal vez gracias a ellos se han podido construir paradigmas distintos a los imperantes en el mundo, “aún cuando se los ha tratado de exterminar o excluir” (Saforcada y Moreira Alves, 2015, p. 26).

Para Saforcada, De Lellis y Mozobancyk (2010) conviven en la región un conjunto de sociedades en las cuales se dinamiza por un lado esta comprensión integradora, holística y sistémica de la vida y la salud, junto con la incomprensión de los procesos de la vida en términos neoliberales deshumanizados, constituyéndose una brecha irreconciliable. Mientras para los primeros, la salud es primordialmente solo salud y los derechos deben encaminarse a su protección, a no enfermar y en ese caso a ser atendidos; para los segundos la salud es sólo enfermedad, siendo una “visión que abona a dinámicas lucrativas de mercado” (Saforcada y Moreira Alves, 2015, p. 27).

Adentrándose analíticamente a la *historia de las ciencias de la salud*, Saforcada (2001) advierte que ésta muestra *dos paradigmas*¹³ o posiciones en concepciones y prácticas profesionales que se estructuraron a lo largo del tiempo: *el individual-restrictivo* y *el social-expansivo*. Mientras los orígenes del primero se hallan en la medicina greco-romana de la antigüedad, el segundo comenzó a emerger en el siglo XVII, consolidándose hasta el surgimiento de los enfoques sociales *de las ciencias de la salud* entre el siglo XIX y el XX, (medicina social, epidemiología, psicología comunitaria, antropología de la salud, entre otras), resultando, la convergencia estas disciplinas y de otras, a principios del siglo XX en la *salud pública*.

Saforcada y Moreira Alves (2015) señalan que, en la salud pública, como rama de las ciencias de la salud, pueden reconocerse en su forma de concebirla y practicarla, diversas manifestaciones en consonancia con los lineamientos de los *paradigmas* recién mencionados en concepciones y prácticas profesionales: el individual-restrictivo, cuyo eje es la enfermedad, así como el social-expansivo cuyo eje en la salud positiva. En la primera lo primordial es la prevención de la enfermedad; en la segunda, la protección y promoción de la salud.

12 Las denominaciones “indoafroiberoamerica” o “indoafroiberoamericana” son tomadas por Safocada del escritor mexicano Carlos Fuentes, al tratarse de un término que busca reflejar la complejidad histórica y cultural de la región, reconociendo al mismo tiempo la influencia indígena, africana e ibérica en su formación.

13 Saforcada (2001, p. 36) piensa la idea de paradigma desde los aportes de Thomas Kuhn y Fritjof Capra. De Kuhn atiende a la idea de que paradigma refiere a “... realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”. De Fritjof Capra recupera la idea de que paradigma científico es “... una constelación de logros - conceptos valores, técnicas, etc.- compartidos por una comunidad científica y usados por ésta para definir problemas y soluciones legítimos”. Saforcada agrega que Capra generaliza la definición *de paradigma científico* a la de *paradigma social*, postulando que es “... una constelación de conceptos, valores, percepciones y prácticas compartidos por una comunidad, que conforman una particular visión de la realidad que a su vez, es la base del modo en que dicha comunidad se organiza”. Saforcada concibe que esta definición posee utilidad para observar y analizar lo que está presente en las comunidades profesionales del campo de la salud y las comunidades de población general en lo que hace a salud.

Partiendo de entender a la *salud pública* como *disciplina, función de gobierno y ámbito de práctica*, los autores señalan que, *la aplicación de la salud pública por parte de los gobiernos* de la región fue desarrollada en función de concepciones y prácticas cuya matriz, si bien tenía presente los postulados de la medicina social y la epidemiología, sostenía la preponderancia del modelo causal lineal de la enfermedad infecciosa: agente-huésped. A partir de 1970, la irrupción de los intereses del complejo industrial-profesional de la enfermedad cristalizó este paradigma de la enfermedad en la Salud Pública. Saforcada y Moreira Alves (2015, p. 28) expresan al respecto “puede afirmarse que (...) en nuestros países esta es la orientación principal del quehacer de todos los ministerios y secretarías de Salud Pública en las tres jurisdicciones gubernamentales (...) A este modo de hacer salud pública le llamamos *paradigma tradicional*”¹⁴.

Este paradigma de base positivista, sustentado en un cartesianismo mecanicista, incurre en reduccionismos biopatológicos o psicopatológicos. Es la *posición clínica restrictiva la que sustenta las concepciones y prácticas profesionales de este paradigma tradicional en salud pública*. Saforcada (2001) reconoce en esta posición un sistema conceptual mono o bi-disciplinario, cuyo objeto de saber es la enfermedad, concibiéndose al ser humano como nicho de la enfermedad. Desde esta posición el eje de significación está centrado en el profesional, sus marcos teórico-científicos y sus técnicas, siendo su postura autocrática. La verdad está en la teoría (médica o psicológica), marco inapelable que determina la acción profesional. Desde esta posición, el efector prescinde del consultante y de su contexto psicosociocultural, y se orienta sólo hacia la rehabilitación de lo dañado, esperando del consultante el cumplimiento de sus indicaciones. De Lellis y Mozobancyk (2013, p. 31) entienden que “el paradigma individual restrictivo es tributario del pensamiento biomédico”.

Ante la presencia generalizada y sostenida de este paradigma tradicional surgió en la región Latinoamericana, de las experiencias y desarrollos conceptuales, un movimiento de denuncia y crítica, así como de reforma de la salud pública, que se reconoce como el “*paradigma de la salud colectiva*” (Saforcada et al. 2010, p. 53), que planteó nuevas concepciones, perspectivas y prácticas como sustento de la salud pública. Sus propulsores no lo llaman paradigma, sino que lo denominan de diversas maneras, entre las que pueden hallarse “nueva propuesta de salud pública” (Saforcada, 2012, p. 9), así como “Salud Pública Alternativa”, como lo llama Granda (2004, citado en Saforcada et al. 2015, p. 29).

Stolkiner y Ardila Gómez (2012), por su parte, lo denominan como *corriente de la medicina social/salud colectiva latinoamericana*, y plantean que ésta ha adquirido formas institucionales diversas, siendo sustento de políticas públicas (fundamentalmente en Brasil) así como funcionando como una red informal de personas, núcleos académicos y movimientos.

Para las autoras se trata de una corriente que define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis con un encuadre teórico-metodológico colectivo orientado a la construcción de categorías sociales y críticas a los modelos positivistas y estructural-funcionalistas. La misma toma entre los años 60’ y principios de los 70’ vertientes del marxismo como fuentes en la construcción conceptual que permitieron problematizar la concepción de salud y de enfermedad inherentes a las prácticas hegemónicas, colocando en el

14 Nótese que Saforcada vuelve a recurrir a la idea de “paradigma” para referirse a las distintas expresiones que asume la salud pública en el escenario contemporáneo. Mientras que, para referirse a su taxonomía de concepciones y prácticas profesionales de salud, va empleando la denominación de posiciones (posición clínica-restrictiva y posición social-expansiva). Reservando así la denominación “paradigma” para aludir a las manifestaciones de un paradigma tradicional, un paradigma de salud colectiva y un paradigma de salud comunitaria en el campo de la salud pública.

centro el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, dinámico y procesual de la salud-enfermedad.

Castro (2024) entiende a la medicina social/salud colectiva latinoamericana como un *movimiento académico, social y político* que promovió la necesidad de contextualizar y comprender que los problemas de salud son el resultado de múltiples causas que trascienden la historia natural de la enfermedad desde análisis antifuncionalistas y materialistas históricos de la salud, tomando aportes de las ciencias sociales y de la promoción del derecho y la atención a la salud. Para este autor, entre otros aportes, esta corriente ha contribuido al desarrollo de la epidemiología crítica como de la antropología médica crítica a partir de dos de sus referentes.

Desde la *epidemiología crítica* su representante Jaime Breilh va a desarrollar el constructo de la *determinación social de los fenómenos de salud* “en tanto expresión de los procesos o modos de devenir de los hechos claves de la gran sociedad, como de aquellos que corresponden a los modos de vida específicos de los grupos (clases, etnias, géneros), y también los que forman parte del movimiento de las personas y sus familias con sus estilos de vida” (Breilh, 2003, p. 266).

Reflexionando sobre los aportes de Breilh, Slava- Castañeda (2017, p. 399) plantea que la idea de determinación social de la salud presupone la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad (y la naturaleza misma de la sociedad) pero la trasciende “al ubicar como central el asunto de la historicidad de los procesos y el modo de devenir de los fenómenos”, instaurando la reflexión epistemológica sobre las posibilidades que los sujetos tienen de conocer (y actuar en) la realidad, la cual se presenta de manera múltiple y compleja.

Desde la *antropología médica crítica* Eduardo Menéndez (1985), sustentado en la teoría de la hegemonía cultural de Antonio Gramsci, realiza la propuesta conceptual denominada modelo médico hegemónico, caracterizado como “una serie de rasgos estructurales (biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, etc.) que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad (...). Estos caracteres no sólo dominan la práctica privada de mercado, sino también a las prácticas incluidas dentro de organizaciones salubristas o de seguridad social, en la medida que las mismas están incluidas en economías de mercado que convierten a la salud, directa o indirectamente en una mercancía” (Menéndez, 1985, p. 21).

Si bien el paradigma de salud colectiva “implica un enorme avance en el campo de la salud al ser ampliamente superador del paradigma tradicional en salud pública” (Saforcada, et al. 2010, p. 54), algunos autores invitan a su interpelación en distintos sentidos, entre los cuales refieren a considerar la posición del equipo de salud, si bien valorando su carácter multidisciplinar, pensando el lugar que asume el componente comunidad en relación a él, en tanto colaboradora, partícipe o verdadera protagonista de sus decisiones sanitarias (Saforcada, et al. 2010; Saforcada y Moreira Alves, 2015, Morales Calatayud, 2012).

A mediados de la primera década del año 2000, Saforcada junto a demás autores (Morales Calatayud 2012b; Saforcada et al. 2010; Saforcada y Moreira Alves, 2015) reconocen el surgimiento silencioso de una mirada emergente en el ámbito de la salud que comienzan a denominar *paradigma de salud comunitaria*. Identifican en esta perspectiva un conjunto de concepciones y prácticas que no resultaron de iniciativas de ámbitos académicos sino de las propias comunidades, evidenciándose a los profesionales en experiencias y trabajos con las poblaciones desde una actitud de apertura hacia la co-construcción de conocimientos.

Mencionan un escenario sursituado alrededor del Río de la Plata, en el que comienza a dinamizarse una fuerte y genuina asistencia y participación de pobladores y pobladoras, formados como agentes comunitarios o promotores de salud en espacios académicos como de Congresos Multidisciplinarios en Salud Comunitaria convocados por diversas universidades públicas de la región (Paraguay, Brasil, Argentina, Uruguay).

Morales Calatayud (2012b) reconoce que se trata de un paradigma que reúne a operadores de salud barriales, activistas de movimientos sociales, promotores culturales y otras funciones sociocomunitarias que aportan desde su pensamiento y acción a la construcción social de la salud, junto con profesionales interesados en la formulación de políticas, programas y servicios, investigadores y responsables de la formación de recursos humanos referidos a la salud de las comunidades, generándose espacios de “aprendizaje mutuo” entre “personas que en su praxis han desarrollado profundos saberes sobre cómo se gesta, se expresa, se enriquece, se afecta y se recupera la salud en los ámbitos comunitarios (...)” (Morales Calatayud, 2012.p.74).

Saforcada et al. (2010) identifican en este paradigma de salud que la comunidad es el componente principal y el equipo multidisciplinario es colaborador o participante, entendiendo la participación como la acción de tomar parte en las decisiones sobre salud que asume la propia comunidad como protagonista de su tiempo histórico y de “su salud”. Desde esta perspectiva, se gestiona principalmente salud positiva, y se atiende a la enfermedad cuando se presenta como necesidad. Se sustenta en una posición social- expansiva (Saforcada, 2001) asumiendo una mirada relativista cultural que promueve el desarrollo salubrista de las comunidades.

Su eje teórico-práctico se configura a partir de una “epidemiología positiva”, lo que significa “epidemiología de la salud no de la enfermedad” (Saforcada et al., 2010, p. 56).

Este paradigma ha reunido a un grupo de personas, principalmente pobladores y pobladoras, así como profesionales del mundo académico y de diversos campos vinculados a la salud, implicados sinérgicamente con el objetivo de generar un entramado de experiencias en desarrollo, así como de indagaciones orientadas en pos del bienestar y de la salud de los pueblos, de su protagonismo y empoderamiento. Se plantea el reconocimiento de las situacionalidades en que transcurren las vidas de las personas, sus saberes populares, su cultura y sus experiencias en salud y enfermedad poniéndolas en diálogo con distintos desarrollos de las ciencias humanas, sociales y de la salud.

En este escenario, precursores de la psicología sanitaria argentina, en diálogo con referentes de la psicología de la salud cubana -ahora sursituados en la región del Río de la Plata-, junto a otras disciplinas, experiencias y saberes comunitarios, fueron comprendiendo las limitaciones del paradigma de salud pública tradicional. Simultáneamente fueron reconociendo el surgimiento del *paradigma de salud comunitaria*, contribuyendo a lo largo de los años a su desarrollo empírico y conceptual (Castellá Sarriera, Vaz de Macedo y Coin de Carvalho 2020; Isla y Muñoz Rodríguez, 2022, Juárez, 2015; Morales Calatayud, 2016, 2018, 2023; Saforcada et al. 2010; Saforcada y Sarriera Castellá, 2019; Saforcada, 2010; 2011; Saforcada, Castella Sarriera y Alfaro, 2015; entre otros y otras).

Saforcada (2012a, p. 129) lo expresa con claridad:

“Para nosotros, en Argentina, el surgimiento de esta *forma de pensar en salud* tuvo su origen en ese Centro de Investigaciones en Psicología Social de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba hace exactamente cuarenta y tres años, luego se fue entramando con otros *arcos convergentes de evolución del pensamiento psicosalubrista* en la región de lo que hoy constituye el Mercosur. Tal

vez, el trabajo con las comunidades de nuestros países ha dotado a nuestra *psicología regional* del fermento necesario para *aportar a este paradigma de Salud Comunitaria* que es más eficaz, más integral y más humano”.

En este sentido, Saforcada reflexiona que, la psicología ejercida como profesión desde la especialidad sanitaria “ha salido a trabajar con las comunidades manteniendo sus estructuras cognitivas con mayor grado de apertura y flexibilidad como para reconocer las cualidades intrínsecas del proceso de la vida y también ha abierto sus oídos para escuchar los saberes populares” (Saforcada et al. 2010, p. 55).

Para los autores, en este escenario de dinamización del paradigma en salud comunitaria cabe a la psicología aportar cooperativamente con las poblaciones a fin de incrementar su fortalecimiento, trabajando mancomunadamente con profesionales de otras ciencias sociales:

“particularmente con quienes provienen de la pedagogía para colaborar con los pobladores en la coconstrucción de mayores conocimientos en salud. También (...) empeñar esfuerzos para que nuestros colegas médicos logren procesos exitosos de inmersión en las comunidades (...) de modo que ellos también puedan participar en los procesos de coconstrucción de la salud comunitaria” [Se añaden las cursivas] (Saforcada et al., 2010, p. 56).

Llamado del que se hace eco este trabajo.

La salud comunitaria como campo de conocimiento y de acción

Interesa aquí indagar en torno a la salud comunitaria como campo de conocimiento, pero también de acción, considerándola eje de reflexión central de la psicología sanitaria, así como objeto de este estudio, desde dónde situamos a las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA.

Pereyra Lanterna y Morales Calatayud (2022) expresan que la *salud comunitaria como área o campo de conocimiento* da cuenta de un concepto polisémico que exige la necesidad de llegar a una mejor comprensión de su integración dado que no pertenece a una disciplina en particular, sino que, por el contrario, se ha ido construyendo con el aporte de diversas disciplinas. Configura un “*espacio en el que se desarrollan una multiplicidad de ellas*, propicio para el desenvolvimiento en la inter y la transdisciplina” (Pereyra Lanterna y Morales Calatayud, 2022, p. 90).

Saforcada et al. (2015, p. 10) señalan que la denominación salud comunitaria representa:

“pluralidad de significados dado que indica tanto un *escenario de trabajo* como una *orientación de las prácticas profesionales* propia de las ciencias de la salud y, más recientemente, también un *paradigma de salud pública* en cuanto área disciplinar, instancia gubernamental de gestión y *campo de prácticas e investigación* con relación a la salud de los conglomerados humanos” [se añaden cursivas].

De Lellis (2015) advierte la interdisciplinariedad de la *salud comunitaria como campo de conocimiento*, su intersectorialidad *como campo de trabajo*, y vuelve sobre la importancia de la participación de la comunidad. Analiza que el trabajo con las comunidades amerita una estrategia de lo inter (entre), de lo complejo, de las redes, de lo colectivo y lo comunitario

como una forma de abordar el poder. Para el autor, la problematización de los supuestos teóricos y métodos que aportan las *diversas corrientes disciplinares y especialidades* que concurren al *campo de aplicación de la salud comunitaria*, junto con la integración del conocimiento de las comunidades, agregaría mayor complejidad a este campo.

De Lellis (2015, pp. 104-105) y Saforcada (2012a, p. 126) van a referirse a “*perspectiva de la salud comunitaria*”, entendiendo que se trata de una nueva perspectiva dentro de la Salud Pública. En ese escenario, De Lellis (2015, pp. 104-105) considera la importancia crítica que tienen *aportes específicos de la psicología integrada a la perspectiva de la salud comunitaria*. Integración que considera debe darse en el plano de lo interdisciplinar e intersectorial, favoreciendo el despliegue de contribuciones teóricas y técnicas.

Para Pereyra Lanterna y Morales Calatayud (2022) la salud comunitaria puede ser entendida desde dimensiones ontológica, epistemológica-gnoseológica y política, lo que significa:

- *Entenderla como paradigma o modelo de salud pública*, proporciona enfoques y marcos de análisis que permiten interpretar los problemas de salud de las poblaciones destacando a las comunidades como escenarios prioritarios para la acción favoreciendo la construcción de modelos de salud.
- *Entenderla como campo de conocimiento* en el cual convergen los aportes de diferentes disciplinas científicas contemporáneas con sentido multi e interdisciplinario, siendo propicio al desarrollo de transdisciplina, así como a incorporar el saber popular.
- *Entenderla como movimiento salubrista, inclusivo y participativo* con potencial para impactar en la cultura y la vida cotidiana, el ambiente, las políticas públicas, las instituciones en sentido general, los sistemas y servicios de salud, así como en la formación de profesionales, la ciencia y la innovación, propiciando espacios de análisis, discusión y difusión de conocimientos y experiencias.

Los autores insisten en que el gran desafío es trascender la multidisciplinariedad que impregna en la salud comunitaria, expresan:

“desde el punto de vista académico *la salud comunitaria plantea un desafío para el desarrollo del nuevo conocimiento*, en el entendido de que ninguna de las disciplinas por sí misma puede dar cuenta del campo de un enfoque que incluya al eje salud-enfermedad como un todo (...) *sin diálogo interdisciplinar (...) siempre tenderá a dar respuesta al problema de forma simplificada y por lo tanto, limitada a una perspectiva*” [se añaden cursivas] (Pereyra Lanterna y Morales Calatayud, 2022, p.100).

Recapitulando, lo planteado en este apartado no agota la diversidad de perspectivas Latinoamericanas en salud, sino que intenta dar cuenta de *diferentes enfoques, movimientos y paradigmas* que se dinamizan en esta región para pensar y comprender críticamente los *procesos de salud* de nuestras poblaciones. Este trabajo invita a pensar en el acumulado de disciplinas y saberes legos susceptibles de entramarse, en un escenario de altísima complejidad social, política y económica, que exhorta a apuestas dialógicas en pos de la defensa del derecho a una salud integral de nuestros pueblos.

Puntualmente este trabajo toma a la psicología sanitaria como perspectiva que, si bien transversaliza esta investigación, permitió situar desde los inicios a la temática de estudio en

el campo de la salud pública comunitaria. Se consideró así epistemológicamente a la salud comunitaria como su objeto de reflexión, pero sabiendo, tal como se ha consignado, que al mismo tiempo la salud comunitaria se configura en sí misma como toda una perspectiva multidisciplinar por la convergencia de disciplinas y saberes que la constituyen, dando cuenta de un campo de conocimiento y acción.

Ello ha motivado que, en nuestro trabajo se aborde la salud pública comunitaria principalmente desde la psicología sanitaria desarrollada por Enrique Saforcada, poniéndola en diálogo con otras perspectivas Latinoamericanas, buscando atender a la complejidad de su objeto de estudio. Consideraciones que nos permiten así, situar y dar fundamento a las construcciones emergentes de este estudio.

Diálogos entre las perspectivas psicológica sanitaria, antropológica y psicosocial

Nos interesa aproximarnos aquí a categorías de la psicología sanitaria que se constituyen en sustentos de nuestro estudio, las que ponemos en diálogo con aportes conceptuales de perspectivas antropológicas y psicosociales contemporáneas, sobre las que volveremos en el desarrollo del análisis de este libro.

Si bien, ya hemos adelantado que, desde la psicología sanitaria la *salud* se concibe en tanto proceso de la vida humana esencialmente social e integral (Saforcada y Moreira Alves, 2015), interesa precisar que, para Saforcada (2022) la vida de las personas es un proceso y, como tal, el proceso de la vida es ecosistémico, de él surge el estado de bienestar o malestar, el estado de salud o el estado de enfermedad, en el momento de que se trate o se tome en cuenta.

Junto con otros autores entienden que: “la salud es un emergente de las condiciones de vida de las sociedades, de la calidad de vida de cada vecindario, de cada familia y de cada uno de sus integrantes” (Saforcada et al. 2019, p.5). Expresan:

“la salud es un proceso ecosistémico extremadamente complejo del cual depende el desempeño de las personas (entidades bio-psico-espíritu-socio-ambientales) en el vivir cotidiano con un relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada) debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes (entidades psicosocioculturales, bio-físico-químicas, y económico-políticas) comprendiendo que todos esos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida” (Saforcada, et al., 2019, pp. 233- 234)¹⁵.

Saforcada conceptualiza que salud comunitaria “es lo que emerge como estado de salud o estado de enfermedad o estado de malestar o estado de trastorno implicando intersubjetividad, interrelación, interdependencia, interdeterminación, interactividad, entre algunas otras manifestaciones connaturales de los vínculos y de la interacción humana” (Saforcada, 2022, p. 62-63).

Junto con demás autores, entiende que, *lo comunitario en la salud* remite a “conocer a fondo” las concepciones y prácticas de salud de las poblaciones como campo clave de la “investi-

15 Saforcada et al. (2019) informan que esta definición ha sido elaborada por la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

gación psicosociosalubrista y epidemiológica psicosocial” (Saforcada et al. 2010, pp. 40-41). Entienden que estudios con estas características posibilitan que profesionales y técnicos, de la salud en general y de la medicina en particular, conozcan y valoren los conocimientos legos y populares de salud, considerando que son los que determinan el funcionamiento de los sistemas de servicios de salud y que se vinculan a la eficacia y eficiencia de las prácticas efectoras.

En consonancia con estos planteos, desde una psicología crítica Latinoamericana que toma como eje de sus reflexiones a la salud, otros autores realizan interesantes aportes.

Al respecto, Morales Calatayud (2018, p. 85) considera que “el campo de la salud es una expresión de la vida misma atravesado por las leyes que rigen la dialéctica de la naturaleza y de la sociedad, a la vez que involucra fenómenos y procesos diversos pero interdependientes en diferentes niveles”, consideración que torna necesario, de acuerdo al autor, atender a dimensiones del proceso de la salud-enfermedad, como las vinculadas a los conocimientos, las políticas públicas y la atención, el acceso a los derechos, los recursos humanos y la participación ciudadana. El autor define a la salud comunitaria como:

“un proceso de producción, mantenimiento, fortalecimiento, enriquecimiento, recuperación y gestión de la salud y la totalidad de sus determinantes, en sus múltiples contextos y expresiones, prestando particular atención al papel de las comunidades como gestoras y a sus miembros como decisores y actores protagónicos de ese proceso” (Morales Calatayud, 2015, p. 46).

Por su parte, De Lima Góis (2008, p. 100) entiende que:

“La salud comunitaria es un *concepto positivo y colectivo*, ya que considera, como punto de partida, el potencial vital y la experiencia acumulada presente en cada residente (...) porque considera al individuo como sujeto de la realidad, un ciudadano capaz de aprender a cuidar (...) su propia salud, la salud de los demás y la naturaleza (...) La salud comunitaria, por tanto (...) *busca responder a la multidimensionalidad de la salud* en sus componentes ecológicos, sociales, orgánicos y psicológicos que afectan a las personas en su lugar de residencia y convivencia: la comunidad. *La salud comunitaria es una concepción de la salud y un conjunto de actividades* destinadas a facilitar/favorecer procesos más relacionados con la salud que con la enfermedad, más con la prevención y la promoción que con la enfermedad. Se propone como una alternativa crítica a los servicios tradicionales e involucra todas las actividades realizadas en y con la comunidad” [se añaden cursivas].

Volviendo a Saforcada, el autor analiza el modelo explicativo del proceso de salud-enfermedad del especialista en salud pública canadiense Hubert Laframboise en 1973 desde el concepto de “campo de salud”, reflexionando sobre los componentes biológico, ambiente, estilos de vida y sistema de salud que lo constituyen. Señala a partir de ello que, la investigación científica y las prácticas profesionales muestran que los factores con mayor poder de determinación en el proceso de salud-enfermedad son de naturaleza psicosociocultural “fundamentalmente vinculados a las formas de vida y ambiente humano, (los que) (...) contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones” (Saforcada, 2001, p. 56).

En este escenario, destaca acciones en “salud positiva” (Saforcada et al., 2010, p. 95) como aquella que se orienta a aportar a los procesos que logran que las personas que están sanas sigan manteniéndose en tal condición. Se trata de un enfoque que se sustenta en una posición social-expansiva basada en los derechos humanos desde la intencionalidad de mantener y me-

jorar las condiciones de buena salud de las poblaciones, incidiendo en el bienestar y desarrollo salubrista de ellas. De acuerdo a los autores, este enfoque parte del empoderamiento¹⁶ y puesta en acción de los recursos de la comunidad en armonía con un uso eficaz de los dispositivos de salud que dispone el Estado.

Desde la psicología sanitaria, Saforcada (2001) reconoce la *naturaleza psicosocial y antropológica* que supone la tarea de la protección y promoción de la salud. El autor considera que se trata de tareas que deben centrar su atención en las formaciones culturales, los sistemas valorativo-actitudinales, los sistemas de significación, las concepciones y representaciones sociales, las percepciones, los saberes y conocimientos, las creencias, los comportamientos, los comportamientos ecoambientales, los sistemas valorativo-actitudinales, la autoestima, lo afectivo-emocional, los sistemas de atribución, los procesos de socialización, la formación y modificación de hábitos, los estilos de vida, el desarrollo de destrezas para la vida, lo inherente a la subjetividad e intersubjetividad, entre otros (Saforcada, 2001; Saforcada et al. 2010).

Desde la antropología médica y sociocultural, Alarcón, Vidal y Rozas (2003, p.1062), nos aportan para pensar el concepto de cultura. La definen como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. Plantean que en el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la “ideacional o cognitiva, entendida como aquella que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje”, lo que los autores llaman “el mundo de la conceptualización o de lo abstracto”; y una “dimensión material”, que corresponde a “cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas”.

Para Alarcón, et al. (2003, p.1063) los grupos humanos construyen “sistemas médicos” que consisten en “conjuntos más o menos organizados, coherentes y estratificados de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva” que responden a necesidades específicas y dependen del modelo sociocultural en que se llevan a cabo, consistiendo en construcciones culturales que se constituyen por una dimensión conceptual y otra conductual. Para los autores, como toda construcción humana los componentes cognitivos y materiales de estos sistemas médicos se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y problemas.

Nos interesan los diálogos entre la psicología sanitaria y la antropología médica y sociocultural por los aportes que realizan para avanzar en una comprensión integral de los procesos de salud. Advertimos que se trata de perspectivas teóricas que coinciden en que los grupos humanos construyen verdaderos sistemas culturales vinculados a sus procesos de SECA que responden a contextos y realidades sociales específicas, y que requieren considerar lo subjetivo, lo emocional, lo simbólico, lo conductual y social para una comprensión profunda. Sistemas que estructuran tanto las formas de pensar como las de actuar frente a la salud y la enfermedad, así como en relación a cuidados y atención.

Atendiendo a ello, la antropología nos ofrece la posibilidad de pensar en estas cuestiones desde las mencionadas dimensiones de la cultura, la “ideacional o cognitiva” y la “material”, entendiéndolas como dos grandes ejes de análisis a considerar con los grupos de mujeres

16 Para Saforcada empoderamiento refiere a generar las condiciones necesarias para que las personas de una comunidad construyan su poder (participación – reflexión – concienciación – acción) implicando un proceso en el cual los profesionales trabajan compartiendo sus conocimientos en diálogo con los de las comunidades, construyendo las instancias que permitan coadyuvar a que las mismas generen y construyan conocimiento como fuentes de su propio poder individual y colectivo (Saforcada 2013, citado en Macchiarola y Juárez, 2014, p. 255).

de este estudio. Respecto a la dimensión “ideacional o cognitiva” nos interesa indagar en el mundo simbólico de las mujeres, sus ideas, pensamientos, concepciones, conocimientos y creencias sobre SECA, aquellas conceptualizaciones o abstracciones que han construido respecto de estos procesos. En lo referido a la dimensión material, nos interesa identificar cómo aquello simbólico se expresa en sus acciones, prácticas, comportamientos, que ellas llevan a cabo en relación a sus procesos de SECA.

Volviendo a las categorías de la psicología sanitaria vinculadas a nuestro trabajo, una de ellas es la de *estilos de vida*, definida por Saforcada (2001, p. 60) como “aquellos que refieren a los comportamientos que configuran los particulares y diferenciados estilos de vivir de la gente -el uso del tiempo de ocio; los hábitos de interrelación humana en los entornos sociales; los hábitos alimenticios y de uso y abuso de sustancias”.

Saforcada, et al. (2010, p. 188) precisan que con *estilos de vida* se refieren a: a) patrones de comportamiento complejos, coherentes y estables a lo largo del tiempo, que tienen un impacto sobre la salud (tanto como factores de riesgo como protectores); b) tienen una dimensión individual, en tanto conductas dotadas de significado personal, desarrolladas por sujetos singulares, a la vez que una dimensión colectiva, lo que explica que miembros de grupos específicos lleven estilos de vida similares; c) emergen como producto de la interacción con los contextos sociales de pertenencia (familia, grupos, instituciones, redes sociales, comunidad); d) conllevan tramas representacionales personales y sociales (significados, creencias, actitudes, valores, ideologías, sistemas de significación de la realidad, sistemas de atribución, procesos de socialización y de influencia social, etc. siendo variables de naturaleza psicosociocultural) que median en los comportamientos en cuestión; e) están determinados por las condiciones materiales y sociales de vida de los distintos grupos; f) todos los aspectos antes mencionados están intensamente modelados por factores macrosociales, culturales, económicos y políticos.

En lo inherente a las *concepciones y conocimientos de salud*, a lo largo de los años Saforcada fue realizando estudios y reflexiones en los que ha desarrollado aportes conceptuales que abonan a la comprensión de lo que él llamó el “*contexto de las concepciones y prácticas legas en salud de la sociedad*” (Saforcada, 2021a; 2021b). Para el autor, toda sociedad, con relación al proceso de salud, posee dos vertientes de construcción, puesta en práctica y difusión de saberes vinculados a la recuperación de la salud perdida, la protección y promoción de la misma. Una es la que deviene de las ciencias de la salud y que da origen a las profesiones de este campo. La otra, implica los saberes y prácticas populares. Así como la medicina posee su semiología y clínica basadas en conocimientos científicos y empíricos, la población cuenta siempre con una semiología y clínica legas (Saforcada, 2001).

Por otro lado, el autor considera *los conocimientos* que se dinamizan en contextos de salud desde su definición de “Sistema Total de Salud” (STS) la cual refiere a todo lo que la sociedad genera y pone en práctica en relación con los emergentes –positivos o negativos- del proceso de salud-enfermedad. Dentro del mismo identifica un “Sistema Oficial de Salud” (SOS) y un “Sistema Popular de Salud” (SPS) (Saforcada, 2001, p. 24). Para el autor el SPS activa (a través de la demanda de la población, vinculada a sus propias visualizaciones, concepciones, prácticas, creencias y saberes legos que ella tiene de sus enfermedades) al SOS (integrado por instituciones de salud, profesionales y técnicos).

Dentro de este STS Saforcada (2001, p. 26) identifica un componente formal (efectores) y un componente informal de la salud (población). Intentando comprender todo lo que involucra el contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad. Nos interesa aquí detenernos en torno al *componente informal* de la salud, constituido por la población en general, identificando en ella los subcomponentes de: los saberes en salud, los efectores populares, los referentes válidos en salud, así como el de las estructuras psicosocioculturales.

El *subcomponente de los efectores populares de salud*, está integrado por todas las personas que de modo reconocido por la población legítima llevan adelante acciones de salud -protectivas, preventivas y/o curativas.

El *subcomponente de los saberes en salud*, en el cual el autor reconoce tres vertientes, la que involucra el *saber de la población en general*, que posee un *saber lego en salud* que pone en práctica cotidianamente, y se manifiesta en el hecho que la gente maneja una semiología y clínica legas que modelan las percepciones que tienen de sus estados de salud y regulan los comportamientos que desarrollan frente a esos estados, siendo este saber del Componente Informal el que hace entrar en acción al Componente Formal del Sistema de Salud.

Otra de las vertientes de este subcomponente es el *saber portado por aquellas personas* - sanadores populares o curanderos- *que, sin estar habilitadas legalmente para hacerlo*, dan *prestaciones en salud* a la población. Y finalmente la vertiente que involucra saberes sistematizados y amplios en salud, tales como las medicinas tradicionales o ciertos componentes de algunas de ellas, como acupuntura, herboristería, entre otras.

El *subcomponente de los referentes válidos en salud*, constituido por las personas a quienes los miembros legos de la población les solicitan información, o de quienes la reciben sin pedirla, que incide en sus comportamientos de salud. En estos informantes se incluye tanto a los legalizados (los efectores del Componente Formal) como a los no legalizados pero que, en la práctica, son reconocidos por la población.

El *subcomponente de las estructuras psicosocioculturales*, refiere a cuestiones que hemos analizado más arriba en torno a la idea del autor sobre la naturaleza psicosocial y cultural de los procesos de inherentes a la salud. Este subcomponente en las poblaciones implica los contenidos de las variables psicosocioculturales - representaciones sociales, sistemas de significación, sistemas valorativo-actitudinales, sistemas de atribución, imágenes, prejuicios (todos ellos auto y aloreferentes), pautas culturales, estilos de desempeño de roles, estrategias de sostenimiento y acrecentamiento de la autoestima, etc.- que configuran los espacios de la subjetividad de la totalidad de quienes integran el componente informal (Saforcada, 2001, pp. 30-31).

Reconocemos como, tanto en lo relativo a los procesos de construcción de saberes de salud como en lo inherente a las estructuras psicosocioculturales se pone en juego la subjetividad de las personas. Para Saforcada (2001, p. 112) con “subjetividad se está haciendo referencia a los modos de pensar o de sentir, a las preferencias de la gente; sean éstos los profesionales, los técnicos o los legos que integran las instituciones o unidades efectoras de salud. Esta subjetividad depende de las representaciones sociales, de los sistemas de atribución y de todos los otros componentes mencionados”.

Para Saforcada (2001) el cuerpo conceptual psicosociocultural propio de la psicología sanitaria lleva a reflexionar sobre las cuestiones que tienen que ver con la estructura y dinámica del campo de la salud, así como lo inherente a aquello que se activa propio de la naturaleza subjetiva e intersubjetiva de las personas. Respecto de ello, el autor se focaliza en las concepciones, los saberes y las prácticas puestas en juego en ese espacio intersubjetivo del campo de la salud. En él, “los factores psicosociales expresan la naturaleza subjetiva y relacional del ser humano, que se manifiestan en el tejido social y en el marco de las dinámicas interaccionales que se realizan” (Saforcada, et al. 2019, p. 172).

Por su parte, la psicóloga cordobesa Andrea Bonvilliani (2023, p. 7) nos aporta para pensar lo psicosocial en la salud. La autora propone un enfoque psicosocial para comprender “a las subjetividades en el marco de procesos sociales que las producen e inscriben en un orden so-

cio-histórico determinado”. A partir de los cuales las subjetividades se expresan en biografías personales y despliegan su capacidad generadora de sentidos.

Para Bonvilliani (2023, p. 11) las posiciones que los sujetos ocupan diferencialmente dentro de la estructura social, no determinan su subjetividad, es decir, las subjetividades no son una simple reproducción mecánica de las condiciones socio-históricas en las cuales se producen. Entiende que, en el marco de las regularidades de la posición social ocupada, emergen de manera imprevisible diferencias singulares dadas por los itinerarios biográficos propios y concretos de las personas.

La autora plantea que, atender a las historias personales permite considerar el marco experiencial en el que se despliega la subjetivación, en este escenario el origen social no es un destino irrefutable, sino que las vidas de las personas se encuentran atravesadas por vicisitudes y contingencias, por eventos inesperados, por dislocamientos y rupturas. Así, la comprensión psicosocial de las subjetividades parte de una concepción de sujeto activo, capaz de ejercer la reflexividad sobre sus propios cursos de acción, sobre su sentido de su estar en el mundo y de actuar en él. “Considerar dichas condiciones en el marco de trayectorias biográficas particulares, permite reconocer múltiples variantes históricas, sociales y culturales que le dan forma a las experiencias que las personas tienen en el curso su derrotero vital” (Bonvilliani, 2023, p. 9).

La riqueza de esta perspectiva psicosocial permite atender a las subjetividades en un carácter intersubjetivo, en tanto su soporte son también los múltiples vínculos con la alteridad a lo largo de los recorridos de vida, los vínculos que el sujeto va experimentando en grupos, en las comunidades y en las organizaciones. En este sentido, para Bonvilliani (2023, p. 11) “la dimensión de la experiencia, en tanto se presenta como un operador epistémico (...) permite analizar los modos como las estructuras sociales, culturales e históricas, así como los vínculos y relaciones intersubjetivas (...) se entrelazan en las trayectorias biográficas, configuran(do) subjetividades”.

Atendiendo a lo planteado, tanto la perspectiva de Saforcada (2001) como la de Bonvilliani (2023) nos aportan a una comprensión crítica y compleja de lo psicosocial de la subjetividad, desde la idea que lo subjetivo es inescindible de lo social, que no es ni puramente individual ni completamente determinado por lo social, sino que se trata de un fenómeno relacional, que permite reconocer cómo, en el caso que nos ocupa, se imbrican salud y subjetividad.

En este sentido, los autores nos invitan a considerar aquellos modos de pensar, conocer, creer y actuar de las mujeres del estudio, en tanto constituyen el tejido simbólico de sus propias biografías sobre SECA que expresan una dimensión subjetiva de las mujeres en interjuego permanente con lo intersubjetivo, en tanto espacio donde se construyen y circulan esas concepciones, conocimientos, creencias y prácticas.

Pensamos así la subjetividad inscripta en marcos sociohistóricos en los que las propias trayectorias sociosanitarias de las mujeres van recorriendo diversidad de realidades, con contingencias, posibilidades, rupturas, obstáculos y alternativas. De esta manera, la subjetividad en salud se expresa como una construcción situada, intersubjetiva y psicosocial, al tiempo que una experiencia biográfica singular, que nos permite pensar a las mujeres desde un lugar activo, capaces de promover una agencia desde la cual resignifican sus posiciones y sentidos para actuar y transformar sus propias realidades en salud.

La perspectiva de los feminismos interseccionales

Si bien el estudio se inició centrado en la realidad en salud de mujeres en situación de pobreza, su conocimiento despertó el interés por las desigualdades y la indagación en torno a cómo experimenta sus vivencias de salud y enfermedad otro grupo social. Con el advenimiento de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 se resolvió, a partir de ello, la incorporación al estudio de mujeres en situación de clase media. Atendiendo a ello, fuimos adoptando inicialmente una mirada de clases sociales para comprender las manifestaciones de la desigualdad en las vivencias de salud de las mujeres del Gran Río Cuarto.

Morales Calatayud (2016, p. 32) entiende que se vive la salud “en circunstancias sociales concretas, insertos en un modo de producción dentro del cual ocupamos una posición determinada”. Vinculado con ello, Sautu et al. (2020) consideran que las *clases sociales* se expresan en colectivos poblacionales que se diferencian sobre la base del control o exclusión de recursos económicos en el marco de las sociedades contemporáneas capitalistas, donde la diferenciación entre las personas se da según su localización en la estructura económica.

Sautu et al. (2020, p. 22) expresan “el enfoque de clases sociales se constituye en una plataforma estructural sobre la que se cimientan experiencias comunes, formas de sociabilidad, estilos de vida y dinámicas de acción colectiva”. Entienden que da cuenta de desiguales oportunidades en la existencia de sus miembros, conformando opciones y limitaciones que condicionan las orientaciones psicosociales y la acción colectiva de las personas.

Desde el estudio, esta mirada, sobre la que ampliaremos en la primera parte del libro, permitió contemplar las trayectorias sociosanitarias de las mujeres ligadas a sus posibilidades de accesos al sistema de salud, vivencias, creencias, conocimientos y prácticas de detección, atención, diagnóstico y tratamientos de procesos de SECA inherentes a ellas, sus familias y comunidades. Cuestiones que nos permitieron indagar en las tramas que van configurando las desigualdades en salud.

El haber ido analizando el protagonismo de las mujeres en cuestiones de salud, junto con la adopción de una mirada de clases sociales para la comprensión de las desigualdades, nos aproximó a los aportes de la *interseccionalidad*, posibilitando lecturas en perspectiva de género, clases sociales y feminismos. Para ello, diversos espacios de formación realizados en torno a estos enfoques nos aportaron a enriquecer nuestra comprensión del fenómeno en estudio.

La perspectiva interseccional surge dentro de los feminismos y se configura actualmente como una herramienta teórica y política que se toma y se recrea en diversidad de sus desarrollos contemporáneos, permitiendo pensarla en plural “feminismos interseccionales”.

Acuñado a fines de 1980 por Kimberlé Crenshaw, referente del feminismo negro en Estados Unidos, el concepto de interseccionalidad visibilizó la incapacidad de lecturas unidimensionales de los problemas sociales, invitando a considerar las intersecciones entre categorías y dimensiones de análisis que atiendan a la imbricación de las desigualdades atendiendo a la pregunta ¿cómo atender a varias dimensiones a la vez? ¿Cómo atender a aquello que una relación de poder nos pone delante? (Crenshaw, 1994).

Por su parte, la socióloga feminista Kathy Davis (2008, p. 70), estudiosa de la interseccionalidad, la propone como estrategia para la comprensión de la interconexión de todas las formas de subordinación, desde el interrogante por lo no evidente, la construcción de la “otra pregunta” el “¿cómo hacer emerger el fenómeno en todas sus dimensiones?”

Para pensar la interseccionalidad en el campo de la salud, tomamos la mirada de la antropóloga feminista argentina Laura Belli (2024a) quien concibe a la interseccionalidad como

una *perspectiva teórico-metodológica* orientada a la aprehensión de la complejidad, poniendo el foco en cómo el género se entrecruza con otros determinantes sociales, como clase o etnia, que impactan en el acceso y la atención en salud, siendo necesario su análisis en sintonía con otros rasgos que constituyen las identidades sociales y sus relaciones con las desigualdades.

Otra autora, que contribuye a pensar la perspectiva interseccional, sobre la que también volveremos en el devenir de los análisis de este trabajo, es Jelin (2020b, p.159) quien plantea que, en el análisis social contemporáneo, la noción de “interseccionalidad”, derivada de las perspectivas feministas, permite abordar el aspecto multidimensional de las desigualdades y las categorizaciones sociales. Para la autora esta noción alude al hecho de que el género, la etnia y la clase operan de manera simultánea en el proceso de generar y manifestar las desigualdades.

Recuperar estos aportes nos convoca a trascender una sola pregunta o una única dimensión en el estudio de la salud comunitaria, para habitar “otras preguntas” que pongan en intersección dimensiones que complejizan la mirada del objeto de estudio, en las que cada una se hace constitutiva de las otras.

Las aproximaciones a la interseccionalidad fueron enriqueciendo el estudio desde interpelaciones potentes que fueron permitiendo ganar en profundidad analítica del fenómeno a partir de los relatos de las mujeres. Preguntas que traccionaron nuestras reflexiones expresaron: ¿cómo avanzar a una lectura que cruce las distintas dimensiones del fenómeno? ¿cómo se expresa el tema de estudio desde las condiciones y realidades de clase social y género? ¿*“entre quienes” se manifiestan las desigualdades en salud cuando hablamos de mujeres de distintos grupos sociales?* ¿cómo se articulan género y clase en la vivencia subjetiva de las trayectorias sociosanitarias de las mujeres? ¿qué expresan en términos de *semejanzas y diferencias ambos grupos sociales?* -en otras palabras- ¿*“qué dicen y hacen” desde sus vivencias en salud mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media?*

En sintonía con ello, los aportes de los feminismos, expresados en movimientos sociales, corrientes académicas, así como desde las propias mujeres en sus luchas, han permitido pensar sus lugares y quehaceres en la atención de la salud, respecto del autocuidado personal, y el cuidado hacia sus familias y comunidades. Cuestiones en las que nos detenemos con profundidad en los capítulos que conforman la cuarta parte de libro, referida a las prácticas de SECA.

A los fines de comenzar a situar e introducir aquí en torno a estas consideraciones, Isla, Muñoz Rodríguez y Quijano (2022, p.142) reflexionan sobre la necesidad de integrar saberes de los feminismos al campo de la salud comunitaria en tanto “modos de pensar y hacer situados, que aproximan a la politización e interpelación de las condiciones de vida y de opresión de las mujeres y diversidades”, permitiendo revisar procesos de salud existentes, cuestionar prácticas de salud, como así también generar nuevos interrogantes.

Las autoras, proponen que una ecología de saberes feminista podría nutrir la perspectiva en salud comunitaria, interesada tradicionalmente por la realidad de los colectivos subalternizados, entre los cuales la problematización de las condiciones vida y experiencias de las mujeres, desde sus múltiples formas de ser y estar, resulta central.

Para las autoras los feminismos del sur ofrecen claves epistémicas que orientan formas de comprensión o producción de conocimiento respecto de nociones como experiencia, espiritualidad, afectividad, comunalidad, cuerpo-territorio, acuerpamiento, acompañamiento, sostenibilidad de la vida, ética y políticas de cuidados, sororidad, categorías indispensables para el enriquecimiento de la salud comunitaria. Nociones que aportan a la salud una cos-

movisión integral, sentidos colectivos sobre el cuidado basadas en la solidaridad, puesta en valor de voces subalternizadas, y “saberes contruidos al calor de la propia experiencia como respuesta situada y contextualizada a las problemáticas relevantes para las comunidades” (Isla et al. 2022, p. 147).

Entendemos que la perspectiva que ofrecen los feminismos interseccionales contribuye a ricas construcciones de sentido acerca de las trayectorias, los procesos y las prácticas de salud de las mujeres, entendiendo que no existe una única experiencia femenina, sino que las formas en que se entrelazan y articulan el género, la clase social, la edad, el territorio, las condiciones de etnicidad, raza, orientación sexual, entre otras, producen experiencias específicas, en este caso, ligadas a las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA.

La perspectiva pedagógica freireana

La perspectiva pedagógica freireana resulta otro de los sustentos de este estudio al promover la comprensión de los procesos de construcción de conocimientos y aprendizajes que las mujeres realizan en torno a SECA en sus contextos familiares y comunitarios.

Conocido como pedagogo brasileño, Paulo Freire (1921-1997) representa uno de los mayores exponentes de la pedagogía crítica, reflexiva y dialógica en América Latina, cuyo impacto se da también a nivel internacional, como corolario de su largo exilio de 16 años que favoreció la propagación de su pensamiento por países de diferentes regiones de América, de Europa y África. Su obra, que transita casi completamente la segunda mitad del siglo XX, involucrando diferentes etapas que abordan problemáticas educativas enlazadas a su contexto, representa aportes claves en la expansión del pensamiento pedagógico crítico latinoamericano, resultando esenciales en los tiempos que transitamos.

Al respecto, el educador e investigador cordobés Enrique Bambozzi (2012, 2026) destaca la potencialidad explicativa y transformadora del pensamiento freireano en la conformación de una pedagogía latinoamericana como campo pedagógico que toma como su objeto de reflexión a las prácticas educativas humanizadoras, así como a aquellas que, bajo el nombre de educativas, reproducen lógicas de dominación. Para el autor una pedagogía de enunciación latinoamericana debe vincularse a la construcción del lazo social, siendo promotora de una sociedad donde las personas puedan habitarla de forma digna, y derechos a la educación y a la comunicación sean considerados básicos e inalienables.

Para Bambozzi (2005, 2012) el pensamiento de Paulo Freire es posibilitador del acontecimiento, reconociendo en la pedagogía latinoamericana un acontecimiento en sí mismo, dado que propicia que “otra historia puede ser contada por aquellos que deciden pronunciar su palabra y que denuncian prácticas de dominación (...)” (Bambozzi, 2012, p. 119).

El educador popular colombiano, Marco Mejía (2011), expresa que, en la fecundidad educativo-pedagógica latinoamericana, tierra de referentes como Simón Rodríguez y José Martí, entre otros, de universidades populares y escuelas indigenistas, como la de Ayllu de Warisata en Bolivia, se configura en la década de 1960, con Paulo Freire, uno de los troncos históricos centrales de la educación popular. También llamada educación liberadora y emancipadora, enmarcada en una pedagogía del oprimido, Freire da cuenta de haber sido un “buen hijo de su tiempo, en un momento en el cual América Latina seguía denunciando las características coloniales (...)” (Mejía 2011, p. 23).

Para el autor el pensamiento de Paulo Freire le da forma a una educación popular desarrollada desde los intereses de los grupos oprimidos, haciendo de la pedagogía un hecho

político-cultural que visibiliza un conocimiento situado, con historicidad, en una apuesta por transformar las condiciones de vida de las personas que producen este saber desde América Latina.

Adentrándonos en su perspectiva, Freire inicia y desarrolla una pedagogía cuyo centro de reflexión y acción es una educación emancipadora que busca la práctica de una docencia liberadora mediante la alfabetización y postalfabetización de adultos, focalizada inicialmente en la realidad de campesinos pobres del nordeste de Brasil. Su propuesta parte de considerar al ser humano como ser de praxis, protagonista de su historia, creador de cultura y forjador de un quehacer problematizador de su realidad.

Trascendiendo el planteo de los críticos euronorteamericanos que permanecieron en la denuncia de una escuela reproductora de la estructura social, Freire, a partir de su práctica analizó la dimensión política de la educación, al reconocer la alienación y deshumanización de las formas tradicionales de educación, y propuso una concepción pedagógica a través de la cual los educandos pudieran desocultar la lógica de la dominación avanzando a la transformación de sus propias experiencias de opresión.

Giroux (1990, p. 14) en la introducción que escribe para el libro de Freire (1990) *La naturaleza política de la educación*, es claro cuando expresa “Freire ha logrado combinar el lenguaje de la crítica con el de la posibilidad”. El lenguaje de la denuncia aparece en su expresión de una sociedad deshumanizadora mediante su crítica a una concepción bancaria de la educación, mientras que el lenguaje del anuncio se reconoce en su idea de que es posible una sociedad humanizadora mediante el desarrollo de una concepción liberadora de la educación.

Freire lo expresaba en la mencionada obra:

“...la pedagogía que defendemos, concebida en un área significativa del tercer mundo, es en sí misma pedagogía utópica. Por esta misma razón está llena de esperanza, pues ser utópico no es ser sólo idealista o poco práctico, sino más bien acometer la denuncia y la anunciación. Nuestra pedagogía (...) formula una concepción científica humanista que encuentra su expresión en una praxis dialógica, en la que educadores y educandos en conjunto, a través del análisis de una realidad deshumanizadora, denuncian al tiempo que anuncian su transformación en nombre de la liberación [del ser humano]¹⁷” (Freire, 1990, p.77).

Para Vogliotti (2001) desde el lenguaje de la crítica Freire genera un discurso que permite comprender la complejidad del fenómeno de la dominación, atendiendo a distintas modalidades, contradicciones, relaciones asimétricas de poder, y formas diversas de lucha colectiva. Desde el lenguaje de la posibilidad, para Freire la educación se convierte en un referente de cambio al servicio de una sociedad emancipada.

Respecto a los fundamentos filosóficos que subyacen al pensamiento freireano, Torres (1995) considera que se trata de una amalgama teórica de envergadura donde confluyen elementos de distintas vertientes filosóficas. Vogliotti y Juárez (2012) consideran que Freire ha incorporado en su obra ideas emancipatorias de la filosofía, la teología de la liberación y ha incluido aspectos centrales del pensamiento radicalizado, junto con planteos de la nueva sociología de la liberación. Consideran que el personalismo de Mounier, la filosofía hegeliana, el pensamiento marxista, el existencialismo de Sartre y el pensamiento de la fenomenología

17 Se ha reemplazado de la cita textual un término por su carácter sexista, manteniendo el sentido del texto original.

constituyen las principales influencias filosóficas en Freire (Vogliotti y Juárez, 2012; Vogliotti, 2022).

Partiendo de esas bases teóricas y empleando el método de análisis dialéctico, Freire (1973) contrapone las características antagónicas inherentes a una concepción bancaria y deshumanizadora de la educación y una concepción problematizadora y humanizadora de la educación. Advierte que en la visión bancaria el conocimiento se presenta como una donación de aquellos que se juzgan sabios a los que juzgan ignorantes. Se trata de un conocimiento que no se vincula a la experiencia realizada, sino a la experiencia narrada o transmitida por otros, principalmente el educador.

Antagónicamente a ello, desde una concepción humanizadora, Freire (1973) plantea que en la relación educativa educadores y educandos se encuentran en una tarea en que ambos son protagonistas. La educación deja de ser un acto de transmisión de conocimientos para ser un acto cognoscente. Así, desde la concepción crítica para Freire el acto de conocimiento involucra un movimiento dialéctico que pasa de la reflexión, y de la reflexión sobre la acción, a una nueva acción. Para que el educando construya conocimiento, debe involucrarse en un proceso de abstracción por medio del cual el educador le propone, como objetos mediadores para el debate, situaciones representativas, cotidianas y existenciales del modo en que se presenta la realidad (Freire, 1990).

En este sentido, el acto de conocimiento para Freire presupone no sólo una teoría del conocimiento, sino una metodología que le corresponde. Así, tanto en sus métodos de alfabetización y de postalfabetización (Freire 1973; 1974) Freire propone a la codificación como mediación que los educandos deberán decodificar y problematizar para llegar a un nivel crítico de conocimiento.

Es clave insistir en la idea que, desde la perspectiva freireana lo que el ser humano conoce es su propia realidad. Realidad que no sólo consiste en datos objetivos o hechos concretos, sino también en las percepciones que las personas construyen de los hechos de esa realidad, que es su realidad (Freire, 1990). Así, para Freire la práctica de la educación problematizadora propone a los seres humanos su situación como problema, su situación concreta como incidencia de su acto de conocimiento.

De esta manera, la epistemología freireana establece un vínculo indisoluble entre la relación gnoseológica y la intersubjetividad, dado que el conocimiento que propicia la educación liberadora está ligado a los procesos de comunicación dialógica debido a que las personas no piensan solas, sino en las relaciones con otros y otras, mediatizados por el mundo. Así el diálogo se erige como la estructura esencial del conocimiento, único modo de conocer, porque es propiamente humano, dice Freire.

El hecho de que el conocimiento se construye de manera constante en la medida que las personas van percibiendo su situación concreta como problema, va posibilitando la superación de una percepción ingenua de la misma, promoviéndose el paso, a una percepción crítico-reflexiva. Estas ideas llevaron a Freire (Freire 1974, 1990) a analizar cómo se construye el conocimiento de la realidad y cómo influyen en estos procesos los condicionamientos históricos estructurales en la conciencia del ser humano.

Relacionado con ello, Vogliotti (2001) expresa que, influenciado por el pensamiento marxista, Freire estudia los diferentes niveles de conciencia y de conocimiento en América Latina¹⁸ a partir de concebir la realidad histórico-cultural como una superestructura en relación a una infraestructura.

18 En su obra "Educación como práctica de la libertad" (1974, p. 51) Freire se refiere precisamente a las per-

Para Freire, a medida que las personas actúan sobre el mundo transformándolo con su trabajo, su *conciencia* y su *conocimiento* se ven condicionados histórica y culturalmente, y según la calidad de este condicionamiento, su conciencia alcanza varios niveles (semi-intransitiva, transitiva y crítica) en el contexto de la realidad histórico-cultural (Freire, 1990). A este fenómeno lo denominó *concienciación*, y se refiere al proceso mediante el cual las personas como *sujetos de conocimiento*, alcanzan una conciencia creciente tanto de la realidad sociocultural que da forma a sus vidas, como de su capacidad de transformar dicha realidad (Freire, 1990).

Vogliotti (2022), en este sentido, reflexiona que, en la epistemológica freireana el *conocimiento* no es algo dado, ni está hecho ni acabado, sino que es una *construcción humana permanente* que implica una unidad constante entre la acción y la reflexión en torno a la realidad. Lo cual le permite al ser humano conocer un objeto y el modo en cómo se lo conoce. Así, para Freire (1997) la concientización es una exigencia humana que viabiliza la curiosidad epistemológica de las personas y potencia su capacidad de reflexión rigurosa.

Freire (1974) expresaba que, a la transitividad de conocimiento y de conciencia crítica no se llega automáticamente sino por efecto de un trabajo educativo crítico, apoyado en condiciones históricas propicias que favorezcan procesos de una educación dialogal orientada hacia la responsabilidad social-política que implica que los seres humanos comprendan su posición dentro de su contexto. Así, visualizando contradicciones y conflictos, y a partir de su problematización, las personas van construyendo una “conciencia colectiva de la condición histórica en que se encuentran, generando el compromiso de la acción para su transformación” (Vogliotti, 2022, pp. 34-35).

Diversos autores y autoras del campo latinoamericano e internacional de la educación, han sido y son estudiosos de la obra freireana, contribuyendo a la difusión de su pensamiento así como a la revisitación y recreación contextualizada de algunas de sus categorías conceptuales y metodológicas centrales (Gadotti et al., 2003; Scocuglia, 2022; Rodrigues Brandão, 2021; Carlos Torres 1995, 2002; Rosa Maria Torres, 1995; Giroux, 2025; Mc Laren, 2011; Iglesias, 1997; Puiggrós, 2001, Demo, 2001; Russo, 2005; Bambozzi, 2005; 2012; 2026; Korol, 2015; Alfieri, et al. 2021; Kohan, 2021; Vogliotti, 2001; 2022; Vogliotti y Juárez, 2012; Juárez 2014, 2020; Macchiarola y Juárez, entre otros y otras).

En el campo de la salud su obra ha sido resignificada por diversos autores y autoras que, mediante sus estudios y experiencias configuran antedecentes directos a este trabajo (Matti et al., 2023; Bagatoli Silveira, et al., 2024; Mengascini et al., 2024; Peres, 2025; Juárez, 2014, 2020; Juárez et al. 2023; Vogliotti, 2022; entre otros y otras). Saforcada, referente de la psicología sanitaria cuya perspectiva tomamos para pensar la salud comunitaria, expresaba que Paulo Freire, junto con el sociólogo colombiano Fals Borda, representaban las figuras más destacadas del siglo XX en nuestra región y que “más aportaron en forma completa a desentrañar de la realidad cotidiana de los conglomerados sociales y sus atributos comunitarios, transformándolos en conceptos y teoría a la vez que en técnicas, operacionalizaciones y prácticas de terreno” (Saforcada, 2012b, p. 37).

Lo planteado hasta aquí nos permite considerar cómo la perspectiva pedagógica freireana nos posibilita comprender, analizar y tematizar dinámicas cognoscentes en el marco de procesos de SECA, en los que se expresan un interjuego entre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas que las mujeres ponen en acción, fundamentalmente en espacios comunitarios y en interacción con espacios formales de salud donde contactan con saberes profesionales. Atendiendo a ello desde esta perspectiva consideramos que:

sonas brasileñas, contextualizado en las décadas de 1960 y 1970.

“Freire demuestra que no sólo es un hombre del presente, sino también un hombre del futuro. Su discurso, sus acciones, su calidez y su punto de vista representan una forma de reconocer y criticar un mundo; el trabajo y la presencia de Freire nos recuerdan no sólo lo que somos, sino también las posibilidades de aquello que podemos ser...” (Giroux, 1990, p. 25).

Del constructo psicosociopedagógico a la psicopedagogía comunitaria como especialidad de la psicopedagogía

En nuestro estudio llamamos *constructo psicosociopedagógico* a la amalgama que surge de la confluencia de las perspectivas anteriormente analizadas que nos permitieron leer multidimensionalmente la complejidad del fenómeno de estudio.

En este sentido, como mencionábamos inicialmente en este apartado, se partió de un enfoque relacional, donde las perspectivas que sustentaron la investigación fueron puestas en diálogo permanente dando lugar a este constructo psicosociopedagógico que permitió comprender cómo las mujeres conciben, creen, aprenden, construyen, legitiman y transmiten conocimientos sobre SECA desde procesos vivenciados en lo personal-individual, pero también en lo social-colectivo que orientan el desempeño de sus prácticas cotidianas de SECA.

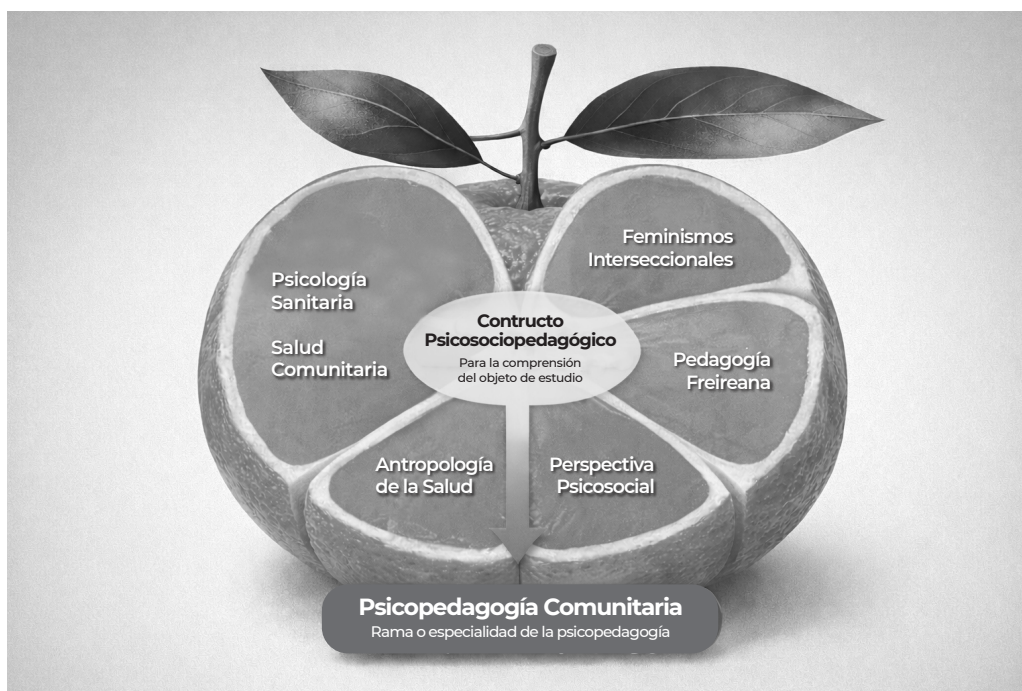
De esta manera, las diversas perspectivas que contribuyeron a construir conocimientos a partir de los relatos sobre SECA de las mujeres constituyeron los componentes epistemológicos del constructo psicosociopedagógico que propiciaron un diálogo continuo empiria-teoría.

Paulatinamente, pero aun con más nitidez sobre las conclusiones del trabajo, fuimos advirtiéndolo cómo ese constructo se cristalizó en un análisis propiamente psicopedagógico comunitario de la temática tratada. Deriva que realizó el estudio en absoluta consonancia con el devenir precedente de nuestra línea de indagación marcada por investigaciones concatenadas entre sí, desde una impronta psicopedagógica que hoy, a partir de la realización de este estudio reconocemos como *una rama o especialidad* de la psicopedagogía que denominamos *“psicopedagogía comunitaria”*.

Se trata de una perspectiva en la que, si bien llevamos años trabajando, brota con una identidad más propia, que focaliza en una temática de estudio que entrama aprendizajes, saberes y procesos de construcción de conocimientos, a concepciones, creencias y prácticas de SECA de mujeres de distintos grupos sociales, buscando su comprensión, análisis e intentando proponer a partir de allí acciones posibles. Contribuyendo, a partir de ello, a la consolidación de una especialidad de la psicopedagogía, la comunitaria, que deviene ligada a un quehacer psicopedagógico en investigación social.

Para representar este encauzamiento epistemológico recurrimos a la sencilla figura del fruto de la mandarina, que se compone por diferentes gajos (Véase figura 1). En principio la mandarina simboliza la idea del “constructo psicosociopedagógico”, donde cada uno de sus gajos significa una perspectiva conceptual que dio sustento al estudio (la psicología sanitaria y la salud comunitaria, la perspectiva de los feminismos interseccionales, la perspectiva antropológica, la perspectiva psicosocial, la pedagogía freireana). Sin embargo, esa mandarina como “constructo psicosociopedagógico”, fue mutando con el curso del tiempo a una nueva denominación epistemológicamente legítima: *psicopedagogía comunitaria como rama o especialidad de la psicopedagogía*.

Figura 1: Acerca de la configuración epistemológica del estudio



Fuente: elaboración propia.

La imagen nos permite reconocer cómo cada gajo simboliza una perspectiva teórica dentro de una fina membrana que separa un gajo/perspectiva de otras. Sin embargo, todos los gajos/perspectivas se unen a esa parte blanca interior del fruto, una especie de eje central que nuclea los gajos, denominada inicialmente en nuestro proceso de investigación “constructo psicosociopedagógico”.

Toda la mandarina está recubierta por hebras como pequeñas fibrillas blancas que enlazan el fruto a la cáscara y a los gajos, y a éstos entre sí. Análogamente en el estudio fuimos construyendo relaciones entre las perspectivas que se fueron articulando para la comprensión del objeto de estudio. De esta manera, comprendimos gradualmente que ese centro que interconectaba el análisis en términos psicosociopedagógicos cobraba un nuevo cariz o estatus epistemológico: *psicopedagogía comunitaria*. Cuestión que visibilizamos por la centralidad que le otorgamos a los procesos legos de construcción de aprendizajes, saberes y conocimientos sobre SECA, reconociendo su carácter de objeto de estudio de una psicopedagogía comunitaria con impronta salubrista. Conocimientos y aprendizajes que analizamos enlazados a las concepciones, creencias y prácticas de las mujeres del estudio.

Adentrándonos a la psicopedagogía, partiendo de reconocer un escenario de diversidad de posiciones en cuanto a su constitución epistémica, Bertoldi (2021, p.148) propone considerar “el campo psicopedagógico en término de disciplina -entre las formas de organización del conocimiento-, la que requiere ser pensada en la complejidad (...)”. La autora recupera a Follari para expresar que se trata de una “disciplina joven, de síntesis compleja, de síntesis problemática, de síntesis en tensión con aportes multidisciplinarios” (Follari, 2013, citado en Bertoldi, 2021, p. 152).

Bertoldi (2024) analiza que se trata de un campo disciplinar en plena expansión cuyo desarrollo investigativo en las últimas décadas, le han permitido avanzar en su constitución epistémica. Habiendo surgido de las prácticas, ha logrado formalización y niveles de autono-

mía en el escenario contemporáneo, transitando paulatinamente a su legitimación científica en tanto joven disciplina (Bertoldi, 2021)¹⁹.

Por su parte, Ricci (2025) considera que en Iberoamérica la psicopedagogía da cuenta de una condición epistemológica polisémica y caleidoscópica que se presenta como poliédrica multifacética en tanto la identidad profesional está impregnada y atravesada por distintas prácticas y experticias según la formación recibida de acuerdo a distintos procesos histórico-culturales de cada nación. Aspectos que, entre otros considerados en su estudio, la llevan a definir “a la psicopedagogía como disciplina científica, disciplina técnica, disciplina profesional, profesión y campo de prácticas y experticias fundadas científicamente” (Ricci, 2025, p. 105).

En este sentido, para la autora el campo psicopedagógico se presenta como un sistema epistemológico complejo, relacional, permeable, adaptable y abierto, definido por contrastes y visiones heterogéneas, global y holístico, que denota un estado plástico que escapa al formalismo epistemológico de la modernidad. Así como la autora identifica a la psicopedagogía como disciplina, reconoce también en el campo psicopedagógico la presencia de “ciencias psicopedagógicas” como urdimbre de conocimientos, saberes e instrumentos compartidos donde se da un dialogo interdisciplinar distinto al de la psicopedagogía como disciplina científica, disciplina técnica y disciplina profesional” (Ricci, 2025, p. 106).

Respecto al objeto de la psicopedagogía, Carrasco-Cursach (2018) concibe que, es la naturaleza del aprendizaje humano el objeto de la psicopedagogía, caracterizándolo por ser multidimensional, individual, subjetivo, de construcción social-colectiva, dinámico y consciente, siendo su abordaje en contexto una cuestión psicopedagógica ineludible.

Ramos (2007) considera que es el aprendizaje el área de conocimiento y de desempeño profesional de la psicopedagogía. Reconoce en sus inicios un centramiento en las dificultades de aprendizaje escolar, lo que en la actualidad abre paso a una comprensión amplia del proceso de aprendizaje dentro o fuera del entorno escolar, atendiendo en él la influencia de factores físicos, emocionales, psicológicos, pedagógicos, sociales y culturales.

En consonancia con ello, Ricci (2025) reconoce en Iberoamérica un proceso epocal de reconfiguración del objeto psicopedagógico. Pasando de constituirse durante el siglo XX en torno a los sistemas escolares modernos desde una matriz que conllevó a la patologización del sujeto y la homogenización del aprender; en las primeras décadas del siglo XXI su objeto sigue siendo el sujeto (individual y colectivo) diverso, considerándose los procesos de aprendizajes y sus vicisitudes, un sujeto que aprende en cada edad de la vida según su condición subjetiva, social y cultural, situado en diferentes contextos. Aspectos que dan cuenta de un objeto permanente que se reconfigura epocalmente.

Atendiendo a lo planteado, sin desconocer las múltiples facetas que asume en su configuración epistemológica, entendemos a la *psicopedagogía como una disciplina* dentro de las ciencias sociales y humanas cuyo objeto de estudio lo constituyen los procesos de aprendizaje que llevan a cabo los sujetos en el transcurso de sus vidas en el marco de situaciones contextualizadas histórico y socioculturalmente.

19 Nutriéndose para pensar la noción de disciplina de autores como Morin, Foucault, Wallerstein, Follari, Bru, Gianella y Najmanovich, Bertoldi (2021) acuerda con la conceptualización de disciplina para pensar la psicopedagogía y analiza desde ella, aristas vinculadas a: dominio de la realidad de la que se ocupa, posesión de un contenido intelectual específico, presencia de una dimensión socio-institucional, organización de los científicos de la disciplina, sujeto de la acción humana y construcción de una cultura disciplinar.

En este escenario, partiendo de comprender a la *psicopedagogía* como disciplina, reconocemos a la *psicopedagogía comunitaria* como rama de conocimiento nueva y específica dentro de ella.

Definimos así a la *psicopedagogía comunitaria* como una rama o una especialidad de la *psicopedagogía* que se encuentra en construcción continua y que toma como objeto de sus reflexiones y quehaceres a las personas y grupos humanos transitando, en los distintos momentos del ciclo vital en que se encuentren, instancias de construcción de aprendizajes y conocimientos colectivos, con la finalidad de hallar respuestas, resolver o posibilitar el sostenimiento de la vida misma.

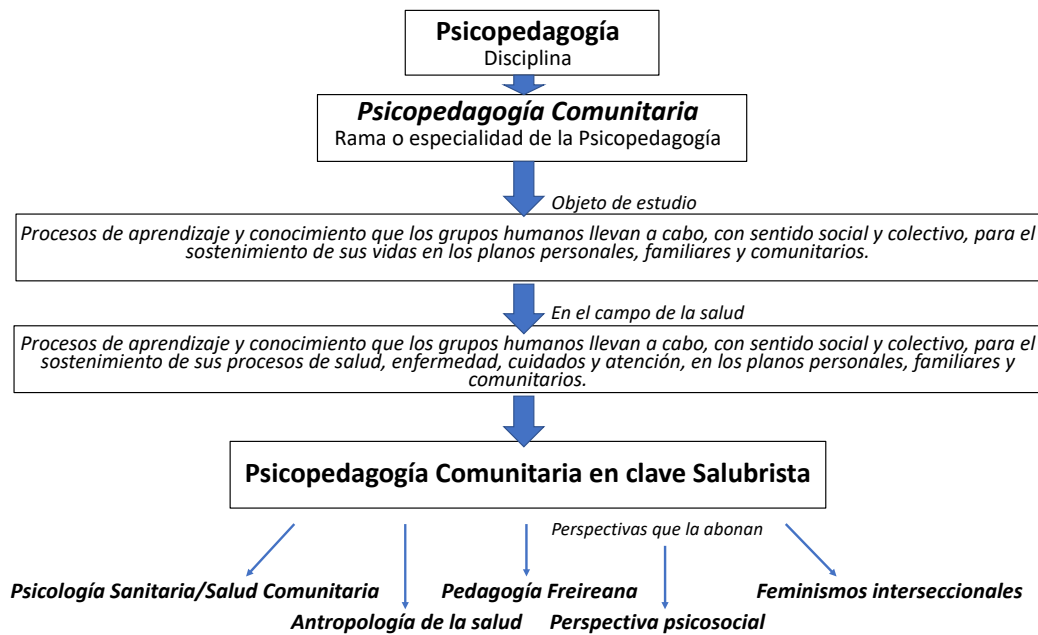
Se trata de una psicopedagogía que *estudia y aborda* “circunstancias de aprendizajes múltiples y diversos que trascienden el ámbito educativo formal y que remiten a aprendizajes de la vida, en la vida y para la vida de las personas” (Juárez, 2012, p. 202). Se trata de procesos de aprendizaje y conocimiento que los grupos humanos llevan a cabo, con sentido social y colectivo, para el sostenimiento de sus vidas cotidianas en los planos personales, familiares y comunitarios, arraigados allí donde la desarrollan, en sus comunidades, sus barrios, sus territorios, atendiendo a su propia situacionalidad y su tiempo histórico para poder, a partir de ello, tomar injerencia en las situaciones que los y las aquejan para posibilitar su transformación.

Desde nuestros estudios y experiencias iniciadas en el año 2005 a esta parte, transitamos por la configuración teórica y metodológica de una propuesta psicopedagógica comunitaria de corte freireano. Fuimos leyendo e interviniendo en temáticas inherentes a la salud de las poblaciones, atendiendo a dimensiones y categorías ligadas a la investigación temática, la educación popular, lo relacional, comunicacional y pedagógico de los encuentros entre profesionales y consultantes del primer nivel de atención de la salud (Juárez, 2012, 2015, 2021, 2022).

Puntualmente con el estudio que presentamos en este libro, nos centramos en conocimientos y aprendizajes emergentes de procesos de SECA de mujeres. Junto con otras dimensiones de análisis, la investigación focalizó en los conocimientos, aprendizajes y saberes que mujeres de distintos grupos sociales del Gran Río Cuarto construyen vinculados a sus procesos de SECA. Si bien el meollo de la mirada psicopedagógica se centró en esos conocimientos, su construcción y circulación, efectuamos inicialmente su lectura desde el constructo psicosociopedagógico, como enfoque multirreferencial, que abrió paso al encauzamiento de una psicopedagogía comunitaria propiciando análisis y comprensiones integrales del fenómeno.

Intentando graficar lo que venimos desarrollando presentamos el siguiente esquema que da cuenta del encuadre disciplinar del trabajo (Véase esquema 1).

Esquema 1: Recorte disciplinar en el que se inscribe la investigación



Fuente: elaboración propia.

Se advierte cómo esta especialidad de la psicopedagogía contempla aspectos que aluden a la construcción de aprendizajes y conocimientos para el sostenimiento de la vida cotidiana en diversos planos (personal, familiar y comunitario) especialmente referida, en el marco de este estudio a procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención. En este sentido, nuestra investigación se interesó por indagar cómo aprenden mujeres sobre SECA atendiendo a cuestiones relacionales, sociales, vinculares y emocionales que influyen y posibilitan en ellas procesos de construcción de aprendizajes, conocimientos y saberes. Este abordaje nos permitió atender a sus biografías personales en diálogo con lo social, expresado en sus vínculos sociales, familiares, comunitarios, sus trayectorias educativas y sanitarias, así como considerar la incidencia del contexto socioeconómico y la cultura.

Diversos autores y autoras en el ámbito nacional e internacional reconocen el surgimiento de una perspectiva comunitaria en la psicopedagogía entre mediados y fines de la década de 1990, así como en los primeros años de la década del 2000 (Monereo y Solé, 1996; Solé, 1999; Visca, 1997; Matteoda, 1998; Baña Castro, Salcinez Martínez, Álvarez Romalde y Fernández Rego, 2000; Álvarez Rojo, 2002; Antelo, 2006, entre otros y otras). No obstante, podría considerarse que es a partir de los últimos 15 años que se intensifica el reconocimiento de esta perspectiva de la psicopedagogía (Filidoro, 2011; Baeza, 2012; Laino, 2012; Juárez, 2012, 2020; Espinoza Vásquez, 2019; Lanza y Mantegazza, 2019; Filidoro, Enright, Lanza y Mantegazza, 2021; Etchegorry, 2014, 2025; Saforcada, 2021; Sarthe, 2024, entre otros y otras).

Reconocimiento probablemente enlazado al impulso que universidades nacionales han dado, al menos en Argentina, a procesos de vinculación-extensión- con los territorios, la creación de centros de prácticas preprofesionales en comunidades barriales, junto con el desarrollo de prácticas sociocomunitarias al interior de los currículos universitarios en algunas universidades nacionales (Barbero, Filippi y Jakob, 2017; Jakob, Barbero, Ripoll, Moyetta, Bottini, Filippi, 2020; Barbero, Filippi y Rainero, 2023; Macchiarola y Juárez, 2014; entre otros y otras), la articulación de proyectos de investigación-extensión que van sedimentando un terreno fértil que va a dar surgimiento a un acumulado de experiencias psicopedagógicas

en clave social y comunitaria con un recorrido histórico interesante propiciado desde el ámbito universitario (Filidoro, Enright, Lanza, Mantegazza, 2021; Pereyra, Mantegazza, de Gori, Rusler y Daiksel, 2017; Etchegorry, 2025, Amaya, 2021; entre otros y otras).

Lanza y Mantegazza (2019) así como Filidoro, Enright, Lanza y Mantegazza (2021) conceptualizan y trabajan en clave de una psicopedagogía comunitaria desde una mirada sistémica y de la complejidad, asumiendo una posición dialógica en el territorio y profundizando el trabajo en red con organizaciones e instituciones (educativas, de salud, de protección de derechos y con los propios Equipos de Orientación Escolar -EOE- internos a la escuela o externos) que trabajan con las infancias y juventudes. Sus intervenciones, se caracterizan por un abordaje en singular de las situaciones que se problematizan desde una lectura clínica que se pone en juego desde una psicopedagogía comunitaria que articula el acceso a la salud mental y el ejercicio del derecho a la educación de niños, niñas, adolescentes y adultos/as, frente a los problemas en el aprender.

Etchegorry (2014) alude a una psicopedagogía socio-comunitaria y la entiende como aquella que genera una intervención que se produce en una dialéctica entre lo macro y lo micro, requiriendo sus acciones de prevención y promoción -e incluso de asistencia-, de trascender el espacio de la escuela o el consultorio, implicándose en la construcción de dispositivos orientados a la comunidad y la sociedad. La concibe como aquella que genera una articulación entre la intervención subjetiva y los procesos colectivos, encontrándose esta práctica psicopedagógica sociocomunitaria basada en un pensar relacional.

Por otro lado, interesado por los procesos de la vida de las poblaciones, Saforcada (2021c), desde su perspectiva en salud comunitaria comprometida con la transformación y la justicia social, instaba, junto con otras especialidades disciplinares, a una “psicopedagogía social y comunitaria” a promover procesos de construcción de ciudadanía orientados a adquirir sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades sociales en las personas. Convocaba a “(...) la medicina social y comunitaria, odontología social y comunitaria, psicología social y comunitaria, *psicopedagogía social y comunitaria*, fonoaudiología social y comunitaria, entre otras (...) para (...) prácticas públicas (...) de salud mucho más complejas que las privadas” (...) (Saforcada, 2021c, p. 23).

Abordar los procesos de construcción de saberes, aprendizajes y conocimientos sobre SECA que las mujeres llevan a cabo, desde la psicopedagogía comunitaria, permitió en este trabajo situarlos ligados a la realidad, los territorios, las redes familiares y comunitarias, los diálogos sociales e intersubjetivos, los espacios de participación, las relaciones, y las condiciones materiales y simbólicas de sus vidas.

Desde la psicopedagogía comunitaria nos interesó atender a los entornos de las vidas de las mujeres reconociendo en ellos lo que posibilitan u obturan, y cómo lo hacen, respecto del aprender sobre SECA. Pensamos en ellas y en la interacción dinámica que establecen a nivel intersubjetivo, en la sociedad y en la cultura, siendo estos, aspectos que nos permiten indagar no sólo en la construcción de estos aprendizajes, sino también en su dinamización y circulación, identificando características y dinámicas particulares que asumen.

Interrogantes que propiciaron en este estudio devenir en un análisis eminentemente psicopedagógico comunitario expresaron: ¿cómo y qué conocen y aprenden sobre SECA mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media? ¿en qué momentos y contextos de sus vidas? ¿entre quiénes se dan esos procesos? ¿cómo circulan esos conocimientos? ¿qué las *moviliza a aprender?* ¿*qué modalidades de aprendizaje sobre SECA pueden identificarse?* ¿*qué procedencias pueden identificarse de estos aprendizajes y conocimientos?* ¿*es posible identificar si-*

militudes y diferencias en los procesos de construcción de conocimiento y aprendizaje sobre SECA en ambos grupos de mujeres? ¿cómo se manifiestan las mismas?

Conocimientos y aprendizajes sobre SECA vitales en su cotidianidad, que llevan a cabo en sus propias comunidades y próximas a sus familias, construyendo respuestas a demandas y episodios, muchos de los cuales resultan urgentes y las exhortan a prácticas que surgen de sus construcciones cognoscentes diarias. Así sostienen a sus familias y comunidades, muchas en contextos de adversidad, las mujeres protagonistas de este trabajo.

Sobre el espacio y el tiempo histórico-político en que transcurrió el estudio

Este apartado tiene la pretensión de presentar al Gran Río Cuarto como escenario espacial en que se desarrolla el estudio, así como caracteriza los períodos político-económicos y sociales que se sucedieron en nuestro país en el devenir de su consecución, constituyéndose en el macrocontexto de vida de las mujeres participantes del mismo.

Situando el estudio en el Gran Río Cuarto

El Gran Río Cuarto (GRC) es un aglomerado urbano que reúne a un conjunto formado por la ciudad de Río Cuarto (al sur de la provincia de Córdoba, Argentina) y las localidades cercanas de Las Higueras y Santa Catalina- Holmberg. Se configura como la segunda área metropolitana más importante de la provincia, luego de la ciudad de Córdoba. Estas localidades están conectadas por rutas nacionales y provinciales, vinculadas entre sí no sólo desde el punto de vista geográfico, sino también económico, social y funcional al compartir infraestructura, servicios, vínculos sociales y económicos.

Datos del último censo nacional realizado en 2022 por el INDEC señalan que el Gran Río Cuarto se compone por un total de 195.664 habitantes, disgregados en 180.756 pertenecientes a la localidad de Río Cuarto, 9.867 de Las Higueras, y 5.041 habitantes provenientes de Santa Catalina/Holmberg (INDEC, 2023). Datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) (INDEC, 2025) informan que, en la ciudad de Río Cuarto en el 2do semestre de 2024 el 27,5% de los hogares estaban por debajo de la línea de la pobreza, mientras que el 3,9% de los hogares estaban por debajo de la línea de la indigencia²⁰.

Puntualmente este estudio se ha centrado en grupos poblacionales de mujeres de las ciudades de Río Cuarto y Las Higueras del Gran Río Cuarto. Localidades ubicadas en el oeste de la Pampa Húmeda, en la penillanura en la subregión del espinal, al este de la sierra de Comechingones, a orillas del Río Cuarto, también conocido como Chocancharava.

Con un suelo apto para agricultura, una de sus actividades económicas centrales es la producción agrícola-ganadera intensiva, así como la agroindustrial. Una importante fuente de ingreso y actividad comercial es la que proviene, desde el campo educativo, de la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC) fundada en mayo de 1971.

Su economía se basa también en la concentración, comercialización e industrialización de, los ya mencionados productos agropecuarios y maquinarias agrícolas, junto con industrias alimentarias, agro mecánicas, frigoríficos y lácteos. Río Cuarto se constituye en un nudo

20 Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152>

comunicacional en los corredores comerciales que conectan La Pampa con Cuyo a nivel nacional²¹.

La Ruta Nacional 158 une a las localidades de Río Cuarto y Las Higueras, junto con otras conexiones urbanas. Entre ambas se establece un fuerte vínculo diario en lo laboral, educativo y comercial, al encontrarse a escasos 10 km. En la localidad de Las Higueras se ubica el Aeropuerto de Río Cuarto, perteneciente a la Dirección General de Material de la Fuerza Aérea Argentina, localidad en la que también se sitúa geográficamente la ya mencionada UNRC y el Seminario Mayor Jesús Buen Pastor²².

Situando el estudio en el contexto sociopolítico

“Lo que ocurre en un país en el campo de la salud es un buen indicador de la agudeza para comprender, por parte de los decisores, que los principales determinantes de los problemas residen en el factor humano. También permite ver si estos decisores -políticos, funcionarios, legisladores, gobernantes, jueces, empresarios, intelectuales y técnicos- colocan a sus conciudadanos en la jerarquía más alta de su escala de valores o, por el contrario, los consideran material descartable”
(Saforcada, 2001, p. 40).

El estudio se inicia en octubre de 2017 y finaliza hacia octubre de 2025. Se trata del transcurso de ocho años en los que la realidad política, económica y social transitó dinámicamente por escenarios coyunturales que consideraremos a los fines de emplazar el estudio en su tiempo y contexto. Siendo el marco al que se enlazan los testimonios de las mujeres, y en el que accedimos a ellos.

Hacia octubre de 2017, nuestro punto de partida se hallaba en una Argentina que se aproximaba a los dos años de mandato del Gobierno de Mauricio Macri, quien asume el poder ejecutivo tras una etapa política post neoliberal. Etapa previa centrada, de acuerdo a Kessler y Assusa (2021) en remediar formas de exclusión producidas en las últimas décadas del siglo XX, mediante políticas públicas orientadas a la vivienda, la salud, la educación, los ingresos y el trabajo. Para los autores, si bien este período se caracterizó por avances en la gestión socioestatal de la cuestión social y la disminución de la exclusión, no representó un real avance en términos de igualdad: “no hubo casi una transformación en las estructuras productivas, innovaciones tributarias progresivas o políticas de reforma agraria (...) las elites mejoraron su situación económica durante la primera década del siglo: hay menos pobres pero los ricos son más ricos” (Kessler y Assusa, 2021, pp. 15-16).

Los autores advierten que incluso cuando los indicadores siguieron mejorando en muchos de los países con proyectos posneoliberales, esa mejora se desaceleró, y el nuevo ritmo de desarrollo social fue procesado en clave de malestar político y un aumento de la conflictividad social. Aspectos que confluyeron en las derrotas electorales de muchos de los gobiernos progresistas (Kessler y Assusa, 2021).

21 Consultado en Wikipedia. (2025, 13 de septiembre). Río Cuarto. (ciudad). [https://es.wikipedia.org/wiki/R%C3%ADo_Cuarto_\(ciudad\)](https://es.wikipedia.org/wiki/R%C3%ADo_Cuarto_(ciudad))

22 Consultado en Wikipedia. (2025, 13 de septiembre). Las Higueras. https://es.wikipedia.org/wiki/Las_Higueras

En este contexto se da un giro político en Argentina luego de la asunción como presidente de Mauricio Macri, representante de la Alianza Cambiemos que va a gobernar entre 2015 y 2019 desde una fuerza política de centroderecha e inspiración neoliberal.

Retamozo y Trujillo Salazar (2025) plantean que su programa de gobierno buscó implementar políticas de base neoliberal sustentadas en el ajuste social y fiscal, la apertura económica, así como la generación de reformas estructurales (en lo laboral y previsional). La concepción de Estado pasó a ser la de promotor del intercambio entre privados, en lugar de garante de derechos sociales.

Para Moench (2023) la experiencia macrista puede entenderse como una gubernamentalidad neoliberal que intentó reestructurar el ámbito laboral implementando nuevas reglas de juego que desvalorizaron el trabajo e intentaron aumentar la productividad. Se fomentó un modelo de sujeto empresarial, mayor competencia y se generó un deterioro socio-económico. La impronta neoliberal en el trabajo se visibilizó en un crecimiento del desempleo, resultado de despidos masivos a empleados públicos, así como del sector privado. Empleos desprotegidos (lo que se expresó en la quita de derechos laborales), menor capacidad adquisitiva de los salarios y el correlato un consumo decreciente.

En lo cultural se destacó una concepción individualista de la dinámica social que “responsabilizaba a las personas por su situación y promovía el emprendedurismo, la competencia y el mérito como factores legítimos para la distribución de recursos” (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025, p. 29). Kessler y Assusa (2021) consideran que se dio un viraje político-discursivo en la tematización de la desigualdad a partir de un relato oficial fundamentado en el ideario de la meritocracia y la naturalización de los privilegios en términos de talentos.

Cambiemos promovió el abandono de la “Unión de las Naciones Suramericanas” (UNASUR), activando el “Grupo de Lima” junto a los gobiernos conservadores de la región, así como promovió una inserción de Argentina en la geopolítica mundial como aliado subordinado a Estados Unidos. En ese sentido se inscribe en 2018 la obtención de un préstamo extraordinario del Fondo Monetario Internacional lo que generó condicionamientos y compromisos de pago, amarrando las políticas económicas a los requerimientos del FMI (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025).

Morresi y Vicente (2019) señalan que habiendo intentado instalarse desde una retórica liberal-republicana, el gobierno de Macri fue más neoliberal que liberal. Para estos autores, el neoliberalismo se expresó en el aumento de la desigualdad social y económica según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y en la búsqueda de despolitizar ese proceso de desigualación. En este sentido, los autores señalan que desde 2015 no solo aumentaron la pobreza y la desigualdad sino también la inflación, resultados que se agravaron después de las elecciones primarias obligatorias de agosto de 2019 en las cuales triunfó el peronismo del “Frente de todos” liderado por Alberto Fernández.

Atendiendo a las *políticas vinculadas a la salud implementadas en el macrismo*, Rubio y Bovino (2022) advierten que se trató de un Estado que asumió funciones de empresa afectando a la Salud Pública por una neo-mercantilización de las prestaciones en el marco de una hegemonía neoliberal:

La pérdida del empleo, la creciente desocupación, la reducción de los ingresos de la masa de trabajadores formales e informales, la eliminación de derechos/beneficios sociales para personas con discapacidad, la pérdida de la obra social, el aumento descomunal de los precios de la canasta básica de alimentos, los montos impagables de

servicios e impuestos elementales, la baja de becas para jóvenes estudiantes, la restricción presupuestaria para programas materno-infantil, la eliminación del Plan Qunita, el aumento de precio de los medicamentos para jubilados y jubiladas, las restricciones de subsidios para adultos mayores, la restricción de vacunas en el calendario de vacunación obligatorio y otros tantos han sido los indicadores negativos que pusieron en jaque a la salud de la población, afectando muy especialmente a los sectores más vulnerados y vulnerables (Rubio y Bovino, 2022, p. 205).

Estas medidas tuvieron un hito con la eliminación del Ministerio de Salud y su reducción a Secretaría, ajustando el presupuestario en infraestructura, equipamiento, ciencia y tecnología destinados a salud. Entre los múltiples despidos y reducción de presupuestos para programas e instituciones se mencionan, la suspensión del Programa Remediar, la eliminación del Plan Argentina Sonríe (salud odontológica) y la drástica reducción de la asignación presupuestaria destinada al Instituto Nacional de Microbiología Carlos Malbrán, la reducción a casi la mitad de su presupuesto del área de Detección Temprana y Atención de Enfermedades Poco Frecuentes y Anomalías Congénitas, la reducción de casi el 80% del Programa de Atención de la Madre y el Niño, el recorte de pensiones para discapacitados, un presupuesto mínimo para insumos del Hospital Garrahan, despidos a personal del Hospital Posadas (Rubio y Bovino, 2022, Medina, 2020), siendo medidas que revelan la magnitud del ajuste y la falta de sensibilidad de la gestión del macrismo.

El Observatorio de la Deuda Social Argentina de la pontificia Universidad Católica Argentina informó que para el tercer trimestre de 2018 la pobreza en Argentina había alcanzado el 33,6% de los habitantes urbanos del país y la indigencia a un 6,1% en un escenario de desmoronamiento económico y profundo retroceso social (Rosso, 2019). Escenario en el que el gobierno encaró un calendario electoral con la pretensión de reelección en una realidad de estancamiento económico, inflación, precarización laboral, un récord de endeudamiento y de obligaciones financieras (Morresi y Vicente, 2019; Rosso 2019), aspectos que propiciaron la disminución de las bases de apoyo de la sociedad y una caída de la imagen de sus referentes.

En un contexto de crisis económica asume el 10 de diciembre de 2019, el binomio *Fernández-Fernández* (Alberto y Cristina). Se impuso así el “Frente de Todos”, como expresión de un peronismo unificado, de partidos pequeños de centroizquierda, movimientos sociales y organizaciones sindicales, iniciando el período político 2019-2023 (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025).

A los pocos meses de asumir Alberto Fernández, el 11 de marzo de 2020 irrumpe la pandemia por la enfermedad de Covid-19 a nivel mundial. A la crisis económico-social heredada se añade una situación de emergencia sanitaria y social inédita. La situación pandémica encontró, en un principio, una dirigencia encolumnada en la política sanitaria liderada por el gobierno nacional. Fernández se posicionó como un presidente adverso al conflicto, propenso al diálogo y al consenso (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025).

El gobierno logró que Argentina se convirtiera en uno de los primeros países latinoamericanos en iniciar la vacunación contra el Covid-19, gracias a que “el nuevo posicionamiento geopolítico favoreció que China y Rusia proveyeran vacunas” (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025, p. 38).

La política sanitaria fue acompañada por políticas orientadas a contrarrestar los efectos de las restricciones sanitarias en los ingresos y la actividad económica como consecuencia de la política de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y luego del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO). Se implementaron el Programa de Asistencia de

Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP) en el año 2020, continuado luego por el Programa de Recuperación Productiva (REPRO II) en 2021, orientados a sostener el empleo en las empresas (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025).

En este escenario, el principal instrumento de transferencia ante la crisis fue una asistencia económica directa implementada durante 3 meses por el gobierno, el “Ingreso Familiar de Emergencia” (IFE), que proporcionó un monto equivalente al 60% del salario mínimo y alcanzó a 9 millones de personas integrantes de sectores que no recibían programas sociales.

Los autores señalan que, paulatinamente, el deterioro de las condiciones de vida de sectores de la llamada “economía popular” generó tensiones y movilizaciones. A instancias de organizaciones como la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP), en diciembre de 2020 se aprobó la “Ley Ramona”, que asignaba 5 mil pesos a unas 50 mil trabajadoras comunitarias.

De esta manera, los diferentes modos en que operó la crisis sobre una heterogeneidad estructural se conjugaron con la desigualdad de acceso a los sistemas de protección, afectando a los sectores más vulnerables. Así, a pesar de una valoración inicial positiva y de políticas sociales tendientes a evitar una caída de ingresos, la valoración del gobierno se vio afectada ante la extensión, rigurosidad y restricciones vinculadas a las medidas de aislamiento, que junto con la afectación de la actividad económica, generó malestar social, (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025). Fue emergiendo un discurso crítico que reactivó el clivaje polarizador que estructura el campo político argentino (peronismo-antiperonismo). Simultáneamente dentro del gobierno se generaron voces críticas que enfatizaban las limitaciones de las políticas destinadas a atender la situación de la población más vulnerable.

De esta manera, se fue configurando un escenario que los autores llaman de “triple crisis”, la heredada del gobierno anterior, la producida por el contexto (economía mundial pandémica -recesión, alta inflación e incertidumbre- + guerra entre Ucrania y Rusia + sequía histórica en Argentina) y la permanente crisis política causada por la inestabilidad del esquema de gobierno, se amalgamaron y marcaron los límites del gobierno de Fernández (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025).

En un escenario anómalo de “gobernabilidad pandémica”, “al finalizar su mandato, la inflación interanual rondaba el 120%, con fuertes problemas de restricción externa (acceso al crédito) y múltiples tipos de cambio. El deterioro del salario real (...) la desocupación (...) con incremento de la pobreza, (fueron) síntomas de cambios en la estructura social argentina” (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025, p. 43).

Junto con ello, en medio del despliegue logístico-sanitario ocurrieron incidentes que dañaron la narrativa del gobierno referida al Estado como principal defensor de la salud pública, al suceder los episodios conocidos como “Fiesta en Olivos”²³ y “Vacunatorio VIP”²⁴, con un impacto negativo en la reputación del gobierno (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025, p. 38).

En este contexto, para el segundo semestre de 2022 la tasa de pobreza comenzó a incrementarse, alcanzando el 42% de la población en el segundo semestre de 2023 (Retamozo y Trujillo Salazar, 2025). En el plano internacional, tras la firma del acuerdo de reestructuración de deuda, y en medio del impacto inflacionario y las presiones sobre el tipo de cambio, el ministro de economía Martín Guzmán presentó su renuncia, asumiendo Silvina Batakis

23 Refiere a la celebración de cumpleaños de la pareja del presidente en la residencia oficial de Olivos durante el ASPO.

24 Alude al episodio por el cual un periodista cercano al gobierno admitió haber accedido a la vacuna contra el Covid-19 al margen de los procedimientos establecidos.

por menos de cuatro semanas, siendo reemplazada por Sergio Massa, quien impuso un nuevo esquema económico.

En 2023 la situación socioeconómica se agravó. En contexto electoral el “Frente de Todos” se presentó como “Unión por la Patria” con Sergio Massa como candidato. Partido que ganó en las elecciones con el 36,78%, seguido por el libertario Javier Milei (29,99%) y “Juntos por el Cambio” (Patricia Bullrich) siendo tercera con 23,81%, quedando fuera del balotaje. Sin embargo, la segunda vuelta se resolvió a favor Milei quien ganó con el 55,65% de los votos.

A partir de allí se configura la actual coyuntura argentina marcada por el gobierno del presidente en curso Javier Milei. Intentaremos caracterizar este complejo presente con información que probablemente resulte inacabada, por encontrarse en desarrollo y dinamismo constante.

En un escenario tensionado por el peso de la deuda pública y una compleja herencia de regulación financiera, heredada del gobierno de Cambiemos y no revertida por el gobierno del Frente de Todos (Cantamutto y Manzo, 2024), asume el gobierno de “La Libertad Avanza”, inscribiéndose como la cuarta experiencia neoliberal²⁵ en la Argentina.

Los primeros meses de mandato de este gobierno se implementó un conjunto de políticas de severa austeridad. Cantamutto y Manzo (2024, p. 229) expresan que, con la pretensión de operacionalizar una reforma estatal de gran alcance en este escenario inaugural de gobierno, se intentaron activar dos procesos de reformas estructurales: el del Decreto de Necesidad de Urgencia DNU N° 70/23 y el de la denominada (proyecto de) Ley de Bases u Ley Ómnibus.

De acuerdo a los autores, estos instrumentos jurídicos fueron presentados por sus defensores como cimientos para la reconstrucción de la economía argentina. En conjunto, suman más de 450 artículos y sólo el mencionado DNU deroga o modifica 81 leyes precedentes. Estos instrumentos “promueven la desregulación, flexibilización, liberalización y privatización –según el caso– de una multiplicidad de áreas estatales vinculadas al campo laboral, tributario, agrario, energético, industrial, minero, aeronáutico, comunicacional, registral y farmacéutico” (Cantamutto y Manzo, 2024, p. 229).

De acuerdo a los autores estos instrumentos jurídicos representan una vulneración de derechos de la población. Junto con ello, analizan la inconstitucionalidad de la reforma, no sólo por la mencionada vulneración que atenta contra los tratados internacionales incorporados en la carta magna argentina, sino también porque fue instrumentalizada a través de procedimientos que no respetaron las bases del sistema democrático. “En los primeros meses de gobierno, el Congreso no aprobó la ley Bases y, de hecho, el Senado rechazó el DNU 70/23. De modo que la continuidad jurídica de las reformas no está clara (Cantamutto y Manzo, 2024).

Beccaria y Fernández (2025) plantean que el gobierno implementó una lucha contra la inflación a través de la reducción del gasto público y la retirada del Estado en sus funciones de regulación de la economía. Se generó una reducción de las jubilaciones, recortes en áreas sociales, congelamiento de la obra pública, licuación de los salarios públicos, reducción de las transferencias a provincias, a universidades, y el ajuste de las tarifas de servicios públicos.

Como consecuencia de estas medidas, la relación entre el Estado y la sociedad civil se expresa en conflictos y demandas sociales vinculadas a lo laboral, al rechazo a la reducción de

25 Los autores entienden al neoliberalismo como un programa de clase, que orienta la política en un sentido adverso a los intereses de la mayoría de la clase trabajadora y en favor de aquel sector del capital económico concentrado cuya lógica de acumulación se amolda a los requerimientos de la actual economía transnacionalizada (Cantamutto y Manzo, 2024, p. 236).

financiación de las universidades públicas, el rechazo al aumento de tarifas, la falta de alimentos en comedores y ollas populares, asumiendo el gobierno una postura de deslegitimación y criminalización de la libertad de manifestarse (Soto Pimentel, Reiri y Gradin, 2024).

Arias y Scalia (2025) expresan que con el nuevo gobierno el Ministerio de Desarrollo Social pasó a ser absorbido por el nuevo Ministerio denominado de Capital Humano, dónde las áreas centrales del anterior ministerio perdieron centralidad. Su retórica instaló la duda acerca de la validez política de la intervención social y el valor de las y los trabajadores públicos en general, y en especial, de aquellos vinculados al área social.

Frente al corte abrupto de las políticas sociales sólo se mantienen transferencias directas destinadas a las familias con niñas, niños y adolescentes, como la tarjeta Alimentar o la AUH (asignación universal por hijo), siendo prestaciones de dinero que tienen efectos sobre la capacidad de compra de las familias sin incidir en prácticas de vinculación con las familias y territorios, eliminando promoción de la participación social y aumento de las formas organizativas territoriales (Arias y Scalia, 2025).

Barrancos (2025) advierte que, habiendo la Argentina conseguido un reconocimiento mundial acerca de la magnitud de las transformaciones legales y de otros dispositivos para asegurar la equidad de género, la actual coyuntura de gobierno, con expresiones de crueldad, ha mostrado un retroceso en todos los derechos, especialmente en los que se refieren a las mujeres y la diversidad sexo genérica.

Unzué y Romé (2025) señalan que, con la voluntad de reducir el gasto público, los sistemas científico y universitario pasaron a ser blanco del ajuste presupuestario del gobierno, deteriorándose los salarios de los trabajadores de estos sistemas, despidos a personal, junto con la casi total desaparición de financiamiento para la investigación científica.

La retórica que tracciona el discurso de Milei remite al “afuera”, los recortes representados por la “motosierra” y dirigidos a “la casta”. Para los autores, si bien en las primeras expresiones la denominación de “casta” que se empleaba para denunciar la llamada “clase política”, con el paso de los meses y atendiendo al uso que el gobierno fue haciendo del término, el concepto fue reconfigurándose “pasando a nombrar un conjunto de sectores considerados ‘privilegiados’ por encontrarse de algún modo amparados por algún tipo de institucionalidad pública” (Unzué y Romé, 2025, p.9). Así, podría interpretarse que esa casta pasó a conformarse por los docentes universitarios, los investigadores, los jubilados y los discapacitados, foco de las medidas de ajuste implementadas por el gobierno.

Reflexión especial ameritan *las políticas implementadas inherentes al campo de la salud*. La bioeticista y doctora en Filosofía argentina, Laura Belli (2025) reflexiona que, en un país con la tradición sanitaria como tiene argentina, donde el derecho universal a la salud se encuentra garantizado por la Constitución Nacional en el artículo 42°, así como también en el artículo 75° inciso 22 a través de la incorporación de los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos, parecía absurdo afirmar que la salud no debe ser pensada como un bien de mercado sujeto a las reglas de la oferta y la demanda. No obstante, señala que el camino elegido por este gobierno va en ese sentido, generando nuevos problemas y profundizando desigualdades ya existentes, al impactar en toda la población, pero particularmente los sectores más vulnerables.

La autora plantea que durante el primer año de gobierno de La Libertad Avanza se produjo una reducción drástica del poder regulador del Estado sobre el ámbito de la salud, así como una pérdida de la protección de sus usuarios y usuarias en relación con el acceso y la calidad de los servicios. Las medidas ejecutadas exponen a duros embates a las poblaciones vulnera-

das: personas en la pobreza, adultos mayores, personas con discapacidad y/o enfermedades vulnerables, así como niños, niñas y adolescentes, entre otros.

En diciembre de 2023, a través del DNU 70/2023 el Poder Ejecutivo liberaba las restricciones de precios al sistema de medicina prepaga con el objetivo de “aumentar la competitividad del sistema”. En 2024, hacia el primer año de gobierno, las prepagas aumentaron entre un 204% y un 210% por encima del Índice de Precios al Consumidor. Esto propició una migración hacia el sistema público, saturándolo aún más al no tener la capacidad de brindar buena atención a un grupo más grande de población de la que ya está atendiendo, así como la suspensión de la cobertura para muchas personas, particularmente para las personas con discapacidad y que tienen enfermedades crónicas o graves.

Un informe del Centro de Economía Política Argentina (CEPA) (citado en Belli, 2025) revela que, en los dos primeros meses del actual gobierno, los precios de venta al público de los medicamentos más consumidos por las personas mayores se incrementaron en un 78%. Junto con ello, la resolución 2024-2431 modificó las condiciones impidiendo que las personas afiliadas a PAMI pudieran acceder a coberturas del 100% en medicamentos, dejando desprotegidas a casi 2 millones de personas que dependen exclusivamente de su jubilación para vivir.

En este escenario el cierre de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), a través del DNU 70/2023 fue un golpe a la política sanitaria nacional terminando con el apoyo financiero a la producción de medicamentos esenciales.

A comienzos de 2024, el gobierno anunció la suspensión de las actividades de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE), programa cuyo objetivo era brindar asistencia económica a personas con trastornos de salud agudos y/o crónicos en situación de vulnerabilidad social y sin cobertura médica, dejando sin tratamientos a pacientes con enfermedades graves, incluidas las oncológicas.

En enero de 2024, La Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) encargada, entre otras, de brindar el Certificado Único de Discapacidad (CUD), como documento que certifica la discapacidad de la persona y le permite acceder a derechos y prestaciones que brinda el Estado, sufrió el despido de 163 trabajadores y trabajadoras, lo que significó el cierre de delegaciones provinciales y demoras o impedimento en la asignación de pensiones, en la emisión de los CUD y en otros servicios.

A comienzos de octubre de 2024, el Gobierno nacional anunció un plan de reestructuración del Hospital Nacional Laura Bonaparte. Esta institución es uno de los pocos centros que brinda asistencia integral a la problemática de las adicciones, constituyéndose también como centro de investigación y formación en la temática. A mediados de enero de 2025 el gobierno recortó más de 700 millones de pesos para el presupuesto de la institución y notificó a 200 trabajadores que sus contratos no serían renovados²⁶.

Durante los primeros meses de gestión se paralizaron programas nacionales de asistencia a infancias. Se desarmó la coordinación del Plan Mil Días, lo que afectó la entrega de alimentos y otros recursos para la salud en los primeros años de vida²⁷. El Hospital Garrahan, centro de

26 Belli (2025) agrega que entre las personas despedidas hay más de cuarenta profesionales de salud mental, más de veinte de médica clínica, psiquiatras, farmacéuticos/as, odontólogos/s, trabajadores/as sociales, enfermeras y enfermeros(3). Con estos despidos, el hospital pierde a un tercio de su planta impidiendo las funciones de varios servicios

27 En este escenario, según Belli (2025) “desde fines de 2024, Juan Bautista Ordoñez es (por decisión del presidente) el secretario de Niñez, Adolescencia y Familia (...) el nuevo encargado de velar por las infancias no

referencia nacional y latinoamericana de pediatría de alta complejidad experimenta falta de inversión y negación a los reclamos de aumentos salariales por parte de sus trabajadores. Belli (2025) analiza que, en un país en que más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes viven en hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, la falta de acceso y atención en la salud viola derechos humanos básicos. En septiembre de 2024 el Comité de los Derechos del Niño de la ONU presentó un informe que expresa preocupación sobre los derechos de las infancias en la Argentina como resultado de las políticas de ajuste.

En este contexto de vaciamiento al campo de la salud, se vuelve a tensionar la Ley Nacional de Salud Mental, “promoviendo discursos y propuestas de reforma que retoman miradas patologizantes, punitivistas y manicomializantes. (...) se intenta construir consenso social y político para retroceder respecto a los avances logrados en torno al enfoque de derechos, el abordaje comunitario, la interdisciplina, la intersectorialidad y la corresponsabilidad” (Bustos y Bracamonte, 2025).

El 5 de febrero de 2025 a través de un comunicado oficial, el presidente anunció la decisión de retirar a la Argentina de la Organización Mundial de la Salud, acusando a la organización de causar “una de las mayores catástrofes económicas de la historia mundial” por sus recomendaciones durante la pandemia de Covid-19. Decisión que fue comunicada luego de que el presidente de Estados Unidos, Donald Trump, anunciara una salida similar. De acuerdo a Belli (2025) para Argentina, la salida de la OMS tiene un impacto negativo ya que se trata de un organismo que juega un rol importante en la ayuda económica y logística en emergencias sanitarias, como en acciones de prevención de enfermedades. Así como en la promoción de transferencia de tecnología.

En lo que va de 2025 el gobierno viene transitando sistemáticos traspiés. A fines de febrero estalló un escándalo tras una estafa con una criptomoneda impulsada públicamente por el presidente de la Nación (Página/12, 2025a). A fines de agosto del mismo año surgió una grave denuncia sobre el titular de la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) a partir de la cual audios filtrados evidencian que laboratorios pagaban sobornos regularmente para asegurar contratos con el Estado beneficiando a figuras centrales del gobierno (Página/12, 2025b)

En la realidad que se viene describiendo, distintos autores y autoras reflexionan sobre un escenario político que genera vulneración y un retroceso permanente a los derechos humanos de las personas.

Desde el campo de la salud, Belli (2025) advierte que las decisiones implementadas por este gobierno, al impactar en la calidad de vida de los y las pacientes, ha generado un aumento en la judicialización de la salud de acuerdo a un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). El mismo registra que durante 2024 al menos 6 fallecimientos de personas que dejaron de recibir asistencia²⁸.

Cantamutto y Manzo (2024) analizan que los Principios Rectores de deuda y reformas económicas conexas del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (CDH) prescriben que todas las políticas públicas deben orientarse de forma coherente a asegurar la primacía de los derechos humanos (CDH, 2018, princ. 11, citado en Cantamutto y Manzo, 2024). Los autores consideran que la tríada ajustes-reformas-endeuda-

solo no cuenta con experiencia en gestión social, sino que es exdirector de una plataforma de apuestas online, en un país en donde la ludopatía crece día a día y es una de las preocupaciones más graves en relación con la salud mental de los y las adolescentes”.

28 Para ampliar información consultar en: Centro de Estudios Legales y Sociales. (2024, 26 de septiembre). *Salud en agonía. Las medidas de gobierno y sus consecuencias en nuestras vidas*. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/salud-en-agonia/>

miento que se experimenta con el gobierno de Milei, debería calibrarse destinando la mayor cantidad de recursos hacia la realización de los derechos humanos acorde a lo establecido en la normativa internacional. En contraposición a ello, advierten que el plan de ajuste de este gobierno afecta a los derechos humanos de los grupos más vulnerables de la sociedad argentina, en “(...) un proceso reñido con toda la institucionalidad ligada a los derechos humanos” (...) (Cantamutto y Manzo, 2024, p. 237).

Unzué y Romé (2025, p.6) señalan que esto se sucede en el marco de cierta eficacia de los mecanismos discursivos de legitimación de políticas de ajuste, logrando adhesión y legitimación de una parte de la sociedad o “al menos apatía frente al empeoramiento de las condiciones de vida de las mayorías sociales”.

A la instalada frase de época “fingir demencia”, podría interpretársela en clave del pedagogo brasileño Paulo Freire desde la vigencia de su categoría de “anestesia histórica” (1993, p.132) para aludir a un estado en el cual las personas se encuentran presas de su realidad, configurándose en un clima cultural, político e ideológico desfavorable y favorecedor de los intereses de las clases hegemónicas en detrimento de las clases populares. En consonancia con ello, Safocada et al. (2019) advierten que, en las sociedades contemporáneas, se han acrecentado los procesos de desconcienciación y de naturalización de la irracionalidad en el ejercicio del poder por parte del Estado, posibilitando que distintos fenómenos se den sin mayores impedimentos por parte de las sociedades.

Puntualmente en el campo de la salud, los tiempos que corren permiten constatar vulneraciones cotidianas al derecho a la salud integral y a su acceso por parte de la población argentina. Desde una realidad que marcha a contrapelo de garantizar dicho derecho, visibilizándose en las trayectorias sanitarias de las mujeres del estudio determinantes y condicionantes sociales que influyen en su bienestar o malestar, así como de sus familias y comunidades.

Pandemia por la enfermedad de Covid-19: el coyuntural escenario que impactó en el estudio

Tal como analizábamos, el estudio transitó por momentos histórico-sociales, así como económico-políticos con características muy propias. Un suceso central, ya mencionado, fue la irrupción de la pandemia por la enfermedad de Covid-19, que impactó de lleno en nuestro estudio en lo inherente a su temática. Nuevas preguntas emergieron a partir del supuesto acerca de cómo este evento histórico vino a interpelar en las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA, no sólo de mujeres en situación de pobreza, sino también en mujeres de clase media. Iniciamos a partir de este suceso la etapa comparativa a los fines de rastrear entramados de las desigualdades en salud.

La enfermedad Covid-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2 aparece y comienza a expandirse finalizando el año 2019 en Wuhan (Hubei, China). Se trata de un patógeno respiratorio humano nuevo, altamente transmisible y virulento que provocó una pandemia. La misma se facilitó por condiciones como la hipermovilidad y la intensidad de los intercambios en la era de la globalización (Ramonet, 2020), lo que favoreció su inmediata propagación por casi todo el planeta, obligando a las poblaciones a confinarse en sus hogares como medida preventiva. Meyssan (2020) describe que, con su expansión se produjo en muchos países un cierre brusco de las fronteras junto con la suspensión de actividades en las escuelas, las universidades, las empresas y los servicios públicos, así como la prohibición de festividades y actividades colectivas, transformando la dinámica de las sociedades y la vida de las personas.

Ramonet (2020) considera que la pandemia no constituyó sólo una crisis sanitaria, sino que se configuró en lo que las ciencias sociales califican como “hecho social total”, dado que convulsiónó el conjunto de las relaciones sociales y conmocionó a la totalidad de los actores, de las instituciones y de los valores.

Saforcada (2021d) considera que el brote epidémico de Covid-19 puso de manifiesto distintos factores que desencadenaron el flagelo mundial a partir de un virus con capacidad de infectar a la especie humana generado por efectos de prácticas promovidas por el capitalismo neoliberal. Menciona la tala de bosques, la producción industrial de alimentos, la existencia de mercados populares de alimentos deficientes en lo sanitario, entre otros. El autor entiende que la pandemia puso de manifiesto políticas de Estado que el neoliberalismo había implementado, reconociéndose desde un sistemático y progresivo deterioro de la prestación de servicios de salud, junto con el predominio de una formación académica en profesionales de la salud de tipo biologicista y clínico-reduccionista, cómo aspectos que se visibilizaron con la crisis sociosanitaria.

Kessler y Benza (2020) entienden que la pandemia se constituyó en un hecho único que reforzó debates sobre temáticas hasta el momento poco discutidas. Entre éstas señalan la de los sistemas de salud. Consideran que la pandemia mostró las debilidades de los sistemas de cada país dando cuenta que, si bien ha habido inversiones, éstas resultaron insuficientes al evidenciarse la incapacidad para garantizar el acceso a la salud a los más pobres.

Para los autores la salud en América Latina es una problemática que, en general, preocupa y se aborda individualmente, sin encontrarse en el centro del debate público. Reconocen dos cuestiones: por un lado, que las personas suelen olvidarse de la cobertura de salud hasta que la precisan, y por el otro, que no se advierten minorías sociales activas que pugnen por cambios en este sector. Incluso mencionan que durante el transcurso de la pandemia no afloraron en el espacio público voces que reclamen en torno a un universalismo en los servicios de salud, así como tampoco ingresaron en la agenda pública propuestas que busquen superar la segmentación por ingresos en el acceso a la salud. Aspectos que, con la pandemia, han manifestado consecuencias en las oportunidades diferenciales de vida o muerte en varios países (Kessler y Benza, 2020).

Distintos autores coinciden en que el coronavirus visibilizó aún más las desigualdades de las sociedades en distintos planos como el económico, sanitario, educativo, tecnológico, entre otros (de Sousa Santos, 2020; García Canclini, 2020; Grimson, 2020; Hincapié, 2020; Kessler y Benza, 2020; Kessler, 2020; Molina Valencia, 2020; Quijano Valencia y Corredor Jiménez, 2020; Saforcada, 2021c; Segato, 2020; Svampa, 2021; Toro Pérez, 2020; entre otros y otras).

Ramonet (2020) considera que las medidas de confinamiento e higiene resultaron imposibles a aquellos grupos sociales que viven sin agua corriente, hacinadas en favelas, chabolas, villas miseria, o aquellos que duermen en las calles, o viven en campamentos de refugiados. De esta manera “cuando la salud es una mercancía, los grupos sociales pobres, discriminados, marginalizados, explotados quedan mucho más expuestos a la infección” (Ramonet, 2020, p.17).

Svampa (2021) reflexiona sobre lo que la pandemia dejó al descubierto en relación a cuestiones críticas latinoamericanas, colocando en el centro problemáticas que estaban minimizadas como desigualdades sociales, económicas, étnicas y altos niveles de concentración de la riqueza. Plantea que tras décadas de neoliberalismo se evidenció el retroceso de los servicios básicos tales como la salud, la educación y la degradación del hábitat. Respecto de esto, la autora vincula la crisis socio ecológica, modelos de mal desarrollo y salud humana. Entiende

que el modelo productivo global “neoextractivista”, enfocado en la maximización del beneficio económico, la expansión de monocultivos, la sobreexplotación de bienes naturales, la contaminación por pesticidas, la deforestación e incendios, lleva a la destrucción de ecosistemas expulsando a los animales silvestres de sus entornos naturales, liberando virus zoonóticos y posibilitando en contacto con humanos el salto inter-especie. Para Svampa (2021) quienes más sufren los daños ambientales son los sectores más vulnerables, porque habitan en zonas expuestas a fuentes de contaminación, carecen de los medios económicos y humanos para afrontar las consecuencias, resistir los embates del extractivismo y sobrellevar los impactos de inundaciones, sequías, tormentas, entre otros.

Segato (2020, p. 18) plantea que la pandemia supuso un escenario que vino a “mover el piso a los dueños del planeta” cuyos pilares son la dominación, cosificación y control de la vida. Dice la autora “estamos frente a un estado de excepción inusitado (...) que ha apretado la palanca que suspende el funcionamiento de la gran usina que confundíamos con el orden divino” (Segato, 2020, p. 18). Para comprender el fenómeno la autora propone una “pedagogía ciudadana” como aquella que viene a enseñar que nada es inamovible, que todo puede ser alterado, pudiendo constatarse que, en materia de gestión de la vida ha sido posible transformar el mundo en un gran laboratorio en el que se realiza un portentoso experimento que parece ser capaz de reinventar la realidad.

Villalobos Galvis (2020) reflexiona que la pandemia convulsionó el pensar, sentir y vivir la propia salud, expresa ha representado para la humanidad uno de los más grandes estresores en los últimos 100 años, al constituir un alto potencial de amenaza y daño. El autor entiende que, frente al lugar de los valores sociales y el sentido de comunidad como factores protectores para la salud mental y bienestar de las personas, la enfermedad de Covid-19 enfrentó a las poblaciones a la paradoja de su forma de cuidado: el aislamiento y el no contacto con otros u otras, siendo que justamente el lazo social se constituye en elemento clave de la salud humana.

La pandemia por Covid-19 representó para Argentina una crisis multidimensional. A partir de los primeros meses de 2020 y durante su transcurso el país enfrentó múltiples olas de contagios, ante los cuales el Poder Ejecutivo Nacional decretó el 12 de marzo de 2020 la “emergencia sanitaria” (DNU N° 260/2020) y el 20 de marzo puso en vigencia el “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” (ASPO) (DNU N° 297/2020). Medidas que alteraron las formas organizar cotidianamente la vida de los hogares, en paralelo a la implementación de una extensa campaña de vacunación.

Transcurridos tres años y tres meses de la pandemia de Covid19, desde su declaración por la OMS el 11 de marzo de 2020, hasta el anuncio del final de la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 5 de mayo de 2023 (OPS, 2023); hacia fines de agosto de ese mismo año Argentina reportaba un total acumulado de 10.061.739 de casos confirmados de coronavirus, 130.568 fallecidos y 9.930.223 recuperados del virus (Worldometer, 2025).

A partir del anuncio del final de la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud argentino adoptó la postura de la OMS y se reorientó a una etapa de vigilancia sostenida del virus. Se dejó de emitir el informe diario y la Sala de Situación Covid-19 y desde 2023, la información referida a la Covid-19 se incluye en el Boletín Epidemiológico Nacional como parte de las enfermedades respiratorias.

Heredia (2025) reflexiona que el SARS-CoV-2 consiste en un virus que mutó casi continuamente desde su surgimiento. Actualmente en nuestro país la situación de variantes de SARS-CoV-2, al igual que a nivel mundial, se caracteriza por una circulación exclusiva de la

variante Ómicron y sus derivadas²⁹. Hasta el momento no se han reportado datos epidemiológicos que indiquen asociación entre alguna de estas variantes y una mayor gravedad de la enfermedad.

De acuerdo a datos del Boletín Epidemiológico Nacional N° 751, Heredia (2025) advierte, que en las primeras 21 semanas del 2025 se ha registrado un porcentaje de positividad del 3.98%, representando una muy baja circulación viral, comparada con la Influenza cuya positividad ronda el 40 %. Tendencia que se mantiene de acuerdo al último Boletín Epidemiológico Nacional publicado N° 761, que da cuenta que en las primeras 23 semanas de 2025 los casos de Covid-19 se mantuvieron en valores bajos (BEN, 2025, p. 52) circulando con distintos virus respiratorios que en orden de frecuencia van de la Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Salvia, Poy y Pla (2022, p. 198) consideran que la pandemia por Covid-19 representó un fenómeno de alcance global, que en Argentina vino a acentuar un “proceso de deterioro distributivo e informalización de la estructura social del trabajo, que en mayor o menor grado atravesó a todos los sectores sociales”. Para los autores, se agravó la situación económica y se profundizaron las desigualdades históricamente asentadas sobre desequilibrios económicos estructurales.

Los autores expresan que la pandemia puso en el centro de la escena la falta de disponibilidad de los servicios a los que recurren las familias para el cuidado. En este contexto, se visibilizaron dos cuestiones, una fue que “la necesidad de internalizar en el hogar múltiples actividades productivas y reproductivas tensó la vida cotidiana de las familias, con un peso particular sobre las mujeres” (Salvia et al. 2022, p. 193). La otra, vinculada a la anterior, es que la pandemia puso de manifiesto la fragilidad en la que se reproduce la vida en una gran parte de los hogares argentinos, “las mayores desigualdades en la distribución de tareas de cuidado se dieron en los hogares ubicados en lo más bajo de la estructura socio-ocupacional. Las mujeres de estos sectores vieron incrementar (...) las demandas de cuidado sin que se democratice la distribución de tareas” (Salvia et al., 2022, p. 196).

Se reconoce así el impacto de la epidemia en las poblaciones de Argentina, atendiendo a las mujeres como principales portavoces de los grupos sociales del Gran Río Cuarto. Para pensar en la idea de impacto, tomamos la definición de la Real Academia Española (2025), que en su segunda acepción remite a “huella o señal que deja un impacto”, llevándonos al sentido de un “rastro, seña o vestigio que deja alguien o algo” (Real Academia Española, 2025). Entendemos que los impactos devienen en nuevas configuraciones de relaciones entre las personas, las tecnologías, las instituciones, los contextos y sus condiciones particulares y los resultados (Zuñiga Céspedes, et al. 2002). Lo que se vio expresado con la pandemia en estos planos y en tantos otros.

Nos interesa indagar en las huellas que la vivencia de la epidemia³⁰ por la enfermedad de Covid-19 puede haber generado en la subjetividad de mujeres del Gran Río Cuarto, recono-

29 A mediados del año 2025, circulan 1 variante de interés (VOI, por su sigla en inglés), JN.1. 6 variantes bajo monitoreo (VUM, por sus siglas en inglés), que son KP.3, KP.3.1.1, LB.1, XEC, LP.8.1 y NB.1.8.1 (Heredia, 2025).

30 Es importante aclarar que por momentos se recurre a la denominación *pandemia* y por momentos a la de *epidemia*. Esto se refiere a la necesidad de aludir, en el primer caso *-pandemia-* al fenómeno en el contexto mundial dando cuenta de cómo una enfermedad epidémica (en este caso la Covid-19) se extiende a muchos países afectando a un gran número de personas en ellos; y en el segundo caso, la denominación *epidemia* se emplea para hacer referencia a cómo la enfermedad se propaga puntualmente en nuestro país afectando a un gran número de personas. Así, por ejemplo, cuando se quiere hacer alusión a cómo un país encara el problema es correcto usar la denominación *epidemia*, ya que son pocos los países que se ocupan de una *pandemia* (distribución de vacunas

ciendo cómo la misma atravesó sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre SECA. Se tratará de indagar poniendo en relación semejanzas y diferencias en sus procesos de significación de la salud y la enfermedad antes y después de la vivencia del fenómeno de la Covid-19, en diálogo con las condiciones concretas de existencia por ellas vividas, considerando la potencialidad de sus relatos para dar cuenta de la manifestación de desigualdades en salud vividas entre estos grupos sociales en dicho coyuntural escenario.

Habiendo transcurrido cinco años de este inédito fenómeno sanitario nos resulta aún una apuesta poder dirimir y aportar claridad en la comprensión de sus diversas implicancias y manifestaciones en términos de desigualdades en salud, intentando captar la emergencia de transformaciones, superficiales o duraderas, vinculadas a la construcción de conocimientos y formas de acción en lo referido a procesos de SECA de mujeres a partir de este tiempo histórico.

Breves consideraciones sobre la metodología y la organización del escrito

Nos referiremos introductoriamente al posicionamiento metodológico, dado que es un aspecto sobre el que profundizaremos apenas iniciado este libro. Sólo decir aquí que nos situamos en un estudio cualitativo desarrollado a partir de un diálogo entre los paradigmas epistemológicos interpretativo y crítico. La cualidad flexible de la metodología cualitativa propició un devenir por etapas que le confirieron a la investigación el carácter de estudio de casos biográfico-comparativo, lo que promovió una comprensión profunda del fenómeno analizado.

Concebimos a la investigación con sentido social, por anclarse en los problemas del presente, desde las necesidades de las poblaciones, particularmente de aquellos grupos sociales más excluidos, y en la resistencia frente a las desigualdades e injusticias, donde las personas, protagonistas de la investigación son reconocidas como constructoras de teorías cotidianas con derecho a ser un cuestionadores de sus condiciones de existencia (Sirvent y Rigal, 2023).

Desde un enfoque integral y humanizador en salud, nos proponemos conocer las realidades sobre salud, enfermedad, cuidados y atención de mujeres del Gran Río Cuarto atendiendo a sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas, personales, familiares y comunitarias. Intentaremos reconocer de sus relatos expresiones que den cuenta de vinculaciones, analogías, relaciones, semejanzas, diferencias y distanciamientos, que nos permitan poner en común y contrastar sus vivencias enlazadas a las oportunidades materiales y simbólicas que se dan en esos procesos, intentando hallar entre ellas, como se expresan y configuran tramas de las desigualdades en salud que experimentan algunas de las mujeres en sus vidas.

A los fines de dar cuenta de ese proceso de investigación, este libro se organiza en cinco partes las cuales se componen de capítulos, y al cierre de ellos por reflexiones de síntesis.

La 1ra parte, denominada “*consideraciones preliminares*” se conforma por tres capítulos. El capítulo 1º, presenta la reconstrucción metodológica que permitió la realización del estudio; el capítulo 2º, introduce a los diálogos entre las perspectivas sobre pobreza y clases sociales que asume la investigación, y el capítulo 3º aproxima a una comprensión de los procesos de SECA de las mujeres desde la perspectiva biográfico-narrativa dando un marco introductorio a los análisis que vendrán.

La 2da parte, llamada “*mujeres que piensan en salud*”, desarrolla la dimensión del estudio inherente a las concepciones sobre SECA, y se organiza en cinco capítulos. El capítulo 4º,

y personal de salud a todos o muchos de los demás países, etc.), teniendo en cuenta que, como organismo solo la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ocupa de la pandemia.

se presenta el contexto conceptual en torno a las concepciones sobre salud y enfermedad, el capítulo 5º analiza las concepciones de salud y enfermedad personal de mujeres, el capítulo 6º desarrolla concepciones de salud y enfermedad familiar de mujeres, el capítulo 7º, aborda las concepciones sobre salud y enfermedad comunitaria de mujeres, cerrando esta 2da parte con el capítulo 8º que analiza concepciones de salud ideal de mujeres.

La 3er parte, denominada “*mujeres que conocen y creen en salud*” desarrolla las dimensiones conocimientos y creencias sobre SECA, y se constituye por dos capítulos. El capítulo 9º analiza los conocimientos sobre SECA de las mujeres, mientras el capítulo 10º analiza sus creencias sobre SECA.

La 4ta parte, titulada “*mujeres que hacen en salud*” aborda la dimensión de las prácticas sobre SECA que llevan a cabo las mujeres del estudio. Se organiza en cuatro capítulos. El capítulo 11º presenta el contexto conceptual para construir sentidos en torno a las prácticas de SECA de las mujeres, el capítulo 12º aborda los planos personal y familiar que asumen las prácticas de SECA, el capítulo 13º, analiza las prácticas de atención y acceso al componente formal, visibilizando trayectorias sociosanitarias diferenciadas, y el capítulo 14º desarrolla las prácticas comunitarias de SECA.

La 5ta, y última parte de este libro denominada “*mujeres que narran desigualdades*”, se adentra en la dimensión que aborda esta temática, y se constituye por el capítulo 15º que analiza las tramas de las desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA de las mujeres.

Finalmente, se desarrollan las *conclusiones* que se organizan en apartados que abordan reflexiones sobre: las desigualdades en salud; el escenario de expropiación de la salud que impera en el sistema y la tensión con las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas legas; tipologías halladas sobre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA; la dimensión del conocimiento sobre SECA, que analiza la promoción de escenarios de co-construcción de conocimientos sobre SECA y efectúa una metarreflexión en torno a la psicopedagogía comunitaria. Finalmente se reflexiona sobre la relevancia del estudio y prospectivas que se derivan del mismo.

Interesa aclarar aquí que, si bien este libro supone un corpus completo y articulado en cada una de sus partes, también fue pensado y escrito para que cada capítulo pudiese ser leído independientemente, desde el abordaje de una temática específica en sí misma.

Comparto en lo que sigue este trabajo, que, como todo intento por comprender una realidad compleja, puede resultar inacabado. El transitar paulatinamente con plena conciencia de cada una de sus fases y momentos me permitió entender que en esta construcción las certezas se hallan en los relatos de las 37 mujeres con las que dialogué, en la polifonía de testimonios que escuché, detenida, intencionada y reiteradamente. Siempre guiada por la pregunta ¿qué me dicen, que me cuentan estas mujeres? intenté conectarme y resonar con sus testimonios. Mujeres a quienes pregunté y repregunté y con las cuales me emocioné a partir de sus relatos, y al volver a escucharlos y al releerlos en la elaboración del análisis. Tristes y dolorosos pasajes, pero también relatos de plenitud y alegría, así como otros donde las reconozco como super-heroínas de sus vidas, las de sus familias y sus comunidades.

Su confianza en mí y en mi trabajo, junto con sus narraciones, cargadas de un acumulado potente de saberes y experiencias, son la certeza que hoy traigo para compartir con este libro. Mis construcciones solo son posibles con ellas, y a partir de ellas, de sus sentidos, sus conocimientos, sus creencias y sus prácticas. Con los que entro en un diálogo respetuoso, constantemente indagador, que intento enriquecer con interpretaciones y nuevas preguntas.

Anhelo que las certezas de sus vidas los y las conmuevan tanto como a mí, y los y las anime a pensar y hacer por una realidad en salud transformada, permeada por encuentros nutridos de amorosidad, empatía, diálogo, humanización y justicia para todas y todos. Cuestiones a las que ansía contribuir este escrito.

I PARTE

Consideraciones preliminares

Capítulo 1

RECONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DEL ESTUDIO

(...) en términos de metodología de la investigación se trata de construir o diseñar el análisis lógico de un estudio, que no es una secuencia lineal direccional, sino un proceso dialéctico que avanza a través de contradicciones y se enriquece y modifica al mismo tiempo que se lleva a cabo (...)
(Perera Pérez, 2003, p. 18).

Este capítulo parte de la pretensión de explicitar el procedimiento metodológico implementado para la consecución del estudio. Atendiendo a ello, se desarrollará el posicionamiento epistemológico a partir del cual se construyó conocimiento en este estudio, se analizará el carácter flexible propio del diseño cualitativo del estudio, se desarrollarán las etapas que configuraron el estudio, los tipos de diseño asumidos en ellas, los procedimientos muestrales empleados, se presentará la caracterización sociodemográfica correspondiente a los barrios, la caracterización de los grupos de mujeres participantes, se analizarán los procedimientos de recolección de datos así como de análisis de los mismos, finalizando con consideraciones en torno a los principios éticos que sustentaron el estudio.

Posicionamiento epistemológico asumido para la construcción del conocimiento en el estudio

El estudio se definió como cualitativo, sustentado en un diálogo entre los paradigmas interpretativo y crítico. Flick (2007) considera que la investigación cualitativa posee una relevancia específica para el estudio de las relaciones sociales debido al rápido cambio social y la diversificación resultante de la pluralización de los mundos vitales en los tiempos que corren, lo que exige sensibilidad para el estudio de los problemas sociales atendiendo a nuevos contextos, perspectivas y conceptos. El autor destaca la importancia de la investigación cualitativa en tanto se orienta a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos.

Para el autor la investigación cualitativa parte de la noción de la construcción social de las realidades sometidas a estudio y se interesa por la perspectiva de los participantes en las prácticas y el conocimiento cotidiano referido a la cuestión estudiada. Sostiene que la investigación cualitativa trata de desgranar cómo las personas construyen el mundo a su alrededor, lo que hacen o lo que les sucede, en términos que sean significativos y que ofrezcan una comprensión llena de riqueza.

Denzin y Lincoln (2011) caracterizan a la investigación cualitativa por el énfasis en la actividad situada de una serie de prácticas materiales e interpretativas que hacen visible el mundo

y lo transforman, intentando entender los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan.

Para Vasilachis de Gialdino (2006) la investigación cualitativa se interesa por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido por el contexto y por los procesos, por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento y sus relatos.

Como se mencionó inicialmente, el estudio se sitúa en el interjuego de los paradigmas epistemológicos interpretativo y crítico. La *perspectiva interpretativa*, aporta la posibilidad de comprender los sentidos y significados que otorgan las mujeres a su realidad a partir de sus testimonios y relatos. Pudiendo conocer a través de ellas su universo de acciones, comportamientos, interacciones, motivos, intenciones, necesidades, problemas, sueños, anhelos, dolores, alegrías, reflexiones, y el sentido que les otorgan a las mismas. Por su parte, la *perspectiva crítica*, permite concebir a las mujeres del estudio como conocedoras de sus propias realidades, situadas en las coordenadas de su tiempo histórico, capaces de preguntarse por su presencia en el mundo, por las circunstancias en que se encuentran, de interpelarse, construir conocimiento y pensar críticamente, para, a partir de allí tomar injerencia en sus propias situaciones.

Nuestro estudio apuesta por una investigación cualitativa que genera prácticas de encuentro situado desde lo que Vasilachis de Gialdino (2006) entiende por una “epistemología del sujeto conocido”, que trasciende el foco que los enfoques tradicionales le conferían al investigador como “sujeto cognoscente, actor primordial del proceso de conocimiento” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p.50), para marchar al reconocimiento del protagonismo a los sujetos conocidos y su realidad ontológica, desde su lugar activo en la construcción de conocimiento en una “interacción cognitiva” donde se enriquecen distintas formas de conocer (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 36).

En el marco de las nuevas apuestas epistemológicas en investigación cualitativa, interesa situar a nuestro estudio en la perspectiva de una “epistemología latinoamericana” (Vasilachis de Gialdino, 2012, p. 518) como aquella interesada por producir conocimiento, epistemologías nuevas y teorías del conocimiento a partir de los sujetos de América Latina. En este sentido, al decir de la autora, concebimos a las mujeres participantes de esta investigación como no pasivas, no estando y aceptando, no proveyendo datos útiles para que otros conozcan, sino activas, como aquellas que van siendo y haciendo, produciendo un conocimiento sobre sí mismas, sus vidas en salud, sus situacionalidades personales, familiares y comunitarias en torno a sus vivencias de SECA.

El estudio asume así una perspectiva de investigación social en tanto “práctica situada en un contexto histórico, sociocultural e institucional concreto (...) (cuya) intencionalidad esencial es la construcción de conocimiento científico sobre la realidad social en respuesta a problematizaciones sobre los hechos sociales que la componen” (Sirvent y Rigal, 2023 p. 27).

En consonancia con lo planteado hasta aquí, se asumió un enfoque relacional- dialéctico de investigación (Achili, 2005), que, tal como se refirió en la introducción al libro, nos permitió atender a distintas dimensiones del fenómeno en estudio desde una lógica respetuosa y reflexiva de los procesos, sus interdependencias y relaciones socio-histórico-contextuales. En esa clave, se implementó un diseño metodológico cualitativo flexible que favoreció que en estudio el despliegue una simultaneidad recursiva y espiralada entre la información empírica disponible (trabajo de campo) y los referentes conceptuales (trabajo conceptual). Cuestiones sobre las que profundizaremos en lo que sigue.

Sobre el carácter flexible del diseño de estudio

Inicialmente se definió la investigación a partir de una perspectiva centrada en mujeres en situación de pobreza, desde análisis e interpretaciones que nos fueron permitiendo reconocer el inminente carácter biográfico narrativo del estudio en tanto las mujeres, al referirse a sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA, aludían a situaciones y vivencias acontecidas en el transcurso de sus vidas.

Con el avance del tiempo, comenzó a surgir la inquietud de incorporar relatos de un nuevo grupo de mujeres que presentasen características propias, diferentes al grupo inicial. Así se agregó un nuevo grupo social de mujeres de clase media. Incorporación que se concretó sobre 2020 con la llegada de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 como fenómeno que vino a visibilizar manifestaciones de la desigualdad social y de salud desde la cual los grupos humanos vivenciaron dicho coyuntural escenario.

De esta manera, ir precisando cuestiones inherentes al diseño del estudio cualitativo, ir reconociendo la complejidad de la temática situada contextualmente, percibir cómo ello impactaba en la prosecución del estudio, nos permitió identificar el carácter flexible del diseño cualitativo asumido.

Mendizábal (2006, p.67) define por “diseño flexible” a una armonía plástica entre los componentes de una propuesta de investigación que posibiliten durante su evolución su modificación a los fines de poder captar aspectos relevantes de la realidad estudiada. Como mencionábamos, en nuestra experiencia fue el acontecer indagador el que nos advirtió sobre la necesidad de explicitar este carácter flexible y circular en torno al diseño, considerando que se abordaba una temática poco indagada, que exigía una reconsideración constante, apertura a lo inesperado y una actitud de revisión y modificación de los elementos que componen la propuesta. Aspectos que, de acuerdo al autor, caracterizan un modo de conducir el proceso total de la investigación orientada a su enriqueciendo y originalidad.

Maxwell (1996, p. 6), por su parte, plantea que más allá de los planes de investigación trazados con detalle, es necesario dejar abierta la posibilidad de revisarlo substancialmente y con flexibilidad durante el proceso, en tanto “las nuevas percepciones que emergen pueden requerir nuevos planes de muestreo, diferentes tipos de datos, y diferentes estrategias analíticas”.

Desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada, Strauss y Corbin (2002) plantean que en la medida que se van analizando los datos de una investigación, van emergiendo nuevas preguntas y se seleccionan nuevos casos, así se va modificando el tipo de diseño inicial a partir de los datos emergentes. Desde esta perspectiva los autores sugieren un aproximarse a la investigación de manera flexible, sin tanto control ni planificación entendiendo que la flexibilidad y apertura atempera la comprensión de que los fenómenos son complejos y sus significados no se vislumbran con facilidad. Los autores expresan:

“la emergencia es la base de nuestro método de construir teoría, un investigador no puede comenzar una investigación con una lista de conceptos preconcebidos, un marco teórico que lo guíe, o un diseño muy bien determinado. A los conceptos y el diseño se les debe permitir que emerjan a partir de los datos. (...). Tal tarea exige sensibilidad (...) tolerancia a la ambigüedad, flexibilidad en el diseño y una gran dosis de creatividad” (Strauss y Corbin, 2002, p. 38).

De esta manera, los autores citados aportaron sentido a poder comprender el carácter flexible con que se iba configurando nuestro diseño y quehacer de investigación.

Etapas que configuran el estudio

Pueden identificarse tres etapas que constituyeron el desarrollo el estudio:

- *Una primera etapa “prepandemia” (período octubre de 2017 a diciembre de 2019), se inició a partir del estudio de un primer grupo constituido por 11 mujeres en situación de pobreza consideradas como caso único.*
- *Una segunda etapa “pandemia” (período enero de 2020 a diciembre de 2022), que se configuró en un doble sentido: por un lado, a partir de la incorporación al estudio de un nuevo grupo social de mujeres en situación de clase media (nuevo caso de estudio, virando a la modalidad de casos múltiples), y por el otro a partir de la necesidad de volver a entrevistar a mujeres en situación de pobreza, algunas ya entrevistadas en la primera etapa, así como a otras de los mismos u otros barrios en situación de pobreza que no habían sido entrevistadas en la etapa inicial. Se constituyó por 17 mujeres de clase media, 2 mujeres ya entrevistadas en situación de pobreza, y 2 nuevas de este grupo.*
- *Una tercera etapa “postpandemia” (de enero de 2023 a noviembre de 2025), la que se delimitó a partir de la concreción del análisis comparativo de ambos casos de estudio. Es decir, en los años precedentes el estudio se centró en el análisis caso por caso (mujeres en situación de pobreza -primera etapa- y mujeres en situación de clase media -segunda etapa-) es a partir de 2023 que se avanza en el plano analítico comparativo del estudio atendiendo a ambos casos simultáneamente. Se incorpora en este momento, al caso en situación de pobreza, 7 nuevas mujeres.*

Las etapas mencionadas, se caracterizaron por ir asumiendo tipos de diseño que le fueron confiriendo de identidad propia a esos momentos del estudio, las que se desarrollan a continuación.

Primera etapa: estudio de caso único con enfoque biográfico narrativo

El *enfoque biográfico-narrativo*, se definió en la primera etapa del estudio centrado en el caso de mujeres en situación de pobreza, dado que permitió ir, paulatinamente, identificando de sus relatos sus historias y su presente, sus vivencias y situaciones de SECA a partir de narrativas que permitieron comprender su realidad socio-sanitaria en tiempos previos, durante y posteriores a la pandemia.

Esta perspectiva biográfico narrativa habilitó el reconocimiento en los relatos, de ejes temáticos que se presentaron en clave de coordenadas temporales (Bolívar y Fernández, 2001) permitiendo reconocer aspectos como: historias de vida en relación a concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA, acontecimientos y el porqué de los mismos, el reconocimiento a personas que intervinieron en sus historias y el contenido de las mismas, así como también la sucesión de eventos que informan en sus narrativas. En este sentido, el preguntarnos por cambios en las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas en relación a SECA a lo largo de sus vidas y atendiendo al fenómeno de la pandemia, fue una de las características centrales de este estudio en clave histórico-biográfica que permitió remitirnos al pasado, no sólo de la vida de las mujeres, sino de la historia inmediata previa a la pandemia, y asumir así una mirada diacrónica del fenómeno de estudio.

En el campo de la investigación en salud, puede reconocerse desde hace varios años una tradición en investigación cualitativa. En ella es posible reconocer un paulatino desarrollo de los enfoques biográficos-narrativos que realizan interesantes aportes para pensar la salud, los cuidados y la vida de las personas (Amezcuá, 2004; Lopera-Vásquez, 2020; Suárez Rojas y Calvo, 2024; Velasco Juez, 1999; Witter et al., 2017; entre otros y otras).

Conde y Pérez Andrés, (1995) desde una perspectiva “emic” en los estudios cualitativos en salud entienden que las demandas y prioridades que surgen desde los grupos sociales, permiten interpretar las concepciones simbólico-culturales de “las salud” existentes en la población, concibiendo a ésta como un actor autónomo y protagonista en su mejora y preservación.

Mallimaci y Giménez Béliveau (2006) consideran que las diferentes disciplinas que han recurrido a la historia de vida destacan su capacidad para iluminar campos de la acción humana que han sido descuidados por otras tradiciones metodológicas. Puntualmente desde el campo de la salud, Amezcuá (2004) plantea que recurrir a la memoria y a la narración de la experiencia vivida permite un acercamiento a dimensiones cotidianas del proceso salud-enfermedad, que no son recogidas en los documentos oficiales (estadísticas sanitarias, historias clínicas, registros estandarizados, etc.) y que ofrece las claves para la comprensión de múltiples dimensiones sobre la salud y la enfermedad que fuera de ella han sido invisibilizadas.

Algunos antecedentes dan cuenta que las historias de vida en el campo de la salud permiten, entre otras cuestiones, indagar en temáticas vinculadas a la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas y la efectividad de los tratamientos médicos (Lopera-Vásquez, 2020); o comprender las condiciones de salud-enfermedad de migrantes que realizan trabajo transnacional irregular (Morales-Tellez, 2019); así como indagar en cómo influye en la experiencia de enfermar el hecho de ser un profesional de la salud (Guerrero Portillo, Montoya-Juárez y Hueso-Montoro, 2014); o bien comprender diferentes planos de producción del cuidado en salud en la vida de usuarios para conocer el acceso o barreras al sistema de salud mental (Emerson Elias, Feuerwerker y Erminia, 2012). También se ha podido reconocer el estudio de historias de vida para explorar, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, las trayectorias de los sistemas de salud tras la superación de conflictos (Witter et al., 2017); así como el análisis de historias de vida en tiempos pandémicos, como representó la enfermedad de Covid-19 (Suárez Rojas y Calvo, 2024), entre otras temáticas.

Por su parte, la perspectiva de *estudio de casos*, se definió concibiendo que “es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1998, p. 11). Para Simons (2011) el estudio de caso refiere a una investigación exhaustiva desde múltiples perspectivas de la complejidad y unicidad de un determinado proyecto, política, institución, programa o sistema en un contexto real. De acuerdo a la autora, la finalidad es comprender un tema determinado para generar conocimientos y/o informar al desarrollo de políticas, la práctica profesional y la acción civil o de la comunidad.

Nuestra investigación se centró en un primer momento en el estudio de un primer caso, mujeres en situación de pobreza, con la intencionalidad de llegar a conocerlo y comprenderlo bien, destacando su unicidad y particularidad (Stake, 1998).

Segunda etapa: estudio de casos colectivo y comparativo con enfoque biográfico narrativo

En un segundo momento, se incorporó un segundo caso, mujeres en situación de clase media, manteniendo los mismos propósitos de indagación, pero redoblando la apuesta en términos de tornar a un estudio colectivo de casos que permitiese generar comparaciones entre los grupos de mujeres.

En este sentido, definimos al estudio de caso como *colectivo* porque investigamos dos grupos sociales de mujeres concebidos como dos casos en un mismo proyecto. Simons (2011) considera que el estudio colectivo permite estudiar varios casos para hacer una interpretación colectiva del tema. Por su parte, Neiman y Quaranta (2006) consideran que el estudio de casos múltiples permite, a partir de diferentes instancias de comparación, extender los resultados empíricos hacia fenómenos de similares condiciones y niveles más generales de teoría, así como elaborar explicaciones causales “locales” referidas a la comprensión de procesos específicos y en contextos definidos. Goetz y LeCompte (1988) consideran que el conocimiento de los casos se considera un fin importante de la investigación comparativa.

Si bien se transitó a la modalidad de casos múltiples, la identidad biográfica-narrativa continuó imprimiendo el perfil del estudio, permitiendo, en consonancia con lo que expresan Mallimaci y Giménez Béliveau (2006) reconocer las sociabilidades en las que se encuentran insertas las vidas de las mujeres, mostrando lo que generan con sus acciones, dando cuenta que “la gente crece en familias, se mueve hacia y a través de sistemas educacionales y mercados de trabajo, se vuelven sujetos de regímenes de las instituciones de salud...” (Miller, citado en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p. 177).

Tercera etapa: la impronta comparativa del estudio colectivo de casos

Relevados los documentos provenientes de las 39³¹ entrevistas individuales realizadas a las mujeres en situación de pobreza (22) y de clase media (17), es a partir de este momento que se cristaliza en el estudio la impronta del diseño de estudio colectivo y comparativo de casos.

Si bien ya desde la segunda etapa se define el perfil colectivo del estudio de casos al incorporar al grupo de mujeres en situación de clase media, cómo señalábamos, esa instancia marchó en clave de estudio pormenorizado caso por caso, proyectándose en el carácter colectivo la potencia comparativa que vendría con mayor minuciosidad en este tercer momento propiamente dicho.

Así, la perspectiva comparativa en el proceso de indagación con ambos grupos sociales de mujeres concebidos como casos de estudio, permitió reconocer la diversidad de vivencias en torno a procesos de SECA de las mismas, sus trayectorias sociosanitarias, sus experiencias de salud personal, familiar y comunitaria en la cotidianidad y en su contexto social de pertenencia.

Marradi, Archenti y Piovani (2010) plantean que el estudio de caso colectivo consiste en una investigación comparativa del estudio de varios casos. Puede tratarse de un diseño basado en casos similares o diferentes, o de replicaciones. Lo que convierte a estas investigaciones en estudio de casos es que el conjunto de los casos seleccionados no es considerado como una muestra estadística representativa de una población de donde se infieren generalizaciones,

31 Tal como se consigna anteriormente, se trató de 39 entrevistas a un total de 37 mujeres, dos de las cuales se volvieron a entrevistar en el escenario postpandemia.

sino por el contrario, cada caso es estudiado y comprendido en su especificidad para luego proceder a la comparación entre ellos dando lugar a la comprensión de una clase mayor de casos. En este sentido, la búsqueda no se orienta sólo hacia las características que tienen en común sino también hacia sus diferencias

Ragin (2007) plantea que el enfoque comparativo busca realizar un análisis sistemático de patrones de parecidos y diferencias que permitan explorar, explicar y comprender la diversidad y sus causas para un conjunto determinado de casos.

Para Piovani y Krawczyk (2017) la perspectiva comparativa parte del objetivo cognoscitivo de la comparación sistemática y deliberada de objetos complejos, ofreciendo interpretaciones de la realidad, así como insumos para el diagnóstico de problemas sociales.

Consideramos que la selección de los casos centrada en ambos grupos sociales de pertenencia de las mujeres resulta adecuada en tanto los mismos son comparables, pasibles de presentar aspectos parangonables en tanto comparten su pertenencia a una categoría empíricamente relevante que se manifiesta en el hecho de que estas mujeres han construido y empleado concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA a lo largo de sus vidas, aspectos que, en ambos grupos, de una u otra manera, fueron impactados en el escenario de emergencia sociosanitaria por la enfermedad de Covid-19 en Argentina.

En el estudio, la lógica comparativa procedió recurriendo al uso de parámetros que se definieron a través de dimensiones y categorías que emergen de la interpretación de los datos recabados de los grupos de mujeres concebidos como casos de estudio (Simons, 2011). El análisis comparativo emerge así, como un ciclo que viene a otorgar complementariedad a los análisis caso por caso desarrollados en las primeras etapas, desde un procedimiento lógico, sistemático, secuencial y riguroso. Devenir analítico que se orientó por procedimientos de comparación constante y codificación, los que constituyen principios centrales de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002).

La perspectiva comparativa permitió indagar en las condiciones causales y la complejidad social que entrañan las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA en ambos grupos de mujeres, especificando sobre las mismas en el marco de la diversidad y heterogeneidad de sus vivencias.

La dimensión metodológica que supone el abordaje comparativo en el estudio se enlaza a la adopción de un enfoque de clases sociales que considera la pertenencia de las mujeres y que surge desde la intención de reconocer en la temática un condicionamiento socioeconómico diferenciador en sus vidas. Aspecto que permite situarlas en una estructura social que condiciona desiguales trayectorias de SECA, expresada en desiguales experiencias, vivencias, concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de acuerdo a la ubicación en la misma. En ese sentido, nos interesa acceder a los sentidos vividos, las valoraciones contrapuestas y las significaciones sobre las experiencias de las mujeres en relación a los procesos de SECA, construyendo lecturas integrales, reflexivas y profundas que permitan develar las tramas de la diversidad y de la desigualdad social en salud, la que asume características propias en sus vidas, enlazadas a sus historias y contextos sociales, enhebradas también al coyuntural escenario de la pandemia por la enfermedad de Covid-19.

Collier (1992) considera que la comparación es una herramienta fundamental del análisis social que agudiza el poder de la descripción y juega un papel clave en la formación de conceptos enfocando similitudes y contrastes entre los casos de estudio. Para Sartori (1999) parangonar sirve para controlar -constatar o refutar- si una generalización o regularidad se corresponde con los casos a los cuales se aplica. Expresa que se compara para situar, para

aprender de las experiencias de otros, para construir términos y criterios de parangón, para explicar y comprender mejor.

Piovani y Krawczyk (2017) consideran que los estudios comparativos constituyen un tipo particular en el que el objetivo cognoscitivo principal implica la comparación sistemática y deliberada de objetos complejos (instituciones, ciudades, países, sistemas educativos, sistemas políticos, etc.), en los que se hace necesario considerar la diversidad de contextos en los que se sitúan dichos objetos. Los autores destacan los estudios comparativos como recurso analítico e interpretativo, que posibilitan, tal como afirma Geertz (1992, citado en Piovani y Krawczyk, 2017, p. 836), “(...) una concienzuda revisión de nuestra comprensión de lo que significa abrir (un poco) la conciencia de un grupo a (parte de) la forma de vida de otro, y por esa vía a (parte de) la suya propia”.

Desde el campo de la antropología de la salud intercultural Menéndez (2016) advierte que muchos estudios e intervenciones se han sesgado desde una tendencia a buscar en los “Otros” solo las diferencias, haciendo un llamado a considerar también las similitudes que existen entre los diferentes actores sociales. El autor entiende que este aspecto resulta potente en investigaciones o en intervenciones vinculadas a la salud, inherentes a representaciones y comportamientos de las personas, como aspecto a partir de los cuales poder pensar mejores vías para el desarrollo de procesos de aproximación social.

Así, en nuestro estudio, la perspectiva comparativa, en tanto componente del análisis, permitió reconocer cómo se expresan las semejanzas y similitudes, al tiempo que las diversidades en estos grupos, identificando las tramas de las desigualdades atravesadas por realidades disímiles ligadas a diversas trayectorias sociosanitarias que dan cuenta de oportunidades y accesos diferenciales a la atención de la salud. En relación a la puesta en acción del procedimiento analítico comparativo nos orientaron los interrogantes: *¿cómo establecer procesos de parangonabilidad interpretativa entre grupos de mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto respecto a situaciones de SECA que experimentan en su vida cotidiana? ¿qué es aquello posible de distinguir o asemejar a ambos grupos?*

En relación al objeto de estudio los interrogantes que nos guiaron expresaron: *¿qué similitudes y diferencias muestran en sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA ambos grupos de mujeres? ¿qué fundamentos las sustentan? ¿qué características expresan? ¿es posible identificar a partir de las similitudes y diferencias en relación a la vivencia de los procesos de SECA, entramados de desigualdad? ¿cómo se manifiestan? ¿cómo se expresan estas similitudes y diferencias en la vivencia de la pandemia por la enfermedad de Covid-19?* Interpelaciones que encauzaron la consecución del análisis comparativo realizado.

Procedimientos muestrales empleados

En relación a los procedimientos de muestreo utilizados en el estudio, se optó por instancias de “muestreo intencional” (Maxwell, 1996, p. 6) también llamadas “estrategias de selección muestral basadas en criterios” (Goetz y LeCompte, 1988, p. 103) que combinaron una selección inicial basada en criterios simples con posteriores procesos secuenciales y progresivos de selección a medida que el estudio avanzó.

Goetz y LeCompte (1988) consideran que la *selección muestral basada en criterios* exige que el investigador determine un conjunto de atributos que deban poseer las unidades del estudio, persona, grupo o escenario que se va a estudiar. Esta modalidad resulta pertinente para nuestra investigación en tanto refiere a poblaciones de las que poco se conoce y son heterogé-

neas, “permitiendo acceder a densos detalles que son esenciales para los análisis comparativos finales” (Goetz y LeCompte, 1988, p. 103).

En este sentido, *en la primera fase de la investigación* (prepandemia: octubre de 2017 a diciembre de 2019) comenzamos con una selección basada en un *criterio simple* que implicó implementar estrategias para localizar una unidad poblacional considerada relevante (Goetz y LeCompte, 1988, p.98), atendiendo a un grupo de mujeres en situación de pobreza.

Para ello, se resolvió un abordaje a través de referentes sociales de base con trayectoria en las comunidades, quienes se desempeñaron como informantes clave. Se contactó a un sacerdote cristiano que trabajaba en los barrios Islas Malvinas (IM) y Villa la Cava (LC) de la ciudad de Río Cuarto, y un alfabetizador que se desempeñaba en la Villa San Francisco (VSF) de la localidad de Las Higueras. A partir de allí se realizó un muestreo de casos reputados (Goetz y LeCompte, 1988, pp. 101-102) al proponer los informantes clave, mujeres por ellos conocidas que tuviesen diversas vivencias en salud y que pudiesen estar dispuestas a mantener una entrevista de investigación. Llegando a entrevistarse 11 mujeres madres entre los 22 y 66 años.

Luego, al avanzar con la investigación, *en una segunda fase* (pandemia: enero de 2020 a diciembre de 2022) realizamos un muestreo secuencial que implicó una nueva selección de caso. Goetz y LeCompte (1988) entienden por muestreo secuencial a un proceso abierto en el que, a medida que avanza la investigación y una vez que se han recogido datos suficientes para empezar el análisis, se determinan nuevos conjuntos de fenómenos para su análisis que despierten interés en relación al objeto de indagación. En nuestro estudio el muestreo secuencial se basó en la selección de un “caso discrepante” (Goetz y LeCompte, 1988, p. 181), lo que implicó tomar un caso nuevo divergente respecto del anterior en relación a la situación social, seleccionando al grupo de mujeres en situación de clase media.

Goetz y LeCompte (1988, p. 182) consideran que la modalidad de caso discrepante “se interpreta como un ejemplo que modifica, perfecciona o elabora un constructo”, siendo el caso discrepante una variante del caso previamente trabajado. En nuestro estudio, la selección estuvo guiada por la intencionalidad de generar nuevas comprensiones al fenómeno de las vivencias y trayectorias de SECA atendiendo a mujeres de diversos grupos sociales, en relación a sus propias vidas situadas en tiempos y espacios particulares, así como considerando el especial impacto generado por la enfermedad de Covid-19 a escala mundial.

De esta manera, para la conformación de la muestra de mujeres en situación de clase media, se emplearon dos procedimientos, atendiendo a las dos localidades de estudio. Para las Higueras se procedió a través de un informante clave que permitió contactar con mujeres residentes en el barrio centro (BCH) de dicha localidad. Para acordar los barrios típicos de residencia de clase media de la ciudad de Río Cuarto se operó mediante un “método de consenso de informantes claves”, tomado de investigaciones realizadas desde la psicología sanitaria (Saforcada, 2001, p.224). Éste consistió en la detección de vecinos y vecinas reconocidos por su desempeño laboral/profesional de la ciudad (comerciantes, artistas, deportistas, periodistas, científicos, maestras, docentes universitarios, médicos, ingenieros u otros) mayores de 50 años, que desde su nacimiento habían residido en Río Cuarto, considerando por ello que poseían el atributo de ser conocedores de la misma. A ellos se les solicitó que informaran los nombres de 3 o 4 barrios típicos de residencia de clase media. Se logró la convergencia de opiniones en cuanto a los barrios señalados como residencia de clase media con el aporte de 13 informantes clave. Llegada esta instancia de saturación de la información se suspendió el proceso y se determinaron los barrios donde se tomó la muestra de estudio. Siendo seleccionados los barrios Banda Norte (BN), Bimaco (BB), y Centro (BC).

A partir de allí orientaron los criterios del muestreo propositivo (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). La invitación a participar en el estudio se dio identificando a algunas vecinas de estos barrios que fueron inicialmente entrevistadas, y a su vez, desde ellas sugirieron los nombres de otras de su misma condición social, recurriendo así al método denominado “bola de nieve”. Siendo el muestreo propositivo, el tamaño de la muestra evolucionó en el proceso inductivo (Creswell, 2009, citado en Hernández Sampieri, et al. 2010) hasta llegar a entrevistar de manera semiestructurada a las 17 mujeres, participantes voluntarias, entre los 20 y 77 años de edad residentes en estos barrios.

En esta etapa, se vio también la necesidad de volver a entrevistar a 2 mujeres en situación de pobreza ya entrevistadas en una primera etapa del estudio, con las que se pudo contactar, del barrio Islas Malvinas y Villa San Francisco, así como 2 nuevas mujeres del barrio Islas Malvinas entre los 36 y 45 años.

Muestra que se pudo ampliar en los primeros meses de una *tercera fase* (postpandemia, a partir de enero de 2023) en la que se incorporó a otras nuevas mujeres en situación de pobreza para que ofrecieran sus vivencias sobre SECA, considerando también el período de pandemia. Para ello, se contactó a una educadora popular del barrio Jardín Norte que ofició como informante clave y vinculó con 7 nuevas mujeres, entre los 29 y 47 años de edad, dispuestas a ser entrevistadas.

Caracterización sociodemográfica de los barrios

Para determinar empíricamente la pertenencia de clase social de los grupos de mujeres incluidos en el estudio, se procedió en un doble sentido. En primer lugar, se consideró la información provista por los informantes clave, relativa a las características socioeconómicas de los barrios estudiados. En una segunda instancia, esta información fue contrastada con datos provenientes de indicadores socioeconómicos y demográficos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en 2022 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2025)³². En ese sentido, se analizaron datos correspondientes a 32 radios censales, cuya ubicación geográfica coincide con la de los barrios estudiados. Este análisis permitió otorgar consistencia empírica y mayor detalle a la información relevada en primera instancia.

Atendiendo a ello, se trabajó en ocho barrios, cuatro en situación de pobreza y cuatro en situación de clase media. A continuación, presentaremos la caracterización de los mismos.

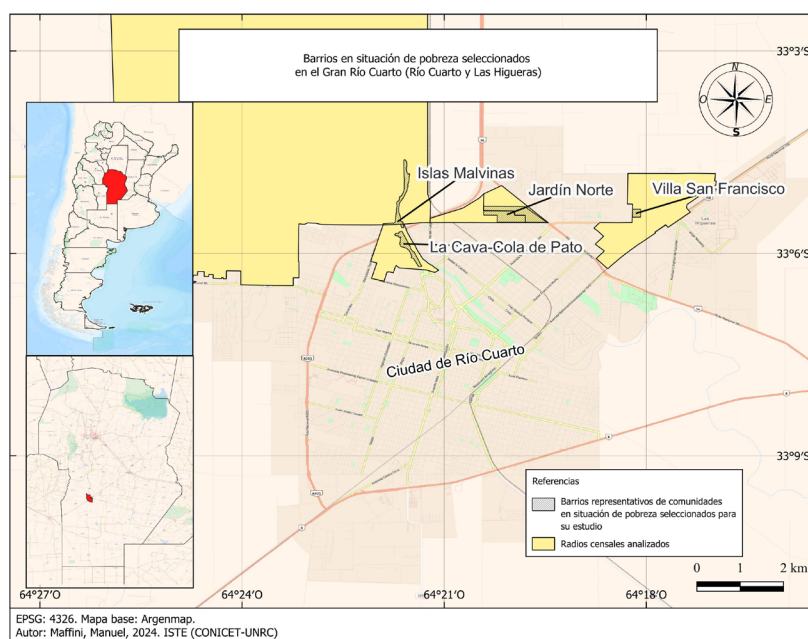
Barrios en situación de pobreza

Los cuatro barrios en situación de pobreza seleccionados fueron: de la ciudad de Río Cuarto Islas Malvinas, Villa la Cava y barrio Jardín Norte, mientras que, de la localidad de las Higueiras se trabajó con el barrio Villa San Francisco.

En lo que sigue se presenta un mapa en el que se consigna la localización geográfica de los barrios en situación de pobreza del estudio y la de los radios censales muestreados (Véase Figura 1).

32 Resultados disponibles en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

Figura 1: Barrios en situación de pobreza seleccionados en el Gran Río Cuarto (Río Cuarto y Las Higueras).



Fuente: Maffini, M. (2024). ISTE (CONICET-UNRC), elaboración propia con datos de, De Grande y Salvia (2024).

Para caracterizar socio demográficamente los barrios de estudio, se seleccionaron indicadores censales que se consideran representativos para conocer aspectos que hacen a las condiciones concretas de existencia de las familias que habitan en ellos, recurriendo a la información disponible del mencionado censo 2022 (INDEC, 2025). Estos indicadores fueron: cantidad de personas por hogar, personas por condición de actividad, personas por relación de trabajo, viviendas por tipo, cantidad de hogares por vivienda, viviendas por calidad de sus materiales de construcción, hogares por servicio sanitario, hogares por tenencia de computadora, personas por máximo nivel educativo, personas por cobertura de salud y hogares con necesidades básicas insatisfechas. Atendiendo a ello, se confeccionaron dos tablas que resumen los indicadores escogidos con sus datos estadísticos para los ocho barrios en los que habitan las mujeres del estudio. En lo que sigue, presentamos la correspondiente a los barrios en situación de pobreza (Véase Tabla 1).

Tabla 1: Características sociodemográficas de los barrios en situación de pobreza

Variables e indicadores censales ³³	Barrios de mujeres en situación de pobreza			
	Islas Malvinas -Río IV-	La Cava -Río IV-	Jardín Norte -Río IV-	Villa San Francisco -Las Higueras-
<i>Cantidad de personas por hogar</i>	37,5% 1 a 2 pers. 57,7% 3 a 5 pers. 4,8% 6 o más pers.	34,5% 1 a 2 pers. 61,7% 3 a 5 pers. 3,9% 6 o más pers.	30,9% 1 a 2 pers. 62,1% 3 a 5 pers. 7,0% 6 o más pers.	37,4% 1 a 2 pers. 59,6% 3 a 5 pers. 3,0% 6 o más pers.
<i>Personas por condición de actividad</i>	61,3% ocupadas. 6,0% desocupadas. 32,7% inactivos ³⁴ .	55,0% ocupadas. 6,3% desocupadas. 38,7% inactivos.	61,6% ocupadas. 5,3% desocupadas. 33,1% inactivos.	64,6% ocupadas. 5,2% desocupadas. 30,2% inactivos.
<i>Personas por relación de trabajo</i>	13,5% servicio doméstico ³⁵ 46,2% empleada(o) u obrera(o) 34,5% cuenta propia 1,8% patrón(a) o empleador(a) 3,1% trabajador(a) familiar 0,9% ignorado	11,8% servicio doméstico 47,7% empleada(o) u obrera(o) 33,7% cuenta propia 3,6% patrón(a) o empleador(a) 2,0% trabajador(a) familiar 1,3% ignorado	10,3% servicio doméstico 50,0% empleada(o) u obrera(o) 29,3% cuenta propia 4,9% patrón(a) o empleador(a) 3,0% trabajador(a) familiar 2,5% ignorado	11,9% servicio doméstico 53,3% empleada(o) u obrera(o) 24,6% cuenta propia 3,7% patrón(a) o empleador(a) 1,7% trabajador(a) familiar 5,0% ignorado
<i>Viviendas por tipo</i>	92,7% son casas 0,0% son departamentos 7,3% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles	94,1% son casas 1,6% son departamentos 4,3% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles	96,0% son casas 2,7% son departamentos 1,4% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles	94,6% son casas 3,7% son departamentos 1,7% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles
<i>Cantidad de Hogares por vivienda</i>	97,6% de las viviendas tiene 1 hogar 2,4% de las viviendas tiene dos hogares	98,4% de las viviendas tiene 1 hogar 1,6% de las viviendas tiene dos hogares	99,7% de las viviendas tiene 1 hogar 0,3% de las viviendas tiene dos hogares	97,9% de las viviendas tiene 1 hogar 2,1% de las viviendas tiene dos hogares
<i>Viviendas por calidad de sus materiales de construcción³⁶</i>	20,2% son de Calidad I 13,7% son de Calidad II 60,1% son de Calidad III 4,8% son de Calidad IV 1,2% es ignorado	13,3% son de Calidad I 18,4% son de Calidad II 61,3% son de Calidad III 5,5% son de Calidad IV 1,6% es ignorado	38,5% son de Calidad I 49,3% son de Calidad II 7,6% son de Calidad III 1,5% son de Calidad IV 3,1% es ignorado	45,0% son de Calidad I 41,4% son de Calidad II 11,6% son de Calidad III 0,0% son de Calidad IV 2,0% es ignorado

33 Para mayor información consultar: https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2023/11/censo2022_condiciones_habitacionales.pdf/ https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2023/05/cnphv2022_condiciones_habitacionales_05_23A5A5DCDF38.pdf/ <https://redatam.indec.gob.ar/binarg/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=-CPV2022&lang=ESP>

34 La categoría “Inactivos” se refiere a personas mayores de 14 años que no forman parte de la población económicamente activa (PEA), ni como ocupados ni como desocupados. Son personas que no se encuentran trabajando, ni están buscando trabajo activamente, y/o no están disponibles para comenzar a trabajar.

35 Se refiere a las personas ocupadas que trabajan en casas particulares realizando tareas del hogar para un empleador, incluye, empleadas domésticas o trabajadoras del hogar, cuidadores/as de personas mayores o niños/as, personal de limpieza, cocina, jardinería, planchado, etc.

36 Se desglosa en lo que sigue la caracterización empleada para su clasificación: *Calidad I*: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos, tanto en el piso como en el techo; presenta cielorraso. *Calidad II*: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos, tanto en el piso como en el techo, sin cielorraso o bien materiales de

<i>Hogares por servicio sanitario</i>	1,8% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 13,7% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 32,1% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 52,4% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño ³⁷	2,0% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 22,7% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 25,8% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 49,6% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño	14,4% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 43,6% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 32,6% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 9,4% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño	4,8% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 59,1% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 27,0% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 9,1% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño
<i>Hogares por tenencia de computadora³⁸</i>	18,5% posee. 81,5% no posee	16,8% posee. 83,2% no posee	47,8% posee. 52,2% no posee	53,1% posee. 46,9% no posee
<i>Personas por máximo nivel educativo alcanzado</i>	46,4% no terminó el nivel primario 38,9% terminó el primario, pero no el secundario 9,2% terminó el secundario 5,2% alcanzó un nivel de educación superior 0,4% ignorado	40,1% no terminó el nivel primario 47,6% terminó el primario, pero no el secundario 7,4% terminó el secundario 4,3% alcanzó un nivel de educación superior 0,6% ignorado	30,8% no terminó el nivel primario 39,6% terminó el primario, pero no el secundario 14,2% terminó el secundario 15,0% alcanzó un nivel de educación superior 0,5% ignorado	30,1% no terminó el nivel primario 39,0% terminó el primario, pero no el secundario 13,7% terminó el secundario 16,8% alcanzó un nivel de educación superior 0,4% ignorado
<i>Personas por cobertura de salud³⁹</i>	21,2% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 9,4% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud. 69,4% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).	23,5% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 9,0% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud 67,5% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).	57,6% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 6,7% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud 35,7% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).	60,9% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 1,4% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud 37,7% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).

menor calidad en pisos. *Calidad III*: la vivienda presenta materiales poco resistentes y sólidos, tanto en el piso como en el techo. *Calidad IV*: la vivienda presenta materiales de baja calidad, tanto en el piso como en el techo.

37 Este indicador alude a que la vivienda reúne la presencia de inodoro sin descarga de agua, del tipo letrina que se limpia manualmente, así como la ausencia de baño o situación muy precaria (como disponer de hoyo o pozo simple). Expone la realidad de hogares con condiciones sanitarias deficientes, dato que influye directamente en el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas.

38 La variable “hogares por tenencia de computadora”, refiere a hogares que cuentan con al menos un dispositivo electrónico con capacidad de almacenamiento y procesamiento de información, ya sea una PC, notebook o Tablet (https://censo.gob.ar/index.php/mapa_computadora2/?utm_source). En este trabajo ha sido considerada un indicador que refleja la capacidad de los hogares para acceder a recursos digitales, permitiendo valorar aspectos inherentes a la inclusión tecnológica atendiendo los distintos estratos sociales de los barrios de estudio.

39 La variable “Personas por cobertura de salud” registra el tipo de cobertura sanitaria con la que cuenta cada persona. Permite medir si las personas: 1) *tienen obra social o prepaga* (incluye PAMI), así como la cobertura por “obra social” que obtienen las personas que trabajan por el descuento en sus salarios, en su haber previsional o mediante aportes, engloba obras sociales sindicales y estatales, y también la prepaga por derivación de aportes o contratación voluntaria). 2) *cuentan con programas o planes estatales de salud* (provinciales, municipales, nacio-

<i>Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas</i> ⁴⁰	19,6% con NBI. 80,4% sin NBI	18,0% con NBI. 82,0% sin NBI.	6,3% con NBI. 93,7% sin NBI.	3,7% con NBI. 96,3% sin NBI.

Fuente: Maffini, M. (2025). ISTE (CONICET–UNRC), elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas” del año 2022 (INDEC, 2025).

A continuación, se caracterizan cada uno de los barrios en situación de pobreza atendiendo a información relevada e interpretaciones que se derivan de esta tabla.

Barrio Islas Malvinas

El barrio *Islas Malvinas* se ubica en el sector nor-nor oeste de la ciudad de Río Cuarto. Se fue configurando como un asentamiento informal en terrenos fiscales ubicados sobre la margen derecha del Río Chocancharava de Río Cuarto, con una extensión longitudinal de unos dos mil metros de costa hacia el norte debajo del puente Islas Malvinas⁴¹ que se establece sobre la Ruta Nacional A-005. De acuerdo a datos censales y atendiendo a los radios muestreados, se reconocen 168 hogares⁴², integrados por personas de nacionalidad argentina y en un 1, 8% por personas de otras nacionalidades.

Las viviendas de las entrevistadas se sitúan en el trecho inicial sur, intermedio centro y final-norte del barrio.

En relación a indicadores sociodemográficos, *Islas Malvinas*, expresa en *cantidad de personas por hogar* que, en la mayoría de los hogares (57,7%) habitan entre 3 a 5 personas, y en la proporción de 4,8% 6 o más personas. Respecto a *personas por condición de actividad* se advierte que un 61,3% se encuentran ocupadas, un 6,0% desocupadas y un 32,7% inactivos. Al precisar en *relación de trabajo*, un 13,5% se desempeña en servicio doméstico, un 46,2% empleada/o u obrera/o y un 34,5% se desempeña por cuenta propia.

Respecto a las *viviendas*, el 92,7% son casas y el 7,3% son ranchos, casillas o piezas en inquilinato. De esas casas, la *calidad constructiva* da cuenta de condiciones de precariedad.

nales) abarca políticas públicas de atención sanitaria que otorgan algún tipo de cobertura planificada, principalmente dirigida a garantizar el derecho a la atención médica a poblaciones vulnerables mediante la inscripción a planes públicos que les dan acceso gratuito o facilitado a medicamentos, controles, tratamientos (ejemplos Plan NACER, Programa SUMAR, Programa PROTEGER, Incluir Salud -ex PROFE-). Este grupo no es equivalente a quienes usan ocasionalmente hospitales públicos, sino que reciben cobertura estructurada desde algún plan. 3) no tienen cobertura formal, refiere a aquellas personas que no tienen obra social, prepaga ni plan estatal de salud, sino que dependen únicamente del sistema público (https://ofu.obraspublicas.gob.ar/Indicators/Urban-Diagnosis/HealthCoverage/TechnicalRecord?utm_source).

40 El concepto de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) permite la delimitación de grupos de pobreza estructural. Identifica dimensiones de privación absoluta y se enfoca a la pobreza como resultado de un cúmulo de privaciones materiales esenciales (INDEC, 2025 28 de junio, <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-47-156>)

41 El barrio Islas Malvinas ocupa una mínima porción del radio censal que lo aloja, pero a su vez debe tenerse en cuenta que gran parte de la población que habita ese radio censal se concentra en el barrio, siendo el territorio restante espacio rural no urbanizado.

42 Recordamos que los datos obtenidos referidos a la cantidad de hogares se ofrecen a escala censal (es decir, atendiendo a los radios censales), no a escala barrial, por lo tanto pueden no representar fielmente la cantidad de familias en los barrios de estudio (dado que a veces los barrios ocupan parte de estos radios por lo que la cantidad de familias en ellos podría ser menor).

En este sentido se expresa que, el 60,1% es de calidad III, es decir se trata de viviendas que presentan, en piso como en techo, materiales poco resistentes, pudiendo ser estructuras de bloques, ladrillos y en algunos casos madera, con techo de chapa, sin pisos, o contando con ellos, pero de materiales precarios. Un 13,7% posee viviendas de calidad II, y un 20,2% son de calidad I, lo que significa que, si bien todas son de materiales sólidos en piso como en techo, algunas cuentan con cielorraso y otras no, así como presentan materiales de baja calidad en pisos. En lo referido a contar con *servicio sanitario* en general no cuentan con baño interno, ni conexiones sanitarias. Se advierte que un 52,4% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño, un 32,1% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego o excavación y un 13,7% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego. El barrio no cuenta con red cloacal.

Datos que pudimos relevar a través de informantes clave y vecinos expresan que, respecto al agua potable, por un tiempo el barrio contó con algunos picos de agua dispersos entre sí, teniendo algunas familias que recorrer largas distancias para obtenerla. Actualmente vecinos informan que, entre 2011 y 2012 se instaló al margen de la calle principal del barrio, Av. de las Américas, un caño maestro distribuidor del agua sobre el cual, a partir de dos o tres casas se erige un pilar con canillas para el acopio de agua. Algunos vecinos, a partir de la canilla conectan informalmente un acople para hacer llegar el agua a sus hogares, o realizan un enganche al caño maestro. El municipio local informa que entre 2022 y 2023 se realizaron obras de ampliación de la red distribuidora de agua potable para este barrio⁴³.

Respecto al servicio de electricidad, por mucho tiempo la comunidad contó con un único transformador, pero entre el año 2010 y 2012, a partir de una iniciativa de la Cooperativa de Trabajo “Todo Sirve” junto a vecinos del barrio, se logró la ejecución de una obra de tendido eléctrico y conexión domiciliaria para 72 familias del asentamiento “Malvinas Sur”, incluyendo una subestación de energía eléctrica (transformador) y tendido eléctrico para dotar de energía al predio donde se instaló dicho proyecto productivo⁴⁴ (Ordenanza 1236/11, Concejo Deliberante, Río Cuarto; Kenbel, et al. 2024).

Actualmente las viviendas cuentan con el servicio formal de electricidad. En cuanto al alumbrado público vecinos señalan que se encuentra por sectores, en el trecho inicial del barrio y en el trecho final, a 1700 mts. de la ruta. Fuentes periodísticas señalan que el acceso a servicios como recolección de residuos, ambulancias o transporte público es, en general, limitado o inexistente (La Voz, 2016).

Volviendo a los indicadores censales, consideramos también el que expresa *tenencia de computadora*, en tanto su capacidad de representar el acceso a recursos digitales-materiales, advirtiendo que el 81,5% de hogares del barrio Islas Malvinas no posee⁴⁵.

43 Las obras de ampliación de la red distribuidora de agua potable realizadas entre 2022 y 2023, instalaron alrededor de 700 metros de cañería para conexiones domiciliarias de agua potable a familias que carecían de la misma (Gobierno de Río Cuarto, 2023).

44 Para ampliar información véase Facebook Cooperativa Todo Sirve: <https://www.facebook.com/media/set/?set=a.199161416854062&type=3>

45 Kessler y Assusa (2021) ofrecen reflexiones que aportan para pensar la realidad de este barrio, así como la de otros que analizaremos en lo que sigue, respecto del acceso a tecnologías. Consideran que las familias en condiciones de pobreza estructural presentan un muy deficitario acceso a TICs, lo que en el contexto latinoamericano se combina con los altos costos de los servicios de internet y la bajísima infraestructura y calidad del servicio, expandiendo el proceso de acumulación de desventajas para estos sectores en el ámbito educativo y laboral. Para los autores, el acceso a tecnologías y conectividad ya no constituye un mero consumo privado, sino que implica un recurso mediador en el acceso a derechos, como el derecho a la educación o el derecho a trabajar, exponiendo el contexto de la pandemia estos déficits infraestructurales y de garantía de derechos en esta materia.

En relación al *máximo nivel educativo* alcanzado un 46,4% de los vecinos y vecinas del barrio no terminó el nivel primario, un 38,9% terminó el primario, pero no el secundario, un 9,2% terminó el secundario y un 5,2% alcanzó un nivel de educación superior. Referido a la *cobertura de salud*, el 69,4% dependen únicamente del sistema público; el 21,2% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) y el 9,4% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud.

Finalmente, en lo inherente a hogares con *Necesidades Básicas Insatisfechas*, Islas Malvinas posee un 19,6% de hogares con NBI.

Villa la Cava

Se ubica sobre la margen derecha del Río Cuarto, al sur del anterior barrio y del puente Islas Malvinas. Según informan datos censales, atendiendo a los radios muestreados, se identifican 256 hogares. La conformación del barrio se ha dado a partir de personas que se han asentado espontáneamente en terrenos fiscales desde hace varias décadas, denominada así producto de una depresión en la zona.

En relación a indicadores sociodemográficos, *La Cava* manifiesta, respecto a la *cantidad de personas por hogar*, que en la mayoría de ellos (61,7%) habitan entre 3 a 5 personas, y en una proporción de 3,9%, 6 o más. Respecto a *personas por condición de actividad* se reconoce que un 55,0% de personas están ocupadas, un 6,3% desocupadas y un 38,7% inactivos. Referido a *relación de trabajo*, un 11,8% se ocupa en servicio doméstico, un 47,7% es empleada/o u obrera/o y un 33,7% se desempeña por cuenta propia.

Respecto a *tipos de viviendas*, el 94,1% son casas y un 4,3% son ranchos, casillas o piezas en inquilinato. En cuanto a *calidad de los materiales de construcción* se advierte que las viviendas son predominantemente precarias. En este sentido, el 61,3% son de calidad III, lo que significa que han sido construidas con materiales poco sólidos en el piso como en el techo, algunas hechas con chapas, madera, cartón prensado, o construcciones mixtas con chapa y bloques, en espacios reducidos (Callejón, 2010). El 18,4% son de calidad II y el 13,3% de Calidad I, lo que representa que, todas cuentan, en piso como en techos con materiales sólidos, pero mientras algunas cuentan con cielorraso, otras no, pudiendo presentar en piso materiales de menor calidad. En cuanto a *disponer de servicio sanitario*, las viviendas no cuentan con baño interno, ni conexiones cloacales. Casi la mitad del barrio (49,6%) tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño, un 25,8% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego y un 22,7% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego. Fuentes periodísticas mencionan que, en estas construcciones habitacionales conviven varias personas, en algunos casos en condiciones de hacinamiento, sin contar con red sanitaria, ni acceso a electricidad formal o agua potable en las viviendas (Callejón, 2010).

Respecto a *tenencia de computadora*, el 83,2% de hogares del barrio Villa la Cava no poseen. En relación al *máximo nivel educativo alcanzado*, el 40,1% no terminó el nivel primario, el 47,6% terminó el primario, pero no el secundario, el 7,4% terminó el secundario y el 4,3% alcanzó un nivel de educación superior. Referido a la *cobertura de salud*, un 67,5% depende únicamente del sistema público, un 23,5% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI), y un 9,0% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud. En lo inherente a *hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas*, La Cava, presenta un 18,0% de NBI.

Barrio Jardín Norte

Se encuentra cercano a la Ruta Nacional de circunvalación A-005 al norte de la ciudad de Río Cuarto. De acuerdo a datos censales y atendiendo a los radios muestreados, se reconocen 814 hogares. Según informan vecinas, el barrio se conformó por la compra de terrenos a bajo costo que permitieron a las familias construir allí. El mismo presenta una fisonomía heterogénea, ya que se reconocen viviendas más amplias con infraestructura de calidad; junto a viviendas más pequeñas con infraestructuras de calidad inferior. Respecto de los servicios, a partir del 2024 se inició la obra de red cloacal, no encontrándose habilitada hasta el momento. El barrio cuenta con electricidad formal y agua potable de red, no obstante, ésta última experimenta permanentes cortes en su suministro, según vecinas informantes. El barrio bordea al sur con el Boulevard Buteler que lo delimita y es una vía de ingreso al mismo. Esta avenida representa una arteria principal al acceso norte de la ciudad, que en su transcurso cuenta con un sistema de desagües pluviales, permitiendo que se drenen, desde el barrio, las aguas de las lluvias (Gobierno de Río Cuarto, 2022). El barrio cuenta con un Centro Integrador Municipal, un Dispensario, una escuela primaria que por las tardes funciona como Centro Educativo de Nivel Medio para Adultos (CENMA), y un polideportivo social.

En cuanto a los indicadores sociodemográficos, *Barrio Jardín Norte* expresa, en relación a *cantidad de personas por hogar*, que en la mayoría de los hogares (62,1%) habitan entre 3 a 5 personas, y en la proporción de 7,0% 6 o más. Respecto a *personas por condición de actividad* se identifica que un 61,6% de personas se encuentran ocupadas, un 5,3% desocupadas y un 33,1% inactivos. De las ocupadas, en *relación de trabajo*, un 10,3% se desempeña en servicio doméstico, un 50,0% empleada/o u obrera/o y un 29,3% por cuenta propia.

Respecto al *tipo de vivienda*, el 96,0% son casas, el 2,7% son departamentos y el 1,4% son ranchos, casillas o piezas en inquilinato. En relación a la *calidad de los materiales de las viviendas* se reconoce que el 49,3% son de calidad II, es decir materiales sólidos, tanto en el piso como en el techo, no obstante, no cuentan con cielorraso o disponen de materiales de menor calidad en pisos, y el 38,5% son de calidad I presentando en techo y pisos materiales resistentes. En cuanto a *disponer de servicio sanitario*, un 43,6% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego, un 32,6% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego u excavación, y el 14,4% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública.

Respecto a *tenencia de computadora*, considerada como expresión de acceso a recursos digitales-materiales, el 52,2% de hogares del barrio Jardín Norte no posee.

En relación al *máximo nivel educativo alcanzado*, un 30,8% no terminó el nivel primario, un 39,6% terminó el primario, pero no el secundario, un 14,2% terminó el secundario y un 15,0% alcanzó un nivel de educación superior.

En lo referido a la *cobertura de salud* un 35,7% depende únicamente del sistema público, un 57,6% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI), y un 6,7% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud. En cuanto a *hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas*, Barrio Jardín Norte expresa que un 6,3% de hogares presentan NBI.

Villa San Francisco

Se ubica a escasos metros de la Ruta Nacional N° 158, en el tramo que une a la ciudad de Río Cuarto con Las Higueras, perteneciendo a esta última localidad. De acuerdo a datos censales y atendiendo a los radios muestreados, se identifican 382 hogares. El mismo, fue

conformándose paulatinamente con el paso del tiempo, siendo uno de los más antiguos de dicha localidad.

Convive en este barrio cierta heterogeneidad respecto de las viviendas que comparten localización. Mientras por un lado se reconocen, en una minoría, viviendas con infraestructura de mejor calidad, por otro, se reconoce en su mayoría, viviendas de menor tamaño e inferior calidad y condiciones de construcción. Respecto a servicios básicos el barrio cuenta con agua potable, electricidad, alumbrado público y cordón cuneta. Fuentes periodísticas mencionan que a inicios de 2025 se comunicó el inicio de una obra de gas natural en el barrio, cuyos beneficiarios serían 105 hogares (El Día de Higueiras, 2025).

Si bien la nomenclatura oficial de Las Higueiras denomina como “barrio” a esta zona, sus pobladores históricos, dentro de los cuales se encuentran las entrevistadas, la refieren como “Villa San Francisco”, de ahí su empleo en este trabajo⁴⁶. Un relevamiento realizado por Ponce (2020) advierte que, sus pobladores expresan sentir que no son “ni de Río Cuarto, ni de Las Higueiras”, prefiriendo moverse dentro del barrio, y, en caso de necesidad o por cuestiones de salud⁴⁷, viajar hasta Río Cuarto. Vale aclarar que, en el transcurso del estudio, en marzo de 2020, el Salón de Usos Múltiples municipal que se situaba en el barrio, destinó parte de su espacio al funcionamiento de un Dispensario de Salud Municipal, proveyendo este servicio con mayor proximidad a las familias.

En cuanto a los indicadores sociodemográficos, *Villa San Francisco*, expresa, para la variable *cantidad de personas por hogar*, que en la mayoría de los hogares (59,6%) habitan entre 3 a 5 personas, y en la proporción de 3,0% 6 o más. Respecto a *personas por condición de actividad* se percibe que un 64,6% de personas se encuentran ocupadas, 5,2% desocupadas y un 30,2% son inactivos. En cuanto a *relación de trabajo*, un 11,9% realiza servicio doméstico, un 53,3% es empleada/o u obrera/o y un 24,6% se desempeña por cuenta propia.

Respecto al *tipo de vivienda*, un 94,6% son casas y un 3,7% son departamentos. La *calidad de los materiales de construcción* de dichas viviendas es, en un 45,0% de calidad I, lo que significa materiales sólidos en techos y pisos, contando con cielorraso, un 41,4% presenta materiales de calidad II, siendo resistentes y sólidos, tanto en el piso como en el techo, sin cielorraso o bien materiales de menor calidad en pisos. Y un 11,6% es material de calidad III, lo que significa que la vivienda presenta materiales poco resistentes y sólidos, tanto en el piso como en el techo. En relación a disponer de *servicio sanitario*, el 59,1% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego y el 27,0% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, mientras que el 9,1% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño.

Respecto a *tenencia de computadora*, considerada por su valor para pensar en términos de inclusión digital de las poblaciones, el 46,9% de hogares no posee.

En relación al *máximo nivel educativo alcanzado* el 30,1% no terminó el nivel primario, el 39,0% terminó el primario, pero no el secundario, el 13,7% terminó el secundario y el 16,8% alcanzó un nivel de educación superior. Referido a la *cobertura de salud* el 37,7% depende únicamente del sistema público, el 60,9% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI), y el 1,4% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud. En cuanto a *hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas*, Villa San Francisco presenta un 3,7% de hogares con NBI.

46 Interesa aclarar que en este trabajo, el empleo de la denominación “villa” no pretende ser asociado a un carácter peyorativo, que en general suele tener su implementación (Ponce, 2020), sino que se la emplea intentando ser fieles a la denominación habitual que emplean muchos de sus pobladores y pobladoras.

47 Aspecto que se retomará en este trabajo para pensar en torno a las prácticas de salud y la accesibilidad al sistema de salud.

Niveles de pobreza en los barrios seleccionados para el estudio

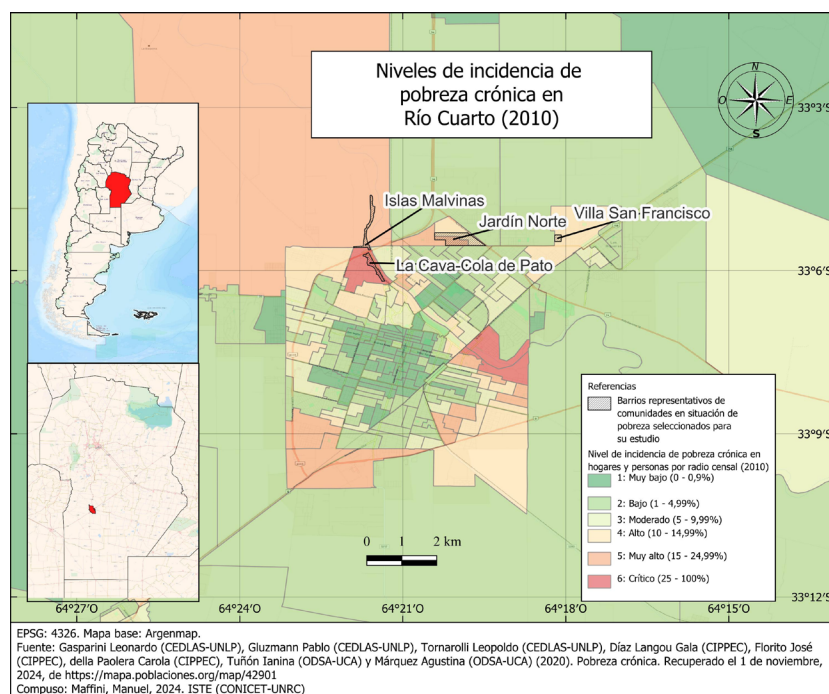
Para profundizar el análisis en torno a la caracterización de los barrios de estudio se consideró información geoespacial proveniente del portal poblaciones.org, plataforma abierta de datos sociales y demográficos con georreferenciación de Argentina, desarrollada por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSAUCA) y el CONICET, lo que nos permitió obtener información en torno a cuestiones centrales de la distribución espacial y caracterización de los grupos sociales del estudio.

La plataforma ofrece “capas” entendidas como unidades de información geográfica que representan datos específicos para visualizar fenómenos territoriales. En este sentido, consideramos la que refiere a “pobreza crónica”, en tanto su consideración a un grupo de personas que, dentro de la población argentina, tienen carencias persistentes que no pueden ser superadas, teniendo menores probabilidades de salir de la pobreza incluso en períodos de crecimiento económico favorable (Gasparini et al. 2020).

La capa expone la prevalencia de la pobreza crónica en cada provincia y/o departamento dentro del territorio argentino. Atendiendo a ello, se la ha considerado por la información valiosa que brinda respecto de la población en situación de pobreza del estudio (Véase Figura 2).

Se advierte que los barrios en situación de pobreza de estudio expresan un nivel de incidencia de la pobreza crónica que, en la comunidad de La Cava se representa con un indicador crítico, que corresponde a lo más alto, siguiendo el de Islas Malvinas que se expresa con uno muy alto, luego Jardín Norte, que se significa como alto y finalmente, en el mismo nivel se encuentra Villa San Francisco como alto. En lo que sigue, nos adentraremos en los barrios de clase media.

Figura 2: Niveles de incidencia de pobreza crónica en Río Cuarto



Fuente: Maffini, M. (2024). ISTE (CONICET-UNRC), elaboración propia en base a Gasparini et al. (2020).

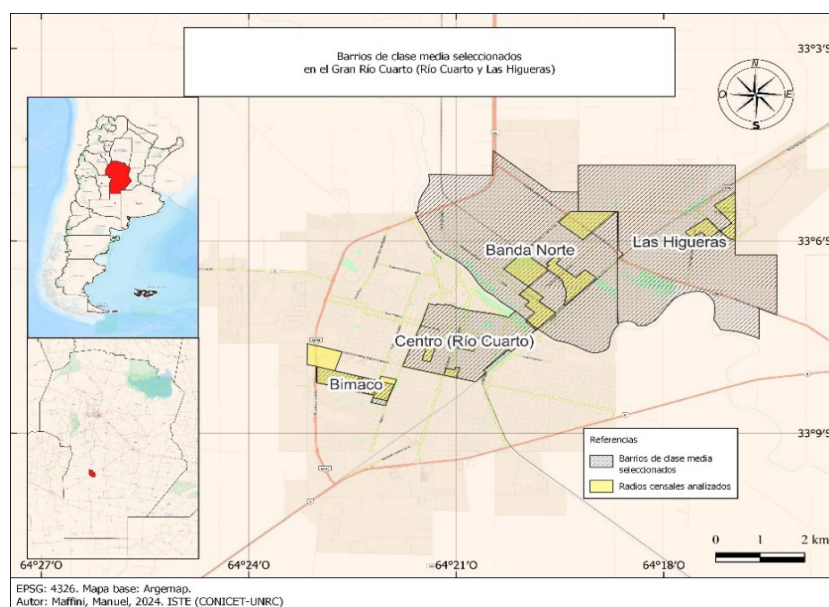
Barrios en situación de clase media

Los cuatro barrios de clase media seleccionados para el estudio son: el barrio Centro, el barrio Banda Norte y el barrio Bimaco. Mientras que, de la localidad de Las Higueras fue el barrio Centro.

Respecto a la geolocalización de los mismos, Barrio Centro⁴⁸ se sitúa en el centro geográfico de la ciudad de Río Cuarto, Banda Norte se ubica sobre el margen noreste de dicha ciudad, mientras que Barrio Bimaco se emplaza en el sector sudoeste de la misma. Por su parte, el barrio Centro de Las Higueras se encuentra al sudeste de la Ruta Nacional N° 158, emplazándose el mismo al este de la ruta, a la altura del km. N°283 y el casco central de dicha localidad.

Dada la extensión en que se ubican los barrios de clase media estudiados y las características heterogéneas que presentan en términos sociodemográficos y residenciales, tal como mencionábamos, se tuvo en cuenta un criterio de división de radios censales correspondiente al “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas” realizado en año 2022 (INDEC-, 2025). En este sentido, se muestrearon los radios censales que contienen las localizaciones de las residencias de las entrevistadas (Véase Figura 3).

Figura 3: Barrios de clase media seleccionados en el Gran Río Cuarto (Río Cuarto y Las Higueras)



Fuente: Maffini, M. (2024). ISTE (CONICET-UNRC), elaboración propia en base a Argenmap.

A continuación, para profundizar la información sobre estos barrios, se presenta una tabla con los indicadores censales seleccionados correspondiente a los barrios en los que habitan las mujeres en situación de clase media del estudio (Véase Tabla 2).

48 Si bien aquí lo referimos como barrio Centro, es lo que habitualmente se denomina como “macrocentro”, aludiendo a una zona urbana central dentro de la ciudad de Río Cuarto.

Tabla 2: Características sociodemográficas de los barrios en situación de clase media del estudio.

Variables e indicadores censales	Barrios de mujeres en situación de clase media			
	Banda Norte	Centro (Río IV)	Bimaco	Centro (Higueras)
<i>Cantidad de personas por hogar</i>	57,8% 1 a 2 pers. 39,7% 3 a 5 pers. 2,6% 6 o más pers.	78,5% 1 a 2 pers. 19,1% 3 a 5 pers. 2,4% 6 o más pers.	51,1% 1 a 2 pers. 45,2% 3 a 5 pers. 3,7% 6 o más pers.	49,7% 1 a 2 pers. 46,8% 3 a 5 pers. 3,5% 6 o más pers.
<i>Personas por condición de actividad</i>	63,3% ocupadas. 5,1% desocupadas. 31,7% inactivos.	59,8% ocupadas. 3,8% desocupadas. 36,4% inactivos.	59,6% ocupadas. 3,0% desocupadas. 37,4% inactivos.	59,8% ocupadas. 4,7% desocupadas. 35,5 % inactivos.
<i>Personas por relación de trabajo</i>	6,4% servicio doméstico 49,6% empleada(o) u obrera(o) 33,1% cuenta propia 5,4% patrón(a) o empleador(a) 2,5% trabajador(a) familiar 3,0% ignorado	3,9% servicio doméstico 46,6% empleada(o) u obrera(o) 35,8% cuenta propia 5,8% patrón(a) o empleador(a) 3,3% trabajador(a) familiar 4,7% ignorado	6,0% servicio doméstico 50,0% empleada(o) u obrera(o) 31,8% cuenta propia 5,0% patrón(a) o empleador(a) 3,1% trabajador(a) familiar 4,0% ignorado	9,2% servicio doméstico 54,9% empleada(o) u obrera(o) 26,5% cuenta propia 4,2% patrón(a) o empleador(a) 2,7% trabajador(a) familiar 2,6% ignorado
<i>Viviendas por tipo</i>	71,5% son casas 27,6% son departamentos 0,9% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles	36,3% son casas 62,0% son departamentos 1,8% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles	96,4% son casas 3,3% son departamentos 0,2% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles	87,3% son casas 11,9% son departamentos 0,8% son ranchos, casillas, piezas en inquilinato, locales no construidos para vivienda o viviendas móviles
<i>Cantidad de Hogares por vivienda</i>	99,4% de las viviendas tiene 1 hogar 0,5% de las viviendas tiene dos hogares 0,1 de las viviendas tiene más de un hogar.	98,5% de las viviendas tiene 1 hogar 1,5% de las viviendas tiene dos hogares	99,7% de las viviendas tiene 1 hogar 0,3% de las viviendas tiene dos hogares	99,7% de las viviendas tiene 1 hogar 0,3% de las viviendas tiene dos hogares
<i>Viviendas por calidad de sus materiales de construcción</i>	55,7% son de Calidad I 31,5% son de Calidad II 5,9% son de Calidad III 0,5% son de Calidad IV 6,6% es ignorado	60,5% son de Calidad I 27,9% son de Calidad II 1,1% son de Calidad III 0,1% son de Calidad IV 10,3% es ignorado	58,9% son de Calidad I 33,2% son de Calidad II 2,1% son de Calidad III 0,4% son de Calidad IV 5,4% es ignorado	51,0% son de Calidad I 40,6% son de Calidad II 1,9% son de Calidad III 0,4% son de Calidad IV 6,1% es ignorado
<i>Hogares por servicio sanitario</i>	85,4% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 7,8% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 3,5% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 3,3% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño	98,1% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 0,9% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 0,3% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 0,7% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño	93,4% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 4,6% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 1,4% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 0,7% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño	66,5% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública 24,5% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego 7,4% tiene inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego, hoyo excavación, etc. 1,6% tiene inodoro sin descarga de agua o no tiene inodoro o baño

<i>Hogares por tenencia de computadora</i>	68,3% posee. 31,7% no posee.	73,8% posee. 26,2% no posee.	72,7% posee. 27,3% no posee.	61,0% posee. 39,0% no posee.
<i>Personas por máximo nivel educativo alcanzado</i>	21,0% no terminó el nivel primario 27,2% terminó el primario, pero no el secundario 14,9% terminó el secundario 36,4% alcanzó un nivel de educación superior 0,5% ignorado	14,4% no terminó el nivel primario 19,4% terminó el primario, pero no el secundario 17,6% terminó el secundario 48,3% alcanzó un nivel de educación superior 0,4% ignorado	21,7% no terminó el nivel primario 25,7% terminó el primario, pero no el secundario 18,1% terminó el secundario 33,9% alcanzó un nivel de educación superior 0,6% ignorado	22,5% no terminó el nivel primario 32,9% terminó el primario, pero no el secundario 20,1% terminó el secundario 23,8% alcanzó un nivel de educación superior 0,8% ignorado
<i>Personas por cobertura de salud</i>	75,1% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 2,9% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud 22,0% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).	79,7% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 1,8% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud 18,5% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).	84,1% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 2,6% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud 13,3% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).	75,1% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI) 2,4% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud 22,5% no tiene obra social, prepaga ni plan estatal (dependen del sistema público).
<i>Necesidades Básicas Insatisfechas</i>	2,7% con NBI. 97,3% sin NBI	3,7% con NBI. 96,3% sin NBI.	1,4% con NBI. 98,6% sin NBI.	2,1% con NBI. 97,9% sin NBI.

Fuente: Maffini, M. (2025). ISTE (CONICET–UNRC), elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas” del año 2022 (INDEC-, 2025).

En lo que sigue, se caracterizan cada uno de los barrios de clase media atendiendo a información recabada e interpretaciones que se derivan de esta tabla.

Barrio Centro de Río Cuarto

El *barrio Centro* de Río Cuarto constituye el núcleo urbano de la ciudad, con eje en la Plaza Roca, próxima a la Catedral y al Teatro Municipal, éstos expresan su patrimonio arquitectónico e histórico (Grupo Edisur, 2020). De acuerdo con los datos censales, se identifican 1101 hogares en los radios muestreados. El barrio posee calles principales, con edificaciones que conjugan viviendas unifamiliares más tradicionales, algunas en planta baja, y otras en un primer piso, contando debajo con locales comerciales. Se trata de una zona de residencia mixta entre hogares y comercios, oficinas, bares, entidades bancarias y edificios públicos. Este barrio dispone de los servicios de gas natural, agua potable, cloacas, electricidad, alumbrado público mediante modernas luminarias, transporte público y cobertura comercial. Probablemente por ser epicentro de la ciudad, este barrio se ha beneficiado de las contribuciones de planes de intervención urbana del municipio local, obteniendo a lo largo de los años mejoras en infraestructuras, pavimentación, cordón cuneta, vialidad, entre otras.

Respecto a indicadores censales, barrio Centro manifiesta en *cantidad de personas por hogar* que, en un 78,5% de los hogares habitan 1 a 2 personas y en un 19,1% de 3 a 5 personas. En lo que refiere a *condición de actividad* el 59,8% de las personas están ocupadas, el 36,4% inactivos y el 3,8% desocupadas. En cuanto a la *relación de trabajo* de las personas ocupadas se advierte que, el 46,6% es empleada/o u obrera/o y un 35,8% trabaja por cuenta propia.

En relación a *viviendas por tipo*, el 36,3% son casas y el 62,0% son departamentos. Los datos sobre la *calidad de los materiales de construcción de dichas viviendas* muestran que en un

60,5% son de calidad I, siendo materiales resistentes en piso como techos, contando con cielorraso. Mientras que un 27,9% son de calidad II, al disponer de materiales resistentes, pero de menor calidad en pisos y no contar con cielorraso. Respecto al *servicio sanitario* con que cuentan los hogares, se advierte que el 98,1% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública.

En relación al indicador hogares por *tenencia de computadora*, seleccionado por expresar el acceso a recursos digitales-materiales y condiciones de inclusión tecnológica, se advierte que un 73,8% posee, y un 26,2% no posee. En lo referido al máximo nivel educativo alcanzado por las personas, se identifica que el 14,4% no terminó el nivel primario, el 19,4% terminó el primario, pero no el secundario, el 17,6% terminó el secundario y el 48,3% alcanzó un nivel de educación superior. En cuanto a la *cobertura de salud* que disponen las personas el 79,7% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI), el 18,5% dependen del sistema público y un 1,8% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud. Respecto a *Necesidades Básicas Insatisfechas el barrio Centro presenta un 3,7% de NBI*.

Banda Norte

Barrio *Banda Norte*, se encuentra situado a la margen izquierda del Río Cuarto, conectando con la ciudad mediante tres puentes, el histórico Puente Carretero y su paralelo Obregón Cano que conectan con el centro de la ciudad, al este el Puente Juan Filloy y hacia el sur-oeste el puente colgante del Bicentenario. De acuerdo a datos censales y atendiendo a los radios muestreados, se identifican 2201 hogares. El barrio cuenta con espacios verdes como plazas y el tradicional Parque Sarmiento, en el que sus habitantes realizan diversidad de actividades al aire libre. Posee comercios, supermercados, instituciones educativas, clubes deportivos y sociales, iglesias, instituciones de salud públicas y privadas, así como una delegación del Registro Civil. De acuerdo a los radios censales que corresponden a las viviendas de las entrevistadas, ellas habitan en zonas con características residenciales, dos de las cuales contaban con calles pavimentadas y una de tierra. Pueden reconocerse viviendas en amplios terrenos, algunas más antiguas y otras que dan cuenta de modernas construcciones, así como se reconocen en la avenida principal mencionada edificios de importante infraestructura.

En relación a indicadores sociodemográficos, Banda Norte, revela en relación a *cantidad de personas por hogar* que en el 57,8% de hogares viven de 1 a 2 personas, mientras que en un 39,7% de 3 a 5 personas. En lo que refiere a *condición de actividad*, se expresa que el 63,3% de personas se encuentran ocupadas, un 31,7% inactivos, y un 5,1% desocupadas. En cuanto a la relación de trabajo de las personas ocupadas, el 49,6% es empleada/o u obrera/o y el 33,1% se desempeña por cuenta propia.

En relación a las *viviendas por tipo*, un 71,5% son casas y un 27,6% son departamentos. La *calidad de los materiales de construcción* de dichas viviendas expresa, en un 55,7% calidad I, lo que significa que se han construido con materiales sólidos en el piso como en techo, contando con cielorraso. Un 31,5% son de calidad II, presentando materiales resistentes en el piso y en techo, pero sin contar con cielorraso, o realizadas con materiales de menor calidad en pisos. Respecto al *servicio sanitario*, se advierte que el 85,4% cuentan en sus hogares con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, mientras que un 7,8% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego.

En relación a hogares por *tenencia de computadora*, el 68,3% posee, mientras que un 31,7% no posee. En lo referido al máximo nivel educativo alcanzado por las personas se identifica que el 21,0% no terminó el nivel primario, el 27,2% terminó el primario, pero no el secundario, el 14,9% terminó el secundario y el 36,4% alcanzó un nivel de educación superior. En

cuanto a la *cobertura de salud* que disponen las personas el 75,1% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI), el 22,0% dependen del sistema público y un 2,9% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud. Respecto a *Necesidades Básicas Insatisfechas* el barrio Banda Norte presenta un 2,7% con NBI.

Barrio Bimaco

Según fuentes periodísticas el barrio *Bimaco* se constituyó mediante una planificación urbana estructurada, con viviendas unifamiliares ejecutadas por una desarrolladora privada en colaboración con autoridades municipales y provinciales durante las décadas de 1970 y 1980, construyéndose 294 viviendas de construcción sólida basada en una estructura de ladrillos (Olocco, 2022). Datos censales actuales, atendiendo a los radios muestreados, permiten identificar 1193 hogares. La fisonomía del barrio da cuenta de terrenos amplios, con calles pavimentadas, pero también de tierra o ripio. Se advierten plazas principales, una iglesia y comercios. Cuenta con servicios de electricidad, agua potable, alumbrado público, y en los últimos años se ha ampliado la red cloacal (Olocco, 2021).

En cuanto indicadores sociodemográficos, el barrio Bimaco revela, en relación a *cantidad de personas por hogar* que en el 51,1% de los hogares habitan 1 a 2 personas, y en el 45,2% de 3 a 5 personas. En lo que refiere a *condición de actividad*, el 59,6% son personas ocupadas, el 3,0% desocupadas y el 37,4% inactivos. En cuanto a la *relación de trabajo*, el 50,0% es empleada/o u obrera/o, y el 31,8% se desempeñan por cuenta propia.

En relación a las *viviendas por tipo*, el 96,4% son casas y el 3,3% son departamentos. Los datos sobre la *calidad de los materiales de construcción* de dichas viviendas expresan que un 58,9% son de calidad I, es decir presentan materiales sólidos en piso como en techo y cuentan con cielorraso, mientras que el 33,2% son de calidad II, donde si bien presentan materiales resistentes, son de menor calidad, y no cuentan con cielorraso. Respecto al *servicio sanitario*, se advierte que el 93,4% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, 4,6% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego.

En relación a *hogares por tenencia de computadora* el 72,7% posee, mientras el 27,3% no posee. En lo referido al máximo nivel educativo alcanzado por las personas, se identifica que un 21,7% no terminó el nivel primario, un 25,7% terminó el primario, pero no el secundario, un 18,1% terminó el secundario y un 33,9% alcanzó un nivel de educación superior. En cuanto a la *cobertura de salud* que disponen las personas, un 84,1% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI), un 13,3% dependen del sistema público y un 2,6% tienen cobertura en programas o planes estatales de salud. Respecto a *Necesidades Básicas Insatisfechas* el barrio *Bimaco* presenta un 1,4% de hogares con NBI.

Barrio Centro de Las Higueras

El *barrio Centro de Las Higueras* se localiza en el núcleo urbano de dicha localidad, conformando el casco fundacional que se constituye en un centro administrativo donde funciona el Municipio, sucursal del Banco Nación y el Centro de Salud Municipal, frente a la plaza central. De acuerdo a datos censales actuales, considerando los radios muestreados, se identifican 735 hogares. El barrio Centro presenta una estructura urbana con manzanas organizadas y edificaciones bajas, en su mayoría viviendas unifamiliares que se conjugan con establecimientos comerciales de planta baja.

En relación a los indicadores sociodemográficos, se advierte que, respecto a *cantidad de personas por hogar* el 49,7% expresa hogares conformados de 1 a 2 personas, y el 46,8% 3 a 5 personas. En lo que refiere a *condición de actividad* el 59,8% de las personas se encuentran ocupadas, el 4,7% desocupadas y el 35,5 % inactivos. En cuanto a *la relación de trabajo*, el 54,9% son empleada/o u obrera/o, mientras el 26,5% se desempeña por cuenta propia.

En relación a *viviendas por tipo* el 87,3% son casas y el 11,9% son departamentos. Los datos sobre la *calidad de los materiales de construcción de dichas viviendas* exponen que el 51,0% son de calidad I, lo que significa que la vivienda presenta materiales sólidos en piso como en techo; mientras el 40,6% son de *calidad II*, donde si bien los materiales son resistentes y sólidos en piso como en techo, no cuentan con cielorraso, pudiendo los materiales ser de menor calidad en pisos. Respecto al *servicio sanitario* con que cuentan los hogares, se advierte que el 66,5% tiene inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, y el 24,5% tiene inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica y pozo ciego.

En relación a hogares por *tenencia de computadora* el 61,0% posee, mientras que el 39,0% no posee. En lo referido al máximo nivel educativo alcanzado por las personas se identifica que el 22,5% no terminó el nivel primario, el 32,9% terminó el primario, pero no el secundario, 20,1% terminó el secundario y 23,8% alcanzó un nivel de educación superior. En cuanto a la *cobertura de salud* que disponen las personas, el 75,1% tiene obra social o prepaga (incluyendo PAMI), el 22,5% dependen del sistema público y el 2,4% tiene cobertura en programas o planes estatales de salud, Respecto a *Necesidades Básicas Insatisfechas el barrio centro de las Higueras presenta un 2,1% con NBI*.

Estratificación y desigualdad social en los barrios de estudio

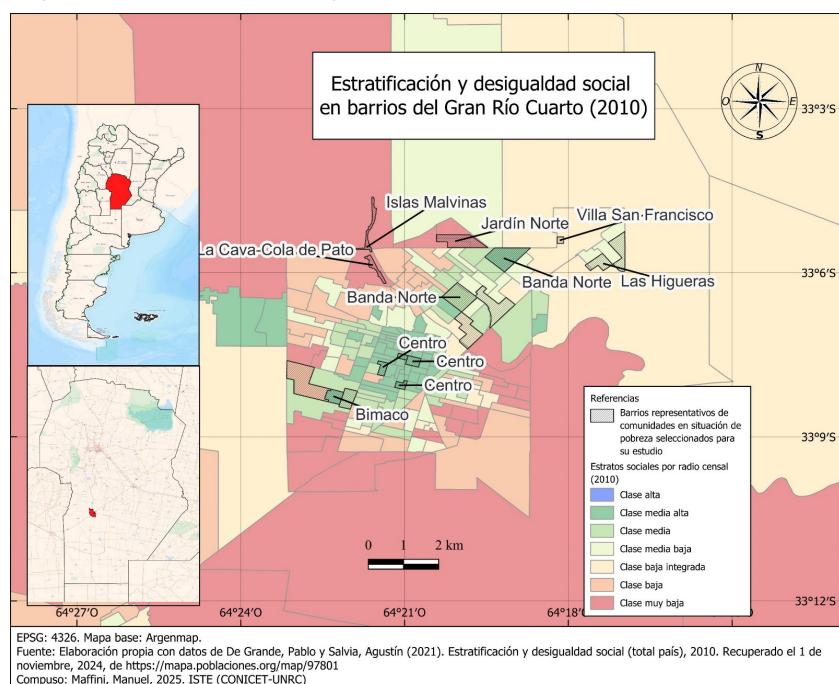
A los fines de visibilizar los contrastes que exponen los datos ofrecidos por las tablas 1 y 2, así como por los análisis realizados respecto de las condiciones de vida de las personas y familias que habitan en los barrios en situación de pobreza y en situación de clase media del estudio, nos interesa atender a la información ofrecida por otra capa que hemos tomado de la plataforma poblaciones.org referida a “estrato socioeconómico” (De Grande y Salvia, 2021a). Ésta ofrece información vinculada a una clasificación de la estratificación de los radios censales del país permitiendo identificar los distintos segmentos socioeconómicos a partir de información disponible del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 (INDEC, 2012).

Respecto de ello, De Grande y Salvia (2021b) describen los criterios aplicados en la construcción de los segmentos socioeconómicos, los niveles de marginalidad y los indicadores calculados para la población de cada radio, procurando extraer características para el reconocimiento de condiciones de vida de las poblaciones según su pertenencia socioeconómica. Para ello, establecieron puntos de corte en dimensiones del hábitat y del capital socioeducativo de los hogares, que permitieron clasificar a la población según características habitacionales y socio educativas. Obteniendo así siete segmentos: clase alta, clase media alta, clase media, clase media baja, clase baja integrada, clase baja, clase muy baja⁴⁹.

A continuación, se expone el mapa confeccionado para los barrios de estudio a partir de la información provista por la capa mencionada (Véase Figura 4).

49 Para más información consultar: <https://mapa.poblaciones.org/services/metadata/GetMetadataFile?m=102301&f=33801>

Figura 4: Estratificación y desigualdad social en los barrios del Gran Río Cuarto



Fuente: Maffini, M. (2025). ISTE (CONICET-UNRC), elaboración propia en base a De Grande y Salvia (2021a).

Se advierte cómo la información ofrecida por este mapa de estratificación y desigualdad social en los barrios del Gran Río Cuarto, confeccionada a partir de los datos del Censo 2010 en Argentina, ofrece información que nos permite continuar constatando las contrastantes condiciones de vida de los barrios de estudio. Mientras a los barrios en situación de pobreza, Villa la Cava, Islas Malvinas, Jardín Norte y Villa San Francisco, se los significa en situación de clase baja y muy baja; por su parte a los barrios en situación de clase media seleccionados se los representa como de clase media y clase media alta.

De esta manera, tanto la reciente información publicada del último Censo Nacional realizado en el año 2022 en nuestro país, como los datos ofrecidos por la plataforma población.org en base a datos del Censo 2010 sobre pobreza crónica, así como sobre estratificación y desigualdad, permiten reconocer el escenario de segmentación socioeconómica de los barrios de estudio en el Gran Río Cuarto, convalidando el criterio inicial de selección de los barrios basado en procedimientos implementados con informantes clave.

Entendemos que, las cuestiones consignadas en este apartado destinado a la descripción de los barrios, no pueden ser omitidas cuando se pretende conocer aspectos estructurales que hacen a las prácticas de salud, como a las trayectorias para sostener procesos de SECA de las mujeres en los planos personales, familiares y comunitarios. En el capítulo sobre prácticas de SECA, profundizaremos en cuestiones que hacen a aspectos aquí señalados enlazados a la accesibilidad al sistema público de atención por parte de las mujeres que habitan en estos barrios.

Caracterización de los grupos de mujeres

En lo que sigue nos detendremos a caracterizar los grupos de mujeres participantes en el estudio.

Caso 1: Mujeres en situación de pobreza

Respecto a este grupo, participaron 22 mujeres madres entre los 66 y 22 años entrevistadas en los distintos períodos del estudio. Este grupo se integra por mujeres adultas jóvenes y adultas mayores, todas madres y algunas abuelas, teniendo un promedio de hijos e hijas que va de los 2, 3, hasta 7 y en un caso 10, reconociéndose que las mujeres más jóvenes de la muestra, con 21, 22 y 26 años de edad, eran madres de entre 1 y 4 hijos e hijas.

Respecto a sus ocupaciones, todas realizan tareas en el hogar, siendo las principales responsables de la gestión del cuidado de sus hijos e hijas, así como de las tareas domésticas ligadas a la preparación cotidiana de alimentos, la higiene del hogar y la ropa. Junto con ello algunas trabajan o han trabajado en casas particulares de familia, realizando tareas de cocina y de limpieza, así como en tareas vinculadas a la gestión del cuidado a infancias también en casas particulares, realizándose estas actividades simultáneamente o, en algunos casos por separado. Una de ellas trabajaba en un hogar de cuidados; otra ocasionalmente en el cuidado de enfermos en instituciones de salud, algunas en tareas de limpieza en empresas que tercerizan sus servicios a otras instituciones, y una mencionó encargarse de la limpieza de un Salón de Usos Múltiples (SUM) municipal. Dos de ellas mencionaron haber realizado y/o realizar temporalmente tareas como jornaleras, vinculadas a la siembra y cosecha, poda de árboles, riego, recolección de frutas y verduras, limpieza de terrenos agrícolas, cría y engorde de animales⁵⁰, actividad que una de ellas también realizaba en el patio de su propio hogar, donde criaba cerdos y gallinas para consumo y venta.

Varias mujeres agregan, a lo que podría considerarse ya una doble jornada laboral, el hecho de realizar tareas comunitarias como responsables o trabajadoras en centros comunitarios o merenderos de sus barrios, responsabilizándose de la gestión de insumos, así como la preparación de las meriendas diarias u ollas populares dos o tres veces por semana. De este grupo, siete mujeres mencionaron realizar estas tareas en el marco del Plan Potenciar Trabajo⁵¹.

A este grupo de mujeres, en el marco del estudio lo denominamos como caso 1, por haber sido con el que se inició la investigación.

Respecto del nivel educativo de las entrevistadas pudo obtenerse información de algunas de ellas, dado que no fue un aspecto en el cual se focalizó en la primera etapa del estudio. En este sentido, se carece de esta información en nueve de las entrevistadas, de ahí que las inferencias que puedan realizarse del indicador sociodemográfico nivel educativo en los barrios Islas Malvinas, como en Villa la Cava podría resultar valioso⁵² (de esas nueve de las que se carecen datos, tres corresponden a Islas Malvinas, y siete a Villa la Cava). Esta información sí pudo relevarse de algunas mujeres en los barrios Islas Malvinas, Jardín Norte y Villa San Francisco, advirtiéndose que tres poseen primario completo, tres incompleto, una posee secundario incompleto y cinco completo, tres de las cuales comentaron haberlo culminado recientemente en un Centro Educativo de Nivel Medio para Adultos (CENMA) de su barrio. Respecto de

50 Se trata de una actividad en condiciones de informalidad e incluso de precariedad, para la que suelen ser contratadas personas por temporada o por día.

51 Se trató de un programa de inserción laboral creado en 2020 en Argentina con la finalidad de mejorar la empleabilidad e inclusión social de personas en situación de vulnerabilidad (Res. 121/2020, Ministerio de Desarrollo Social, B.O. 20/03/2020) ofreciendo un salario social complementario a cambio de trabajo socio-comunitario. Sobre esta temática se profundizará en el capítulo sobre prácticas de salud comunitaria.

52 En este sentido, traemos nuevamente la información que expresa: en el barrio Islas Malvinas, 46,4% no terminó el nivel primario, mientras que el 38,9% terminó el primario, pero no el secundario. Por su parte, en Villa la Cava el 40,1% no terminó el nivel primario y un 47,6% lo terminó, pero no así el secundario.

la cobertura de salud, las mujeres expresaron atenderse en el sistema público de salud. En lo que sigue, la siguiente tabla (véase tabla 3) resume características de este grupo de mujeres.

Tabla 3: Caracterización de la muestra de mujeres en situación de pobreza

Localidad	Barrio	Mu- jer	Edad	Hijos/ madre si o no	Ocupación ⁵³	Nivel educativo
Río Cuarto	Islas Malvinas	B	64 años	5 hijxs	RHGC ⁵⁴ - RCC ⁵⁵ - cría de animales para con- sumo y venta	Primario incompleto
		G	22 años	1 hijx	RHGC	s/d ⁵⁶
		D	29 años	2 hijxs	RHGC	s/d
		C	45 años	4 hijxs	RHGC- RCC-	Primario completo. Secundario incompleto
		N	36 años	6 hijxs	RHGC -RCC	s/d
	Villa La Cava	S	43 años	7 hijxs	RCC-RHGC- TCP ⁵⁷ -Jornalera	s/d
		T	21 años	2 hijxs	RHGC-TCC	s/d
		M	66 años	4 hijxs	RHGC	s/d
		J	26 años	4 hijxs	RHGC-TCC	s/d
		C	28 años	2 hijxs	RHGC-TCP- TCC ⁵⁸	s/d
		S	30 años	2 hijxs	RHGC- TCP	s/d
	Barrio Jardín Norte	P	37 años	4 hijxs	RHGC-RCC-Traba- jadora en un hogar de cuidados.	Secundario completo
		F	29 años	3 hijxs	RHGC-TCP-TCC	Secundario completo
		T	30 años	3 hijxs	RHGC- TCC	secundario completo
		M	31 años	4 hijxs	RHGC- TCP-TCC	Primario completo
		G	47 años	3 hijxs	RHGC-TCP- TCC	Primario completo
		V	32 años	2 hijxs	RHGC-TCP-TCC	Secundario completo
		N	29 años	2 hijxs	RH- GC-TCP-TCC-pelu- quera.	Secundario completo
Las Higueras	Villa San Francisco	C	47 años	10 hijxs	RHGC	Primario incompleto
		M	n/c ⁵⁹	5 hijxs	RHGC	Primario incompleto

Fuente: elaboración propia.

53 En lo que sigue se desglosaran las siglas que se enuncian en esta columna de la tabla y que acompañarán los datos ocupacionales al pie de los testimonios en el trabajo. Las denominaciones son tomadas en el marco de material ofrecido por la Diplomatura Promoción Socio comunitaria de Cuidados Integrales de la Universidad Nacional de Villa María (2021):

54 RHGC: Responsable del Hogar y Gestión del Cuidado.

55 RCC: Referenta de Centro Comunitario.

56 s/d: sin dato.

57 TCP: Trabajadora de Casas Particulares.

58 TCC: Trabajadora en Centro Comunitario.

59 n/c: no contesta. La entrevistada no precisa esa información cuando se le consulta.

Caso 2: mujeres en situación de clase media

Respecto a este grupo participaron 17 mujeres entre los 23 y 77 años, entrevistadas en la 2da etapa del estudio. De las 17, 12 son madres. Entre las que no lo son, las mujeres más jóvenes de la muestra, de 20, 22 y 23 años de edad, se encontraban realizando estudios universitarios y algunas de ellas trabajando, simultáneamente. En cuanto a sus tareas cotidianas y ocupaciones se identifica que, la mayoría se desempeña como responsables del hogar y gestión de cuidados a hijos, hijas o adultos a cargo, todas se encargan de la preparación de los alimentos diarios, algunas realizan las tareas de higiene del hogar y otras cuentan con la asistencia de otras mujeres a las que contratan para realizar ese trabajo doméstico. Algunas se encuentran en condición de jubiladas como docentes y empleadas del Estado, otras se desempeñan como docentes universitarias, algunas eran autónomas asalariadas profesionales, había también una empleada de institución privada de salud, una trabajadora de una mediana empresa familiar, algunas se desempeñaban como estudiantes de universidades públicas (de la ciudad como de la capital de la provincia) algunas de las cuales recibían los medios de subsistencia de sus madres y padres, así como otras trabajan como empleadas o recibían estipendios a través de becas de estudio de organismos del Estado.

Tabla 4: Caracterización de la muestra de mujeres en situación de clase media

Localidad	Barrio	Mujer	Edad	Madre si no/hijos	Ocupación	Nivel Educativo
Río Cuarto	Banda Norte	S	55 años	2 hijxs	RH ⁶⁰ -Docente Universitaria	Universitario
		E	40 años	No	RH-Psicóloga	Universitario
		V	42 años	3 hijxs	RHGC-Comunicadora social	Universitario
		L	40 años	2 hijxs	RHGC-Empleada pública. Estudiante Universitaria	Estudiante universitaria
	Barrio Centro	O	77 años	3 hijxs	RH-Jubilada	Secundario completo
		A	52 años	1 hijx	RH-Docente universitaria y de nivel medio	Universitario
		B	63 años	4 hijxs	RH-Docente particular. Jubilada	Universitario
		O	23 años	No	RH-Estudiante univ. (Trabajo Social)	Estudiante universitaria
	Barrio Bimaco	L	22 años	No	RH-Estudiante univ. (Psicología)	Estudiante universitaria
		I	20 años	No	RH-Estudiante univ. (Psicología)	Estudiante universitaria
		V	49 años	3 hijxs	RHGC-Secretaria Administrativa.	Secundario completo
		J	41 años	2 hijxs	RHGC-Administrativa en empresa familiar.	Universitario
		N	25 años	No	RH-Estudiante univ.	Estudiante universitaria
		V	37 años	2 hijxs	RHGC-Estudiante univ.	Estudiante universitaria
Las Higue- ras	Barrio Centro	A	42 años	1 hijxs	RHGC	Universitario
		N	42 años	1 hijxs	RHGC-GCCP ⁶¹ -Alfabetizadora	Universitario incompleto
		B	64 años	2 hijxs	RHGC-docente nivel medio	Universitario

Fuente: elaboración propia.

60 RH: Responsable del Hogar.

61 GCCP: Gestión del cuidado en casas particulares.

Respecto del nivel educativo de las entrevistadas, de las 17, siete son graduadas universitarias, seis son estudiantes avanzadas de grado universitario y cuatro tienen nivel secundario finalizado, con trayectorias iniciadas sin completar en el nivel universitario. En general, poseen cobertura médica de obra social (descuento vía laboral o abono privado), de lo que se deduce una importante presencia de condiciones de registro laboral en términos de legalidad (Benza, 2014) para las mujeres de este grupo social.

A este grupo de mujeres se denomina como caso 2, por haber sido el grupo incorporado en una segunda etapa del estudio. En lo que sigue, la siguiente tabla (véase tabla 4) resume características de este grupo de mujeres.

Recolección de datos

Para la recolección de datos se triangularon fuentes y procedimientos (Ragin, 2007). Se realizaron entrevistas individuales a las mujeres y una entrevista grupal a dos referentes de la comunidad, así como observaciones discretas en recorridos por las comunidades y se consideró la utilización de imágenes y fotografías representativas en salud y enfermedad por parte de las mujeres participantes.

Las *entrevistas* se concibieron como “encuentros cara a cara entre el investigador y las informantes (...) dirigidos hacia la comprensión de (...) sus vidas, experiencias o situaciones (...) con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1987, p.1). Se empleó un guión de entrevista de tipo narrativa y semiestructurada que propició en su implementación, atender a un carácter temporal e histórico en profundidad en tanto la “información que interesa al investigador ha sido experimentada (...) por el entrevistado y (...) ahora pasa a ocupar el centro de la reflexión” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007, pp. 218-219). En este sentido, la finalidad fue establecer un proceso comunicativo para acceder a las biografías de las entrevistadas, desde los significados de acontecimientos vividos por ellas, en un intercambio orientando por algunos ejes temáticos acordes a los objetivos del estudio.

En la primera etapa (prepandemia) las mujeres en situación de pobreza fueron entrevistadas en sus contextos habituales, viviendas y centros comunitarios de sus barrios. En la segunda etapa (pandemia) se entrevistó a las mujeres utilizando recursos de comunicación virtual a través de plataformas como Google Meet, así como acceso telefónico a través de WhatsApp de manera virtual, dadas las condiciones del ASPO. Para ello orientó un guion semiestructurado de interrogantes. Para definir la cantidad de entrevistas guió un principio de saturación teórica (Glasser y Strauss, 1967) que permitió determinar cuándo detener la extracción de datos, lo que se dio cuando no se encontró ningún dato adicional que representara novedad respecto de lo hallado previamente, llegando a entrevistar a 17 mujeres.

En una tercera etapa (postpandemia) se entrevistó un nuevo grupo de mujeres en situación de pobreza, encuentros que se llevaron a cabo en los espacios de sus viviendas y de los centros comunitarios donde se desempeñaban.

La *entrevista grupal* permitió un proceso de construcción de la realidad social desde las narraciones comunes de los miembros del grupo (Flick, 2007, p. 126), en este caso se empleó con dos sacerdotes cristianos, uno de los cuales se constituyó en informante clave de las comunidades en situación de pobreza Villa la Cava e Islas Malvinas. En dicha instancia ambos ofrecieron una caracterización de dichas comunidades desde sus propias vivencias y perspectivas.

Las *observaciones* se realizaron de manera informal durante todo el proceso de investigación con la finalidad de conocer las comunidades y barrios de estudio. Estas se caracterizaron por ser no estructuradas, directas y naturalistas (Simons, 2011), concibiéndose como una estrategia complementaria orientada a acceder a información que nos permitiese profundizar sobre lo emergente en las entrevistas en relación al contexto y circunstancias propias del escenario de estudio.

Respecto al empleo de *imágenes y fotografías*, se trabajó con este recurso atendiendo a la posibilidad de que las mujeres participantes pudiesen optar, a partir de la propuesta realizada por la investigadora, por alguna de estas dos alternativas, desde la consigna de que esa selección representara lo que para ellas era salud y enfermedad, pudiendo las mismas encontrarse impresas o digitalizadas en soporte móvil al momento de la entrevista.

Se consideró a ambas alternativas (imágenes y fotografías) como dispositivos capaces de promover la expresión de sentidos en torno a la temática de estudio, valiosos al manifestar el carácter biográfico-narrativo sobre las propias vidas (especialmente las fotografías), así como potentes en términos de favorecer la exteriorización del contenido inherente a lo representacional/ideacional de las imágenes.

Tanto las fotografías, como las imágenes se constituyeron en insumo dialógico punto de partida para el intercambio en las entrevistas. Ello permitió acceder a la manera en que ambos grupos de mujeres significan a la salud y a la enfermedad, permitiendo contemplar también, a partir de ellas, la incidencia de la pandemia por la enfermedad Covid-19.

En relación al recurso fotográfico en la investigación social, Bruno (2012) considera que permite redescubrir lo que se dice y se anuncia desde el plano de la gestualidad en aquello que se advierte como estático e instantáneo de la apariencia fotográfica. La fotografía aparece así, como aquello que permite dinamizar concepciones, ideas y la expresión de sentimientos, enriqueciendo los testimonios.

En investigación social, la fotografía ha sido empleada de diversas maneras como recurso para acceder a información. Luna Hernández (2009), por ejemplo, realizó un estudio etnográfico usando la “foto etnografía”, donde personas en situación de pobreza de México captaron con cámaras desechables lo que consideraban importante en su vida diaria. Luego, comentaron sus fotos. Los temas que surgieron fueron la familia, el entorno y la comunidad. El autor destaca cómo esta metodología permite comprender el mundo del otro desde una perspectiva más empática y compasiva.

Nykiforuk, Vallianatos y Nieuwendyk (2011) emplearon el uso de la técnica de *photovoice* (voz a través de la fotografía) en investigaciones comunitarias sobre salud pública. Consideran que esta metodología participativa permite a los miembros de la comunidad expresar sus preocupaciones y visibilizar sus problemas mediante fotografías y relatos. Por su parte, Bruno (2012) elabora en Argentina el ensayo fotográfico “Coreografías del cuidado” en el marco de la investigación social desarrollada por Esquivel, Faur y Jelin (2012) sobre el cuidado infantil, documentando rutinas cotidianas de cuidado. A través de imágenes, se expresan tareas como alimentar, jugar o supervisar, tanto en el hogar como en espacios públicos, visibilizando cómo el género y las relaciones familiares influyen en la distribución de estas responsabilidades.

Bonetto (2016, p. 76) propone la “entrevista de foto elucidación” como una de las técnicas utilizadas con mayor frecuencia para la reunión de datos desde la sociología visual. Recuperando a Harper, plantea “la entrevista de foto elucidación se basa en la simple idea de insertar una fotografía en una entrevista de investigación” (Harper 2002, citado en Bonetto 2016, p. 76) lo que funciona como disparador del diálogo.

En nuestro trabajo el empleo del recurso de la imagen y la fotografía ofreció un repertorio de información que dialogó con los testimonios de las mujeres, permitiendo aproximarnos a la comprensión de sus sentidos sobre salud y enfermedad, lo que podría vincularse con sus vidas cotidianas o con lo que ellas imaginan o desearían en relación a estas cuestiones. Para su análisis se intentó captar qué contienen las imágenes y fotografías para ellas, qué expresan y permiten resignificar, decodificando de ellas expresiones visuales y emocionales que contribuyen a la comprensión de los procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención.

Análisis de los datos

El análisis e interpretación de datos se desarrolló en etapas. Recolectados los datos en *una primera etapa* (mujeres en situación de pobreza, caso 1) se realizó el análisis cualitativo de los datos, procediendo en una doble perspectiva: a) *Diacrónica*, a través de un análisis narrativo categórico (Bolívar y Fernández, 2001) que promovió una interpretación situada en un *continuum* temporal considerando cómo las narrativas de las mujeres sobre SECA se suceden en una secuencia de eventos. b) *Sincrónica*, que permitió la elaboración de un esquema explicativo teórico a partir la codificación de la información orientada por el método de comparación constante como uno de los elementos centrales de la *Teoría Fundamentada (Grounded Theory)* (Strauss y Corbin, 2002). De esta manera se construyó una primera estructura explicativa teórica a partir de los datos emergentes del primer caso de estudio.

Respecto al análisis de los datos en la *segunda etapa* (mujeres en situación de clase media, caso 2) se continuó trabajando orientados por principios de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002) entendida como una aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve como puntapié para el desarrollo de una teoría sobre un fenómeno (Guillemette, 2006).

De esta manera, los procedimientos en ambas etapas recurrieron al método de comparación constante y la codificación (Soneira, 2006). El método de comparación constante permitió recoger, comparar, codificar y analizar la información entrevista por entrevista en forma simultánea. En la medida que la estructura teórica fue emergiendo, los nuevos datos se compararon con las categorías construidas. La codificación, por su parte se concibió como procedimiento para comparar los datos, intentando otorgarles una denominación común al compartir una misma referencia temática. Este proceso se llevó a cabo a través de las operaciones de *codificación abierta*, combinando la construcción de códigos provenientes de la teoría, así como desde expresiones propias de las mujeres entrevistadas. En esta instancia, se realizó un proceso a través del cual los datos fueron descompuestos en partes que se examinaron atendiendo a similitudes y diferencias. Instancia en la cual los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones considerados similares se agruparon bajo conceptos abstractos denominados categorías.

Luego la *codificación axial* implicó la búsqueda sistemática de propiedades y, finalmente, una instancia de *codificación selectiva* que permitió reagrupar los datos por medio de relaciones entre las diversas categorías y sus subcategorías emergiendo una estructura teórica explicativa de la naturaleza del fenómeno determinando la categoría central y la conexión de las demás categorías a ella (Soneira, 2006). La construcción de subcategorías permitió especificar la categoría a la que pertenecen y ampliar información sobre el foco de análisis inherente al cuándo, dónde, porqué y cómo del fenómeno, así como establecer relaciones entre la categoría y sus correspondientes subcategorías.

Respecto al análisis que surge de estos procedimientos, un aspecto que nos interesa mencionar aquí, que expresan los datos, y que fuimos identificando paulatinamente, refiere al

carácter multi-referencial de los testimonios de las entrevistadas en relación al fenómeno en estudio. Es decir, hemos reconocido cómo un mismo relato ofrecía elementos susceptibles de ser analizados más allá de un único sentido interpretativo o de una sola categoría analítica, expresando riqueza de significados en torno al objeto analizado y abonando así a la comprensión de más de una categoría.

Por otro lado, los procedimientos de codificación, construcción de dimensiones, categorías, subcategorías, así como de construcción de criterios comparativos, junto con el ordenamiento conceptual de los datos, nos permitieron ir refinando esos procesos, logrando que las categorías se integren entre sí y a otros conceptos, explicando sus relaciones, abonando a la profundidad y poder explicativo de la propuesta teórica en construcción.

Los capítulos desarrollados, pero fundamentalmente los de cierre abocados al análisis de las causas de las desigualdades, así como a las conclusiones, exponen un avance analítico en términos de integración, abstracción y generalización sobre la temática. Lo que entendemos se logró en el marco de procesos de distanciamiento de la minuciosidad de los datos con la intencionalidad de captar lo relevante, extrayendo determinados rasgos de la realidad de estudio, proceso que Mendizábal (2006, p. 80) denomina “abstracción teórica relevante”.

Aspecto que nos interesaba conseguir, en tanto Strauss y Corbin (2002) señalan que, conceptos más abstractos tienen una amplia aplicabilidad al apartarse de los datos brutos con los que están relacionados. Lo que permite, de acuerdo a Soneira (2006, p. 158) que los mismos “puedan usarse para hacer investigación en otras áreas sustantivas” conduciendo al desarrollo de una teoría más general.

En este contexto, concluimos con una propuesta teórica que a partir de sus construcciones amplió sus posibilidades de “generalización”, entendida como capacidad de explicar desde la teoría qué puede suceder frente a situaciones similares (Strauss y Corbin, 2002, p. 289). Dando cuenta de una instancia en que la propuesta buscó extender su alcance teórico.

Finalmente, interesa cerrar este apartado refiriendo a que, en el desarrollo del libro, a partir de la 2da parte, cada capítulo desarrollará una dimensión analítica del estudio, consignando inicialmente una tabla que permitirá visualizar gráficamente los componentes de análisis expresados en casos de estudio, categorías, subcategorías y criterios comparativos definidos para el análisis entre los casos de estudio.

Consideraciones éticas

Guiaron el quehacer investigativo del estudio los principios éticos de consentimiento informado, anonimato, confidencialidad y protección de las participantes, tomando como guía y sustento los documentos: “CONICET: Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades” elaborado por el Comité de Ética (Resol. D. N° 2857 -diciembre de 2006), y la Ley de Habeas Data N° 25.326 (sobre protección de datos personales). El estudio fue sometido a evaluación y aprobado por parte del Comité de Ética de la Investigación-CoEdI- de la Universidad Nacional de Río Cuarto (07-2024. PIBAA-001)

Se considera fundamental señalar la inexistencia de riesgo para las mujeres entrevistadas que participaron del estudio. Partiendo de esa premisa, las condiciones éticas que permitieron garantizar el derecho a la protección, cuidado y bienestar de las mujeres participantes del estudio se desarrollan en lo que sigue.

Consentimiento informado

El punto (A) del documento de CONICET, inciso 3, referido a principios éticos que rigen la relación con las personas que son sujeto de investigación para las ciencias sociales y humanidades expresa *“los proyectos de investigación no deben realizarse sin haber obtenido el consentimiento libre e informado de los participantes. Los sujetos de investigación pueden en todo momento interrumpir su participación sin ninguna consecuencia para ellos”* (p. 2).

Atendiendo a ello, el protocolo de consentimiento incluyó información sobre: 1) el hecho que la decisión a participar en el estudio es voluntaria; 2) el tema de la investigación y el propósito de la misma, 3) sobre la investigadora responsable y su filiación académica; 4) sobre el desarrollo del estudio, la incorporación de la participante y el uso de los datos, 5) sobre la naturaleza de la colaboración requerida, lo que incluye la duración de la entrevista y que la misma será grabada, 6) el resguardo a la identidad de las participantes y la protección de la confidencialidad en el uso de la información, 7) la posibilidad de preguntar sobre el estudio, solicitar registros o retirarse en cualquier momento sin perjuicio para las participantes, 8) el ofrecimiento de un número telefónico o correo electrónico de contacto ante cualquier duda o consulta.

En nuestro estudio, de acuerdo a los grupos de mujeres y su situación socioeconómica de clase se procedió a optar por una doble modalidad de implementación de los consentimientos informados a los fines de aumentar la protección de las participantes y disminuir cualquier tipo de riesgo que perjudique la investigación. En este sentido, para las mujeres en situación de pobreza se implementó la modalidad de consentimiento informado verbal, mientras que, para mujeres en situación de clase media se aplicó, junto con una instancia de información verbal, el consentimiento escrito.

Optamos por realizar el consentimiento informado verbal en el caso de las entrevistas a mujeres en situación de pobreza, debido a la importancia que reviste que el instrumento a utilizar para el consentimiento resulte culturalmente adecuado y proteja a las personas, evitando generar malestar o daño innecesario a las participantes. Asimismo, se indagó en el proceder de estudios con características similares (Mondragón-Barrios, 2009; Tolli, Muñoz Rodríguez y Sabéz, 2019; Landini, et. al, 2023, p. 41) desde los principios de pertinencia cultural y el bienestar de las participantes, y se concluyó en optar por esta modalidad de consentimiento verbal como opción éticamente pertinente.

De esta manera, la instancia de solicitud de los consentimientos verbales, se efectuó antes de la realización de las entrevistas, pudiendo ser o no grabada. Los contenidos del consentimiento se informaron empleando un vocabulario claro y comprensible a las características culturales, educativas y de edad de las participantes. Así como se entregó a las mujeres, para eventuales preguntas o consultas, el número telefónico de contacto de la investigadora (algunas de las cuáles ya disponían del mismo) para preguntas y consultas.

En el caso de las entrevistas a mujeres en situación de clase media se optó por consentimientos informados escritos acompañados de una explicación oral antes del inicio de la entrevista. En este caso, se consideró el nivel educativo de las participantes (muchas de las cuáles eran graduadas y otras estudiantes universitarias).

Dado que las entrevistas a este grupo de mujeres se realizaron en contexto de pandemia por la enfermedad de Covid-19, éstas fueron virtuales por lo que se resolvió remitirles vía WhatsApp los protocolos de consentimiento informado para que los leyeran previamente. Instancia que se complementó con información oral, y con posterioridad -en el transcurso del mismo día, o los días sucesivos- se remitieron, también vía WhatsApp, los consentimientos

escritos con sus firmas digitalizadas (vale aclarar que, a aquellas mujeres que no disponían de su firma digitalizada se les explicó que podían tomar una fotografía de su firma y anexarla al documento del consentimiento, otras recibieron ayuda de sus familiares para hacerlo y posteriormente remitir el archivo).

Resguardo del anonimato, la confidencialidad y protección de datos sensibles

El estudio mantiene la confidencialidad, secreto profesional de los datos y resguardo de los nombres de las mujeres entrevistadas. Sólo a los fines de identificar los documentos que resultan de las transcripciones de las entrevistas (archivos a los cuales únicamente ha tenido acceso la investigadora responsable del estudio) se registró el día que la entrevista fue tomada, el lugar y duración de la misma, el nombre de pila y edad de las mujeres, su actividad cotidiana, el número de hijos/hijas y el barrio en el que habitan (datos que fueron fundamentales para la caracterización de los grupos de mujeres participantes). En consonancia con lo planteado, el recupero de fragmentos de testimonios analizados y consignados en producciones emergentes del estudio, registran, luego de punto y seguido, y entre paréntesis la inicial del nombre, la edad, la cantidad de hijos, ocupación, iniciales del barrio y localidad en la que habitan.

Por su parte, en el caso de aquellas mujeres que compartieron imágenes fotográficas (lo que se ofreció a todas y que opcionalmente algunas realizaron) en las que salen ellas o miembros de sus familias, se solicitó su consentimiento para ser publicadas y se preservó el anonimato de su identidad y la confidencialidad de los datos.

En ningún caso la información obtenida (entrevistas y bases de datos) fue compartida fuera de la investigadora y sus directores, ni se presentaron resultados del estudio identificando a las mujeres participantes.

Reflexiones sobre los criterios que sustentan la calidad del proceso investigativo realizado

El estudio que presenta este libro concluye ofreciendo un entramado de conocimiento científico, teórico, analítico e interpretativo del fenómeno en indagación sustentado en los datos emergentes de los testimonios de 39 entrevistas amalgamadas con el análisis a 27 imágenes provistas por mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto atendiendo a sus procesos de SECA en sus contextos habituales de vida, así como en relación a la pandemia por Covid-19. Se concluye con una estructura conceptual y analítica nutrida por 7 dimensiones, 23 categorías y 142 subcategorías, transversalizadas por criterios comparativos que han permitido comprender los casos de estudio. Visibilizamos cómo los procesos psicosocioculturales y pedagógicos que dinamizan las trayectorias sociosanitarias de las mujeres son permeadas por tramas de las desigualdades, reconociendo también cómo el efecto de la pandemia de Covid-19 profundizó aún más esas tramas.

En lo que sigue, reflexionamos en torno a algunos *criterios de calidad* (Maxwell, 1996; Montero, 2006; Vasilachis, 2007; Flick 2007) que sustentan este estudio y que nos habilitan para valorar la solidez del proceso investigativo y de los resultados obtenidos.

En este sentido, la *rigurosidad* orientó el proceso de *recolección de información* detallada y densa, provista por los testimonios de las mujeres, así como por imágenes y fotografías por ellas seleccionadas para acompañar sus relatos. En consonancia con ello, el criterio de la *trian-*

gulación de datos a partir del empleo de estas diversas fuentes, fue una decisión que permitió captar integralmente el fenómeno y generar una comprensión cabal de la temática atendida a las realidades de las mujeres, confiriendo estas fuentes una necesaria *credibilidad* al estudio.

Respecto *al análisis de los datos*, se obró con parsimonia y precisión siguiendo los procedimientos desde principios de la Teoría Fundamentada, desde las perspectivas narrativas, así como del estudio de caso comparativo, otorgando un *criterio de seguridad* analítica al tratamiento de los datos.

Las sucesivas instancias de presentación de avances de la investigación a través de informes anuales a las comisiones evaluadoras de CONICET -en mi carácter de investigadora asistente-, junto con las permanentes evaluaciones a los escritos presentados para publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales, así como la aprobación de los protocolos de los instrumentos de recolección de datos con sus modelos de consentimiento informado por parte del Comité de Ética de la Investigación (CoEdi-UNRC), junto con lo explicitado en este capítulo; se constituyeron en verdaderas instancias de explicitación de las decisiones metodológicas asumidas para arribar a los hallazgos del estudio. Recorrido que da cuenta de un criterio de *transparencia* en los procedimientos implementados, así como cierta validación a ellos desde las instancias transitadas.

Por otro lado, el promover *instancias de revisión y retroalimentación permanentes con investigadoras e investigadores* de nuestra universidad, de universidades del país y de Centros de investigación nacionales, favoreció un intercambio de miradas sobre los temas en análisis. Así, frente a la diversidad a la que nos abocábamos, dadas las derivas temáticas por las que nos llevaban los relatos sobre las concepciones, los conocimientos, las creencias y las prácticas de las mujeres del estudio, la especificidad e idoneidad de estos referentes nos volvía a encauzar con sus preguntas y aportes. Asimismo, el intercambio constante a lo largo de estos años con los y las *informantes claves* del estudio, nos trajo sus apreciaciones comprometidas y ajustadas a la realidad de los barrios, de las familias y de las mujeres, constituyendo devoluciones inválables para el devenir analítico del estudio.

Un criterio que, si bien ya ha comenzado a dinamizarse, pero que entendemos se desandará con más fuerza, será el de la *socialización y validación del conocimiento producido*, lo que se dará a partir de la posibilidad publicación completa de este libro. Ello permitirá difundir con las protagonistas del estudio, así como con referentes e interesados en la temática. Particularmente se piensa en la socialización mediante la elaboración de informes técnicos que contengan resultados de investigación destinados a actores y referentes de políticas públicas locales.

En síntesis, entendemos que se concluye con un estudio que reviste calidad expresada en los criterios de credibilidad; triangulación de datos; seguridad; transparencia; retroalimentación con investigadoras e investigadores especializados, así como con informantes claves del estudio, comprometiéndonos con la socialización del conocimiento producido. Si bien lo desarrollado en este estudio representa una muestra de casos de mujeres del Gran Río Cuarto, consideramos que lo relevado aporta a la comprensión de realidades similares experimentadas por otras mujeres de iguales grupos sociales en diversos puntos geográficos de nuestra región.

En lo que sigue se desarrollan dos capítulos inherentes a cuestiones preliminares que profundizan en las perspectivas sobre pobreza y clases sociales, así como la perspectiva biográfico-narrativa.

Capítulo 2

PERSPECTIVAS SOBRE POBREZA Y CLASES SOCIALES PARA LA COMPRENSIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD DE MUJERES DEL GRAN RÍO CUARTO

“la salud-enfermedad es la resultante de una manera de existir, aquella que solo hizo posible el puesto que alcanzó [el ser humano]⁶² y su clase social en el sistema productivo, en el reparto de la riqueza social, en los intereses históricos que le otorgan esa inserción y la posibilidad de afirmarse unitaria y colectivamente para resolver dichos intereses” (Ferrara, 1985, p. 30).

Este capítulo intenta dar cuenta de la mirada combinada y procesual que el estudio fue adoptando paulatinamente para comprender cómo, en los procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención (SECA) de las mujeres de los dos grupos, se expresaban manifestaciones de la desigualdad social.

Para ello, nos orientan los interrogantes: *¿desde qué concepción de pobreza se partió para pensar la realidad de las mujeres del primer grupo de estudio? ¿cómo aproximarnos, desde una perspectiva cualitativa, crítica, contemporánea y latinoamericana a pensar las clases sociales en el estudio? ¿qué aportes nos ofrece la perspectiva de clases sociales desde sus desarrollos en ciencias sociales y en el campo de la salud para pensar el estudio y avanzar en caracterizaciones de los grupos de mujeres? ¿cómo nos aproxima el diálogo entre la perspectiva sobre pobreza y clases sociales a la comprensión de las desigualdades sociosanitarias entre los grupos de mujeres? ¿Cómo imprimir un miramiento desde estas perspectivas en el transcurso del trabajo?*

Atendiendo a ello, este capítulo intenta construir un entramado teórico-analítico que dé cuenta de cómo concebimos los aportes de estas perspectivas para comprender cómo se van configurando tramas de las desigualdades en salud.

Para ello, el capítulo se organiza en seis apartados: inicialmente se explicita la noción de pobreza que asume el estudio, seguidamente se fundamenta la aproximación a la perspectiva de clases sociales, posteriormente se recuperan algunos antecedentes latinoamericanos sobre el estudio de clases desde las ciencias sociales contemporáneas, luego precisamos el concepto de “situación” como denominador común para pensar realidades de mujeres en pobreza y clase media, continuando con aportes sobre las clases sociales, la estratificación y las desigualdades en salud desde referentes del pensamiento social en salud latinoamericana, para concluir con reflexiones finales de síntesis.

62 En la cita textual consignada para dar apertura a este capítulo, se ha reemplazado un término por su carácter sexista, manteniendo el sentido del texto original.

De una noción de pobreza al reconocimiento de las desigualdades en salud

Tal cómo se anticipó en el capítulo metodológico, si bien el estudio se originó en 2017 centrado en mujeres en situación de pobreza, hacia el año 2019 emerge el interés por sumar los testimonios de mujeres en situación de clase media, lo que se concretó con la presencia de la pandemia por la enfermedad de Covid-19, en la segunda etapa del estudio en el año 2020.

De esta manera, en la *primera etapa se recurrió a una concepción de pobreza estructural* para entender las condiciones de existencia de mujeres que fueron significando sus vidas y sus realidades en salud manifestando, a partir de sus relatos, privaciones, inaccesibilidades y vulneración de derechos. Para comprender esa realidad, recurrimos a una perspectiva multidimensional de la pobreza desde Spicker, Álvarez Leguizamón y Gordon (2009, p. 231) quienes definen a la pobreza estructural como aquella moldeada por las estructuras sociales o económicas, resultado de patrones de desigualdad (incluyendo clase, raza, género y desigualdades geográficas), como así también de las estructuras políticas y de poder. Entienden que la pobreza estructural es resultado de procesos de largo plazo de desigualdad, exclusión persistente, concentración del poder económico, falta de acceso a recursos políticos, así como violaciones sistemáticas a los derechos humanos, sociales y políticos básicos. Los autores recuperan aportes de los investigadores tailandeses Hassarungsee y SAWG (2001, citados en Spicker, et al. 2009, p. 231) quienes asocian la pobreza estructural con la privación de derechos a recursos como el acceso a tierra, agua, medios de comunicación, toma de decisiones políticas, así como el derecho a la autoexpresión cultural cotidiana. De acuerdo a Spicker et al. (2009, p. 231) si bien esta perspectiva da cuenta de situaciones de largo plazo, contempla “momentos en los que la estructura produce situaciones marginales que podrían explicar la dinámica y la transitoriedad de la pobreza”.

Los relatos de las mujeres resonaban en consonancia con las caracterizaciones sobre pobreza ofrecida por estos autores, al tiempo que nos permitían ir configurando anticipaciones de sentido sobre esas vivencias de desigualdad impresas en su microcotidianidades y consideradas respecto de las de otros grupos sociales.

Entendimos que para dilucidar esas cuestiones se tornaba necesario trazar un camino en perspectiva de clases sociales. Así, *en una segunda etapa*, atendiendo al carácter flexible del diseño de estudio cualitativo, *se incorporó a mujeres en situación de clase media, lo que condujo a asumir una perspectiva de clases sociales* que permitió contemplar a ambos grupos en relación a la estructura social, y a sus experiencias de salud.

Mirar este fenómeno desde la combinación de perspectivas y categorías que entran en diálogo como pobreza y clases sociales, nos implicó en un desafío y nos aproximó a captar la complejidad del fenómeno de la desigualdad atendiendo a la realidad de las trayectorias sociosanitarias que experimentan distintas mujeres. Trayectorias a partir de las cuales construyen concepciones, conocimientos, creencias, así como prácticas, intentando atender a una dimensión que las piensa enlazadas a un lugar en el entramado social para entender esos procesos en contexto.

Asumiendo una mirada en clave de clases sociales

Como punto de partida nos interesa expresar que nuestra investigación no buscó definirse como un estudio de clases sociales sobre salud, menos aún ligada a perspectivas más tradicionales para pensar estas cuestiones. Es decir, no se interesó por la medición de la “variable clase social” como dato duro, ni por reconocer indicadores, ni mecanismos, ni mediciones de la estratificación social, ni la desigualdad entendida en términos de gradientes, ni por análisis en

términos de movilidad social. La intencionalidad de nuestro abordaje, definido por su carácter cualitativo y flexible, residió en leer este aspecto como emergente de la naturaleza propia del fenómeno, ligado a un condicionamiento socioeconómico en la vida de las mujeres, permitiendo pensarlas vinculadas a una estructura social que condiciona desiguales trayectorias de salud de acuerdo a distintas oportunidades, pertenencias y posiciones.

Al comenzar a indagar en esta perspectiva, advertimos que la socióloga feminista inglesa Beverley Skeggs (2019) considera que el concepto de clase es una construcción discursiva e históricamente específica que proporciona marcos que habilitan, legitiman e implican desigualdades materiales. La autora reconoce que el concepto de clase social prácticamente ha desaparecido de análisis feministas y del campo social en general. Plantea que el abandono de esta herramienta teórica exige el interrogante “de quiénes son las experiencias silenciadas (...) las vidas ignoradas” (Skeggs, 2019, p. 33).

Para la autora invisibilizar las clases, resulta una prerrogativa de aquellos que no se ven afectados por sus privaciones y exclusiones. Frente a ello propone reelaborar el concepto de clase social como “una característica esencial de la subjetividad, una especificidad histórica y un factor de la lucha por el acceso a recursos y modos de ser” (Skeggs, 2019, p. 33), siendo en este estudio una mirada que nos interesa dado que, considerar la posición de clase contribuye a la comprensión, según la autora, de muchos de los movimientos que las mujeres realizan en el espacio social, como los vinculados a la familia, el mercado laboral, el ámbito educativo, al que agregamos el de la salud, como espacios en los que se produce su subjetividad.

Antecedentes latinoamericanos contemporáneos en el estudio de clases sociales

La socióloga e investigadora argentina Gabriela Benza (2014) entiende que la reflexión en torno a las clases sociales ha atravesado problemáticas centrales del pensamiento social, siendo un concepto polisémico y controversial. Para la autora, la investigación sociológica transitó momentos en los que pensó la estructura de clases a partir de enfoques teóricos binarios, mientras que en el presente es abordada desde una preocupación por reflejar la diversidad de posiciones que emergen de la división del trabajo y, en particular, por explicar la complejidad de las “clases medias”, optando la autora por referirse a su denominación en plural (Benza, 2016, p. 46). La autora entiende que actualmente las evidencias empíricas y las perspectivas teóricas han dejado de cuestionar el concepto de clases para pensarlas en relación a las nuevas desigualdades, dando cuenta que se trata de un concepto vigente y relevante para comprender la manera en que éstas son distribuidas socialmente.

Partiendo de concebir a la desigualdad de manera compleja y multidimensional, Kessler y Assusa (2021) plantean que las ciencias sociales han aportado a la comprensión que la pobreza y la desigualdad no existen de manera accidental, sino que se trata de fenómenos que se producen socialmente, siendo principales obstáculos para el desarrollo humano en todo el mundo, particularmente en los países de América Latina y el Caribe.

Jelin (2020) considera que la noción de clases sociales ha sido muchas veces olvidada, sin embargo, para la autora resulta significativa y productiva en tanto permite develar la estructura de clases y las diferenciaciones y categorizaciones sociales basadas en diversas dimensiones culturales y sociales ligadas a su vez con otras, como etnia, raza, género, edad, nacionalidad, religión o lengua. Para la autora la categoría de “clases sociales” entrama un nivel estructural de la preocupación por las desigualdades, que ha sido y sigue siendo el núcleo del pensamiento social y permite pensar en las dinámicas de la desigualdad, los mecanismos de su producción y reproducción.

Por su parte, Pérez Sainz y Mora Salas (2009) entienden la necesidad de recuperar el análisis de las clases sociales como apremiante en tanto concepto complejo que debe explicitarse atendiendo a que las mismas se definen en su pugna por el excedente, suponiendo un aspecto relacional, el ejercicio de poder y la presencia de conflicto.

Jiménez Zunino y Assusa (2017) consideran que en las últimas décadas los estudios sobre estructura y movilidad social se han revitalizado en América Latina. Para los autores estas investigaciones indagan en el grado de atadura que tienen los destinos sociales de los sujetos respecto a su posición biográfica de origen, o de sus antecesores (movilidad intergeneracional), siendo clave lecturas de interpretación de este fenómeno implicando considerar el modo en que las desigualdades de partida afectan las transformaciones a nivel de la estructura en el trazado de los segmentos de origen-destino sociales.

Volviendo a Benza (2014), la autora realiza un estudio en el que propone una mirada conceptual para estudiar a las clases medias que recupera la perspectiva de investigaciones sociológicas sobre estructura de clases centradas en las ocupaciones como posiciones en la esfera laboral, cuya preocupación gira en torno a las *desigualdades en oportunidades materiales de vida*, es decir “comprender la manera en que las desigualdades sociales son generadas en las sociedades capitalistas contemporáneas” (Benza, 2014, p. 94). La mirada sobre la estructura de clases que propone la autora retoma desarrollos teóricos de inspiración weberiana en tanto recupera el papel de las relaciones de poder y las diferencias de recursos en la conformación de las clases. Plantea que las posiciones de clase identifican grupos con distintos niveles de ventajas y desventajas materiales y simbólicas como resultado de sus posibilidades de valorizar recursos de distinto tipo en la esfera laboral. La autora concibe a las clases como un principio de diferenciación social que refleja relaciones de poder asimétricas en el mercado de trabajo.

El estudio de las oportunidades de vida a partir de una concepción de las clases, como la que presenta la autora, permite considerar la situación de unos grupos en relación con otros, aportando una mirada amplia y matizada sobre la suerte que corren grupos específicos en circunstancias particulares. Esta mirada, no solo conduce a ver las *oportunidades de vida de una clase, sino también en relación al resto de las clases*, siendo un aspecto clave cuando se pretende indagar en la desigualdad desde una perspectiva multidimensional, en tanto las clases están asociadas con una red interconectada de ventajas y desventajas (Benza, 2014, p. 98).

La autora examina la relación entre posiciones de clase y desigualdades en oportunidades de vida en relación con dos dimensiones: una vinculada a la *situación de mercado* que caracteriza como las ventajas (o desventajas) que obtienen los miembros de las distintas clases como consecuencia de los recursos que ponen en juego en el mercado de trabajo (Benza, 2014, p. 98). Y una segunda que se corresponde a la *transmisión de oportunidades de vida* de una generación a otra, es decir, el grado en que los orígenes de clase de los individuos influyen sobre las posiciones a las que acceden. Para la autora examinar la movilidad intergeneracional se vincula a una preocupación sobre la relación entre clases y desigualdades en las oportunidades de vida, en tanto “un alto grado de heredabilidad de las posiciones de clase puede significar la perpetuación a través de las generaciones de las ventajas y desventajas asociadas a esas posiciones” (Benza, 2014, p.102).

Por otro lado, la autora identifica dos factores que pueden incidir en la relación entre posiciones en la esfera laboral y ventajas (o desventajas) de mercado en diferentes *contextos históricos*. Uno refiere a las *transformaciones en los modelos de desarrollo económico*. Estos cambios tendrían un efecto sobre las posibilidades de valorizar los recursos asociados a las diferentes clases, por ejemplo, al estimular o contraer la demanda de trabajadores con determinadas calificaciones. Así, los modelos económicos incidirían sobre los distintos recursos de las clases y, como consecuencia, sobre las desigualdades relativas -entre las distintas clases-. El otro

factor ligado al contexto es el *escenario actual de remercantilización* que implicaría “visibilizar con más claridad las relaciones de poder que se encuentran cristalizadas en las clases” (Benza, 2014, p.102). La autora reconoce que existen también otros factores, que actúan sobre la relación entre clases y ventajas de mercado, como el género, la etnia y la edad, etc.

La propuesta de la autora se posiciona en el concepto de “situaciones de clase” o “posiciones de clase”. La autora explicita que no intenta proponer límites “verdaderos” entre las clases, sino que adhiere a la idea que la estructura de posiciones de clase es fluida (Crompton 1993, citado en Benza, 2014, p. 111), considerando que la búsqueda de los límites “verdaderos” de esas posiciones -que ha caracterizado a parte de la investigación sobre estructura de clases- puede conducir a trampas poco fecundas en la generación de conocimientos en este campo.

En este sentido, recuperando planteos desde los estudios sobre formación de clases, con la denominación de “situaciones de clase”, Benza (2014) considera que las posiciones de clase, definidas como grupos con poder diferencial, exclusivamente en el ámbito del mercado laboral, deben considerarse como entidades históricas que condensan un momento en el proceso de estructuración de las posiciones ocupacionales pero que se encuentran en constante modificación, ya que cambia su estatus social, los factores que influyen en su construcción y, lo que es más importante para la autora, cambian las oportunidades de vida asociadas a esas posiciones (Benza, 2014, pp. 110-111).

Por otro lado, un antecedente que hallamos en un contexto provincial más cercano, es el ya citado estudio de la investigadora Cecilia Jiménez Zunino y el investigador Gonzalo Assusa (2017), cuyo objetivo es reconstruir trayectorias de familias de clase media y clase trabajadora en el espacio social de Gran Córdoba (Argentina), desde el enfoque de Bourdieu, haciendo eje en sus modos y estrategias de reproducción social.

Su estudio se centra en clases media y trabajadora concibiéndolas como dos sectores sociales que se encuentran en la región intermedia del espacio social, y que suelen ser homogeneizados bajo la etiqueta de *clase media*, por sus ingresos o por sus condiciones de vida. Sin embargo, esta región del espacio social presenta un conjunto de oportunidades, composiciones patrimoniales y disposiciones sociales muy diferentes entre sí.

Desde un abordaje que articula metodología cuantitativa y cualitativa los autores intentan dar cuenta de la dimensión estructural (condiciones de posibilidad objetiva) como del conjunto de prácticas a partir de las cuales estas estructuras se producen y reproducen en la vida social (estrategias de reproducción social) en las trayectorias de familias de clase media y clase trabajadora. Su punto de partida epistemológico implica el reconocimiento y la caracterización de la desigual distribución de los recursos sociales. Desde una perspectiva bourdieusiana entienden la estructura social como *espacio social*, en tanto sistema de *posiciones* definidas por el volumen y la estructura patrimonial de las *familias*.

Los autores explicitan el distanciamiento conceptual que asumen respecto de la construcción de las clases con base en la distribución de un único recurso en la estructura social (como el ingreso monetario de los hogares o los individuos) para completar su enfoque con una propuesta metodológica que les permite explicar y comprender el efecto estructural de un sistema relacional, dando cuenta de las distintas posiciones de clase de las familias analizadas.

Las autoras y autores analizados nos aproximan a una perspectiva situada y contextual para pensar las clases y cómo, de acuerdo al lugar que ocupan las personas en el entramado estructural, se juegan oportunidades de vida, ventajas y desventajas, permitiéndonos pensar cómo estas dinámicas pueden ser reconocidas en las trayectorias de SECA de las mujeres atendiendo a su lugar en la estructura social.

El concepto de “situación” para pensar las realidades de mujeres en pobreza y de clase media

Inicialmente analizábamos el concepto de pobreza trabajado en la etapa inicial del estudio, reconociendo la posibilidad que nos trajo de advertir el fenómeno de las desigualdades, y cómo a partir de allí nos orientamos a una mirada en clave de clases sociales, recuperando antecedentes centrales que aportan para pensar nuestro estudio.

Nos interesa aquí dar cuenta de una noción que nos permitió, bajo un criterio común, pensar las características de las realidades socioeconómicas de las mujeres de los grupos sociales del estudio, siendo éste el concepto de “situación”.

La quinta acepción el diccionario de la Real Academia Española (s/f), define como situación a “un conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o a algo en un determinado momento”.

Para pensar esta idea vinculada al grupo de mujeres en pobreza, indagamos en distintos artículos, documentos e informes de referentes argentinos en el estudio de las desigualdades, y advertimos que recurren usualmente a las denominaciones “situaciones de pobreza” (Gutiérrez, 2015, p. 97; Gutiérrez y Assusa, 2019, p. 163); “población en situación de pobreza”, “personas en situación de pobreza” (Kessler y Assusa, 2021, p. 18) para caracterizar las condiciones, recursos y redes de este grupo poblacional en situación de pobreza en un sentido estructural. Junto con ello, desde el campo de la antropología médica latinoamericana hallamos en distintos pasajes del trabajo clásico de Eduardo Menéndez *Poder, estratificación social y salud* que el autor emplea la expresión “situación de pobreza” (Menéndez 2018, p. 20 [1981]) para referirse a la realidad y condiciones de vida de actores sociales integrantes de poblaciones subalternas del Estado de Yucatán, y de las comunidades de Ticul y de Pustunich (México), cuyo acceso a los servicios médicos resultaba desigual, asociado a condiciones de pertenencia de estrato social, género, etnia o/y ubicación geográfica, repercutiendo en sus procesos de salud, enfermedad, atención-prevención.

Por su parte, para pensar la denominación “situación” en perspectiva de clases sociales, recurrimos a la categoría ya mencionada que Benza propone de “*situación de clase*” (2014, p. 110), que considera que las posiciones de clase, aun definidas como grupos con poder diferencial en el ámbito laboral, deben entenderse como entidades históricas que sintetizan un momento en el proceso de estructuración de las posiciones ocupacionales, pero que se hallan en constante modificación y fluidez al cambiar su estatus social, los factores que influyen en su construcción y las oportunidades de vida asociadas a esas posiciones.

Atendiendo a lo planteado, la palabra situación en nuestro trabajo es empleada como un denominador común para aludir a la condición o posición social o económica específica en que se encuentran las mujeres del estudio en un momento que puede ser transitorio en un escenario de condiciones estructurales y coyunturales. En este sentido, la palabra situación se emplea por su matiz descriptivo, al tiempo que por la posibilidad que otorga pensar en una condición no definitiva, sino que podría cambiar con el tiempo. Las denominaciones “situación de pobreza” o “situación de clase media” nos permiten pensar en un carácter que supone múltiples factores y circunstancias que inciden en que una persona, familia o grupo de personas se hallen en un lugar o posición socioeconómica en un momento de sus vidas, desde la idea del no determinismo, ni la inexorabilidad de esa situación, sino contemplando distintas posibilidades en los escenarios contextuales y de vida de los grupos de mujeres⁶³.

63 Por otro lado, vale también contemplar el carácter dinámico de la situación de clase (situación de pobreza y/o situación de clase media) de las mujeres del estudio, atendiendo a la movilidad y fluidez de sus posiciones

Junto con ello, la denominación de *situación* para pensar en *mujeres en condiciones de pobreza*, nos aporta para reconocer heterogeneidad de realidades en este grupo, que, en términos de diversidades ocupacionales, condiciones habitacionales, trayectorias educativas y de salud, entre otras, expresan, en distintos matices, vulneraciones que son comunes al interior de este grupo en relación a derechos humanos básicos para el sostenimiento de sus vidas.

Relacionado con ello, las características en las condiciones de existencia en que se encuentran las mujeres que en nuestro estudio componen el grupo en “situación de pobreza” permitirían reconocerlas como integrantes de lo que, los investigadores sociales cordobeses Alicia Gutiérrez, Héctor Mansilla y Gonzalo Assusa (2021, p. 82) denominan como “clases populares”, al designar “una posición estructural de subalternidad, dominación y desposesión relativa (...) (siendo una) noción (que) nombra una potencial autonomía simbólica y de elaboración cultural con lógicas singulares de gestación de las propias condiciones subalternas de vida”. Para los autores, hablar de clases populares en Argentina implica trascender cierta categoría ocupacional más restringida (el proletariado industrial urbano), para referir a una posición estructural más amplia, vinculada a las “clases trabajadoras urbanas”, así como también a un núcleo de marginalidad. En este sentido, su perspectiva promueve la consideración de las heterogeneidades internas de las clases populares, sus posibilidades objetivas desiguales y sus despliegues de articulaciones y estrategias diferenciales (Gutiérrez et al., 2021, p. 89).

De esta manera, para los autores, la denominación de “clases populares” resulta una categoría más amplia que la de “pobres”, designando aspectos que hacen a la densidad cultural e histórica de estos grupos (Gutiérrez et al., 2021, p. 89). Vinculado con ello, para Assusa (2019, p. 28) “la reconstrucción etnográfica de la vida popular implica una apuesta sobre la posibilidad de abordar (...) la alteridad en la sociedad contemporánea (...) una forma de estudiar (...) diferencias cruciales (...) en clave de desigualdad”.

El aporte de la perspectiva contemporánea de clases sociales para pensar las realidades ocupacionales de las mujeres del estudio

Los autores que venimos analizando nos aportan para pensar las cuestiones ocupacionales propias de estos grupos sociales atendiendo particularmente a las realidades ocupacionales de las mujeres del estudio, que, si bien ya hemos precisado en el capítulo metodológico, es posible profundizar aquí.

En relación al grupo que se encuentra en una *realidad de pobreza*, Kessler y Assusa (2021, p. 18) consideran que “comprender la configuración local de la problemática de la pobreza requiere atender a su heterogeneidad estructural”. En este sentido, considerar *la situación de pobreza* nos permite pensar en personas que, más allá de estar afectados en mayor medida por el desempleo (generalmente transitorio), son trabajadores y trabajadoras con inserciones particulares. De acuerdo a Kessler y Assusa (2021), por un lado, los varones experimentan inserciones laborales inestables como asalariados informales y cuentapropistas, con bajas remuneraciones, informalidad, precariedad laboral, como aspectos que hacen a la reproducción de la pobreza con consecuencias en la transmisión familiar vinculadas a vulneración de derechos a la niñez, la protección social, la salud, entre otros. Por su parte, las mujeres experimentan inserciones equivalentes o peores que los varones, con reducida participación laboral fuera del hogar respecto de mujeres de otras posiciones sociales, así como con baja participación eco-

ocupacionales y las oportunidades de vida en el tiempo transcurrido del estudio (8 años aproximadamente). Tiempo en el que se transitó por contextos históricos particulares en los que se generaron variabilidades y transformaciones en los modelos de desarrollo económico (Benza, 2014), que pudieron repercutir en las realidades socioeconómicas de las mujeres, en términos de ventajas como de desventajas.

nómica dentro de las propias familias, al ser las responsables de sostener las tareas de cuidados al interior de sus hogares.

Vinculado con ello, cuando caracterizamos las ocupaciones de las mujeres en situación de pobreza, y también en oportunidad de considerar sus trayectorias ocupacionales en términos biográficos, advertimos consonancia con elementos que Jiménez Zunino y Asussa (2017) toman para describir a una clase trabajadora. En este sentido, en nuestro estudio una gran mayoría de las mujeres en situación de pobreza se insertaron en el mercado de trabajo de manera temprana y por intermediación familiar entre los 7 y los 10 años. Iniciándose así, sus trayectorias laborales continuaron caracterizadas por desempeñarse en trabajos informales, y, en consecuencia, por una marcada inestabilidad.

Tal como plantean los autores, en nuestro trabajo las mujeres llevan a cabo estrategias laborales complementarias a los desarrollos laborales de sus compañeros, realizando trabajo doméstico en sus hogares desde la limpieza en viviendas y preparación de alimentos, al cuidado, crianza y acompañamiento en las actividades escolares y extraescolares de los hijos y las hijas, tarea que también suelen desarrollar las abuelas. Muchas veces, aquellas que lograron desarrollar trayectorias laborales fuera del hogar, las ven interrumpidas por dar prioridad a las trayectorias laborales de los varones, o por los tiempos reproductivos vinculados a la maternidad y cuidado de hijos e hijas (sus hogares presentan composiciones con mayor presencia de menores) aspectos que recaen en las tareas de reproducción doméstica de la familia. Tal como se advierte en las biografías de trabajo y enfermedad de estas mujeres, que analizaremos en el capítulo que sigue, Jiménez Zunino y Asussa (2017, p. 865) mencionan que el tipo de trabajo “pesado” y desgastante afecta, con el paso del tiempo, “el capital corporal” de los trabajadores y las trabajadoras de esta clase, aspecto que identificamos en testimonios de algunas mujeres en situación de pobreza, haciendo emerger, según los autores, desde “las condiciones signadas por la informalidad (...) cierta preocupación por el paso de los años y por la edad”.

La *situación de clase media* nos permite identificar a mujeres que se hallan en un grupo social que se sitúa en la región intermedia del espacio social y que presenta para sus integrantes un conjunto diferente de oportunidades, composiciones patrimoniales y disposiciones sociales (Jiménez Zunino y Asussa, 2017). Benza (2014) entiende que se trata de un conjunto social que se expresa por el carácter disímil y heterogéneo de las situaciones laborales en las que está implicado. La autora menciona asociación de ingresos medios, ocupaciones técnicas o asalariadas profesionales, inserciones en condición de autónomos y de empleados del sector privado, o en emprendimientos personales o familiares, alta calificación en términos de acumulación de capital cultural institucionalizado (certificados escolares de nivel superior y universitario), condiciones de registro laboral en términos de legalidad vinculados con ramas de la educación, la salud y puestos de gestión jurídico-administrativa, entre otras. Aspectos que hemos podido reconocer respecto de las participantes de este grupo social en la caracterización realizada en el capítulo metodológico.

Respecto de aquellas mujeres jóvenes estudiantes universitarias de clase media, es importante considerar que las inserciones laborales, ocupacionales y profesionales de sus progenitores son las que han propiciado que ellas se desempeñen como alumnas de nivel superior pudiendo reconocerse apuestas sostenidas de acumulación de capital cultural y educativo por parte de estas familias a sus hijas, lo que expresa la búsqueda de posiciones que proporcionen estabilidad y cierta satisfacción con sus futuros trabajos (Benza, 2014).

Por otro lado, pensar las situaciones socioeconómicas de las mujeres del estudio, atendiendo a lo que Benza (2014), entiende en términos de sus *posiciones en el ámbito laboral*, es decir sus ocupaciones, permite reconocer diferencias en las oportunidades materiales de sus vidas. Benza (2014, p. 102) plantea que “la situación de mercado incluye beneficios económicos

como los ingresos, pero también otras compensaciones derivadas de la relación laboral, como el grado de seguridad en el empleo, el acceso a beneficios sociales (seguridad social- obra social) y la cantidad de horas de trabajo”. Aspectos que nos anticipan a pensar, en condiciones más favorables en el acceso a recursos para la atención a la salud para el grupo de mujeres en situación de clases medias respecto de las mujeres en situación de pobreza.

Caracterizar a partir de estas descripciones a los grupos de mujeres del estudio, nos aproxima a inferencias acerca de cómo pueden ir configurándose sus trayectorias sociosanitarias en términos de desigualdades, marcadas por recorridos que expresan oportunidades, accesos y recursos diferenciados orientados a la atención de la salud, en un sentido material-concreto como simbólico, por tanto, que dan cuenta de realidades disimiles de acuerdo a su situación en la estructura social. Aspectos en los que nos detendremos avanzado este trabajo.

Consideraciones sobre la perspectiva de clases sociales desde el campo de la salud

Reflexionar sobre esta perspectiva en el campo de la salud, torna ineludible partir de los aportes del médico social y sanitarista argentino Floreal Ferrara desde su clásico libro “*Teoría social y salud*” (1985). Ferrara consideraba que el conocimiento de las clases sociales consiste en una categoría insoslayable para el análisis del proceso de salud y enfermedad en las sociedades, siendo su abordaje esencial para cualquier modificación que se quisiese desarrollar en torno a dicho proceso. Para el autor el proceso de salud-enfermedad es un componente del clima social de una comunidad y está determinado por los elementos que lo integran, por la interrelación que se establece entre ellos, considerando como punto de partida a las relaciones de producción.

Desde una lectura marxista althusseriana, para Ferrara la *salud* es una resultante de la actividad social y de las relaciones sociales en las que incurre cada comunidad ante su esquema productivo. De manera que, la *atención de la salud* es una consecuencia de la realidad social, depende de ella y es, de acuerdo al autor, a esa realidad social a la que hay que enfrentar cuando se quiera actuar para transformar la atención de la salud.

Ferrara (1985) entendía clave considerar, además de la interacción de los factores objetivos, subjetivos y biológicos, a las condiciones sociales en las que se ejecuta el sistema productor de la riqueza, su distribución social y las relaciones de los individuos y sus grupos con el trabajo cotidiano. En este escenario, el autor reclama que la epidemiología social debe involucrarse con el concepto de clase social, considerando que si bien la edad, el sexo, el estado civil, el tamaño de la población, la natalidad, el nivel educacional y la ocupación tienen influencia en el proceso salud-enfermedad, constituyen elementos de menor peso respecto de las transformaciones necesarias, reduciendo la comprensión del proceso de la salud-enfermedad.

Para el autor existen enfoques de salud preocupados por pregonar la igualdad frente a las necesidades sociales desde perspectivas centradas en las necesidades individuales, que eluden la existencia de las diferencias sociales concretas frente a la salud-enfermedad, manteniendo el estado de las circunstancias sin ponerlas en cuestión. Expresaba:

“la población pone en marcha este complicado mecanismo de atención de la salud a punto de partida de la percepción de su estado de salud. Tal percepción del estado de salud es una estimación subjetiva de cada individuo sobre la que presionan situaciones, elementos personales, factores heredados, familiares, culturales, pero a los cuales es imprescindible completar con el peso incuestionable que sobre ese individuo tiene

el sistema productivo al que se encuentra adherido. Es cierto, se trata en lo personal de una percepción subjetiva, pero el esquema de referencia de cada individuo, la parte individual de la percepción, se esculpe cotidianamente en el puesto que sus antepasados y él mismo ocuparon y ocupan en el sistema de creación de la riqueza social. Ese puesto modela determinado esquema, distintos niveles de tolerancia al dolor y los malestares, diferente capacidad de sufrimiento y resistencia, de conocimientos y temores que son parte de las fuerzas que se ponen en movimiento para identificar el estado de salud” (Ferrara, 1985, p. 35).

De acuerdo a Ferrara (1985) la subjetividad es una consecuencia concreta del puesto que tienen las personas en las relaciones sociales de producción, que, al fijar las formas de repartición de la riqueza social, distribuye a las personas en clases sociales que pasan a ser los verdaderos sujetos de la percepción de la salud. En este escenario, para el autor corresponde reconocer que las necesidades de salud deben identificarse como elementos histórico-sociales, datos generados por la realidad, por las relaciones que generan en el sistema productivo. En este escenario, los mecanismos de satisfacción de las necesidades de atención de la salud no obedecen a un deseo del consumo individual en un mercado de oferta y demanda, sino que se trata de una compleja situación, expresión polivalente de las fuerzas productivas definidas conforme al sitio que cada persona tiene en el esquema social.

En relación con ello, si bien el enfoque de Ferrara ofrece una lectura crítica imprescindible al vincular salud y condiciones materiales de existencia, sus ideas sustentadas en la filosofía marxista desde Louis Althusser (López Marzano, 2016) lo condujeron por esos años a la adopción de una interpretación determinista de clase, la que podría invisibilizar la complejidad relacional e histórica de los procesos sociales vinculados a la salud. López Marzano (2016) considera que, con el paso de los años Ferrara fue reconociendo la idea de la rigidez de la estructura en Althusser, flexibilizando esa mirada.

En este sentido, la categoría de “situación de clase” que consideramos aquí, permite repensar la noción de clase fuera de idea de su inexorabilidad, entendiendo que las condiciones de salud no son el resultado mecánico de una posición estructural, sino de procesos dinámicos de posicionamiento, atravesados también por trayectorias, sentidos subjetivos, experiencias territoriales, decisiones contrahegemónicas y condiciones sociohistóricas en disputa permanente.

Por otro lado, continuando con los antecedentes en este campo, a lo largo de los años la corriente de la salud colectiva latinoamericana, a través de distintos referentes, ha trabajado la categoría clase social como herramienta de análisis desde diversas perspectivas (Belmartino, 2024 [2005]; Breilh, 2023; Bronfman, 2024 [2000]; Castro 2023 [2010], Laurell et al. 2021 [1976]; Menéndez, 2018 [1981]; Vasco Uribe, 2025 [1975]; entre otros y otras). A los fines de este trabajo nos detendremos en dos de ellos que consideramos centrales.

La ya mencionada obra de Eduardo Menéndez (2018) “*Poder, estratificación social y salud*”, se constituye en un antecedente latinoamericano clave en un abordaje investigativo que amalgama, desde una perspectiva antropológica médica crítica en clave histórica, la realidad de la salud y la estratificación social de comunidades mexicanas. Su estudio, parte del objetivo de describir y analizar las condiciones y las transformaciones económico/políticas identificadas entre los años 1900 y 1978, y su relación con los procesos de salud, enfermedad, atención-prevención en el Estado de Yucatán (México)⁶⁴.

64 El autor genera un modelo de estratificación social, que propone cuatro estratos: Estrato I: constituido por propietarios y/o poseedores de los sectores financiero, industrial (incluida la agroindustria), agrario, comercial y burocrático; Estrato II: estratos medios, pequeños propietarios rurales, medianos y pequeños comerciantes e

El diálogo de las corrientes de la Medicina Social latinoamericana, la orientación gramsciana y la formación antropológica del autor, le permitieron, a partir de la generación de un modelo de estratificación social, construir análisis de los fenómenos articulando los procesos económico-políticos con los procesos sociales e ideológico-culturales, reflexionado sobre “las relaciones de clase, los procesos de movilización y participación social” (Menéndez, 2018, p. 140).

Entre las múltiples reflexiones a las que arriba con esta obra, el autor advierte la desigualdad y polarización social creciente en la distribución de la riqueza, así como en el proceso de concentración económica en manos del Estado yucateco y de la burguesía provincial, que se verifica en el sistema de estratificación local, incidiendo en las condiciones y niveles de vida de la población, la mayoría de las cuales ha vivido en condiciones de pobreza, derivándose a partir de esa realidad dinámicas que operaban en esas comunidades en relación con sus procesos de salud, enfermedad y atención- prevención.

Coincidiendo con autores ya analizados, el médico y epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh (2023, p. 258) plantea que el *análisis de clases sociales* ha sido una práctica científica controvertida, que se expresa en debates discrepantes entre defensores y detractores basadas en prenociones ideológicas, posiciones conservadoras, así como posturas hipercríticas que realzan la diversidad y la unicidad en detrimento de la mirada de clases. Contrariamente a ello, desde la epidemiológica crítica, el autor considera que el análisis de clase es indispensable al permitir la investigación de las condiciones de la inequidad, comprendiendo la segregación social, considerando los modos de vivir de las personas y los procesos nocivos o protectores que experimentan en ellos.

En este marco Breilh (2003; 2023) plantea la necesidad de distinguir entre “inequidad” y “desigualdad”. Entiende que, mientras *la inequidad* se refiere a los mecanismos que posibilitan la concentración de poder por una minoría social y el correspondiente proceso de exclusión de los grupos subordinados, *la desigualdad*, es la manifestación empírica de la inequidad. De acuerdo al autor, en el caso de la salud, esta expresa las diferencias en el acceso a elementos necesarios para un modo de vivir saludable como derechos de salud y servicios.

Para el autor clase social, etnia y género son fuentes de inequidad, procesos que comparten una misma raíz que es la acumulación y concentración de poder, encontrándose relacionados sus mecanismos de reproducción social: “el poder económico se concentra en ciertas clases sociales y se expresa en una estructura de clases, pero la dominación económica requiere de relaciones culturales y una estructura simbólica adecuada que viabilizan la hegemonía” (Breilh, 2003, p. 221).

En este escenario, de acuerdo al autor, la epidemiología crítica considera a la salud colectiva como un proceso complejo irreducible a la salud de los individuos. Entre las categorías cardinales a las que Breilh (2023) recurre para explicar la complejidad de la salud se encuentran la de *reproducción social* y *determinación social*.

Entiende que la *reproducción social* refiere al movimiento de producción y distribución de la vida, donde el sujeto se objetiva en las cosas al producir lo que se ha convenido socialmente como útil y, al consumir se recrea como sujeto que accede a valores de uso. La reproducción social se desenvuelve en tres dimensiones: *general*, corresponde a la lógica de acumulación, la política y la cultura hegemónicas; *particular* refiere a la reproducción de clases sociales, cru-

industriales y la pequeña burguesía, técnicos y profesionales por cuenta propia; Estrato III: obreros industriales, trabajadores textiles, ferrocarrileros, portuarios, salineros, de la alimentación, entre otros; Estrato IV: campesinos parcelarios, ejidatarios y jornaleros rurales; productores artesanales, con débil nivel organizativo, de movilización y de autonomía (Menéndez, 2018).

zadas por relaciones de género y etnoculturales, cuyos vínculos pueden ser de cooperación o de explotación y dominación; y la dimensión *individual* a la que pertenecen los individuos y familias de esas clases sociales, con sus estilos de vida y cotidianidad personal (Breilh, 2023, p. 182).

Por su parte, la *determinación social*, es para Breilh (2023) el modo de devenir que genera condicionamientos y encarnaciones⁶⁵ (*embodiments*) en las distintas dimensiones de la reproducción social. Es un modo de darse la realidad socio-natural productora de procesos de vida y salud, “porque el vivir social genera el condicionamiento dialéctico complejo de la salud y de sus correspondientes procesos críticos, con sus expresiones saludables y protectoras, o también con sus expresiones malsanas y destructivas” (Breilh, 2023, p. 182). La determinación social se desarrolla en las múltiples dimensiones de la reproducción social: *general*, que corresponde a la lógica de acumulación, la política y cultura hegemónicas; *particular*, de la reproducción de clases sociales, mediadas por relaciones de género y etno- culturales, cuyas relaciones pueden ser de cooperación o de dominación; *individual*, a la que pertenecen los individuos y familias de esas clases sociales, con sus estilos de vida y cotidianidad.

En este escenario, para Breilh (2023, p. 262) “la clase social es una categoría teórica vital para entender los modos de vivir de sus miembros, definidos por sus patrones típicos de trabajo; consumo familiar; tipos de organización y soportes colectivos; formas de creencias y prácticas culturales, subjetividad, espiritualidad y relaciones (...) con los ecosistemas”.

Para el autor, el análisis de clase permite examinar los impactos de la injusticia en la salud, tornando evidente la existencia de colectividades socialmente definidas, con sus propias especificidades, que operan como un puente entre la reproducción del sistema social y la delimitación de la vida individual (Breilh, 2023, p. 262)⁶⁶. En estas circunstancias, las formas y grados de bien vivir y salud se dan en escenarios globales y locales segregados según la opulencia concentrada de minorías y según la pobreza en continuo aumento para las mayorías de colectivos subalternos. Expresa el autor:

“La injusticia extrema es el rasgo social caracterizador de nuestros tiempos. La inequidad delimita el estado del bien vivir que las personas pueden gozar, al mediar la calidad particular de los modos de vivir que las distintas clases sociales pueden experimentar. Las comunidades urbanas y rurales del Norte acaudalado y del Sur son radicalmente segregadas como resultado de la división social en clases, por géneros y posición etno-cultural-racial, lo cual, a su vez, forma parte de la distribución de bienes y placeres sociales que benefician o afectan a las distintas colectividades, según su posición en la matriz de poder de la sociedad (...). Aquellas tendencias y contradicciones de poder se expresan, a su vez, en los modos de vivir típicos de dichos grupos particulares” (Breilh, 2023, pp. 254- 255).

65 El autor emplea esta noción en el sentido de dar una forma perceptible concreta o cuerpo a un proceso (Breilh, 2023, p. 85).

66 Para Breilh (2023) la estructura de clase de las sociedades del siglo XXI es compleja y sujeta a cambios permanentes. En su propuesta para indagar en estas cuestiones, propone un método alternativo para estratificar poblaciones a fin de compararlas epidemiológicamente, mediante un cuestionario de inserción social (sistema INSOC) para definir los modos de inserción económica de las personas y así estudiar la disparidad social. Entiende que la *inserción social* se define como las relaciones concretas que demarcan la “situación de clase” de las personas en la esfera productiva (Breilh, 2023, p. 263). Nótese, también en este autor, como recurre al concepto de situación para pensar las realidades de las clases.

Reflexiones de síntesis

Kessler y Assusa (2021, p. 34) sostienen la necesidad de promover “el paso de los indicadores estadísticos de desigualdad a la significatividad de la experiencia sociológica de la desigualdad, que se vive a lo largo y a lo ancho de la estructura social, (donde) los agentes legos continúan constituyendo una de las más importantes áreas de vacancia en este campo de estudios”.

Intentando dar un paso en el sentido propuesto por los autores, a partir de un proceso de indagación paulatino, reflexivo y flexible, este estudio inició conociendo la realidad de un grupo de mujeres en situación de pobreza, comenzando a identificar de sus relatos manifestaciones de la desigualdad en sus biografías referidas a vivencias de SECA. Ello despertó nuestro interés en generar una aproximación a otro grupo social, mujeres en situación de clase media, que nos permitiera comprender en qué se expresan esos contrastes, al tiempo de poder caracterizarlos, orientados también por la avidez de hallar semejanzas, puntos comunes en que las mujeres de ambos grupos se encontraban en esas vivencias, concepciones, conocimientos y creencias sobre SECA.

En este sentido, lo desarrollado en este capítulo nos acerca a perspectivas, enfoques y discusiones en torno a la noción de pobreza, clases sociales, desigualdad y salud en Latinoamérica, conformando un entramado teórico que sustenta nuestra comprensión de los procesos de SECA que se dinamizan en las vidas de estas mujeres.

La *perspectiva sobre pobreza* asumida nos permite reconocer los efectos acumulados de las vivencias de exclusión y vulneración sistemática de derechos en las vidas de muchas de las mujeres del estudio, mientras que *la perspectiva de clase* nos permite atender a las realidades de las mujeres en términos de sus posiciones en el sistema de relaciones sociales, laborales/ocupacionales, así como en lo inherente a las construcciones cognitivas y prácticas que ellas han realizado desde esos lugares en el marco de sus biografías, vinculadas a sus relaciones con el sistema de atención, sus encuentros con el saber popular, sus propias concepciones, conocimientos, creencias y prácticas, como cuestiones centrales a atender.

De esta manera las categorías de *pobreza estructural*, *clases sociales*, *clases medias*, *situación*, *situación de pobreza*, *situación de clase media*, *trayectorias sociosanitarias*, en perspectiva social crítica y latinoamericana de la salud, nos permiten avanzar en caracterizaciones de los grupos de mujeres a los fines de identificar, describir y analizar cómo se configuran sus trayectorias de SECA, reconociendo al mismo tiempo cómo la *pandemia* imprimió en ellas marcadas vivencias y sentidos sobre las desigualdades.

Atendiendo a ello, nuestro estudio asume una mirada compleja que combina, analítica y dialógicamente, diversas perspectivas a los fines de construir una comprensión integral sobre las realidades de SECA de mujeres del Gran Río Cuarto. Esto nos permite considerar diversidad de dimensiones psicosocioculturales y pedagógicas que intentan desentrañar cómo han elaborado sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas, expresando trayectorias sociosanitarias personales, familiares y comunitarias que visibilizan posibilidades, así como imposibilidades, accesibilidades como inaccesibilidades, pero que, ante todo visibilizan como se establecen tramas de las desigualdades en salud.

Intentando responder al último interrogante con que abríamos este capítulo, que expresaba ¿cómo imprimir un miramiento desde estas perspectivas en el transcurso del trabajo? el análisis aquí realizado define, en lo que continua de este trabajo, *un miramiento analítico comparativo* que se desenvolverá mediante una impronta de razonamiento que atenderá a criterios de semejanzas y diferencias, dilucidador de los relatos sobre las concepciones, conocimientos,

creencias y prácticas sobre SECA, como procedimiento que permitirá aproximarnos a hallar expresiones de las desigualdades en salud.

En este sentido, esta perspectiva comparativa no parte de la pretensión de ubicar a mujeres más aventajadas respecto de otras menos, sino que, apuesta por un abordaje humanizador de una temática invisibilizada, desde un enfoque que permita construir dimensiones y categorías que reconozcan y contrasten realidades de SECA entre estos grupos sociales estudiados.

“es necesario hacer esfuerzos de investigación para comprender el modo en el que las personas perciben, significan y juzgan las distancias sociales, la forma en la que las relatan, impugnan y critican” (Kessler y Assusa, 2021, p. 34).

Capítulo 3

APROXIMACIÓN A LOS PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN DE LAS MUJERES EN CLAVE DE HISTORIAS DE VIDA

“Podemos pensar que en el origen de los propios relatos personales está la intención de dar cuenta de la propia vida para poder transformarla”
(Rivas Flores, 2014, p. 104).

Este capítulo parte de la pretensión de generar una aproximación a las mujeres del estudio y a los procesos de SECA vividos por ellas en perspectiva biográfica narrativa. Para ello, el objetivo del mismo consiste en *analizar comparativamente hitos en la vida de las mujeres, como momentos clave en la vida de las mujeres, que dan cuenta de un carácter histórico-biográfico en sus procesos de SECA*.

Atendiendo a ello nos preguntamos: ¿qué expresan los testimonios de las mujeres para referirse a sus procesos *de SECA en clave histórico-biográfica*? ¿qué aporta esta perspectiva a la comprensión de los procesos de SECA de mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media? ¿porqué?

Contexto conceptual para construir sentidos sobre el carácter histórico-biográfico de los procesos de SECA

En el marco del estudio, fue posible identificar que los relatos de las mujeres en torno a sus procesos SECA se construyeron en perspectiva autobiográfica. Ese perfil narrativo trazó la impronta de los datos emergentes preliminares, manifestando un carácter propio referido a vivencias y experiencias de SECA de mujeres en situación de pobreza como de clase media del Gran Río Cuarto. Así las entrevistadas fueron dando cuenta en esas construcciones culturales, subjetivas, intersubjetivas y simbólicas, a partir de un miramiento en perspectiva histórica sobre sus vidas en vínculo con las de sus familias y comunidades. Este reconocimiento condujo a que, desde las fases iniciales del estudio precisáramos un reposicionamiento en perspectiva biográfica-narrativa.

Reconocimos así que el carácter biográfico-narrativo en torno a aquello que las mujeres expresaban sobre sus ideas, pensamientos y haceres en salud y enfermedad, cuidados y atención, se propiciaba a partir de un doble sentido: por un lado, en lo eminentemente procesual de la temática desde la perspectiva asumida, traducida en una invitación a pensar estas cuestiones en el desarrollo de sus propias vidas y la de los suyos. Por el otro, al concebir a la entrevista, desde lo metodológico, como una conversación dialógica, guiada por las protagonistas, recorriendo idas y venidas, abriendo la posibilidad a olvidos y recuerdos, a enunciaciones y reformulaciones, sin tener como pretensión el desarrollo de una línea cronológica exacta

(Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006). Lo que fue sucediendo naturalmente, por ese matiz biográfico “implícito” desde el comienzo de la indagación y lo emergente a partir de ella.

Desde una perspectiva etnosociológica Bertaux (1999) considera que existe relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona un episodio cualquiera de su experiencia de vida. Para Mallimaci y Giménez Béliveau (2006), Bertaux adopta una definición del relato de vida que considera que es posible encontrar experiencias de vida en relatos centrados en un período de la existencia del sujeto, o en un aspecto de esta, haciendo accesible la historia de vida, que no necesariamente debe implicar un recorrido a través de la totalidad de la experiencia del individuo.

Por su parte, Rivas Flores (2014) expresa que la investigación narrativa y biográfica reconoce una dinámica de reconstrucción mutua: el sujeto construye la realidad a partir del relato que hace de ella, al tiempo que este mismo relato orienta la construcción del propio sujeto. Desde esta premisa, el autor entiende como este tipo de investigación puede ser parte de las dinámicas de transformación social en el marco social neoliberal dominante.

Reconociendo hitos de salud, enfermedad, cuidados y atención en la vida de las mujeres

En el estudio la dimensión biográfica contextualizada deviene emergente posibilitando un pensar las trayectorias individuales de las mujeres en relación con las familiares y en vínculo a los procesos de salud y enfermedad, y lo que de ellos se deriva. De esta manera, es posible penetrar en lo social, visibilizando realidades, necesidades, demandas, peregrinajes, recorridos de atención y recomposiciones en sus vidas para elaborar respuestas, permitiendo reconocer vivencias que dan cuenta de la heterogeneidad de posibilidades de estos grupos en un escenario cargado de tramas de desigualdad.

Para Mallimaci y Giménez Béliveau (2006) la entrevista en una historia de vida implica una puesta en discurso de acontecimientos claves que han marcado la existencia de la persona, emergiendo interpretaciones que se reactualizan en su presente. Estos hechos, para los autores, se constituyen en “bisagras” en las que es posible identificar un antes y un después desde sus deseos, proyectos y perspectivas de las personas (Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p.198).

Denzin (1989) propone denominarlos como epifanías o *turning points* para referirse a los temas centrales que han ido transformando la vida de los sujetos entrevistados para convertirlos en momentos decisivos de sus vidas.

Nuestro estudio propone pensar en estos momentos desde la *dimensión de análisis* denominada *historias de salud y enfermedad en mujeres*, organizada en las *categorías* llamadas *hitos de SECA de mujeres en situación de pobreza* e *hitos de SECA de mujeres de clase media*.

En lo que sigue se expone una tabla que consigna los componentes que surgen para el análisis de esta dimensión (Véase tabla 5).

Tabla 5: Historias de salud y enfermedad en mujeres

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Historias de salud y enfermedad en mujeres	<i>Hitos de SECA de mujeres en situación de pobreza</i>	<i>Hitos de infancia, trabajo y enfermedad</i>
		<i>Hitos de adultez, trabajo y enfermedad</i>
		<i>Hitos de enfermedad, trabajo y peregrinaje médico de “otros y otras” que marcan historias “propias”</i>
		<i>Hitos de embarazos y partos como expresión de SECA en primera persona</i>
	<i>Hitos de SECA de mujeres de clase media</i>	<i>El “no parar” como hito desencadenante de enfermedad</i>
		<i>Hitos de enfermedad en primera persona “yo le metía el cuerpo y dale que va...”</i>
		<i>Hitos de enfermedad como “hilo conductor” de historias familiares intergeneracionales</i>
		<i>Hitos de enfermedad que proyectan un vivir en salud</i>

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

Se entiende por hitos de SECA a aquellos hechos claves, decisivos en el transcurso de la vida de las mujeres, que ellas reconocen y mencionan para aludir a procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención en clave histórica personal, siendo instancias que han ido transformando sus vidas, donde han sido protagonistas junto con otros significativos para ellas (familiares, amigas o amigos, vecinas o vecinos, entre otros) atendiendo a características que son propias de sus grupos sociales de pertenencia. De estas categorías, a su vez, se desprenden subcategorías de análisis que expresan hitos específicos que representan a las mujeres de cada grupo social.

Estos hitos expresan lo que entendemos como *trayectorias de salud*, como el curso, dirección o proyección que, a lo largo de sus historias de vida, han seguido y siguen las mujeres, siendo procesos sustentados por, y en los que se dinamizan sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas para el mantenimiento o protección de la salud, así como para la prevención y cura de la enfermedad, el proveer cuidados, así como la búsqueda de atención por parte de otras personas, así como de servicios de salud.

En lo que sigue, analizaremos los relatos en salud intentando representar la heterogeneidad de voces de mujeres del estudio para valorar estos procesos en sus vidas.

Hitos de SECA de mujeres en situación de pobreza

Como hitos de SECA a partir de los relatos de las mujeres en situación de pobreza se identificó historias de pobreza, trabajo, salud y enfermedad desde la infancia a la adultez. El análisis permitió reconocer la evocación a una infancia de pobreza, trabajo y enfermedad que no cesó en su tránsito a la adultez, la que permaneció en condiciones similares, tanto para ellas como para personas significativas de sus vidas. Pueden reconocerse distintos hitos que se enuncian en lo que sigue.

Hitos de infancia, trabajo y enfermedad

Se identificaron testimonios que aluden a aquello que las mujeres recuerdan del momento evolutivo de sus infancias como la etapa inicial de sus vidas marcada por el ingreso precoz al

mundo del trabajo, la responsabilidad y el esfuerzo, y un correlato de soledad, enfermedad, sufrimiento y dolor físico y emocional.

(...) a los 8 años mi madre me mandó a trabajar de niñera (...) la gente con la que me fui a trabajar (...) tenían 2 chicos de 3 y 6 años, y yo tenía 8 (...) lavaba las tasas, lavaba los platos, barría. Después ya empecé con la cocina, baldeaba, y estuve hasta los 15 años con ellos (...) (a esa edad) me enfermé y estuve muy mal (...) me agarró como una pulmonía (...) yo baldeaba el patio y me mojaba los pies, en invierno (...) estuve 15 días internada (...) hasta que me compuse (...) mi mamá me buscó y me llevó al campo, otra vez (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC-RCC- Cría de animales. BIM.RC)⁶⁷.

(...) yo me quedé huérfana de mamá y papá; éramos ¡10 hermanos!, mis padres fallecieron cuando yo tenía 7 años (...) a Río Cuarto me vine a los 9 años; me trajo una tía mía a vivir con ella, pero me mandó a trabajar (...) de niñera (...) yo era muy chiquita (...) tenía que cuidar ese bebe y ese bebé me pegaba (...) mi tía me mandaba a trabajar (...) cama adentro (...) todas las semanas (...) era muy duro porque yo no estaba con mis hermanos (...) sufría mucho porque yo tenía que hacer lo que ellos decían, cuidar el chico, limpiar los pisos, me ponían a encerar así con la máquina (...) (MC1. M. 66 años, 4 hijos. RHGC. VLC.RC).

Los testimonios de estas mujeres dan la impresión de infancias no vividas como tales, donde el trabajo se inicia prematuramente como exigencia impuesta por una figura adulta. Aparece la responsabilidad atribuida a estas niñas en el cuidado de pares, otros niños y niñas próximos en edad, pero lejanos en las condiciones concretas de existencia. Quizá por ello resuena con tanta claridad lo lejano vivido con ellos, dando cuenta de un sentimiento que permanece intacto y cercano, como si no se hubiese madurado jamás y sea esa niña de 9 años la que hoy nos relata con molestia la situación vivida (“ese niño me pegaba”), y no así, la mujer adulta que hoy nos narra ese episodio.

(...) soy criada de abuela y los viejos de antes eran diferentes, todo decidían por mí y yo no podía decidir nada (...) mi papá (...) prácticamente no estaba (...) y mi mamá, yo tenía 3 años (...) y ella se fue (...) por ahí nos pegaban sin motivo (...) tanto mi abuela como mis tíos (...) muchas veces a las 5 o 6 de la mañana con las heladas nos levantaban con 9 y 10 años a hacerles el té, prenderles el fuego en un brasero ¡nosotros hacerles el té a ellos! (...) recuerdo que me vivían haciendo análisis porque yo era muy flaquita, me daban vitamina (...) después he sido operada de apéndice y estrangulación de intestinos a los 9 años (...) que me empezó a agarrar fiebre y vómitos (...) era una peritonitis muy dolorosa (...) a los 3 días de haberme operado del apéndice me operaron de la estrangulación de intestinos, 9 años tenía (...) fue una infancia difícil, prácticamente

⁶⁷ Las referencias al pie de los testimonios que se consignan durante todo el trabajo refieren a: MC1/MC2: Mujer Caso 1 o Mujer Caso 2 (Caso 1: Mujer en situación de pobreza, Caso 2: Mujer en situación de clase media). Inicial del nombre propio. Edad. Cantidad de hijos (que se indica con el genérico). Ocupación. Las siglas de las ocupaciones refieren a: RCC: Referenta de Centro Comunitario/ TCC: Trabajadora en Centro Comunitario/ Responsable del Hogar y Gestión del Cuidado: RHGC/ Trabajadoras de Casas Particulares: TCP/ Gestión del Cuidado Particular: GCP. Seguido de ello, se consignan las iniciales del Barrio (Barrios definidos para mujeres en situación de pobreza: IM: Islas Malvinas, VLC: Villa la Cava, BJN: Barrio Jardín Norte (de la localidad de Río Cuarto), VSF: Villa San Francisco (Las Higueras). Barrios definidos para mujeres en situación de clase media: BB: Barrio Bimaco, BC: Barrio Centro, BN: Banda Norte (todos éstos de Río Cuarto), BC: Barrio Centro (Las Higueras). Localidad. RC: Río Cuarto/LH: Las Higueras.

no tuve infancia (...) no hemos sido criados como niños, allá era como una sirvienta (...)
(MC1.C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSF. LH).

Rey Méndez, Orazi y Stonski (2015) consideran que el trabajo infantil se configura como un problema social y sanitario complejo que implica una vulneración en la cual se encuentran los niños y niñas afectados por la pobreza, el trabajo y por daños en la salud psicofísica producto del mismo. Plantean que es posible hallar niños, niñas y adolescentes trabajando en todos los sectores de la economía, tanto formal como en la llamada “economía subterránea”⁶⁸. Prácticas laborales no registradas, a las que se le suman prácticas delictivas en las que se utilizan niños, niñas y adolescentes como actividades ilegales vinculadas a la producción y tráfico de drogas, actividades productivas al margen de la ley, trata de personas, entre otras. Las autoras definen al trabajo infantil como:

“Las actividades que son realizadas por niñas, niños y adolescentes, reemplazando o acompañando a los adultos, asumiendo la responsabilidad de esas tareas no acordes con su edad o desarrollo, mientras se los pone en riesgo de sufrir lesiones físicas y/o estrés por carga emocional y se les impide el descanso, la recreación, la concurrencia y el aprovechamiento de los aprendizajes escolares” (Rey Méndez, et al. 2015, p. 30).

Consideran que esta situación ha permanecido históricamente no visible, dadas las influencias culturales que han facilitado su naturalización. Reconocen que es a partir de la revolución industrial que se produce una masiva incorporación de la familia a la producción, favoreciéndose representaciones que vincularon la pobreza con la necesidad de ingreso precoz al mercado laboral. En consonancia con ello, podría pensarse que cuando estas mujeres fueron niñas, estas improntas permanecieron vigentes en el imaginario colectivo, concibiendo al trabajo infantil como una especie de “salida”.

Se advierte que las mujeres han desempeñado en su infancia una modalidad de trabajo doméstico que representa, actualmente en Argentina, una de las formas de trabajo infantil más extendidas y no visualizadas, implicando tareas de larga exposición, verbalizadas como “ayuda en el hogar” o “trabajo en casas particulares” (Rey Méndez et al. 2015, p. 33).

Desde esta perspectiva la infancia es tratada de manera adulto céntrica, siendo los niños y las niñas percibidos como adultos en miniatura, incapaces de desear, decidir o pensar, prevaleciendo sobre ellos intervenciones de tutoría y control. Los testimonios dan cuenta que las mujeres recuerdan lo acontecido en relación a los adultos próximos como figuras que prescribían lo que había que hacer, que castigaban e infringían un dolor sobre ellas. En esta realidad, junto a un trabajo exigido, emerge el debilitamiento, la extenuación, la delgadez impresa en los cuerpos de estas niñas, ingresando a sus vidas la enfermedad y el dolor físico. En esas condiciones los relatos dan cuenta cómo “dejan de ser útiles” a los adultos que las empleaban y son devueltas a sus familias.

Resultados de una primer encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA) realizada en 2004 en Argentina desde la Organización Internacional del Trabajo (OIT),

68 Estos autores, advierten que, en la economía formal hay niños, niñas y adolescentes trabajando en sectores de: producción primaria (tareas de cosecha, mano de obra intensiva); producción secundaria (explotaciones mineras y caleras, producción de ladrillos, de carbón; pesca de baja escala o de subsistencia, cría de ganado menor y mayor, también como eslabones finales de las cadenas de producción industrial, o en talleres textiles, de calzado, de producción de alimentos o en el terminado final de estos productos); producción terciaria (venta, el traslado y acarreo, la recolección de residuos, el acompañar y cuidar a personas y bienes, la reparación en talleres metalúrgicos) (Rey Méndez, et al. 2015).

el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (Mes) orientada a indagar sobre el trabajo infantil con una población de 5 a 17 años (50% de los niños y jóvenes del país en ese momento) revela que, aquellos que trabajan suelen estar expuestos a factores de riesgo que pueden alterar o lesionar su salud. El informe da cuenta de la percepción que ellos tienen del entorno de trabajo, lo nocivo en él, así como un reconocimiento a sus esfuerzos físicos, el poco descanso, el vivenciar temor, malestar, y el haberse lastimado o incluso sufrido algún tipo de accidente en ese contexto.

En consonancia con ello, los resultados de la segunda edición de la Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (INDEC, 2018) muestran que en Argentina hacia 2016-2017 trabajaban uno de cada 10 chicos de entre 5 y 15 años, lo que significa que 715.484 niños y adolescentes de hasta 15 años trabajaban ya sea para producir para el mercado, el autoconsumo o en labores domésticas intensivas. Ésta última registra el porcentaje más alto en trabajo infantil con un 4,3 por ciento, implicando tareas de cuidado, limpieza o preparación de alimentos, tareas domésticas intensivas que recaen sobre todo en las mujeres (entre el 55 y el 59 por ciento) dedicadas entre 3 a 10 horas semanales.

Vinculado con ello, en el plano internacional, según la Organización Internacional del Trabajo (2017) en sus “estimaciones mundiales sobre el trabajo infantil 2012-2016”, las niñas tienen muchas más probabilidades que los niños de cargar con las tareas domésticas del hogar, durante al menos 21 horas semanales, interfiriendo con su capacidad para asistir a la escuela. Se advierte, en consonancia con las narrativas históricas de estas mujeres, cómo la conjugación infancia, trabajo y enfermedad, en perspectiva macrosocial, da cuenta de una deuda social aún no saldada. En este sentido, si bien un razonamiento que naturaliza la problemática fue imperante en la revolución industrial iniciada en la segunda mitad del siglo XVIII, aun parece vigente, más allá de los esfuerzos de la OIT y de distintos organismos orientados a la protección y erradicación del trabajo infantil.

En este sentido, La OIT (2017) informa que fue en el año 2000, donde se comenzó a supervisar el trabajo infantil y, si bien se registra una notable reducción en estos años, advierten que 152 millones de niños y niñas aún son víctimas del trabajo infantil.

Las historias personales que se dinamizan desde las narrativas, permiten reconocer un maltrato infantil vinculado a ese trabajo doméstico, grabado en las subjetividades de estas mujeres que aluden a un pasado doloroso *“yo me acuerdo de todo lo que me hacían ahí”, “no hemos sido tratados como niños” o “hay partes de mi vida que yo todavía no me acuerdo”*.

Vinculado a estas realidades de trabajo, infancia y enfermedad, Rey Méndez et al. (2015, p. 116) emplean la expresión “círculo de reproducción del trabajo infantil desde la salud” a la incorporación temprana de los niños, las niñas y los adolescentes en el mundo del trabajo, identificando cómo ello ocasiona desgaste orgánico, emocional y social además de producirles daños crónicos en la salud. Plantean que, posiblemente luego, en la edad adulta, estos daños podrán limitar los años productivos de estas personas, siendo probable que tengan que retirarse prematuramente de las tareas de requerimiento físico y mental, lo que podría impactar en su función de sostén económico del grupo familiar, incidiendo en la necesidad de incorporar tempranamente a sus propios hijos e hijas en el mundo del trabajo, reproduciéndose, según las autoras, el círculo transgeneracional del trabajo infantil y pobreza. En este sentido, algunos relatos aludían a contrapuntos entre sus propias historias de trabajo infantil y cómo ello las impulsó a criar a sus hijas e hijos en la libertad y la plenitud del juego acorde a su edad, apartándose de la posibilidad de reproducir sus propias historias de trabajo infantil.

Los relatos nos muestran, tal como plantea Redondo (2015) la profunda desigualdad social que experimentan las infancias latinoamericanas, generando la pobreza infantil, efectos traumáticos y singulares en las nuevas generaciones. Para la autora, las marcas de la marginalidad y la exclusión determinan destinos y biografías anticipadas, que ubican a los recién llegados al mundo en una posición de inferioridad y subalternidad desde el inicio, aspectos que los testimonios de las entrevistadas visibilizan con nitidez.

Hitos de adultez, trabajo y enfermedad

Fue posible hallar testimonios donde las mujeres en situación de pobreza refieren a un tiempo presente en el que son adultas o adultas mayores y donde la responsabilidad por el trabajo y el esfuerzo cotidiano es una constante en sus vidas, la que, por las condiciones de precariedad en que se desempeñan, las conduce a padecer enfermedad.

(...) He trabajado muy duro porque no tengo estudios (...) he estado haciendo bolsas de arena fina acá en frente (señala las costas del río) (...) He juntado zapallo (...) durazno (...) papa (...) ¡muy, muy sacrificado!, íbamos a juntar papa (...) a las 8 de la mañana entrabas al lote y te mojabas hasta acá (señala arriba de las rodillas) y trabajamos hasta las 12 y la ropa se vuelve a secar en el cuerpo (...) así todos los días (...) con 'la calor' (...) el patrón tenía mil plantas de durazno (...) y hasta que no llenábamos los 80 cajones no podríamos volver a 'las casas' (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC -RCC. Cría de animales. BIM.RC).

(...) me enfermé de los pulmones cuando la mayor de todas mis hijas tenía un añito, me enfermé de los pulmones, cómo fue, no sé, habrá sido debilidad (...) no comía casi nada (...) estaba débil, no tenía hambre, ahí trabajaba todo el día en los hornos (...) (haciendo ladrillos) (...) tenía la bebé chiquita, que era la más grande, así que me enfermé y me internaron, mi niña tenía 8 meses (...) estaba muy sola, sufría, me internaron en el hospital (...) a los 3 meses me pudieron ver porque no podían tener contacto (...) era como una neumonía, una (...) no me acuerdo cómo se llamaba el problema éste (...) principio de "tuberculosis" (se refiere a tuberculosis) (MC1. M. 66 años. 4 hijos. RHGC. VLC.RC).

Los testimonios que analizábamos en el apartado anterior revelan cómo el trabajo ingresa tempranamente en la vida de estas mujeres en situación de pobreza, como exigencia impuesta en una infancia atravesada por carencias, esfuerzos, dolores físicos y psicoemocionales, desazón y desarraigo respecto de sus familias de origen. La situación no parece mejorar con la adultez, donde el trabajo se intensifica y junto con él sus condiciones de precariedad, la exposición a riesgos, el cansancio, la debilidad del cuerpo y la posibilidad de enfermar.

Vinculado con los relatos de las mujeres, Lewkowicz (2011) plantea que los espacios rurales se configuran en nichos de trabajo no formal o esclavo, donde, si bien los trabajadores rurales no se desempeñan en condiciones inhumanas, están muy lejos de los derechos laborales alcanzados por buena parte del asalariado industrial. Casi el 70 % de los trabajadores rurales está en negro, cobra menos que el salario mínimo que establece la ley, trabaja de forma transitoria y en malas condiciones de seguridad e higiene:

(...) juntábamos papa con Don X, y nos agarraban las tormentas en el campo y nosotros no podíamos dejar la papa tirada en el campo; cuando pasaba la tormenta con mucho granizo con mucha agua, volvíamos a juntar la papa, con bolsas, le sacábamos

el barro para embolsar la papa, y cuando la tormenta venía nos guarecíamos por ahí, en algún ranchito con techo (...) y después teníamos que volver, porque si vos dejabas la papa después se robaban la papa (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC-RCC-Cría de animales. BIM.RC).

Premici (2016) plantea que, según el Ministerio de Trabajo, entre el sector agropecuario y el textil, se explica el 90 % de los casos de explotación laboral en el país, haciéndose muy difícil detectar hechos y víctimas de trabajo forzoso, reducción a la servidumbre u otra condición análoga a ésta, porque en la inmensa mayoría de las veces esas relaciones ilícitas se producen puertas o tranqueras adentro.

Los testimonios de las mujeres relatan cómo en la adultez el trabajo se efectúa en condiciones de enfermedad, tornándose en eventos habituales en sus vidas, las de sus hijos e hijas, así como sus compañeros:

(...) uno de mis hijos es operado de cáncer de colon (...) estuvo como un año y dos meses con la bolsa (...) ¡y no se cuida! Él hace trabajo pesado (...) y trabajaba con la bolsita (de colostomía) (...) y lo buscaron de un country (barrio privado cerrado) que fuera a trabajar, pero él no dijo que tenía la bolsa, y hacia calor y se fue a trabajar y después a la tarde vino y me dice “no sabes que me paso mami”, “¿qué pasó hijo?”, dice, “estaba sacando un bordo de escombros y se me reventó la bolsa”, así que tuvo que esconderse para un lado, se sacó la bolsa y tuvo que ponerse una bolsa limpia”, “porque si me descubría la gente me iban a dejar sin trabajo”, porque él no podía trabajar así, porque el necesitaba ese trabajo (...)” (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC-RCC-Cría de animales. BIM.RC).

Según Lewkowicz (2011) la OIT ha desarrollado una concepción multidimensional del trabajo precario que permite comprender y elucidar varias consecuencias negativas del mismo para los trabajadores, sus familias, sus comunidades y para la cohesión social en general, señalándose que las modalidades de trabajo precario se asocian a condiciones inseguras e insanas o deficientes en materia de salud para los trabajadores y las trabajadoras. Señalan que el trabajo precario no proporciona a las personas los derechos y protecciones de la legislación laboral y del empleo:

“(refiriéndose a uno de sus hijos) si tiene que hacer pozo para el baño hace pozo, si lo llaman a sacar escombro, saca escombro, si tienen que levantar una pared, levanta una pared, lo que sea (...) pero anda mal de la columna, le duele mucho, mucho la columna, pero bueno (...) el médico le dijo que tiene que operarse pero no puede operarse porque está trabajando (...) con el trabajo como hace (...) hernia de disco (...) hace mucho que está con eso, como 5 o 6 años, se pone faja, viste, esas negras, para poder trabajar (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC-RCC-. Cría de animales. BIM.RC).

Los relatos dan cuenta de cómo, a veces son las mismas condiciones laborales las que generan enfermedad y daño, desde golpes por caídas a metros de altura, choques que despiertan dolores y hasta tumores que terminan en cáncer y/o en la amputación de algún miembro, pasando por la posibilidad de vivir accidentes laborales. Estas situaciones han llevado, en el transcurso de la vida de las mujeres, al inicio de largos peregrinajes médicos, institucionales y hasta incluso políticos o comunicacionales con la esperanza de encontrar respuesta a las dolencias que se padecen.

Hitos de enfermedad, trabajo y peregrinaje médico de “otros y otras” que marcan las historias “propias”

Se identifican testimonios de mujeres en situación de pobreza que aluden a historias de trayectorias por cuestiones de enfermedad, en búsqueda de atención, que atraviesan sus propias vidas.

(...) a mi marido le pasó que (...) se cayó en el trabajo y le sale un tumor (...) se cayó de un andamio, un tumor se le formó ahí en el brazo (...) fuimos al médico acá al hospital (...) no había los especialistas que él necesitaba (...) nos mandaron a Córdoba al hospital (...) allá le sacaron un pedazo (...) del brazo para estudiar (...) cuando fuimos a buscar el resultado (...) nunca estaban (...) así estuvimos como cuatro meses (...) mi marido se enojó mal (...) llamó al Canal (...) salió en la radio reclamando (...) un día (...) llamaron por teléfono (...) y era el doctor X (...) nos sacó turno en el Tránsito Cáceres de Allende (Córdoba) (...) fuimos (...) el tumor de mi marido llegaba acá (se señala cerca de las rodillas) (...) y del peso que tenía no podía dormir, no podía andar (...) ahí nos atendieron (...) pero ya era tarde (...) el doctor nos dijo (...) ‘llegaron tarde pero lograron salvarle la vida...’ le amputo el brazo y él nunca más tuvo un problema (MC1.S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC).

(...) mi papá (...) se había golpeado una pierna con la máquina porque él trabajaba en el campo (...) y acá en Río Cuarto la única opción que le daban era de cortarle la pierna y mi mamá no quiso y los médicos le daban solamente esa opción (...) entonces mi mamá agarró, habló con la patronal de él y lo llevaron a Córdoba y allá salió adelante y no le cortaron la pierna (...) los médicos le sacaron toda la infección que tenía y estuvo internado (...) allá lo sacaron bien (...) (MC1. G. 22 años. 1 hijo. RHGC. BIM.RC).

Los testimonios dan cuenta de una realidad que se enlaza a los sentidos analizados anteriormente sobre el trabajo, la infancia, la adultez y la pobreza en lo referido a la exposición corporal y con ello, a riesgos y la eventualidad de padecer accidentes en estos ámbitos de trabajo informal y en condiciones de precariedad. Como corolario, las familias transitan todo un peregrinaje en búsqueda de atención al padecimiento de la persona accidentada, que no encuentra respuestas de atención en la ciudad y deben trasladarse para poder hallarlas. Muchas veces enfrentándose a la necesidad de reclamar para recibir esa atención, recurriendo a medios de comunicación, así como a los empleadores. Escenarios en los que las respuestas muchas veces son desfasadas, y no siempre las que se desean recibir.

En este sentido, sigue resonando con nitidez, en el marco de los diálogos mantenidos en tres entrevistas con mujeres en situación de pobreza en el transcurso de una misma semana, el relato de tres casos de amputación de partes del cuerpo de familiares o vecinos, siendo una cuestión que no surgió en las narrativas de mujeres de clase media.

Atendiendo a ello, valoramos el carácter biográfico del estudio, coincidiendo con Ferrarotti quien destaca que las historias de vida permiten visibilizar “la historia de y desde los de abajo” como el resultado de las múltiples relaciones donde cotidianamente se conectan la biografía individual con las características estructurales de la situación histórica (citado en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p. 177).

Hitos de embarazos y partos como expresión de SECA en primera persona

Mujeres en situación de pobreza remiten a sus experiencias en situación de embarazo y parto, que representan para ellas episodios que significaron en sus vidas respecto de la salud.

(...) los dos (...) partos con cesárea (...) de X (...) me tenía que hacer el 'electro' del corazón porque ya me habían dado fecha para el 22 de junio y él nació 16 y en ese trayecto que yo me tuve que ir hasta la mutual caminando, al otro día en mi casa rompí bolsa (...) ahí me internaron y (...) me hicieron la cesárea (...) (MC1. D. 29 años. 2 hijos. THGC. IM.RC).

(...) (durante el embarazo) yo le decía al médico porque venía con vuelta de cordón y pesaba 4 kilos y me decía el médico 'no, va nacer por parto normal' y se quedó encajado (...) yo sentía que no iba poder tenerlo (...) (el médico) se me tiraba encima y yo (...) sabía que no podía, parecía que me moría (...) yo estaba sola (...) ahí lo tuve en una cesárea de urgencia (...) pero siempre fui así desde el embarazo (...) siempre tuve miedo (...) (MC1. C. 28 años. 2 hijos. RHGC-RCC. VLC.RC).

Los testimonios dan cuenta que las mujeres piensan la salud en primera persona cuando relatan sus historias de embarazos, partos y maternidad. Se refieren a la salud de sus cuerpos en su carácter gestante, en instancias de parto y maternaje, es decir piensan salud en relación con un otro, sus hijas e hijos. Se reconocen realidades que instan a recorrer extensas trayectorias en las últimas semanas de embarazo, situaciones de riesgo, así como de abandono que se reactualizan en temores. Aspectos que aquí nos permiten pensar la salud en clave de historias de vida, pero que en este trabajo volveremos a retomar para pensar sus prácticas de salud y el contacto con el sistema formal de salud.

Hitos de SECA en Mujeres de clase media

Como hitos de SECA a partir de los relatos de las mujeres en situación de clase media se identificaron, situaciones pasadas como desencadenantes de malestar y enfermedad, historias de enfermedad, historias familiares intergeneracionales y su vínculo con la enfermedad, historias de enfermedad que proyectan un presente en salud, la reflexión retrospectiva como puntapié para construir una realidad actual en salud. Hitos que desarrollaremos en lo que sigue.

El "no parar" como hito desencadenante de enfermedad

Se reconocen testimonios que aluden a un escenario de malestar emocional a partir del recuerdo de situaciones pasadas y complejas en las que, se conjugó una rutina de intensidad y presión laboral, derivando en un cuadro de padecimiento subjetivo.

(...) no dormir, llegar tarde al trabajo, faltar al trabajo, que te sugieran quitarte horas en el trabajo (...) yo estaba trabajando como psicóloga, en un centro de rehabilitación neurofuncional y me iba bien, pero ahí se me atraviesa una separación, una muerte, situaciones fuertes, ni hablar (...) cómo nos enfermamos cuando no pedimos ayuda (...) yo en ese momento seguía mi vida, seguía trabajando, escuela, 6 colectivos por día, los ataques de pánico cada vez más fuertes, y no dormía y en ese momento me había separado y estaba viviendo con una amiga (...) me quitaron (una integración escolar) porque yo había faltado un montón de veces, estaba 'quebrando' en mi

espacio de trabajo porque no podía decir lo que me pasaba (...) pude hablar con la psicóloga del equipo (...) yo no estaba en condiciones de ser responsable, no estaba siendo responsable con mi vida (...)” (MC2. E. 41 años. Psicóloga. BBN.RC).

Esta prácticamente naturalizado en nuestra sociedad occidental, especialmente en grupos sociales de clase media, un estilo de cotidianidad acelerado, producto de presiones laborales y familiares, que exige adaptarse a cambios en un continuar como si no sucediera más nada en la vida. No obstante, si a un ritmo cotidiano que ya viene impreso con tales características de celeridad se le agregan sucesos vitales del transcurrir humano, como muertes, divorcios o enfermedades, se expresa el estrés como respuesta del organismo. Lazarus y Folkman (1991, p. 63) definen al estrés psicológico como “...una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

En este sentido, la entrevistada alude a un momento de su historia vital donde las sobre exigencias por seguir con su vida, omitiendo los llamados de su cuerpo y su estado de malestar integral, la conducen a un no detenerse a comprender aquello que le acontecía. La vivencia de una muerte cercana y una separación atraviesan su realidad, intentando continuar de todas maneras, derivando en un cuadro de padecimiento subjetivo.

Hitos de enfermedad en primera persona “yo le metía el cuerpo y dale que va...”

Se identifican un testimonio que emerge desde una mujer como reflexión para pensar en sus procesos de salud y enfermedad, en la que impregna una mirada centrada en el padecimiento desde su cuerpo en diversos episodios en el transcurso de su vida.

(...) *todo empezó a los 22 años cuando tuvieron que empezar a sacarme nódulos mamarrios (...) a los 22, a los 23, a los 25 de las dos mamás (...) yo le metía al cuerpo y dale que va (...) tres operaciones entre los 22 y los 25 años en qué nos casamos (...) cuándo nacieron las chicas, a X no le pude dar de mamar (...) y a X sí (...) pero con mucho esfuerzo (...) en el 2001 atravieso una depresión (...) hasta que se me descubre el día del maestro de 2012 el cáncer de mama (...) el 2011 fue el año de la catástrofe familiar donde fallece mi suegra (...) mi marido con depresión, mis hijas, un año para olvidar y en ese año yo estaba rindiendo la tesis (...) y a los 7 días estaba concursando mi cargo (...) en agosto de 2012 me (...) hacen una biopsia y dio que era un “carcinoma” (...) fui a cirugía (...) Octubre 2012, día de la madre y yo rajando a Córdoba para la cirugía (...) Viene marzo y me descubren unos nódulos en la tiroides (...) cómo X cumplía los 15 en septiembre dejé para octubre, segundo día de la madre que nos encuentra en ruta a Córdoba, para otra cirugía (...) fue un año y medio de (...) ver situaciones tremendas (...) me encontré con una chica que tenía la edad de X (...) pelada y que la mamá le ayudaba a ponerse la peluca, ¡Ay Dios! entonces agradeces que te toque a vos y no a tus hijas (...) (MC2.S. 55 años. 2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN.RC).*

El testimonio encuentra anclaje en fechas que refieren a la vivencia de enfermedad y una trayectoria de cuidados y atención médica a lo largo de su vida. Fechas de intervenciones, alusión a la edad que tenía la entrevistada en ese pasaje de su ciclo vital, momentos como su matrimonio, muerte de un familiar, nacimiento de sus hijas, cumpleaños, fechas efeméride, la alusión a períodos claves de su historia laboral. La entrevistada da cuenta así de una línea

biográfica para aludir a enfermedades padecidas, distintos episodios donde éstas se manifestaron, desde una vivencia de enfermedad que la atravesó en su historia de vida.

Hitos de enfermedad como “hilo conductor” de historias familiares intergeneracionales

Se identifican testimonios de mujeres de clase media que refieren a reflexiones en torno a historias y momentos de enfermedad vivenciados por integrantes de sus familias.

(...) yo siento que las situaciones por las que fuimos atravesando con ella (se refiere a su madre) a lo largo de la vida, toda la situación que viví yo con el papá de mi hija hizo que, por ahí (...) mi mamá se callara algunas cosas (...) no pudo lograr cumplir las expectativas que tenía conmigo como hija única (...) siento que parte de eso tiene que ver con su enfermedad (...) son muchas las broncas y las impotencias que sintió en muchos momentos de su vida en relación conmigo (...) la relación que pudo establecer con mi papá como su marido, como con sus suegros (...) esto de (...) vivir más de 30 años con los suegros dónde la suegra (...) tenía absorbido por completo al marido, qué era hijo único (...) muchas de las decisiones no eran tomadas entre marido y mujer, eran tomadas por otras personas (...) ahí hay otra historia personal de ellos, que mi abuela (...) tiene esa relación así con mi papá porque ella se le mueren tres hijos (...) entonces para mí (...) la historia familiar tiene que ver (con la salud) (...) como un hilo conductor siento que fue lo de mi mamá (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

El relato de la entrevistada recupera la trayectoria de vida de su madre (recientemente fallecida por la enfermedad de cáncer al momento de la entrevista). Analiza el vínculo con ella, el que reconoce mediado, a su vez, por una relación significativa que la entrevistada sostuvo con el padre de su hija. Considera que ello incidió en el desenlace de enfermedad de su madre, al tiempo que identifica, en perspectiva retrospectiva, el entorno vincular que su madre vivenció, entendiéndolo como posible desencadenante de su situación de enfermedad.

Del testimonio puede inferirse una concepción de salud ligada a la libertad y la autonomía de las decisiones en la propia vida como componente de la salud. Como contracara se reconocen silencios familiares, vivencias generacionales en torno a la enfermedad y muerte, la asunción de cierta quietud y opresión ante un tipo de vínculo dominante, como condicionantes que la entrevistada considera como la trama de “un hilo conductor” de la enfermedad de su madre.

Otros testimonios también aludían a historias, episodios y vínculos intergeneracionales familiares y salud:

(...) mi madre tenía una faceta muy como de jodona, pero muy oprimida que quizás sí ella hubiera sido más libre hubiera desarrollado su personalidad (...) hubiera sido quizás más auténtica, estaba bastante reprimida, me parece por crianza, por pareja, por la vida, y ver las cosas negativas que ellos hicieron te hace ver (...) yo tengo que aprender la lección (...) hay una etapa de nuestra vida que somos jueces (...) y llega un punto cuando vos analizas, ellos actuaron en la vida que les tocó tener (...) eso que hicieron, te gustó como lo hicieron y te sirvió, bueno yo lo copio, eso que hicieron no me gustó, bueno yo no lo voy a hacer (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

(...) toda mi vida tuve problema de obesidad (...) las cosas que a mí no me han gustado (...) que ha hecho mi mamá conmigo (...) porque no ha podido, no ha tenido otra forma, porque no ha sabido, trató de no hacerlo con ella (se refiere a su hija), entonces que la relación con la comida sea distinta (...) oh casualidad yo problemas de obesidad, ella de celiaquía, entonces el tema de la comida está siempre ahí presente (...) yo me acuerdo cuando yo era chica a mí me retaban sí comía algo que no debía (...) entonces yo explicándole sin retarla, intentando hacer las cosas que a mí no me hacían, eso es lo que trato de hacer (...) (MC2. N. 42 años. 1 hija. PC- alfabetizadora. BC. LH).

Estos testimonios manifiestan aquello que Miller plantea como la relevancia de la familia en la vida de las personas, rompiendo con “la ficción de los individuos atomizados” para pensar la relación entre pasado, presente y futuro de éstos en su entorno familiar (como se citó en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p. 177). En ese sentido, las entrevistadas recuperan el lugar de sus madres en la familia. En un relato se reconoce a la madre como ser de una libertad cohibida por otros. En el otro, su figura desaprueba comportamientos de su hija (por entonces una niña) en torno a su alimentación. Ambas entrevistadas dan cuenta de haber transitado procesos reflexivos orientados a una aceptación de la crianza vivida y una valoración en torno a aprendizajes para sus vidas, vinculado a aquello que se toma como ejemplo, o no, en relación con sus propias experiencias y sus familias en el presente. En este sentido, la idea de “un aprendizaje” que se dinamiza a partir de una reflexión intergeneracional familiar emerge como proceso valorado por las entrevistadas que podría interpretarse como un componente de su salud personal en su presente.

Hitos de enfermedad que proyectan un vivir en salud

Se identifican testimonios de mujeres de clase media que significan momentos pasados de sus vidas en que se encontraban con malestar y sufrimiento psicoemocional, siendo episodios en los que reconocen cómo pudieron transitarlos, asumiendo desafíos y poniendo intencionalidad personal para su superación.

(...) hay dos partidas, esta lo físico que es la hernia de disco que fue vivida a mis 23 años por malas posturas y por malos hábitos (...) eso me impulso a pensar en lo joven que era y tenía una pierna renga (...) el médico me dio un pronóstico muy malo (...) al principio me asusté mucho y después (...) se me cruzaron personas en la vida que hicieron que yo llegara a trabajar a mis 27 - 28 años a un gimnasio (...) mi función era dar talleres para modificar hábitos alimenticios y dentro de eso estaba la actividad física (...) y la otra parte (...) a los 20 y pico fueron los ataques de pánico, que (...) es la otra cara de la enfermedad personal, que comienzan cuando me recibo y el tema de buscar trabajo, hubo una muerte en el medio, situaciones de la vida que te atraviesan y yo hice síntomas (...) tenía ansiedad (...) en ese momento empecé a meditar, cuando me descubrí que tenía ataques de pánico, sin ir a un médico, sin ir a un psicólogo (...) (MC2. E. 41 años. Psicóloga. BBN.RC).

El relato de la entrevistada comienza denominando como “partidas” a lo que podría interpretarse como dos puntos de origen en su vida para llegar a tomar conciencia de la propia situación de enfermedad desde una mirada integral. Dos momentos vitales que emplazan transformaciones en salud en los planos físico-orgánico y psico-emocional-espiritual. Ella expresa su responsabilidad para dispensarse autocuidados y así generar salud en su presente proyectándola a futuro a partir de la incorporación de hábitos de vida. En su testimonio, se

sitúa como protagonista de su realidad en salud, asumiendo dos episodios que la impactaron en su vivencia subjetiva desde la interpelación que la enfermedad le generó, reconociendo cómo ella podía tomar injerencia en esa situación para revertirla y transformarla.

(refiriéndose a lo que ella hace cuando esta sana) (...) principalmente vivir. *Después de pasar dos años en cama por una tremenda depresión valoro muchísimo estar sana* (...) Salir y estar con gente es muy importante (...) (para salir de la enfermedad) volví a estudiar. *Yo estaba en una etapa muy difícil de mi vida. Alguien me dijo que cerca de mi casa había un colegio, y pude retomar el secundario. Me anote, curse de noche. Mi esposo me apoyó.* Yo ya era mamá de mi hijo de un año. Tuve la suerte de poder hacerlo. Ellos me ayudaron mucho. Y así salí adelante. Fue muy difícil porque había muchísimas cosas que yo no sabía, y las fui aprendiendo poco a poco. *Esos años fueron los mejores para mí, me cambió la vida. Cuando decidí entrar a la universidad tenía mucho miedo, ya tenía hijos más grandes* (...) *Y ahí estaba mi marido esperándome en la parada del colectivo con la cena lista. Todos me apoyaron* (...) (MC2. V. 37 años. 3 hijos. RH-GC-Estudiente universitaria. BB.RC).

El reconocimiento del episodio de enfermedad para valorar su presente de salud es clave en el testimonio de la entrevistada. Menciona a personas significativas de su familia para lograr un haber salido de ese momento y proyectarse a una nueva etapa en la que la educación de nivel medio y universitario se constituyó en su desafío y conexión con la vida. Ambos testimonios dan cuenta de lo que las mujeres ponen de sí para sobreponerse a momentos difíciles de la vida, refiriendo a situaciones a personas que fueron claves para sobrellevar nuevas etapas en la recuperación de su salud integral.

Hitos de salud en clave de reflexión retrospectiva y presente como construcción

Mujeres de clase media analizan momentos pasados de su vida en clave de vivencia presente de su salud, contrastando esos tiempos y lo que anhelan para su vida.

(...) *de más grande me he puesto* (...) *más observadora en relación a mí misma, tengo más tiempo* (...) yo me levanto a la mañana para dar clase, entra un rayo de sol y acá me quedé afuera mirando el sol hasta que se levanta (...) *como contemplativa* (...) *eso te lo dan los años porque tenés tiempo* (...) mis relaciones afectivas (...) *hoy por hoy pasan por mis amigos y mi familia, y eso significa* (...) *que logre mucho en la vida* (...) *salud emocional, espiritual* (...) *si bien vengo de una generación que fue rebelde, la de los 60'* (...) *yo siempre estuve en otra cosa, en el estudio, la familia, enamorada, siempre* (...) *vivía para los demás* (...) *no pensaba en hacer cosas para mí, eso lo pude ver cuando estuve sola* (...) *no sé si no era madura antes, obviamente que soy más madura ahora, más firme, hago cosas que no me importa qué es lo que los otros pueden llegar a decir, antes no tenía esa libertad* (...) *por un entorno familiar* (...) *y por una relación de pareja, permití que me aplacaran* (...) *entonces no podía hacer todo lo que yo quería, o no veía cosas que quería y hoy me doy cuenta que nunca las expresé* (...) *creo que más me la quite yo a la libertad, me hago cargo de que la podría haber construido* (...) *no me arrepiento de nada de lo que hice, pero sí de lo que no hice* (...) *por ejemplo ser más yo, sentirme más libre* (...) *todo aquello que hoy descubro que en ese momento sí me gustaba y quería, pero que no las hice* (...) *son como asignaturas pendientes que si* (...) *quiero y las puedo hacer, las puedo hacer* (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC. RC).

A partir de lo que para la entrevistada es salud, su relato va tomando forma de una reflexión autobiográfica donde se posiciona en el momento presente de la adultez, considerando desde allí una mayor madurez y libertades construidas, en contraste con un pasado de juventud donde alude a haber resignado voluntades propias, por mandatos de otros.

La entrevistada enuncia un momento personal de resignación de libertades, que podría interpretarse en sintonía con un contexto social y político de país, ya que Argentina transitaba por períodos históricos de sujeción con los golpes de Estado del 1966 y 1976, que más que resignar, reprimieron y vulneraron las libertades personales y sociales de una generación completa. Si bien la entrevistada es clara cuando se remite a ese período de nuestro país para caracterizar un rasgo generacional de pronunciamiento social y político de la juventud, la reconoce como etapa de vida en la que ella se encontraba transitando por otros carriles. No obstante, esta reflexión nos permite reconocer cómo, a veces, los micromundos y microhistorias familiares operan como reflejos, que en distintas escalas y con distintos matices, dejan traslucir lo que acontece en los macromundos e historias sociales.

Por otro lado, la entrevistada manifiesta una transición a la adultez que la encuentra posicionada desde una concepción de salud impregnada por la idea de libertad personal, contemplación de la vida y la naturaleza, el goce, la valoración de lo logrado en términos de relaciones humanas y familiares. En sintonía con ello, otro testimonio expresaba:

(refiriéndose a lo ella hace cuando esta sana) (...) *hoy en día disfrutar de (...) mis amigas, es algo que no viví yo porque me puse de novia jovencita, me casé jovencita (...) después me separé a los 40 y pico, y de a poco empecé a vivir esto que no viví antes, pero disfruto mucho (...) las mujeres tenemos esas cosas de llorar, de reír juntas en una misma noche (...) después que me separé se me abrió mucho el panorama primero sufrí un montón, obviamente, pero bueno vas viendo que el mundo es otra cosa (...)* (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

Similar al testimonio anterior la entrevistada alude, para pensar su salud, a contrastar una etapa de su vida en la que se encontraba en pareja, abocada por completo a su familia, y un momento posterior de crisis y resurgimiento de su vida en sintonía con la posibilidad de percibir el mundo desde otro lugar. Expresa que esa vivencia le permitió recuperar vínculos de amistad y de disfrute, en un momento presente que a su vez resulta complejo al realizar los cuidados de su madre en situación de enfermedad.

Reflexiones de síntesis

La construcción del tiempo biográfico es subjetiva y cargada de sentidos, ya que sus protagonistas elaboran nociones del tiempo a partir de percepciones situadas desde el punto de vista de las pertenencias sociales, económicas, culturales, étnicas, de género (Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006). Aspecto que pudimos reconocer siguiendo la perspectiva histórica de las mujeres sobre los hechos que fueron tejiendo sus biografías en relación a la salud y la enfermedad. Sus relatos aluden a momentos, a personas o grupos con los cuales han interactuado, así como a las instituciones con las que se han relacionado y espacios en los cuales sus vidas han transcurrido. Refieren a momentos de su infancia, de la adolescencia, la adultez y la vejez, cruzando con experiencias familiares, sociales, educativas, religiosas y laborales por ellas vividas.

El análisis de esta dimensión ha permitido reconocer cómo los procesos de salud, enfermedad, cuidado y atención contemplados en perspectiva histórica por mujeres en situación de pobreza y de clase media asumen, en cada grupo social, características propias, colocándose el foco en cuestiones diferentes, dado que sus realidades lo son.

Los testimonios de las *mujeres en situación de pobreza* permiten reconocer cómo el trabajo y la enfermedad aparecen tempranamente desde momentos iniciales de sus vidas hasta llegar a un presente de adultez. Sus voces expresan la presencia de trabajo infantil, precario e informal, como condiciones que se mantienen durante la vida adulta, erigiéndose como detonantes de la presencia de enfermedad y malestar en sus cuerpos. De esta manera, desde una perspectiva biográfica vamos reconociendo cómo sus concepciones y prácticas en torno a la salud y a la enfermedad, así como sus relatos sobre las posibilidades reales de acceder a cuidados y atención, se enlazan a una estructura social que resulta una manifestación concreta de un sistema social, político y económico injusto que atraviesa y configura la vida de estas mujeres y sus familias. Aspectos sobre los que se continuará profundizando en este trabajo.

Sus relatos se caracterizan por ser concretos en términos de estar atentos a las propias condiciones de su realidad, precisos y compactos, sin precisión de fechas exactas, pero aludiendo a momentos determinados o a eventos que marcaron sus vidas.

En general, las mujeres van relatando en primera persona para referirse a sus historias de trabajo y enfermedad, situaciones relacionadas al cuidado y atención durante embarazos y partos. Asimismo, recuperan en sus testimonios experiencias de enfermedad y cuidado de los propios hijos e hijas, como de maridos o padres. Podría pensarse en relación con ello, cómo este grupo de mujeres que constantemente sostiene material y afectivamente a sus familias, a las que colocan en primer lugar de sus vidas, siguen haciéndolo incluso en el marco de una conversación orientada a indagar sobre sí mismas, dando cuenta de esa priorización a sus familias como centro de sus análisis y relegándose, en algunos casos, ellas mismas a planos más secundarios de su reflexión.

Por momentos, podría pensarse que en su presente de adultez estas mujeres perciben a la salud y a la enfermedad como categorías abstractas sobre las que pensar, que se presentan en sus cuerpos desde un sentido de externalidad, como un carácter natural de las cosas. No obstante, y paradójicamente, son esas mismas mujeres las que ofrecen retrospectivamente narrativas respecto a un allí y entonces en que fueron niñas, situadas en un ayer en el que sufrían y padecían en sus pequeños cuerpos, un trabajo forzado. Ilustran con nitidez esos escenarios, en un acto en el que parecen abrazar a esas niñas que fueron y alzar voces en su defensa, denunciando y anunciando que hoy esas niñas crecieron y tienen voz y actúan. Gritan y resignifican, y con ello intentan modificar sus vidas desde la posibilidad de que su pasado ilumine otras alternativas en su presente, para ellas y para sus propios hijos e hijas. Aspecto que manifiesta aquella idea de Rivas Flores (2014) que daba apertura a este capítulo, respecto de que en el origen de los relatos personales está la intención de dar cuenta de la propia vida para poder transformarla.

Por su parte, los testimonios de las *mujeres en situación de clase media* se caracterizan por una mirada en retrospectiva de la vivencia de la enfermedad y la salud en primera persona, recurriendo a fechas y momentos precisos donde esas situaciones ocurrieron.

Sus narrativas advierten un aspecto reflexivo que sustenta sus ideas, siendo posible reconocer que la entrevista en el marco de este estudio no es el primer espacio que tienen para pensar sobre sus propias vidas, su salud y enfermedad, sino que parecen haber reflexionado sobre esas cuestiones en instancias anteriores (posiblemente en el marco de procesos de psicoterapia, diálogos con distintos profesionales y trabajadores de la salud, con familiares y amigas, entre otros y otras) y que ahora se vuelven a compartir y resignificar. Los relatos de enfermedad son nítidos en su caracterización, en muchos casos ligadas a sobre exigencias del mundo laboral, familiar y personal. En ese marco aluden a sintomatologías, enfermedades, dolencias, intervenciones, tratamientos, experiencias de atención y cuidado.

Por su parte, en sus testimonios en clave biográfico-narrativa la salud se concibe ligada a la libertad, el disfrute del tiempo libre y la plenitud en la vida. Aspectos que se condicen en un grupo social de pertenencia desde el cual se tienen satisfechas necesidades básicas y vitales, que les permiten un descentrarse de la resolución y sostenimiento cotidiano de las mismas, y continuar con sus vidas desde una experiencia enlazada a las condiciones materiales que posibilitan su consecución.

Valoramos la fecundidad de la perspectiva biográfica-comparativa para atender a los testimonios que aquí se consignan como a aquellos que se presentarán a lo largo de este trabajo. En este sentido, hemos podido advertir aquí, testimonios de vida ricos en organización diacrónica, claros en sus líneas temporales, en narración de interrupciones, continuidades y devenires de sus historias en cuanto a las vivencias de salud, enfermedad, cuidados y atención.

Finalmente, para cerrar este capítulo nos interesa reconocer el carácter enriquecedor de las historias de vida, tanto para quienes narran como para quienes recibimos esas narraciones. Al respecto Rivas Flores (2014) expresa *“los relatos nos transforman” en el encuentro con el otro mediante sus narraciones, produciéndose una modificación tanto de nuestra propia realidad como la del otro.*

En lo que sigue, nos adentraremos en la 2da parte de este libro vinculada, en sus distintos capítulos, a las concepciones, conocimientos y las creencias de SECA de las mujeres del estudio.

II PARTE

Mujeres que piensan en salud

Capítulo 4

CONTEXTO CONCEPTUAL PARA CONSTRUIR SENTIDOS EN TORNO A LAS CONCEPCIONES SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD

“es necesario incorporar las voces que fueron silenciadas en los espacios de construcción del conocimiento en salud”
(Belli, 2014a, p.4).

Este cuarto capítulo da inicio a la segunda parte del libro, la cual está orientada a abordar, cuestiones inherentes al plano de lo “ideacional o cognitivo” (Alarcón et al. 2003) referido al mundo de lo simbólico de las mujeres, sus ideas, lo que ellas piensan, atendiendo a *sus concepciones sobre SECA* en tanto conceptualizaciones o abstracciones que han construido respecto de estos procesos.

Atendiendo a ello, esta segunda parte se organiza en torno a cinco capítulos. En este primero, correspondiente al capítulo 4º, presentaremos el contexto conceptual que sustenta los capítulos iniciales inherentes a las concepciones sobre SECA. En el capítulo 5º, nos introduciremos en el plano personal de las concepciones de salud y enfermedad de las mujeres; seguiremos con el capítulo 6º inherente al plano familiar de estos procesos, para continuar en el capítulo 7º con el análisis de las concepciones de salud y enfermedad en el plano comunitario. Para finalizar la segunda parte del libro con el capítulo 8º donde analizaremos las concepciones sobre salud ideal que las mujeres expresan en los planos personal, familiar y comunitario de sus vidas.

Cada uno de los capítulos recupera las preguntas que orientaron la indagación y desarrollo interpretativo, así como presenta una tabla expositiva con los componentes de análisis emergentes.

Tal como hemos mencionado en el capítulo de reconstrucción metodológica, este estudio se sucedió en tres instancias: 1º “*prepandemia*” (octubre de 2017 a diciembre de 2019), donde se entrevistó a 11 mujeres en situación de pobreza; 2º “*pandemia*” (enero de 2020 a diciembre de 2022), siendo consultadas 17 mujeres en situación de clase media; 3º “*postpandemia*” (enero de 2023 a noviembre de 2025), etapa en la que se pudo volver a entrevistar a 2 mujeres en situación de pobreza inicialmente entrevistadas, así como a otras 9 mujeres nuevas de este grupo social, realizando en total 39 entrevistas.

Puntualmente los capítulos 4º, 5º, 6º y 7º, se vinculan a las concepciones sobre SECA de las mujeres y se orientan por el objetivo de “*comparar las concepciones de salud y de enfermedad de mujeres en situación de pobreza y de clase media en los planos personal, familiar y comunitario, atendiendo a escenarios prepandemia, pandemia y postpandemia*”.

Respecto a las concepciones de salud y enfermedad que sustentan las mujeres de ambos grupos, en los planos personal, familiar y comunitario, el análisis comparativo realizado atendió a un doble criterio que consideró: por un lado, la condición de clase social de los grupos de mujeres, y por otro lado, un criterio vinculado a contemplar la lógica temporal/contextual en que fueron construidas esas concepciones, intentando visibilizar cómo el escenario y momento histórico atraviesa sus vidas cotidianas, interpelando sus realidades y condicionando sus concepciones sobre salud y enfermedad.

En el marco de las entrevistas las preguntas que guiaron la indagación expresaban: *¿qué es la salud y la enfermedad para vos? ¿seleccionaste alguna imagen para representarlas? ¿cuáles? ¿porqué? ¿siempre pensaste así a la salud? ¿y a la enfermedad? y a raíz de la pandemia ¿cambiaste tu forma de pensar la salud y la enfermedad? ¿por qué? ¿qué haces cuando estás sana? ¿qué haces cuando enfermas? ¿qué es la salud de un hijo, una hija, o de tu familia para vos? ¿qué hacen ellos o ellas cuando están sanos? ¿qué es la enfermedad de un hijo, una hija, o de tu familia para vos? ¿qué es para vos la salud comunitaria?*

Tal como anticipábamos en el capítulo inicial de este libro, en el marco del procedimiento metodológico empleado, se les propuso a las mujeres participantes del estudio el traer a la entrevista una o dos imágenes para acompañar sus reflexiones y significar qué es la salud y la enfermedad para ellas. Lo que, como mencionábamos allí, libremente algunas emplearon y otras no. De manera que, en algunas entrevistas las imágenes se constituyeron en el punto de partida para conversar sobre estas cuestiones.

Bruno (2012) considera que según el contexto en el que se presente, la fotografía tiene la capacidad de movilizar sentimientos y pensamientos, ayuda a encontrar respuestas y a generar nuevas preguntas, adquiriendo las imágenes, en el marco de una investigación, la capacidad de penetrar en aquellas prácticas sociales más naturalizadas. Para Bonetto (2016) la fotografía se ubica como una herramienta para la reunión de datos en la investigación social y puede acompañar a la palabra en diversas instancias para dar cuenta de aquellos elementos menos visibles que hacen al objeto de estudio.

Hall (1997, citado en Bonetto 2016, p. 75) entiende a la fotografía como un sistema de representación que utiliza la imagen para comunicar sentidos sobre personas, eventos, escenas, operando como una práctica de significación, de producción de sentido, en el lenguaje característico de cada cultura a través de procesos de codificación y decodificación.

Bonetto (2016, p.77) considera que “en el marco de los estudios culturales, usar la imagen puede ser especialmente relevante para dar cuenta de las identidades de determinados grupos sociales, en tanto supone hacer visible lo invisible de nuestra cultura”. En este sentido, en nuestro estudio el empleo de la imagen podrá dar cuenta, probablemente de los propios mundos cotidianos de las mujeres desde los cuales atribuyen sentidos a la salud y a la enfermedad ligados a sus condiciones culturales, rasgos identitarios y condiciones concretas de existencia.

En el estudio, de las 22 mujeres en situación de pobreza solo tres se acogieron a la propuesta de traer fotografías al encuentro de la entrevista, de esas mujeres algunas remitieron muchas más que dos imágenes para significar salud o enfermedad. Imágenes que se encontraban digitalizadas y fueron mostradas o enviadas a la investigadora a través del teléfono móvil. Mientras que, de las 17 mujeres de clase media entrevistadas, 13 emplearon el recurso fotográfico. Grupo que, o bien las enviaban por WhatsApp previo al encuentro virtual, o las mostraban desde el teléfono, recuperándose en el marco del diálogo.

Considerar esta discrepancia nos lleva a pensar que, si bien en el contexto contemporáneo el uso del celular es bastante extendido en diversos grupos sociales, y a sabiendas que en ge-

neral las entrevistadas disponían de este recurso, tornando razonable su solicitud en el marco del relevamiento de los datos, probablemente algunas mujeres en situación de pobreza no disponían del mismo con la exclusividad con que sí lo hacían las de clase media. Por otro lado, podría considerarse también que, mientras las mujeres de clase media fueron entrevistadas en pandemia, desde sus hogares y contando probablemente con mayor tiempo para hacer las selecciones de las imágenes, las mujeres en situación de pobreza fueron entrevistadas en escenarios previos y posteriores a la pandemia, en la habitualidad del ajetreo de sus rutinas de trabajo y cuidados, no disponiendo quizás del tiempo para atender a dicho requerimiento.

Sin embargo, más allá de esta discrepancia en el uso de este recurso entre las mujeres de ambos grupos, resulta enriquecedor atender a lo que aportan estos datos al análisis comparativo y al diálogo con los relatos de las mujeres. Vinculado con ello, Collier (1986, citado en Bonetto 2016, p. 79) considera que el análisis de fotografías incluye la decodificación de los componentes visuales en formas verbales y la comunicación.

Atendiendo ello, en lo que sigue se desarrolla la dimensión concepciones de salud y de enfermedad exponiendo en ciertos pasajes los contenidos de las representaciones visuales ofrecidas por las mujeres, las cuales dialogan, no sólo con sus propios testimonios, sino también con aquellos de otras mujeres que significan estos procesos en consonancia con lo que esas imágenes expresan.

En otras palabras, en el análisis de las imágenes se intentará construir una lectura amalgamada a los contenidos de los distintos testimonios emergentes en relación a una categoría determinada, entendiendo que las mismas aportarán a la comprensión y enriquecerán las interpretaciones que surjan en relación a un tema. Nos interesa indagar a partir de ellas reconociendo, en lo posible, si se advierten criterios que den cuenta de similitudes y diferencias para significar la salud y la enfermedad entre los grupos sociales de estudio, así como también si a partir de ellas es posible reconocer el impacto de la pandemia, reconociendo cómo las imágenes pueden aportar a esas comprensiones.

Tal como se anticipó en el apartado de aspectos éticos del estudio, en el caso de aquellas mujeres que compartieron fotografías en las que salen ellas o miembros de sus familias, se solicitó su consentimiento explícito para ser publicadas y se preservó el anonimato de su identidad y la confidencialidad de los datos.

Construyendo sentidos en torno a las concepciones de salud y enfermedad

Para llegar a la comprensión de las concepciones de salud y enfermedad, realizaremos una aproximación desde la noción de representaciones sociales. Al respecto, la psicóloga social francesa Denis Jodelet expresa que “la cuestión de la construcción de sentido y de la significación es una problemática central (...) compartida por todas las ciencias humanas” (2018, p. 8-9). Para su abordaje, desde 1961, a través de la obra principal del psicólogo social francés Serge Moscovici “*El psicoanálisis, su imagen y su público*”, los autores desarrollan un modelo teórico de las representaciones sociales mediante el estudio de los procesos y de los productos a través de los cuales los individuos y los grupos interpretan su modo de vida, integrando la subjetividad con la dimensión social, cultural e histórica.

Para Jodelet (1984) las representaciones sociales son una manera de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Refieren a cómo los sujetos sociales aprenden los acontecimientos de la vida diaria, las características de su medio ambiente, las informaciones que en él circulan y las personas del entorno. Para Jodelet (1984, p. 475) el conocimiento que supone el “re-presentar” -hacer presente en la mente, en la conciencia- se constituye a

partir de las experiencias, de los modelos de pensamiento recibidos y transmitidos, siendo un conocimiento socialmente elaborado y compartido que participa en la construcción social de la realidad.

Según la autora, las propiedades de las representaciones sociales refieren a: ser concernientes al saber de sentido común que proviene de la experiencia cotidiana; se trata de la percepción que sirve de guía de acción y de lectura de la realidad; consisten en significaciones que permiten interpretar los acontecimientos y las relaciones sociales; expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con su modo de vida y con los otros, son forjadas en la interacción y circulan en el espacio público; están inscriptas en el lenguaje y en las prácticas (Jodelet, 2018, p. 5).

Jodelet (2020) cita a Moscovici, quien plantea que el sentido común “ofrece una estructura cognitiva relativamente compleja para expresar pensamientos y sentimientos (...) para despertar (...) ideas (...) o imágenes y juicios sutiles (...) Para aprender estos conocimientos, basta con (...) la conversación de todos los días a través de la cual circulan y se fijan” (Moscovici 2019, citado en Jodelet 2020, p. 21).

Torres López (2002) considera que, con los años el concepto de representaciones sociales se convirtió en un tipo de metanoción común a las ciencias sociales, que dinamizó diversidad de abordajes sin consenso. Coincidiendo con ello, Perera Pérez (2003) expresa que la profusión de definiciones conceptuales generó un escenario que demanda elaboraciones más precisas.

Para esta autora las “representaciones sociales constituyen una formación subjetiva multifacética y polimorfa, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan en su constitución” (Perera Pérez, 2003, p. 8).

Por su parte, el psicólogo cubano Fernando González Rey (2008) advierte que, la extensión en el uso del concepto de representaciones sociales, así como la diversidad de posiciones epistemológicas y metodológicas que fundamentaron su uso obligan a una reflexión que impida una banalización de dicho concepto.

Para ello el autor propone pensar las representaciones sociales dentro de la articulación de la subjetividad social. Entiende que las representaciones sociales representan una producción de la subjetividad social capaz de integrar sentidos y configuraciones que se desarrollan dentro de multiplicidad de discursos, consecuencias y efectos de un orden social con diferentes niveles de organización y con procesos, no siempre en la dirección de las formas hegemónicas de institucionalización social.

Desde la perspectiva histórica-cultural, partiendo del concepto de sentido de Vygotsky, González Rey (2008) propone la categoría de “sentido subjetivo”, que representa una unidad simbólico-emocional que se organiza en la experiencia social de la persona, en la cual la emergencia de una emoción estimula una expresión simbólica y viceversa, en un proceso en que se definen complejas configuraciones subjetivas sobre la experiencia vivida.

Para el autor, el sentido subjetivo está asociado a las configuraciones subjetivas de la subjetividad individual; en consecuencia, no se puede analizar sólo en el curso de la expresión del lenguaje, sino también en las producciones simbólicas y emocionales, configuradas en las dimensiones histórica y social de las actividades humanas. González Rey (2008) entiende así que el conocimiento es una producción subjetiva, que no sólo aparece como una construcción intelectual que se apoya en cierto sistema de informaciones, sino que también expresa

formas simbólico-emocionales que tienen que ver con la configuración subjetiva de quienes viven una determinada experiencia.

Atendiendo a lo planteado, en los últimos años Jodelet (2018, p. 5) entiende que el modo de abordar las representaciones hace eco del hecho de centrarse en la idea dinámica de fuerza social, por lo que ella propone la denominación de “fenómenos representativos” que actúan en la vida social, más que a una noción puramente intelectual de representación:

“el desplazamiento hacia los fenómenos representativos (...) permite vincularse a observables o a construcciones intelectuales identificadas por el análisis textual de enunciaciones públicas, de documentos publicados o registrados durante investigaciones, sin tener que elegir entre las numerosas definiciones de la noción de representación (...) ni encerrarse en una definición substancial de la noción de representación social, dado que conlleva un riesgo de restricción de la mirada puesta en las realidades estudiadas. Estos fenómenos permiten identificar, en materiales inscriptos en contextos de producción y de uso concretos, las propiedades formales de las representaciones y los procesos de su formación, su funcionamiento y sus efectos sociales” (Jodelet, 2018, p. 5)

Para Jodelet (2018) los fenómenos representativos permiten un acceso a las dimensiones simbólicas, culturales y prácticas de los fenómenos sociales, siendo un instrumento que permite pensar la relación de lo mental con lo material, el lugar de la cultura y de reconocer a los hechos sociales como objetos de conocimiento. Para la autora, recurrir a la expresión “fenómenos representativos” permite escapar a los debates sin fin al tratar las objetivaciones concretas de las representaciones. Asimismo, permite dar cuenta de la diversidad de formas en que se manifiestan las representaciones sociales.

En este sentido, para Jodelet (2018, p.7) existen distintas formas de expresión a través de las cuales un sujeto social (individuo, grupo o colectivo) muestra su modo de vida. Es decir, las representaciones pueden expresarse a través de manifestaciones verbales, discursivas, icónicas, comportamentales, gestuales, rituales, rutinarias, a manera de prácticas sociales o artísticas. De acuerdo a Perera Pérez (2003) Jodelet focaliza en los discursos como vehículo del lenguaje, como medio de acceder al universo simbólico y significativo de los sujetos, constituido y constituyente de la realidad social.

Jodelet (2020) invita a pensar que las representaciones sociales refieren al contenido del espíritu del tiempo, entendiendo que éste designa el clima intelectual, los hábitos de pensamiento, el conjunto de opiniones, ideas, juicios propios de una época determinada. Lo emergente entonces, evoca el espíritu del tiempo, construyendo posiciones sobre un objeto de preocupación determinado y definiendo respuestas, permitiendo pensar a los fenómenos representativos como aquellos inscriptos en un tiempo y un contexto precisos (Jodelet 2020, p.34).

Antecedentes en el estudio de representaciones sociales en salud y enfermedad

Al igual que las sociedades cambian y los individuos que las componen evolucionan, los conceptos con los que cada sociedad representa la “realidad” también cambian y se modifican, siendo ello lo que sucede con los conceptos de salud como con los de enfermedad (Gavidia Catalán y Talavera, 2012).

Diversos estudios sobre los sentidos sociales y la conceptualización sobre los procesos de salud y enfermedad desde las voces de población leiga se vienen desarrollando desde hace años. Una aproximación a ellos permite reconocer diversidad de perspectivas, manifestadas en denominaciones como ideas, significaciones, representaciones, concepciones, construcciones sociales, sentidos subjetivos, conceptos, cosmovisiones, percepciones, entre otras, para referirse a la salud y la enfermedad.

En el plano internacional, desde la perspectiva de las representaciones, se realizaron hasta la actualidad 16 ediciones de la Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales (CIRS) que promueve la Teoría de Moscovici desde avances teóricos-metodológicos en diversos campos temáticos. Entre ellos, Perera Pérez (2003) destaca el de la salud/enfermedad, que ha aglutinado trabajos que toman a la salud, la enfermedad mental, el cáncer, el SIDA, prácticas preventivas, maternidad, aborto, tabaquismo, drogadicción como objetos de representación. De 2003 a la actualidad se registran temáticas en Salud mental y bienestar psicológico, autocuidado y envejecimiento, determinantes sociales de la salud, enfermedades crónicas, y cómo el impacto que la pandemia por Covid-19 se ha manifestado en las representaciones de las poblaciones como de profesionales de la salud.

Un antecedente central en el escenario internacional del estudio de las representaciones sociales de salud y enfermedad entrando la década de 1970, es el de la socióloga francesa Claudine Herzlich *Santé et maladie*, basado en conversaciones con habitantes de París y de Normandía. La autora advierte que las representaciones en salud y enfermedad se estructuran con claridad, asociadas a la vida de las personas. Identifica que la salud se analiza desprovista de causas, considerándola como la suerte de haber nacido con buena constitución. Mientras que la enfermedad se atribuye al entorno urbano y a una mala alimentación (Herzlich 1969, citado en Farr 1984, p. 498). Su estudio resultó clave en la comprensión de cómo los individuos interpretan y dan sentido a la salud y la enfermedad dentro de su contexto social.

Otro referente de la investigación cualitativa que ha desarrollado sus estudios en el campo de la salud desde la perspectiva de las representaciones sociales es el psicólogo y sociólogo alemán Uwe Flick (2000), quien considera la diversidad de conceptos de salud y enfermedad y cómo se construyen en diferentes contextos. A partir de un análisis proveniente de los resultados de dos estudios cualitativos basados en entrevistas episódicas y codificación para analizar los conceptos de salud de enfermeras y administrativos en Alemania, así como entre mujeres portuguesas y alemanas, el autor identifica diferentes nociones sobre la salud en ambos grupos, vinculándolos a cuestiones políticas y culturales de los participantes del estudio.

En consonancia con el anterior, Flick desarrolla con Röhnsch (2007) otro estudio cualitativo desde la perspectiva de las representaciones sociales realizado a partir de 24 entrevistas episódicas a adolescentes sin hogar entre los 14 a 20 años en Alemania, indaga como éstos piensan y perciben su salud. Los autores expresan que los resultados muestran el significado de la salud para los jóvenes que viven en situación de calle vinculado a sus experiencias, dando cuenta de patrones de percepción que revelan una tensión entre idealizar y descuidar la salud.

En el contexto español el sociólogo Fernando Conde encabezó a comienzos de los años 90', desde la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, un programa de investigaciones con el objetivo de construir un "Sistema de Indicadores Socioculturales sobre la Salud" que partió de lo que los grupos sociales entendían por salud (Conde y Concha, 2002). Para ello, desde un abordaje cualitativo basado en la teoría de las representaciones sociales, que en distintas instancias se articuló con técnicas cuantitativas, desarrollaron estudios sobre representaciones sociales de salud con población masculina (Conde, 1997); con mujeres (Conde, 1998a), con jóvenes madrileños (Conde, 1998b); con niños y niñas de 6 a 12 años (Conde, 1998c), así como con adultos mayores (Conde, 1998d). El objetivo era

elaborar una herramienta que contribuyera a la elaboración de programas, políticas y estrategias de intervención en el ámbito de la salud pública que permitiera generar proximidad a las preocupaciones de estos grupos poblacionales.

Interesa a los fines de este trabajo, recuperar sus desarrollos en relación a lo emergente en el estudio con mujeres. Al respecto, Conde y Concha (2002) presentan un análisis que reúne los resultados de dos estudios sobre representaciones sociales de salud en mujeres madrileñas, uno realizado en 1993 y el otro en el año 2000. La intencionalidad de analizar ambos estudios en clave temporal se orientó por el interés de identificar la posible evolución de las representaciones sobre salud en las mujeres.

En 1993 el estudio reconoció una tipología que identifica cinco mujeres madrileñas en función de las concepciones sobre salud que sustentaron, se advierte: “mujeres con nociones biomédicas”, “mujeres preocupadas por su salud”, “mujeres con nociones holísticas”, “mujeres con nociones basadas en el equilibrio personal” y “mujeres con nociones basadas en el código del aguante” donde la salud se vinculaba al hacer la tarea cotidiana. La investigación en el 2000 se basó en 10 grupos de discusión, definidos en función de esas tipologías emergentes en 1993.

Mientras que en 1993 los discursos referían a la vida saludable y a la familia, en el 2000 aparecían relatos más personalizados vinculados a tener energía y vitalidad. Se paso de representaciones en salud centradas en la familia y su rol maternal en 1993, a aquellas centradas en el equilibrio personal de la propia mujer en el 2000. En este sentido, los autores constatan en el 2000 una evolución de las tipologías en función de los discursos sobre salud construidos en 1993. Identifican un incremento del peso social del discurso “biomédico”, un fuerte incremento del discurso del “equilibrio personal”, una estabilización del discurso “preocupado por la salud” y pérdida de peso de los discursos “holístico” y del “código del aguante”. En el ámbito de las preocupaciones las representaciones evolucionaron pasando de la depresión y el encierro en el hogar en 1993, al estrés y las nuevas condiciones de vida por la doble jornada laboral en el 2000.

En el contexto latinoamericano más próximo, un estudio interesante que indaga en las representaciones sociales del proceso salud, enfermedad y atención de mujeres en situación de pobreza urbana de El Salto, Jalisco (México), es el de Rangel Esquivel (2011). Para el autor las representaciones sociales permiten entender la constitución del pensamiento y se infieren de las creencias compartidas, los valores y sus referentes históricos y culturales. El autor advierte que las representaciones que surgen de las experiencias de salud, enfermedad y atención de las mujeres se identifican a partir de sus relatos, del dar nombre y simbolizar las causas de enfermedad, de establecer las actitudes asumidas para hacer frente ella, así como de la práctica de los conocimientos, creencias y valoraciones en pro de la salud. Su estudio se centró en dos fases, la vinculada a las causas de la enfermedad, y la inherente a las prácticas terapéuticas de salud, preventivas, curativas y de cuidados.

También en México, Torres López (2002) realiza un estudio sobre enfermedades crónicas a partir del enfoque de las representaciones sociales. Define a las representaciones sociales como el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de las cuales se vivencian y aprehenden los padecimientos, conduciendo a las personas a tomar una postura ante ellos. Para la autora las representaciones sobre un padecimiento comprenden como estos procesos fueron construidos a la luz de experiencias personales, así como compartidas con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones.

La autora realiza un análisis interesante en el marco de este trabajo, ya que argumenta por qué el proceso salud-enfermedad reúne los criterios para ser considerado una representación

social. Advierte que, los padecimientos en primer lugar se constituyen en uno de los principales fenómenos de construcción de significados colectivos. En segundo lugar, su producción da cuenta de que existe suficiente información de este proceso, ya que las personas necesitan entender, explicar y manejar los procesos que amenazan o interfieren en su vida cotidiana, tercero y relacionado con lo anterior, las personas toman una posición con relación a esa información (Torres López, 2002).

Torres López et al. (2010) realizan un estudio cualitativo basado en el enfoque estructural de las representaciones sociales empleando métodos asociativos de listados libres y cuestionarios de comparación con la finalidad de identificar el contenido y la organización de las representaciones sobre el concepto de salud y enfermedad de población adulta, identificando diferencias entre varones y mujeres de una zona clase media de Guadalajara, México. Consideran que las representaciones sociales son una alternativa para el estudio de los conceptos de salud y enfermedad en tanto una de sus funciones es la de constituir un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno, además de sus comportamientos y sus prácticas.

Por otro lado, hemos hallado investigaciones centradas en la perspectiva de las *concepciones* en salud y enfermedad de legos. Advertirnos un número significativo de las mismas, que sin embargo no avanzan en profundizar con precisión el término “concepciones”, infiriendo que recurren a él en tanto su aproximación a la noción de representaciones sociales (Berenzon Gorn y Mora Ríos, 2005; Díaz Mujica et al. 2004; Navas Perozo et al. 2014; Orzuza, 2013; Revel Chion et al. 2024; entre otros y otras).

Tal es el caso del estudio de Berenzon Gorn y Mora Ríos (2005), que realizan un análisis proveniente de los resultados de dos estudios cualitativos realizados en diferentes comunidades del sur de la Ciudad de México con el objetivo de conocer las percepciones y concepciones de salud que la población adulta posee, considerando sus enfermedades y padecimientos, cómo los enfrentan, y sus trayectorias de atención. A partir del análisis de 38 entrevistas en profundidad (25 mujeres y 13 hombres) hallaron que el conocimiento generado acerca de significados atribuidos a la salud y a la enfermedad se asociaba estrechamente con los aspectos socioeconómicos y culturales.

Un antecedente interesante en torno a un abordaje comparativo de concepciones en salud representa el estudio de Budó et al. (2014), quienes realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de analizar y comparar las concepciones de salud de usuarios y profesionales de una estrategia de salud familiar de un municipio al Sur de Brasil. Advierten que las concepciones de salud se configuran a partir de múltiples dimensiones—biológica, psicológica, social, cultural— vinculadas a un estado de bienestar integral, pero que varían de manera significativa entre profesionales y usuarios. Mientras los profesionales perciben la salud como un estado funcional, medible a través de indicadores clínicos y organización técnica de la atención, los usuarios conciben a la salud como la capacidad de realizar las actividades cotidianas y sentirse emocionalmente equilibrados. Destacan la importancia de la empatía, la escucha, el trato humano y relacional en la accesibilidad del servicio.

En Argentina, Orzuza (2013) en base a una investigación epidemiológica, indaga en las concepciones y prácticas sobre salud y enfermedad infantiles de la etnia *Qom* (Toba) residente en la ciudad de Rosario, y las formas de resolución de sus problemas desde sus condiciones de vida.

Revel Chion et al. (2024) realizan un estudio mixto sobre las concepciones de salud y enfermedad que sostiene un colectivo de docentes de biología de distintos países de Latinoa-

mérica, articulando lo emergente en el marco de un recorrido histórico-epistemológico de estos conceptos.

En Colombia Hernández Sánchez y Forero Bulla (2011) realizan un estudio cualitativo cuyo objetivo es identificar las concepciones y las percepciones de salud, calidad de vida, movimiento corporal, actividad física y sus determinantes, en una comunidad académica de estudiantes y docentes universitarios de Santander. El estudio advierte que la aproximación a las concepciones obedece tanto a los aprendizajes construidos en la universidad, como a las vivencias y percepciones propias de los participantes.

Navas Perozo et al. (2014) realizan una investigación descriptiva cuyo objetivo es identificar concepciones de salud y enfermedad bucal en usuarios de un servicio odontológico público de Venezuela. Los autores advierten que estas concepciones se vinculan a un énfasis a la estética, identificando cómo la lógica de mercado conlleva formas de organización de la práctica odontológica que va moldeando las concepciones y representaciones de los individuos.

Por otro lado, centrado en el campo del estudio de concepciones científicas, profesionales o académicas de salud, desde la sociología de la salud española Ricardo Moragas ha estudiado a mediados de la década de 1970 concepciones médicas de salud organizándolas en concepción somático-fisiológica; concepción psíquica y concepción sanitaria centrada en la salud de las poblaciones. El autor entiende que al tratar las concepciones de salud se pretende dar una visión del punto de vista que diversas disciplinas utilizan, intentando ver la importancia social que determinada concepción de salud ha tenido en cierto momento histórico y “como esta (...) ha contribuido a elaborar la visión global de lo que representa la salud en el mundo contemporáneo” (Moragas, 1976, p. 36).

Análogamente, tal como hemos explicitado en la introducción a este trabajo, el psicólogo sanitarista argentino Enrique Saforcada, se ha centrado a inicios del año 2000 desde su libro *“Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud”* (Saforcada, 2001) en una contextualización de la evolución histórica de las concepciones y prácticas científicas en salud, para pasar luego a desentrañar su derivación en dos paradigmas subyacentes a las mismas, expresadas en concepciones profesionales de la salud, una *clínica-restrictiva* y una *social-expansiva*.

Entiende que el paradigma *clínico-restrictivo* toma por objeto de saber la enfermedad, siendo el ser humano nicho de la enfermedad. Está centrado en el profesional. La verdad está en su teoría y en la vinculación inapelable que el profesional establece entre ella y los signos que percibe, prescindiendo del consultante y de su contexto psicosociocultural.

Por su parte, considera que el paradigma *social-expansivo* (también llamado salubrista) aporta a la comprensión dinámica de la vida humana, entendiendo que ésta es de naturaleza social. Su objeto de saber es el proceso de salud-enfermedad situado en un contexto psicosociocultural y económico-político. El ser humano en tanto instancia relacional, es portante de los emergentes del proceso de salud-enfermedad. Su eje está en la sociedad, la actitud profesional es relativista cultural, y los marcos referenciales poseen el mismo valor, tanto sea que provengan desde la teoría como desde la práctica de los consultantes.

En la misma obra, y tal como lo anticipábamos inicialmente, Saforcada (2001) analiza los componentes que integran el Sistema Total de Salud (STS), destacando al componente informal constituido por la población. Dentro de él reconoce al *subcomponente de las estructuras psicosocioculturales*, considerando los contenidos de representaciones sociales, sistemas de significación, sistemas valorativo-actitudinales, sistemas de atribución, imágenes, prejuicios, pautas culturales, estilos de desempeño de roles, estrategias de sostenimiento y acrecenta-

miento de la autoestima, etc. Entiende que estos contenidos configuran manifestaciones de la subjetividad de las personas usuarias de los servicios de atención de la salud (Saforcada, 2001, pp. 30-31).

Con subjetividad Saforcada (2001, p. 112) refiere a “los modos de pensar o de sentir, a las preferencias de la gente; sean estos los profesionales, los técnicos o los legos que integran las instituciones o unidades efectoras de salud. Esta subjetividad depende de las representaciones sociales, de los sistemas de atribución y de todos los otros componentes mencionados”.

El autor alude a la idea de “concepciones” para referirse a aquello que las personas significan y valoran del mundo circundante, a la vez que orientan y regulan sus comportamientos (Saforcada, 2001, p. 105). Reflexiona sobre ello, vinculado a las concepciones profesionales clínica-restrictiva y social expansiva, enlazada a la idea del eje de significación-valoración de la realidad específica circundante para los y las profesionales de la salud, entendiendo que éste reúne los determinantes de las conceptualizaciones, concepciones, cuerpos conceptuales, teorías científicas y tecnologías, como enfoques dentro de ellas, así como sistemas valorativo-actitudinales desde los cuales los y las profesionales significan y orientan su accionar.

Este autor también recupera la noción de “concepciones” en sus últimas construcciones conceptuales sobre “los contextos fundamentales de la salud pública” (Saforcada, 2021a), dónde, desde la perspectiva del “análisis contextual crítico” reconoce nueve contextos decisivos en el escenario de la salud pública: 1) Contexto del poder; 2) Contexto de las concepciones y prácticas de salud profesionales legalmente habilitadas; 3) Contexto de la enfermedad pública; 4) Contexto de las vertientes operativas de la salud; 5) Contexto de las profesiones de las ciencias de la salud; 6) Contexto de las perspectivas; 7) Contexto del conocimiento científico y empírico (producción y circulación); 8) *Contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad*; 9) Contexto de la Salud Territorial.

Respecto del *contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad* lo definía como el “*contexto del soporte salubrista cognitivo-subjetivo-comportamental de la sociedad*” (SCSCS), considerando que incluye las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas en salud de la población (Saforcada, 2021b), constructo en que se sitúa para su construcción el presente trabajo.

Precisando nuestro posicionamiento

Tomando los aportes analizados, así como los de Saforcada para pensar las representaciones y las concepciones como emergentes de la subjetividad, atendiendo a contextos de salud de las poblaciones consultantes, nos interesa avanzar y dirimir algunas cuestiones.

Perera Pérez (2003, p. 22) entiende que toda representación en términos de contenido “está integrada por otras formaciones subjetivas como opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos”, que están contenidas en la estructura de la representación, que las reúne en una formación más compleja y poliforme. En este sentido, lo desarrollado hasta aquí nos permite advertir, tal como expresa la autora, que los estudios analizados incluyen dentro de las representaciones a formaciones subjetivas como las concepciones, percepciones, los conocimientos sociales, las creencias, las ideas, los valores, las actitudes, los estereotipos, y opiniones sobre distintos fenómenos sociales, personas, grupos o situaciones de la vida vinculadas a los procesos de salud y enfermedad.

Su análisis denota que no se trata de aspectos contradictorios o excluyentes, sino que “más bien apuntan a cuestiones complementarias, al hacer énfasis en aspectos diferentes, pero presentes todos en el fenómeno representacional” (Perera Pérez, 2003 p. 12).

En este trabajo, consideramos la riqueza de los aportes de la perspectiva de las representaciones sociales, tomando particularmente para su análisis los constructos de concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA de mujeres de distintos grupos sociales, que se analizan en los distintos capítulos de este libro. A los fines de este capítulo y de la segunda parte de este trabajo nos interesa precisar nuestra definición de concepciones.

Entendemos a las *concepciones sobre salud y enfermedad* como ideas, sentidos, valoraciones, nociones o interpretaciones, que mujeres en situación de pobreza y de clase media construyen en su vida cotidiana para otorgar significado a los procesos de salud y enfermedad, cuidados y atención, en los planos personal, familiar y comunitario. Consideramos que estas concepciones se han ido conformando a través de sus vivencias personales, sus trayectorias educativas, así como sociosanitarias, sus interacciones sociales y diálogos con experiencias colectivas de los grupos a los que pertenecen, la cultura y el contexto sociohistórico en el que sus vidas transcurren. Entendemos, por ello, que sus concepciones influyen en sus lecturas del mundo y sus prácticas de SECA consecuentes.

Si bien lo hallado en estos antecedentes nos advierte de valiosos estudios sobre representaciones y concepciones sociales en salud y enfermedad en el plano global y regional, algunos autores y autoras reconocen cierta vacancia en este tipo de investigaciones con población latinoamericana y particularmente argentina (Saforcada 2021a, 2021b; Torres López et al., 2010). Añadiéndose a ello, el hecho de que es posible advertir que, entre los hallazgos, no se identifican abordajes comparativos que estudien concepciones sobre salud y enfermedad centrados en mujeres y en perspectiva de clases sociales.

Representaciones y concepciones en clave contextual y de clase social

Nos interesa aproximarnos aquí a algunas consideraciones teóricas realizadas por los autores y las autoras analizados que relacionan las representaciones -centrándonos aquí en la noción de concepciones - a cuestiones contextuales y de pertenencia de grupo social.

Al respecto, Jodelet (1984) expresa que la representación social se define por un contenido, informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, en tanto contenido que se relaciona con un objeto o un acontecimiento, siendo la representación tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía, la cultura. Recuperando la perspectiva de Jodelet, Perera Pérez (2003, p. 19) menciona, entre las funciones de las representaciones sociales, a la función identitaria, en tanto las representaciones participan en la definición de la identidad y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos. En este sentido, es su función situar a los individuos y a los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados.

Por su parte, Rangel Esquivel (2011) considera que las representaciones implican algo social, en tanto las imágenes o representaciones que el sujeto tiene del mundo social no son individuales, sino compartidas por los integrantes de un grupo. Lo social se introduce a través de la comunicación entre los actores, expresando la pertenencia social del sujeto.

Torres López et al. (2010) conciben que las representaciones sociales de salud y enfermedad varían de acuerdo al contexto social de las personas. Entienden, en este sentido que una

de sus funciones consiste en definir y elaborar una identidad social y permitir salvaguardar la especificidad de los grupos.

Navas Perozo et al. (2014) advierten sobre la importancia de conocer y reconocer las concepciones, percepciones, y expectativas de los individuos respecto de su salud y enfermedad bucal, comprendiendo que las acciones y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad son, en su gran mayoría, congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural.

Torres López (2002) considera particularmente en relación a las representaciones sociales sobre los padecimientos, que éstas se encuentran referidas a la estructura social, ya que están marcadas socialmente por las condiciones y el contexto en el cual emergen, así como por las comunicaciones a través de las que circulan y por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás. La autora entiende al contexto social como fundamental, ya que este determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación.

En la misma sintonía lo expresan Berenzon Gorn y Mora Ríos (2005) para quienes existen relaciones entre la experiencia personal-subjetiva por cuestiones de salud-enfermedad, y las relaciones sociales que se dan en el grupo al que pertenecen las personas dentro de la estructura social. Para las autoras, los padeceres que enuncian sus entrevistados, ligados al consumo de drogas, violencia, nervios por problemas de trabajo, problemas familiares o económicos, entre otros, son reflejo de crisis económicas y sociales que ha sufrido la población, lo que permite advertir que sufrir malestares no es solamente el resultado de un problema biológico o de una historia personal desafortunada, sino la combinación de ambas dentro de sistemas sociales en los que la población se encuentra integrada.

Los autores y las autoras consignados nos permiten pensar cómo las concepciones sobre salud y enfermedad se expresan en consonancia con los grupos sociales y el contexto socio-cultural al que pertenecen las personas, aspecto que atenderemos en el análisis interpretativo que aquí presentaremos.

Aproximándonos al análisis

Con el análisis que presentamos en los capítulos que siguen, nos interesa indagar en cómo las concepciones sobre salud y enfermedad, en tanto un tipo particular de representaciones sociales a las que accedemos en su manifestación discursiva, pero también icónica, mediante el empleo de la imagen por parte de algunas mujeres para significar estos procesos, pueden ser o no compartidas por mujeres de distintos grupos sociales. Ello, en términos de hallar semejanzas, así como diferencias entre las mismas, considerando la especificidad de cada grupo social. Junto con ello, entendemos que puede ser posible advertir cómo, en tanto las concepciones sobre salud y enfermedad fueron significadas en contextos previos, durante y posteriores a la pandemia, sus contenidos pueden representar, al decir de Jodelet, el espíritu del tiempo en el que emergen y se construyen.

En lo que sigue, el análisis se organiza considerando aspectos comunes y diferenciales en las concepciones de salud y de enfermedad de las mujeres en dos sentidos. Por un lado, las concepciones en salud y enfermedad personal desprovistas del impacto de la pandemia, y, por otro lado, concepciones de salud y enfermedad que emergen con un carácter propio inherente a una transformación que atravesaron a partir de este fenómeno. Así, el análisis intentará dar cuenta de una construcción de dichas concepciones ligadas a condiciones de clase como de condicionamiento contextual en pandemia. Aspectos sobre se desarrolla en los capítulos que siguen.

Capítulo 5

CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD PERSONAL DE MUJERES

“La salud forma parte de la propia vida, parece consustancial con nosotros, se posee, se vive con ella y no nos la cuestionamos, no reflexionamos sobre su significado. La salud no parece medible, no es tangible. Se equipara a la vida y no se le puede poner límites porque cuando lo hacemos aparece la muerte”

(Gavidia Catalán y Talavera, 2012, p. 165).

Este capítulo tiene el propósito de analizar las concepciones sobre salud y enfermedad en el plano personal, enunciadas por las entrevistadas en contextos prepandemia, pandemia y postpandemia.

Para ello, coincidimos con Gavidia Catalán y Talavera (2012) quienes plantean que las ideas de salud y de enfermedad, si bien representan conceptos opuestos, sus significados se construyen en función del otro, tomando sentido el concepto de salud cuando se le opone al de enfermedad y viceversa, existiendo un continuo lineal salud-enfermedad que se mantiene y se dinamiza en esa unión. Los autores consideran que en la salud siempre existe un punto de enfermedad y en toda situación de enfermedad, hay una parte de salud.

Morales Calatayud (2018) considera que la salud de las personas debe ser entendida como un componente esencial del proceso de la vida, un proceso dialéctico en permanente desarrollo que incluye diferentes estados en el marco del proceso de salud- enfermedad (que involucra también el tránsito de la enfermedad y muerte), así como sus diversas expresiones y sus determinantes biológicos, ambientales, laborales, económicos, sociales, psicológicos culturales y espirituales.

Para el autor, es en la interacción con otros, que las personas construyen sus propios sentidos sobre la salud y las enfermedades, a partir de lo cual aprenden y refuerzan prácticas y hábitos, desarrollan motivos y actitudes, expresan el propio bienestar y sufrimiento, afrontan de uno u otro modo las tensiones del ambiente, expresan comportamientos más o menos saludables, reciben y dan apoyos y mediatizan los propios estados emocionales y el impacto de las tensiones. De esta manera para el autor, ese factor humano, en tanto dimensión psicosociocultural de las personas, “se concretiza y expresa en cada uno de diferentes modos” (Morales Calatayud, 2018, p. 88).

Para avanzar en el análisis, algunas preguntas que lo conducen expresan: *¿qué concepciones de salud, y enfermedad sustentan mujeres en situación de pobreza y de clase media en el plano personal? ¿qué ofrecen las imágenes que han seleccionado para acompañar sus concepciones? ¿qué similitudes y diferencias muestran en esas concepciones? ¿cómo impacta en esas concepciones el contexto histórico en el que las mismas son construidas? En otras palabras ¿cómo son las concepciones de salud y enfermedad construidas en escenarios prepandemia, respecto de aquellas que emergen en contextos de pandemia o postpandemia? ¿qué características expresan en esos momentos? ¿por qué?*

A los fines de exponer los componentes de análisis que emergen de esta dimensión se presenta la siguiente tabla (Véase tabla 6).

Tabla 6: Concepciones de salud y enfermedad personal

DIMENSIÓN	CATEGORIAS CRITERIOS DE COMPARACIÓN		SUBCATEGORÍAS
Concepciones de salud y enfermedad personal	Concepciones de salud y enfermedad personal no afectadas por la pandemia	Concepciones comunes a ambos grupos sociales	Salud y enfermedad en la vida cotidiana
			Salud como autocuidado que posibilita cuidar a otros
			Salud como insumo posibilitador del trabajo
			Salud como entramado de gusto plenitud placer y deseo
			Salud personal como bienestar familiar
			Salud como proyección en la vida
			Enfermedad como temor
		Mujeres pobreza	Salud-enfermedad circunscriptas al cuerpo para hacer la tarea cotidiana
			Salud como "a cada quien, su salud"
			Enfermedad como designio de la providencia
		Concepciones diferenciadas	Enfermedad como aferramiento
			Salud como aprovechamiento
			Salud-enfermedad como la compleja tensión emocional equilibrio- conflicto
			Salud como bienestar integral
			Salud como autoestima, amor propio y despliegue de un "yo soy"
			Enfermedad del cuerpo y enfermedad de la mente
			Enfermedad focalizada en el cuerpo como sedentarismo y mala alimentación
	Concepciones de salud y enfermedad personal emergentes en tiempos de pandemia	Concepciones comunes a ambos grupos sociales	De la indiferencia al reconocimiento de la salud por la pandemia
			La pandemia como interpeladora de concepciones personales de salud
			La pandemia como generadora de enfermedad y malestar personal
			Enfermedad personal como emergente de la omisión por efecto de la pandemia
		Concepciones diferenciadas	Enfermedad y trabajo en pandemia
			Mujeres pobreza
			Concepciones de enfermedad preexistentes y simultáneas a la pandemia
			La pandemia como enfermedad comunitaria
			Salud y enfermedad en clave social, de Estado y de derechos en pandemia
			Salud como mandatos y prescripciones a cumplir en pandemia
			En pandemia salud "es tener un lugar donde estar y estar bien con lo que estás haciendo"

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

Concepciones de salud y enfermedad personal no afectadas por la pandemia

Se reúnen en el análisis de este apartado concepciones sobre salud y enfermedad que surgieron de ambos grupos de mujeres en escenarios previos, durante y posteriores a la pandemia por la enfermedad de Covid-19 en los que se reconoce una configuración propia que remite a sus vidas sin aludir a ese momento histórico-contextual en particular.

Que estas concepciones de salud y de enfermedad se construyan desligadas de la consideración del impacto del fenómeno de la pandemia, se torna lógico cuando surgen de relatos de entrevistadas en escenarios prepandemia. No obstante, llama la atención que surjan de testimonios de mujeres que se efectúan en el transcurso mismo de la pandemia o posteriores a ella, exponiendo relatos que no aluden a dicho fenómeno, ni a un impacto que éste podría haber generado en sus propias ideas o sentidos sobre la salud y enfermedad.

Junto con lo planteado, aclaramos también aquí que hemos identificado concepciones que articulan sentidos sobre salud y enfermedad en torno a aspectos comunes señalados por ambos grupos de mujeres, así como ha sido posible reconocer concepciones centradas propiamente en la salud, y concepciones focalizadas sólo en la enfermedad. Aspectos que desarrollaremos en lo que sigue.

Concepciones de salud y enfermedad personal comunes a ambos grupos de mujeres

En lo que sigue se consignan aquellas concepciones de salud y enfermedad que emergen como semejantes a ambos grupos sociales.

Salud y enfermedad en la vida cotidiana

Las mujeres de ambos grupos sociales dan cuenta de testimonios que refieren a cómo el estar sanas les permite sostener su vida, aquello que hacen cada día. Se advierte que para ambos grupos sociales de mujeres la salud es aquello que permite vivir y desarrollar la vida realizando lo que habitualmente realizan. Análogamente significan a la presencia de enfermedad cómo aquello que interfiere en lo cotidiano.

(...) la salud es *algo fundamental en la vida de las personas* (...) para la vida de uno, *para la vida cotidiana, para lo que haces* (...) *yo por ejemplo en mi vida, me levanto, “me” desayuno y después empiezo a limpiar, a lavar, no me quedo quieta, voy, vengo, sufro un poco del dolor de espalda, pero no me quejo, así con los dolores y todo* (PrP⁶⁹.MC1. S. 43 años.7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

(...) *yo siempre asocio la salud al bienestar*, para mí tener salud es “*me voy a tomar un café con mis amigas*”, *tener salud es decir “como lo que me gusta”, me siento a mirar la serie que tengo ganas de mirar, trabajo de lo que me gusta y disfruto el momento en que los chicos me dicen “profe me explica esto”* (...) *porque es mi vida cotidiana, el despertar cada día y que no te duela nada y sentirme con esa energía de me cambio para ir a la escuela, o un fin de semana me cambio y me pongo a limpiar la casa, para mí es salud* (...) (DP. MC2. A. 52 años.1 hija. RH-docente nivel medio y universitario, BC. RC).

69 En los testimonios que se consignan en este apartado, a los datos habituales que se consignan al pie de las citas se agregan iniciales que especifican el tiempo en el que las mismas surgieron: PrP: Prepandemia; DP: Durante pandemia; PsP: Postpandemia.

Puede percibirse como la salud les permite a estas mujeres desempeñar su vida cotidiana refiriéndose a aquello que hacen habitualmente. Mencionan realizar actividades vitales como alimentarse, el realizar tareas del hogar cómo limpiar, lavar, cocinar, el trasladarse, llevar y traer los chicos a la escuela, trabajar, poder reunirse. Se infiere la idea de la salud como condición, en tanto su existencia, es decir el hecho de vivir en ese estado, habilita que otros sucesos de la vida cotidiana ocurran.

(cuando estoy sana) *hago todo*, trabajo, salgo, *salgo con mis hijos, a mí me gusta mucho callejear*, entonces si está lindo el día es salir a una plaza a *dar vueltas en bici*, a *disfrutar, sentarte en el piso a disfrutar en la cotidiana*, hacer ejercicio yoga o tenis, pero *todas esas cosas se dan si uno está con salud* (...) (DP.MC2.J. 41. 2 hijos. RHGC-Administrativa en empresa familiar. BB.RC).

(...) *cuando estoy sana salgo con los chicos, me divierto. Me voy, aunque sea ahí abajo del río, me voy a andar en bici, me voy con ellos a comprar las cosas, cuando ellos no tienen escuela, vamos al río* (...) *nos ponemos a jugar al tejo, a las bochas, al fútbol* (...) *nos juntamos así con dos o tres mamás que vendrían a ser mis cuñadas, nos vamos ahí abajo del río, tomamos mate, charlamos* (PsP.MC1. C.45 años.4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

Puede advertirse que para estas mujeres la salud es una condición para vivir la vida cotidiana en tanto es necesaria para llevarla a cabo. Mantener una salud satisfactoria permite el suceder habitual de aquello que se hace generalmente en la vida. En ella también las mujeres remiten al poder estar al aire libre, disfrutar de la dispersión, de la compañía de otras personas, de realizar actividad física o juegos. En otras palabras, para que la vida cotidiana sea posible es tener salud.

Correspondientemente a estas concepciones de salud, cuando mujeres de ambos grupos sociales piensan en la enfermedad personal la significan como afectación de la vida cotidiana, como limitaciones, restricciones, así como imposibilidades o impedimentos para desarrollarla.

(...) *yo la ligaría a la palabra "limitante", es decir yo veo a la enfermedad como algo que te impide hacer cosas que sin esa condición harías*, ponele, nunca más pude hacer gimnasia de alto impacto, por toda esa zona baja que la tengo vacía, por ejemplo, durante 3 años no pude tomar sol en verano, por cuestión que tenía las mamás en llamas (...) *producto de los rayos* (...) *yo la relacionaría con la palabra "limitante" a la enfermedad* (...) *que orgánicamente y mentalmente te impide hacer la vida que querés o vivir de la forma en que vos pensás que te va a ser más feliz para estar mejor* (...) (MC2. S. 55 años. 2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN.RC)

(...) *la enfermedad está mal, es no gozar de salud, de bienestar físico, psicológico eso es la enfermedad, que estás imposibilitado* (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(...) *para mí la enfermedad es un quiebre del bienestar, que yo considero la salud, y es un quiebre porque me invalida para hacer las actividades cotidianas y me implican la dependencia de otro* (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-docente nivel medio y universitario. BC. RC).

(...) *la enfermedad* (...) *aparte de estar mal* (...) *no podés hacer cosas que haces siempre, dejás de vivir un poco, porque te frena en hacer un montón de cosas, trabajar, qué sé yo,*

estar en pausa (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

Los testimonios analizados permiten advertir los sentidos que estas mujeres otorgan a la enfermedad como aquella que pone límites a la vida cotidiana, que representa un impedimento, un obstáculo o dificultad para el normal desarrollo de lo habitual en sus vidas. Algunas lo piensan en relación a situaciones de enfermedad en sus propias vidas, otras de manera más general, coincidiendo ambas en la idea de cierto quiebre o ruptura del estado de bienestar que supone vivir con salud.

Una de las entrevistadas alude a la idea que la enfermedad “invalida”, manifestando aquello que ese estado no le permite hacer. Se asocia también la enfermedad a la idea de dependencia, que quedar subordinado o bajo la protección y cuidados de otros u otras durante su transcurso.

Salud como autocuidado que posibilita cuidar a otros

Algunos testimonios de mujeres de ambos grupos sociales refirieron a la idea de valorar y cuidar la propia salud como condición que posibilita el cuidado de otros.

La salud es algo de *si uno está sano (...)* puede hacer varias cosas varias cosas, *una cuidar a los chicos (...)* (PP.MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSF.LH).

(...) primero lo que me fijo de mi salud es la corporal, la física (...) y también me preocupo mucho por mi salud mental digamos por *estar bien de la cabeza para poder trabajar, estudiar y criarlos a ellos* (PP.MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

Cancio-Bello Ayes, Lorenzo Ruiz y Alarcó Estévez (2020) consideran al autocuidado como una estrategia para promover la autorresponsabilidad, la autonomía y el control de las personas en el cuidado, prevención, promoción y conservación de su propia salud. Para los autores el modelo femenino de autocuidado muestra una dicotomía entronizada muchas veces en el propio ser de la mujer: ser para los demás versus ser para sí. Entienden que muchas veces la identidad de género y la asunción de estereotipos de género se unen en la subjetividad de las mujeres y recrean maneras de vivir para los hijos e hijas, esposos, madres y padres adultos mayores, llevando muchas veces a una subvaloración del propio cuidado.

(la salud de mis hijos para mí es) todo, *es como la salud de uno, todo (...)* entonces uno se tiene que cuidar como más se pueda, lo que se pueda (...) (DP.MC2.V. 59 años. 3 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) *cuando estamos bien de salud sobre todo hay que cuidarlos a ellos (...)* (PP.MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-RCC. VLC. RC).

En consonancia con lo que expresan los testimonios, Lluch et al. (2002, en Cancio-Bello Ayes et al. 2020, p. 131) plantean la idea del autocuidado como requisito para cuidar, entendiendo cómo para cuidar a otros es necesario que la propia persona asuma su cuidado, encontrándose esta categoría vinculada con el autoconcepto y la autoestima.

Salud como un insumo posibilitador del trabajo

El vínculo entre la idea de salud y el trabajo emergió en ambos grupos sociales. El grupo de mujeres en situación de pobreza refiere que estar sanas les permite trabajar. Expresan que cuando aparece la enfermedad, se hace difícil cumplir con esa responsabilidad, aunque en condición de enfermedad se trabaja igual.

(...) *Con la salud vos, si la tenés bien, podés vivir, podés trabajar* (...) (PrP. MC1. G. 22 años. 1 hija. RHGC. IM.RC).

(...) *cuando estoy sana (...) hago todo y trabajo todas las mañanas en limpieza, tengo dos trabajos más (...) y todo lo hago en bicicleta* (PsP.MC1.G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

(...) *la salud para mi es estar bien, estar sano para poder trabajar y hacer las cosas* (...) yo he nacido sana, soy poco de ir al médico (...) (PrP.MC1. B.64 años.7 hijos. THGC-RCC-Cría de animales. BIM. RC).

Se advierte en la cosmovisión de las mujeres de este grupo social a la salud como una especie de insumo que toma parte necesaria en la producción de otros usos, como aquello que se emplea en tanto medio posibilitador del trabajo, lo que a su vez se constituye en una forma de supervivencia humana.

(...) En relación a la salud (...) hay buenas y malas (...) *por ahí difícil por el trabajo, uno tiene que trabajar* (...) (PrP.MC1. M. 66 años.4 hijos. RHGC.VLC.RC).

(cuando estoy sana) *trabajo y estudio, soy empleada doméstica trabajo en una casa de familia, trabajo en un boliche, limpio un boliche (...) trabajo en una estética, también la limpio, así que estoy toda la semana a full* (PsP.MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(cuando estoy sana) *puedo trabajar principalmente para poder darle cosas a mis hijos* (...) (PsP.MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

Refieren a que estar sanas les permite trabajar, y que cuando hay “malas” en la vivencia de la salud, se hace “difícil el trabajo” pero se realiza igual. En este sentido, emerge la idea de enfermedad como amenaza al trabajo y la imposibilidad de escindirla cuando se reflexiona en relación a la salud y el trabajo, que se constituye en una responsabilidad y medio de vida para satisfacer necesidades.

Se infiere una perspectiva que considera a la salud de las mujeres como un recurso o un factor que contribuye al ser productivo, y que, pensado en una perspectiva macro social marcharía en consonancia con corrientes que conciben a la salud como posibilitadora del desarrollo económico y social.

Por su parte, *mujeres en situación de clase media* también remitieron a la idea de la salud asociada al trabajo, enunciándolo en el plano de un hacer, en cierta consonancia con mujeres en situación de pobreza. No obstante, se advierte que ningún relato remitió a la idea de trabajar en condiciones de enfermedad.

(cuando estoy sana) *hago todo*, trabajo, salgo, *salgo con mis hijos* (...) (DP.MC2. J. 41. 2 hijos. RHGC-Administrativa en empresa familiar. BB.RC).

(cuando mi mamá y mis hermanas están sanas) *lo que hacen es salir, tener una vida activa* (...) *como ir al trabajo, a la universidad, tener ganas* (...) una vida mucho más activa de lo que pueden ser cuando están enfermas (...) (DPMC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Junto con ello, algunas mujeres de clase media ofrecen testimonios que expresan ciertos contrastes respecto de las apreciaciones de las mujeres en pobreza. Aluden a valoraciones de la salud en relación al trabajo, pero junto a otras dimensiones.

(...) yo siempre *asoció la salud al bienestar*, para mí tener salud es (...) *trabajo de lo que me gusta y disfruto el momento en que los chicos me dicen “profe me explica esto”* (...) *porque es mi vida cotidiana* (...) *sentirme con esa energía de me cambio para ir a la escuela* (...) *para mí es salud* (...) (DP.MC2. A. 52 años.1 hija. RH- docente nivel medio y universitario, BC. RC).

(...) cuando estoy sana *hago todo lo que tengo ganas, lo que tengo que hacer*, como ir a trabajar, ir a buscar a mi hija (...) (DP.MC2.N. 42 años.1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

Destacan cierto placer que les genera trabajar, así como apreciaciones a poder realizar el trabajo en un clima de serenidad. Puede inferirse aquí, la idea de trabajar en un estado de calma o cierto bienestar. Aluden a ello como contracara de estados de estrés o ansiedad propios de las presiones emergentes de una conjugación de factores que habitualmente vivencian las clases medias en relación a las sobre exigencias laborales, las largas cargas horarias, las múltiples responsabilidades asumidas, la competitividad y cierta presión por alcanzar o incluso mantener determinados estándares de vida (OIT, 2016).

(...) salud, es *la tranquilidad para mí, esto de sentirse en paz en varios lugares, en espacio de trabajo*, sentirte que estás haciendo las cosas bien -no con presión de tener que hacer las cosas bien- *sino la tranquilidad de qué estás haciendo las cosas bien con responsabilidad, con compromiso, creo que eso da tranquilidad también, el esfuerzo del trabajo* (...) (DPMC2.E. 40 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

Se advierte una referencia a la salud asociada a la práctica del trabajo que no se advirtió en mujeres en situación de pobreza, en las que, surge en general la idea de la salud como posibilitadora del trabajo y sus tareas cotidianas. Sólo en algunas pocas de clase media, pensar en su salud las conduce a pensar en ella vinculada al trabajo o a las tareas del hogar. Al hacerlo agregan la cuestión diferencial de asociarla a la realización del trabajo en un clima de entusiasmo y bienestar. Aspecto que inferimos pueden reconocer mujeres de clase media que probablemente han experimentado en el trabajo condiciones de estrés y malestar. De ahí que inferimos pueda valorarse el trabajo en un clima de bienestar. En este sentido, puede leerse la vivencia de la salud y el trabajo condicionada por la situación social de clase.

Lo analizado es convergente con hallazgos del estudio de Torres López et al. (2010, p. 157) donde se advierte en un grupo de mujeres de clase media de Guadalajara una asociación del concepto de salud al término de trabajo, donde uno de los testimonios, en sintonía con lo aquí reconocido expresa “estando sano se puede trabajar”, advirtiendo las autoras que, para

las mujeres el contar con un trabajo, junto con aspectos como el vivir en un entorno con bienestar, alegría y amor es representativo del concepto de salud.

La salud como entramado de gusto, plenitud, placer y deseo

En las caracterizaciones sobre su hacer cotidiano en condición de salud las mujeres de ambos grupos de estudio van agregando distintos elementos que caracterizarían ese estado. Se reconoce lo que podría entenderse como un entramado de aspectos que se posibilitarían por la salud y que a su vez retroalimentarían ese bienestar físico como psicoemocional.

(cuando estoy sana) hago cosas que me gustan, cocino, salgo al patio, veo los pájaros, veo las plantas, reflexiono, me detengo en las pequeñas cosas. Estoy tranquila, para nada ansiosa (...) (DP.MC2. L. 40. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

(...) yo cuando estoy sana me siento plena, bien, salgo voy vengo aparte yo soy muy deportista, camino una hora y media por día (...) es mi vida, yo sin el deporte no sería nada (...) hago todo, todo lo hago en bicicleta (PsP.MC1.G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

Cuando me siento sana por lo general estoy de buen ánimo y me reúno con personas, tengo deseos de hablar y tengo deseos de bailar y ando en bici y me da hambre, me da sueño, puedo descansar (...) Por eso te digo que para mí el concepto *propio de salud integra muchas (...)* cuestiones que tienen que ver con el buen descanso, con el buen ánimo, con poder reunirte con amigos, amigas, familia, el estar tranquilo, poder hacer alguna actividad que te haga bien, física o recreativa (...) (DP.MC2. E. 40 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

Aspectos como el gozo, el gusto y el placer por aquello que hacen en su vida cotidiana surgen como emergentes que acontecen cuando tienen salud. Se advierte cómo, cuándo se encuentran con buen estado de salud las mujeres pueden valorar el reconocimiento de necesidades fisiológicas y orgánicas del cuerpo, cómo deseos de hablar, de bailar, de alimentarse y de descansar, y cómo a partir de allí pueden responder a ellas.

Se analiza cómo el poder dar respuesta a esas demandas corporales repara a la persona y trae bienestar y tranquilidad. Los testimonios expresan que encontrarse con salud les posibilita sentirse ancladas en el presente que están viviendo y realizar acciones sencillas como contemplar el aire libre, las plantas o los pájaros pudiendo ser conscientes de ello, deteniéndose para el disfrute de aquello que se manifiesta en la vida cotidiana.

(...) cuando estoy sana salgo con los chicos, me divierto (...) voy a andar en bici, me voy con ellos (...) vamos al río (...) nos ponemos a jugar al tejo, a las bochas, al fútbol (...) nos juntamos con dos o tres mamás (...) tomamos mate, charlamos (PsP. MC1. C.45 años. 4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

Aluden a hacer lo que les gusta, a sentirse plenas, de buen ánimo, al placer y el deseo, el divertirse y disfrutar. Aspectos que interconectados conforman un entramado que emerge de la salud y reingresa a ella propiciando satisfacción y bienestar. El deseo como motivador en la búsqueda de vivencias placenteras, el gusto por lo que se hace, lo que se ingiere, con quien se comparte, trascendiendo el plano meramente sensorial a un plano interpersonal y espiritual de encuentro con otros. El placer, que viene a traer sensaciones de agrado, de bienestar inte-

gral, y la plenitud resultante de esta combinatoria, como un estado de realización personal por la consecución de las experiencias.

Valoran el querer y el poder reunirse con personas. Puede inferirse una idea de la salud como aquella que potencia, vigoriza o empuja un sentirse bien al realizar sus tareas cotidianas. Se identifica de sus relatos la alusión a una especie de plus o aditamento que se agrega a ese vivir rutinario, pero con salud, traspasando el mero hecho del hacer, a una toma de conciencia acerca de lo que la salud posibilita en ellas.

(cuando estoy sana) *hago todo (...) salgo con mis hijos (...) si está lindo el día es salir a una plaza a dar vueltas en bici, a disfrutar, sentarte en el piso a disfrutar en la cotidiana (...) (DP.MC2.J. 41. 2 hijos. RHGC-Administrativa en empresa familiar. BB.RC).*

(...) cuando estoy sana *hago todo lo que tengo ganas, lo que tengo que hacer*, como ir a trabajar, ir a buscar a mi hija, ir al gimnasio, me gusta mucho salir, también me gusta estar acá (se refiere a su casa) (...) disfrutar de ver series o películas con mi compañero (...) *pasar tiempo con la gente que me hace bien (...) cuando uno elige juntarse con otro (...) tiene que ver con la salud (...) la gente que a mí me hace bien, me hace reír mucho (...) yo siento que a mí me alivia reírme, y siento como una recarga de energía, así como después al otro día me siento más contenta (...) más tranquila, como descargada (...)* (DP.MC2.N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

Se advierte como la salud conlleva ganas de reunirse con otros para el esparcimiento, el ocio, la realización de actividades físicas o recreativas. Se enuncia una valoración al compartir con personas que hacen bien, personas con las que uno elige encontrarse, pasar tiempo, y con las que es posible reír y alegrarse.

Una investigación anteriormente mencionada de Torres López et al. (2010) con mujeres y varones de clase media de Guadalajara (México), advierte en relación al grupo de mujeres, que el tener buenas relaciones interpersonales resulta un identificador de buena salud en este grupo. En el relato aparece la risa como un aspecto que restaura a la persona, que alivia, que calma.

En el testimonio aparece la alusión a la risa como una recarga y descarga de energía. Al respecto, Oblitas Guadalupe (2008) considera que el humor sirve como una válvula que permite liberar tensiones, disipar preocupaciones y promover relajación. El autor menciona que hay estudios que revelan que el humor reduce hormonas de la tensión y genera un incremento en la respuesta inmune, lo que se debe a la liberación de endorfinas, conocidas como las hormonas de la felicidad, junto con la liberación de serotonina, dopamina y adrenalina. En el mismo sentido, Losada y Lacasta (2019) revelan que el humor permite descargar ansiedad, miedo y angustia, así como facilitar la expresión de hostilidad, ira o agresividad de manera socialmente aceptada. Desde una perspectiva cognitiva, expresan que el humor permite apreciar el lado positivo de las situaciones, mientras que, en un sentido más adaptativo, permite a las personas evitar conectarse con situaciones dolorosas o bien promover su elaboración mediante el proceso cómico por los cambios corporales que genera. Aspectos de los que da cuenta la entrevistada.

Salud personal como bienestar familiar

Mujeres de ambos grupos sociales piensan su propia salud en ligazón directa con el bienestar de su familia.

(...) *la salud es (...) estar bien con mi familia, con mis hijos (...) remándola día a día* (...) (PsP.MC1. C.45 años, 4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

(...) *yo puedo estar sana y si mi familia está enferma, es como un pilar medio que se cae, yo no sé si podría estar muy tranquila sabiendo que (...) mi mamá está enferma, o qué mi hermana está enferma (...) es muy importante para mí en el día a día, en mi vida es importante que ellos estén sanos (...)* (DP.MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) (salud tiene que ver con) *llegar el fin de semana a mi casa y (...) con solo ver a mis hijas que estén bien yo ya soy feliz (...)* (PsP.MC1. P. 37 años.4 hijas. RHGC-RCC-Tra-bajadora en hogar de cuidados. BJN.RC)

Los testimonios de las mujeres enlazan su propia salud a la de los integrantes de sus familias. Expresan esa relación en diferentes sentidos, tales como: que la propia salud depende de estar bien con los miembros de la familia, que el hecho de saberlos sanos redunda en su propio bienestar y felicidad. Emerge la idea de la salud familiar como un pilar que sostiene la propia vida. Una especie de soporte o sostén sobre el que descansa su propia salud, que se desmoronaría si integrantes de su familia no se encontrarán en tal estado. Algunas mujeres mencionan que cuando integrantes de sus familias atraviesan una situación de enfermedad o malestar ellas sienten que también lo están sufriendo.

(...) *en mi salud yo creo que todo lo que hago, lo que tengo que hacer en cuanto a los controles* (refiere a controles por una enfermedad que tuvo) (...) *no solamente es para mi salud, también para los de mi casa, para mis padres, para mis hermanas, para que ellos tengan tranquilidad en relación conmigo (...)* (DP.MC2.S. 55 años, 2 hijas. RH-docente universitaria, BBN.RC).

Emerge del testimonio de una de las mujeres que ha atravesado una situación de enfermedad, la idea de que efectuarse chequeos médicos resulta no sólo en un bienestar para la propia salud, sino también en la tranquilidad de los suyos, que han estado pendientes de los procesos de la persona afectada. Se advierte cómo estas concepciones no pueden escindir el pensar la propia salud de la de la familia.

Enfermedad como temor

Respecto a concepciones comunes sobre enfermedad se advierte que mujeres de ambos grupos sociales coincidieron en concebir a la enfermedad desde el miedo o temor.

(para mí la enfermedad) *si fuese una enfermedad física, sea cual sea, digo no quiero sentir dolor (...) le tengo miedo a algunos dolores*, la gente que tiene un cáncer, del saber una enfermedad que sabes que tarde o temprano te vas a morir (...) *preferiría no tener que pasar por eso. Dicen que tener una enfermedad te permite luchar contra ella, pero mier*** no sé, si la enfermedad te consume, no sé si está tan bueno estar en esa situación, preferiría no estar (...)* (MC2. B. 63 años.4 hijos. RH-Docente. BC.RC).

(A la enfermedad) *le tengo miedo, terror, a cualquiera, sí, sí, sí, sí, debe ser también (...)* por ejemplo, mi mamá (...) había cumplido 48 años y falleció de cáncer “interino” (se refiere a uterino) (...) yo tenía 20 años y, mi papá ahora va a ser 9 meses que falleció

de diabetes. De las dos partes de la familia (...) tengo gente fallecida de diabetes crónicas (...) (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

(...) *en mi caso (se refiere al vértigo) se dan muchos síntomas físicos (...) y tuve un episodio, a los días de haber fallecido mi mamá, yo no es que esperaba que viniera, pero tenía miedo (...) le tengo terror a abrir los ojos y saber que no me voy a poder levantar (...) yo cuando tengo estas cosas me siento inválida (...)* (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-do-
cente nivel medio y universitario. BC. RC).

Las mujeres remiten al miedo y al temor para significar la enfermedad. Lo que puede interpretarse en términos de lo intenso o desbordante que representa para ellas la posibilidad imaginaria de enfermar, sufrir o morir. Lo vinculan a experiencias propias, así como de allegados que han atravesado situaciones de enfermedad que han implicado sufrimiento, ya sea en primera persona o al ser testigos del sufrimiento de otros u otras, lo que las lleva a expresar que preferirían no tener que vivir esa situación.

Surge la referencia al miedo al dolor generado por una enfermedad, vinculado probablemente a sufrir físicamente, a no poder soportarlo.

Concepciones de salud y enfermedad personal diferenciadas

En lo que sigue se presentan las concepciones de salud y enfermedad que se reconocen de manera propia y diferencial en cada grupo social de mujeres.

Concepciones de salud y enfermedad personal en mujeres en situación de pobreza

Iniciaremos presentando las concepciones de salud y enfermedad del grupo de mujeres en situación de pobreza.

Salud-enfermedad circunscriptas al cuerpo para hacer la tarea cotidiana

Mujeres en situación de pobreza conciben la salud centrada en un plano físico-corporal, aquella que las habilita para el desempeño de sus actividades cotidianas en el hogar y la crianza, ocupando un lugar central en tanto la salud posibilita el plano del hacer y la enfermedad lo dificulta.

(...) *Salud es el bienestar del cuerpo (...) cuando estoy sana hago la tarea de todos los días, limpiar, cocinar, ayudar a mi hija con la tarea, ir a buscarla a la escuela (...)* (PrPMC1. C. 28 años. 2 hijos. RHGC-TCP- TCC. VLC.RC).

(...) *Para mí la salud es estar bien, estar sana o sea (...) vivo sana, gracias a Dios no me enfermo nunca, (...) cuando estoy sana lo que hago es llevo los chicos la escuela, limpiar, lavar (...)* (PrPMC1.T.30 años. 3 hijos. RHGC-TCC.BJN. RC).

Para este grupo de mujeres la salud se circunscribe al estar bien, a un bienestar corporal que les permite realizar sus tareas diarias, libre de la enfermedad torna más dificultoso hacer las cosas.

(...) la salud es algo fundamental en la vida de las personas (...) para la vida de uno, *para la vida cotidiana, para lo que haces*, porque *si no estás sano no podés hacer nada*, eso es de *levantarte, estar, andar*, porque si estás enfermo creo que no podés hacer nada (...) *yo por ejemplo en mi vida, me levanto, me desayuno y después empiezo a limpiar, a lavar, no me quedo quieta, voy, vengo*, sufro un poco del dolor de espalda, pero no me quejo, *así con los dolores y todo* (PrP.MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC. RCC-Jornalera. VLC.RC).

Sus reflexiones se ciñen al orden de lo orgánico y la actividad rutinaria, sin aparecer otras dimensiones de la salud. Expresan que, aunque aparezcan malestares o dolores en el cuerpo se continúa con esas responsabilidades. En un estudio anteriormente mencionado realizado por Conde en los primeros años de la década de los 90', se advierten reflexiones similares a partir de sus resultados identificados en una tipología de mujeres en relación a sus concepciones de salud. El autor reconoce "mujeres con nociones basadas en el código del aguante", representada en un 17% de la muestra de estudio y caracterizadas como mujeres que entienden la salud como posibilidad de hacer las tareas y actividades cotidianas más allá de la presencia o no de enfermedades y que, por la presión del entorno, no declaran el sentirse mal para poder seguir realizando dichas tareas (Conde y Concha, 2002, p. 495).

En consonancia con ello, entre nuestras entrevistadas en situación de pobreza se advierte que, cuando ingresa la enfermedad a sus vidas, se la percibe como un episodio aislado con el que hay que lidiar un par de días, hasta el restablecimiento de la salud, incluso llegando a negar tal condición, dando cuenta de una especie de concepción negacionista de la enfermedad que manifiesta un no poder reconocer, por parte de estas mujeres su enfermar.

(yo cuando estoy sana o enferma hago lo mismo, no me fijo si me tengo que quedar en cama, nada (...) ando voy y vengo (...) no me cuido en nada la verdad (...)) (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC. RC).

No me enfermo mucho y cuando me enfermo, y trato que no, pero si me enfermo no le doy bola. Es más, a veces siento que cuando me enferme me voy a enfermar mal (...) porque soy yo y los tres chicos, *el único momento en que yo he dependido de otras personas fue cuando tuve los chicos*, cuando me internaron, pero después *cuando me he enfermado me he tenido que levantar y he tenido que seguir.* Y mi marido lamentablemente no se puede quedar, porque está en el trabajo, y si no trabaja no le pagan, porque no está en blanco, entonces me tengo que quedar. Yo soy una chica sana (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN.RC).

Podría inferirse que estas mujeres no están habilitadas a salirse del lugar de conductoras del quehacer cotidiano que tracciona su unidad doméstica. Es así que muchas transitan alguna enfermedad negando esa condición, siguiendo con sus vidas como si no lo estuvieran.

Lo planteado nos conduce a pensar que esto sucede por varios motivos: antes que la propia salud está el cuidado de los hijos, las hijas y demás integrantes de la familia, el deber de salir a trabajar o el gasto de dinero que representa el enfermar. Parece no haber nadie que pueda reemplazarlas. Una menciona la figura de su esposo, padre de sus hijos, señalando que no puede relevarla de dichas tareas debido a responsabilidades con su trabajo. No se menciona a otras mujeres, hermanas, madres o tías que las puedan suplantar hasta que el ciclo de enfermedad remita. La realidad lleva a pensar que estas otras mujeres están inmersas en dinámicas similares, lo que torna difícil el relevo entre unas y otras. Pero son a ellas a quienes se recurre

en casos extremos, es decir, otras mujeres son las que, finalmente en circunstancias de enfermedad o casos extremos, terminan cuidando a sus hijos e hijas.

(...) nunca me siento sana porque siempre me siento estresada, muy estresada, porque tengo tres chicos y estoy todo el día a 1000 y siento que no me alcanza el tiempo. Si bien no trabajo, estoy en mi casa, tengo tiempo de estar con mis hijos, pero estoy a 1000 todo el día (...) los tengo que llevar al médico, los tengo que llevar a control, tengo que volver a mi casa, tengo que limpiar, tengo que cocinar, lo llevo a la escuela, cuando salgo a la escuela uno va a fútbol el otro va a gimnasia, cuando llego de uno, después va el otro (...) a mí eso me cansa, me agota a veces digo “cómo no me consigo un trabajo que se quede mi marido que se encargue de la casa que yo me voy a trabajar”. (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN.RC).

Se advierte como para algunas mujeres la misma vida cotidiana supone una fuente de estrés y malestar que genera un no sentirse sanas, sino sumergidas en una rutina intensa y agotadora en la que hay que subsistir.

Salud como “a cada quien, su salud”

Si bien todas las concepciones sobre salud dan cuenta de la impronta subjetiva en la construcción de sentidos que les asignan las mujeres como proceso de sus vidas, se reconoce particularmente un grupo de testimonios que aluden a concepciones sobre salud que expresan significados únicos o inherentes a la propia subjetividad de las entrevistadas, en este caso en situación de pobreza, en tanto enuncian una dimensión relativa a su modo de simbolizar su propia realidad.

(...) Salud es aprender a leer y escribir... para saber uno cuando va por ahí... me siento contenta, feliz porque estoy aprendiendo (...) (PrP. MC1. M. 48 años. 5 hijos. RHGC. VSF. LH).

En el testimonio la mujer relaciona la salud al aprender, ligándolo a un proceso de alfabetización en que se halla involucrada. Significa su salud vinculándola al aprender como proceso humano permanente, que implica conocer y comprender el mundo, construyendo conciencia sobre él (Freire, 1973; 1997). Significar la salud como el “aprender a leer y escribir” da cuenta de lo que el mismo Freire (1973, p. 24) concebía por alfabetización en tanto conciencia reflexiva sobre “su propia capacidad de reflexionar, sobre su posición en el mundo (...) sobre su poder de transformar el mundo (...) reflexión sobre la propia alfabetización, que deja así de ser algo externo al -ser humano- para pertenecerle, para brotar de él, en relación con el mundo, como una creación”. En este sentido, la alfabetización “brotó” de la mujer y la restituye en su sentir salud, porque salud es sentirse feliz, poder reflexionar en su contexto y tomar coraje para decir su palabra.

(...) la salud es (...) por ejemplo hoy día yo me levanté, regué las plantas, le doy de comer los patos, me nació un pato (...) con el cogote doblado (...) porque se quedó pegado en la cáscara (...) así que lo traje, lo sequé (...) y ¡él siguió vivo! (...) yo lo estoy atendiendo (...) ya me conoce (...) entonces, la salud para mí (...) si yo no tuviera salud, ellos se hubieran muerto todos (...) mis patos morirían de hambre, de sed (...) tengo siete patos (...) tres veces por día tienen que comer (...) limpiarle el lugar (...) hacerle las cosas a la nena y que vaya a la escuela y (...) después los animales, que ellos me necesi-

tan a mi (...) y ellos me acompañan (...) son fieles (...) no me fallan nunca, están siempre (...) (PsPMC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC- RCC.BIM-. Cría de animales RC).



Las imágenes seleccionadas por esta entrevistada, junto muchas otras que ella nos ha remitido, hablan de su vida cotidiana, su propia rutina y lo que para ella significa su salud enlazada a la vida y el cuidado de sus animales. Si bien el fragmento seleccionado no lo explicita, en su casa cría gallinas, cerdos y patos, hay también perros, gatos, una lora y una paloma que ella ha rescatado. En su testimonio se detiene en relación a los patos, a como ellos la necesitan para vivir, el cuidado que requieren en el comer, el beber y el higienizar su espacio.

Nos comparte los registros fotográficos, los patos en la jaula al sol, y patos más grandes circulando junto a gallinas en el patio de su casa. Las imágenes nos ofrecen sentidos de su intimidad cotidiana, el valor que para ella tiene la vida de sus animales, y también la suya propia para cuidarlos a ellos. Expresa que, a cambio sus patos le ofrecen compañía sin condiciones, que le son fieles y siempre están, como aspectos que podrían ser pensados reconstituyentes de su salud psicoemocional.



(...) el merendero es todo, para mi es una salud, estar con los chicos (...) es mi vida, dejé primer año de la secundaria (...) y quise seguir la carrera de maestra jardinera, pero no pude (...) el merendero va a hacer tres años que lo tengo (...) siempre quise tener un merendero, para ayudar más a los chicos. No me gusta que los chicos te golpeen una puerta y te digan "necesito un plato de comida", entonces ahí te duele, entonces bueno me decidí de poner un merendero a pulmón y a donación (...) me hace sentir bien que los chicos vienen, se divierten, juegan, están conmigo, con mis hijos (...) es todo, de los chicos es (...) de acá del barrio, es todo (PsPMC1. C.45 años.4 hijos. RHGC- RCC. BIM.RC).

Este testimonio significa la salud en tanto la posibilidad de ofrecer espacio y contención a otros desde una referente de un centro comunitario. Ella concibe al merendero mismo como

su propia salud. El relato expresa anhelos y sueños que se concretaron con su creación, y destaca el bienestar que le genera que allí concurren las infancias a alimentarse, jugar y divertirse.

Se advierte en las concepciones de salud de los testimonios analizados un despliegue de las subjetividades de las mujeres que dan cuenta de su capacidad generadora de sentidos. Al respecto, para Bonvilliani (2023) la capacidad simbólica de las personas hace posible la creación incesante de sentidos sobre sus realidades. Desde un enfoque psicosocial, la autora define a lo subjetivo como lo social singularizado, entendiendo que la construcción histórica y culturalmente situada de las subjetividades se singulariza en las experiencias biográficas que las personas viven, de acuerdo con distintas condiciones materiales e intersubjetivas en las cuales éstas se producen. De esta manera, la capacidad de producción simbólica emerge como cualidad fundamental de las subjetividades que implica sostener una dimensión activa y generativa de lo subjetivo en relación a las propias experiencias.

En consonancia con ello, y aportando a la comprensión de los relatos, Lopera Vásquez (2020) considera a la subjetividad como aquella que expresa lo singular de cada persona. Entiende que factores como lo que se siente y piensa, los motivos, los razonamientos, los significados y valoraciones singulares, el contexto y el entorno físico, social y personal, las interacciones con los demás, el momento histórico y la cultura emergen y confluyen en la subjetividad como expresión del ser, para dar cuenta de un sujeto en continua transformación.

Enfermedad como designio de la providencia

En lo inherente a concepciones propiamente de enfermedad de mujeres en situación de pobreza pudo identificarse un testimonio donde las ideas sobre salud parecen atribuirse a disposiciones centradas en un orden o poder superior que determina el padecimiento de una enfermedad.

(...) la enfermedad y bueno, la enfermedad es lo que nos pasa a cada uno, te puede pasar a vos, me puede pasar a mí, a cualquier persona, no sé si será por si te cuidas o porque realmente ya la ibas a tener (MC1. J. 26 años. 4 hijos. THGC.RCC. VLC.RC).

Se advierte la alusión a cierta predestinación a padecer una enfermedad, como una especie de designio o voluntad que trasciende al ser y que obra en quienes la padecerán o no. La idea de la enfermedad como “no sé si será porque ya la ibas a tener” da cuenta de una especie de creencia en que los eventos de la vida, incluyendo las enfermedades, están determinados por una fuerza superior, un plan divino o el destino, y no son producto o resultado del control de las personas o de una condición casual o azarosa. De esta manera, la expresión podría interpretarse en un doble sentido, o bien desde cierta connotación fatalista vinculada a que todo lo que sucede “ya está escrito”, o desde una creencia religiosa sobre un Dios con un plan mayor, en el que la enfermedad podría ser parte de ese plan.

La enfermedad como aferramiento

Uno de los testimonios de mujeres en situación de pobreza refiere a la enfermedad como aquello a lo que muchas personas se anclan desde un plano psicológico, otorgándole cierta connotación negativa a esta actitud frente a la enfermedad.

(...) la enfermedad muchas veces es psicológico, vos te aferras tanto a la enfermedad que al último terminas ya postrado a la cama, o hasta la muerte. La “aferración” a una enfermedad, por eso te decía, es psicológico. Podés tenerla, pero aprender a sobrellevar. Te llevo a la diabetes, si vos decís “tengo diabetes” tengo que cuidarme para que la diabetes no avance, y si es posible, que baje y se cure, porque es algo que tiene cura. Es saber manejar y cuidarse uno. (MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSE.LH).

La entrevistada ofrece una perspectiva que podría interpretarse como emocional, espiritual y psicológica de significar la enfermedad. Su idea de “aferrarse a una enfermedad” da cuenta de lo que parece como un posicionamiento, una actitud o comportamiento frente a ella. Una vivencia que implicaría un apego excesivo a las emociones que genera la enfermedad, como temor, enojo, rencor, tristeza, angustia, incertidumbre, u otras, las que podrían intensificar el sufrimiento y, por consiguiente, la enfermedad y malestar (*“al último terminás ya postrado a la cama, o hasta la muerte”*).

La entrevistada contrapone a esta perspectiva, la idea de la enfermedad como aquello que hay que “aprender a sobrellevar”, como un “saber manejar y cuidarse uno”. Podría inferirse que su idea de aferramiento al malestar, al dolor, al sufrimiento muestra una persona que se identifica con el papel de “enfermo”, eligiendo anclarse en esa situación, colocándola probablemente como eje de su vida y de sus relatos personales cotidianos.

Concepciones de salud y enfermedad personal en mujeres de clase media

A continuación, presentamos las concepciones sobre salud y enfermedad propias del grupo de mujeres de clase media.

La salud como aprovechamiento

Aparece en mujeres de clase media la idea de la salud como aquello que hay que aprovechar cuando se dispone de ella.

(cuando estoy sana) *trato de aprovechar, de aprovechar la vida, aprovechar las salidas, aprovechar las invitaciones o los momentos para disfrutar* (...) entonces me gusta hacer cosas, entonces cuando me siento bien, es como que *no es un esfuerzo el hacerlo* (...) (DPMC2.V.3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

Gervás y Pérez Fernández (2015) consideran que la vivencia de la salud es un constructo, quien está sano tiene una vivencia profunda que le ayuda a disfrutar de la vida en sus circunstancias personales, familiares, laborales o sociales. La idea de emplear provechosamente la salud puede vincularse al sentido de obtener el máximo de su aporte cuando se cuenta con ella. Se la piensa en términos de un recurso propio que hay que emplear en la vida, en salidas, invitaciones para disfrutar de momentos que generan bienestar, como instancias en las que no se requieren de esfuerzos, sino que se trata de vivirlos beneficiándose de ese provecho que consiste en la salud.

Salud como proyección en la vida

Algunos testimonios de mujeres de ambos grupos sociales manifestaron concepciones de salud que se enlazan a la idea de proyección de la propia vida.

(...) estar sana *es poder manejarme libremente (...) poder tomar decisiones, poder movilizarme (...) poder ayudar a alguien, poder participar en alguna actividad (...) poder pensar y tomar decisiones qué esas cosas permiten tener un equilibrio en la salud (...)* (DP.MC2.B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente nivel medio. BC. LH)

(...) la salud para mí es un todo porque a partir de ahí podemos vivir mejor, *si tenemos una buena salud podemos tener proyectos de vida*, todo, pero *para mí la salud también es estar, aparte de bien psicológicamente, con el cuerpo también* (DP.MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

(...) *cuando estoy sana puedo cursar, puedo juntarme con amigos. Puedo seguir mi vida. Puedo proyectarme a futuro.* (DP.MC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC).

Se advierte la idea de la salud como el poder asumir libremente cierto posicionamiento en la vida a partir de la reflexión y la toma de decisiones, el participar e implicarse en actividades personales o de la vida social. Se alude a que disponer de una buena salud permite proyecciones futuras. En este sentido, se expresa cómo estar sanas en el desarrollo de sus vidas contribuye a la construcción de proyectos de vida y con ello la consecución de sus aspiraciones y propósitos.

Un estudio longitudinal realizado por Bladh et al. (2023) con mujeres de ciudades de Suecia, evalúa cómo el “sentido de coherencia”, en tanto la capacidad para comprender, manejar y encontrar sentido a la vida, se relaciona con la salud de las mujeres. Las autoras advierten que la salud para las mujeres del estudio no es un resultado, sino un recurso que habilita la gestión de la vida y el logro de metas vitales, así como su capacidad para planificar y ejecutar proyectos a largo plazo. Aspectos que reconocemos de los testimonios de las entrevistadas.

Salud-enfermedad como la compleja tensión emocional equilibrio- conflicto

Algunas mujeres de clase media ofrecen una concepción de salud como aquella que se constituye por elementos que convergen, múltiples y heterogéneos, donde el conflicto y los problemas que se presentan en la vida se reconocen pudiendo afectar ese estado. Así la salud se constituye por diversos componentes psicoemocionales que, a partir de situaciones que desequilibran a las personas, le presentan desafíos a su posibilidad de afrontamiento y resolución.

(...) yo a la *salud la veo más que todo como una elección de vida (...)* la salud implica un equilibrio y eso no quiere decir que uno no tenga *problema fisiológico, la cuestión está en saber cómo uno los maneja, para poder mantener el equilibrio*, por ejemplo si yo fuera celíaca (...) si tengo una información a mi disposición sé que hay determinadas cosas que no puedo consumir, que eso me irrumpe en el equilibrio y yo puedo vivir tranquilamente (...) *cuidándome voy a tener una vida digamos agradable* (DP.MC2.B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente nivel medio. BC. LH).

Salud para mí es tener una actitud frente a la vida en la cual vayamos resolviendo los conflictos que se nos presentan. Es estar comprometido con la vida, buscando objetivos y pudiendo lograrlos (...) Es *enfrentar la vida de la mejor forma posible. Esa conciencia con la propia vida es estar sano. En la media en la que uno se abandona a sí mismo, no presta atención a sus emociones, les abre la puerta a las enfermedades (...)* Muchas veces nos enfermamos por cuestiones emocionales (...) (para mí la enfermedad) es *perder la capacidad*

de procesar la vida, de ir transitando sus momentos. Sentirse aplastado por una emoción o algún problema que te impida hacerte cargo de vos mismo y no poder superarlo. Es muy complejo. Para mí es fundamental complejizar la idea de salud, no solo es sentirse bien o sentirse mal. Tiene que ver también con muchas cuestiones emocionales y psicológicas. El ser humano es muy complejo, y lo importante es cuidar esa complejidad (DP.MC2. L. 40. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

En consonancia con los testimonios, autores como Gervás y Pérez Fernández (2015) consideran a la salud como recurso para vivir en la vida siendo la persona capaz de afrontar las adversidades de cada día. Las entrevistadas dan cuenta que, para ellas vivir en salud supone mantener y transitar la vida con cierto equilibrio atendiendo a ese estado, conscientes de él y de la complejidad humana. Salud significa poder resolver conflictos, atender a las propias emociones, aprender a manejar problemas y a mantener dicho equilibrio a partir de las informaciones disponibles y cómo elección de vida.

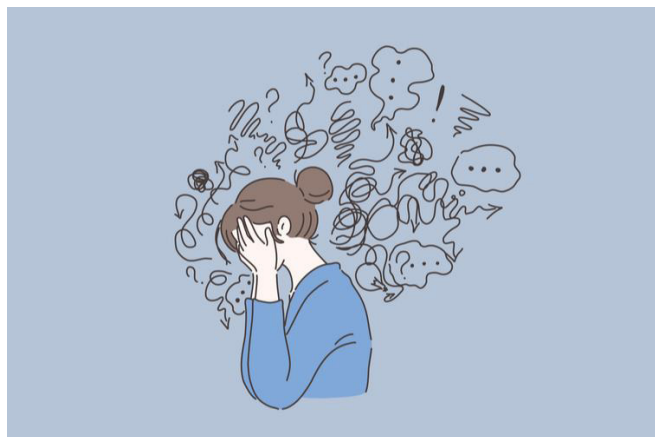
Gavidia Catalán y Talavera (2012) consideran que ya desde los textos antiguos es posible reconocer que la salud se considera como el equilibrio entre los elementos que configuran la persona, pero también la necesidad de mantener el equilibrio con el entorno. Para los autores la idea de salud como expresión de equilibrio siempre ha estado presente completando el concepto de oposición a la enfermedad.

Los testimonios identifican a la salud como actitud, compromiso, elección, decisiones, proyecto, conciencia para enfrentar la vida. Subyace a estas cuestiones un sentido de autodefinición respecto de la propia salud, donde parece centrarse la responsabilidad sobre el bienestar o malestar en la propia persona, en su capacidad de decidir y elegir por sí misma su situación, a partir de asumir, o no, determinada actitud y posicionamiento ante la realidad. Vinculado con ello, un concepto que ha proliferado en disciplinas como la psicología, la psiquiatría, la enfermería, la medicina, las ciencias sociales y la salud pública es el de “*health assets*” habitualmente traducido como “activos de salud” o “recursos de salud”. En este sentido, un estudio realizado en Noruega desde el campo de la enfermería por Rotegård et al. (2010) revisa este concepto para comprender su papel en la salud. Las autoras entienden que “los activos de salud representan el repertorio de potencialidades -cualidades de fortaleza internas y externas del individuo, tanto innatas como adquiridas- que movilizan poder y control hacia comportamientos de salud positivos y resultados óptimos de salud y bienestar” (Rotegård et al. 2010, p. 4).

El estudio identifica atributos centrales de los recursos de salud que poseen las personas en las fortalezas relacionales, motivacionales, protectoras y volitivas (internas); y el apoyo, las expectativas de los demás y los elementos físicos y ambientales (externos). Los recursos de salud impulsan a la persona a participar en la deliberación, la toma de decisiones y el cambio. Las consecuencias de los recursos de salud se expresan en comportamientos positivos que pueden conducir al dominio, la autorrealización y a mejores resultados de salud.

Los testimonios dan cuenta de no pensar a la salud como un mero recurso o simple bienestar, sino concebirla de manera relativa, compuesta por múltiples dimensiones las que invitan a reconocer la propia complejidad del ser humano impidiendo pensar a la salud como un simple estado, sino como un proceso complejo donde la misma enfermedad es parte del proceso.

En este sentido, entrevistadas del grupo social de clase media ofrecieron concepciones de enfermedad enlazadas a esta perspectiva psicoemocional de la salud, aportando el recurso de las imágenes para significarla, ofreciendo a partir de allí miradas que complejizan las lecturas sobre los procesos de salud-enfermedad.



(...) la enfermedad está muy centrada en mí (...) por eso la imagen, de lo que más sufrimiento me da, qué es pensar mucho las cosas, sentir bastante ansiedad (...) es la época para mí (...) este momento histórico (...) lo veo mucho en gente de mi edad y en gente grande (...) yo intentó anotarme las cosas, ir por una cosa por vez, voy a la psicóloga o (...) voy al médico (...) para mí la enfermedad es un estado de preocupación, preocupación del cuerpo, de tu futuro, de los vínculos con los que te rodean, no estar estable, no sentir estabilidad en ninguna esfera de tu vida, ni en el trabajo, ni en tu casa, ni en tu proyecto ni en los vínculos... (MC2.L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Emerge de este testimonio e imagen, la idea existencial sobre la enfermedad como la pérdida de la capacidad de procesar la vida, de no poder atender a las emociones o sentirse abatido por ellas, lo que se expresa con claridad desde la imagen que muestra a una joven sosteniéndose su rostro, dando cuenta de un sentido profundo del malestar y aflicción, desde una perspectiva que trasciende lo físico a lo emocional. Se refiere a cierto debilitamiento en la capacidad de las personas para responder, integrar o adaptarse a sus experiencias vitales. Podría inferirse que, mientras “procesar la vida” refiere a cómo una persona logra interpretar, enfrentar y manejar sus propias vivencias, situaciones, emociones, relaciones, dolores, alegrías, “perder esa capacidad” implica que determinadas experiencias no se pueden seguir sosteniendo saludablemente en la persona.

Una de las entrevistadas, que también coloca el foco en la emoción, concibe a la enfermedad asociada a la ansiedad, al pensar excesivo y a la preocupación constante por distintas áreas de la vida. Relaciona estos aspectos como emergentes de un tiempo histórico contemporáneo. El que podemos entender propio de sociedades cultural, social y económicamente hiper aceleradas y exigentes, favorecedoras de estas formas de sufrimiento humano. Surge así la ansiedad como respuesta al temor por no poder sobrellevar esa realidad, junto con la preocupación como una especie de estado de alerta permanente ante un futuro desconocido, generando una sobrecarga mental en las personas.

Un estudio realizado por Errazuriz et al. (2025) entiende a la ansiedad según criterios internacionales provistos por el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5, Asociación Estadounidense de Psiquiatría) y del CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, 11ª edición) en tanto condiciones o trastornos caracterizados por miedo y ansiedad excesivos que interfieren en la vida diaria. El estudio muestra que aproximadamente una de cada siete personas en Latinoamérica experimenta trastornos de ansiedad en algún momento de su vida, y asocia la prevalencia de trastornos de ansiedad a indicadores de desarrollo. Augsburger (2004) plantea la necesidad de no apartarnos de análisis críticos sobre las clasificaciones internacionales de enfermedades

de acuerdo a criterios preestablecidos, que en su pretensión de objetividad ofrecen una visión taxonómica que deja por fuera a la persona, avanzando en considerar cómo estos cuadros de ansiedad se propician en los tiempos y contextos que corren, sumergiendo a las poblaciones en padecimientos psíquicos con una marcada impronta epocal.



(...) siempre me imaginé la enfermedad, o incluso cuando estoy angustiada (...) *como un abismo y elegí una imagen de un chico en el borde de un abismo* (...) es la incertidumbre (...) el caer y no saber (...) *cuando me dijiste enfermedad yo pensé en el momento que le dan la noticia “mírate en esta enfermedad”, “tenés que empezar un tratamiento de quimio (...)”, yo me sentiría así en el borde de un abismo* (...) (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

La entrevistada, que acompaña de una imagen su testimonio, asocia la enfermedad a la palabra abismo, relacionándola a una emocionalidad que se significa como imponente, desconocida e inmensa. Señala de la imagen, lúgubre y difusa, una figura humana en la cornisa de un acantilado. Su relato permite pensar en la enfermedad como aquella que expone a quien la padece a un precipicio, aquella que no se puede transitar sin riesgo a caer. Hecho que resulta incomprensible respecto de lo existente y del futuro de quien se enfrenta a ella.



(...) *la imagen que elegí, la elegí porque el callar, el no hablar, el no poder decir o el que no te dejen decir lo que te pasa o lo que tenés* (...) *te lleva a una enfermedad* (...) esto siempre a mí me pasó porque mi tema de la obesidad, de siempre, o el de no poder decir determinadas cosas, yo en lugar de decirlo lo metía, *esto de ir tapando* (...) (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

(...) al hablar de *enfermedad física* yo lo asoció a partir de un conflicto emocional, entonces yo busqué esta imagen donde veo (...) una mariposa encerrada, esto de no poder liberar sus emociones y sus pensamientos, que esa falta de liberación, esa falta de poder hablar lo que la persona le pasa aparece como un síntoma de cuerpo (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).



(...) cuando me agarran los problemas de vértigo, eso para mí es realmente enfermedad, es quietud, es ensimismarse en mis problemas, es mirarme hacia adentro (...) esas situaciones (...) me he acostumbrado a analizar qué me pasó antes (...) y siempre pude identificar situaciones de estrés, en las que salí muy enojada (...) (MC2. A.52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC. RC).

Los testimonios, acompañados de imágenes, exponen cómo el hecho de reprimir emociones, guardar sentimientos, vivencias pasadas dolorosas, o no expresar lo que se piensa o siente puede tener efectos negativos sobre el propio cuerpo y la salud, generando enfermedades que pueden expresarse en distintos planos. La primera imagen muestra a una mujer que con sus manos tapa su boca, que podría significarse como el impedimento para que de ella salgan los relatos de su vida. Mientras la segunda imagen visibiliza la cabeza de una persona representada como una jaula con barrotes que guardan en su interior una mariposa. Coincidiendo con la imagen anterior, se significa la dificultad de dejar salir lo que el ser humano vivencia en relación a su mundo y su ser interior. El diálogo entre los testimonios y las imágenes que ofrecen las entrevistadas permiten pensar, cómo la contrapartida de lo que allí se representa, desde el hablar o expresar emociones podría ayudar a las personas a sanar y a lograr mayor bienestar en sus vidas.

Vinculado con ello, Guedes y Kaulino (2024) consideran que, en Latinoamérica, es a partir de 1940 cuando del cruce entre el saber médico y el psicoanalítico surge la corriente de la psicosomática, emergente del trabajo colaborativo de médicos y psicoanalistas de Argentina y Brasil. Se trata de una perspectiva que integra los aspectos psíquicos y somáticos del enfermar, considerando al paciente como una unidad cuerpomente, donde las emociones y conflictos inconscientes inciden directamente en el funcionamiento orgánico. Las autoras entienden que la psicosomática sitúa a los conflictos emocionales e inconscientes como causantes principales de síntomas somáticos que impactan directamente en la salud física, generando o modulando enfermedades, a partir de lo cual promueve una práctica humanista que considera al paciente en su totalidad.

Salud como bienestar integral

Se advierten relatos e imágenes de mujeres en situación de clase media que expresan concepciones sobre salud ligadas a un bienestar integral que enlaza lo físico-corporal, a lo psicoemocional y espiritual como dimensiones de la salud.

(...) para mí salud, es vínculos sanos, es respirar aire puro, en la foto es un lugar hermoso (...) (le saqué una foto a una foto que es un barco de madera que nos regalaron cuando fuimos a Brasil) (salud) *es sentirse feliz, ahí veo yo realmente lo que es el equilibrio entre lo físico, lo psíquico y lo social, entre el mundo interno y el mundo externo, en la foto están los vínculos más importantes que he tenido en la vida, mi mamá y mi hija (...)* *es el poder estar con el otro en un vínculo de amor (...)* (DP.MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-docente nivel medio y universitario, BC. RC).



La imagen seleccionada por la entrevistada permite hacer presente un hecho pasado de su realidad que es recreado nuevamente. De ella, los sentidos van recuperando la gestualidad y las disposiciones corporales, junto con los simbolismos que expresa para significar un evento que, a su juicio, representa lo que es la salud comprendida en múltiples facetas de lo contextual, lo social, lo interpersonal, lo intrapersonal, lo psicoemocional, la dimensión histórica de la propia vida y la corporal.



(...) *salud es felicidad, bienestar, salud es todo* (...) elegí la imagen de una chica sonriendo (...) *podés hacer de todo con salud*, elegí que se viera *el sol* (...) *como que la luz, cómo que con la salud uno puede todo y sin salud nada, el sol porque es energía* (...) lo imagino como *un paisaje, como unas sierras y es todo como pureza, me da como a salud* (...) (DPMC2.J. 41. 2 hijos. RHGC-Administrativa en empresa familiar. BB.RC).

(...) *poder entender la salud como en una perspectiva integral* que no sea solo la ausencia de un agente patológico, sino que *juega también ahí lo emocional y lo psicosocial* (...) lo holístico de la salud, como algo fundamental que (...) un montón de veces no nos damos cuenta o solo percibimos cuando tenemos (...) un dolor (...) (DPMC2. N. 25 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

La imagen y los testimonios siguientes abonan también a la comprensión de la salud en clave de perspectiva integral, en la que confluyen distintos elementos que harían al logro de la misma.



(...) *salud integral* (...) para mí representa esta imagen (...) una pose de *total libertad* (...) *vuelo con una salud mental, una salud emocional* (...) respirar al aire libre, lo verde me identifica con (...) *naturaleza* (...) salud mental (...) viene asociada a la salud física, lo asoció mucho cuando yo me siento tranquila, en *paz conmigo misma, cuando* (...) *puedo estar en el lago* (...) *al lado del agua, cuando veo la montaña*, cuando (...) *puedo poner los pies en la arena y en el agua, no te puedo explicar la sensación de salud que siento* (...) en el dibujo (...) *un corazón sano en un cuerpo sano* (...) *sano de pensamientos, un corazón que sienta por los otros, que haya empatía* por todo lo que pasa (...) el corazón también me representa *el amor, la unidad, la familia, la amistad* (...) lo que estaría faltando en esta imagen es un sol (...) *el sol me da paz, me llena de energía* (...) (DPMC2.B, 63 años, 4 hijos. RH-docente, BC.RC).

La disposición corporal y los gestos de la iconografía elegida por la entrevistada le permiten significar lo que para ella es la salud en clave integral. La libertad del cuerpo, el contacto con la naturaleza, la paz interior, el bienestar propio como fuente de empatía y amor hacia los otros.

Salud para mí es (...) *sentirme bien conmigo misma* (...) de la salud física emocional, al alma todo (me refiero) *al estar contenta, a tener buenas emociones, el estar bien, tener buenos pensamientos, buena energía* (...) *tener más ganas* de estar con la gente, *tener más ganas de compartir, ayudar un montón de cosas* (...) *en definitiva, de vivir* (...) (DPMC2.V. 3 hijos. RHGC-Secretaria Administrativa. BB.RC).



(...) cuando yo me conecto con la naturaleza, con la tierra, sobre todo me da la sensación esa de estar bien, de qué salud es estar bien en todo el sentido de la palabra, en un sentido amplio digamos, sí conectado con la naturaleza, cómo la armonía con el entorno como un bienestar (...) salud en mi vida cotidiana es estar bien, estar bien, sentirme bien física, espiritual y mentalmente, cómo que considero que abarca todas las dimensiones (...) (DPMC2.V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).



(...) para mi salud es bienestar, es tranquilidad (...) es claridad, es verde, por eso elegí una imagen que es naturaleza y familia (...) yo creo mucho en la salud tanto corporal, como mental, emocional, entonces bueno, toda esa combinación (...) me gusta mucho estar descalza (...) contacto con lo natural, con lo real, con lo que esté limpio (...) el ambiente, todas las relaciones (...) yo me siento muy en bienestar, muy tranquila emocional y físicamente con mi familia (...) tiene que entrar luz (...) yo creo que la salud emocional y física, es hasta casi más importante o es la primera y de ahí deriva la física (DPMC2. N. 42 años, 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

Las imágenes, tanto de fotografías, como de los logotipos escogidos, representan aspectos comunes significados por las mujeres en torno a lo que aluden por una salud integral. La

lectura de las mismas, ofrece testimonios que entrelazan la idea de una salud física, con una salud psicoemocional, espiritual y social. Bonetto (2016) considera que la imagen vale en concordancia con los significados evidenciados en el marco de un contexto histórico y cultural en el que los datos fotográficos se encuentran inmersos. En este sentido, se atiende a que se trata de imágenes seleccionadas por mujeres de clase media, en un tiempo histórico en el que está transcurriendo una pandemia por una enfermedad global a la que no se hace alusión en sus sentidos sobre lo que es la salud para ellas, y que permiten interpretar el énfasis que estas mujeres otorgan a un sentido positivo de la salud en ese tiempo.

Los relatos ofrecen caracterizaciones de lo que es la salud para ellas, considerando distintos planos:

Un plano intrapersonal, que refiere a un sentirse bien consigo mismas, aludiendo a una salud psicoemocional, espiritual, mental, la idea de una paz interior, de libertad, así como de cierto equilibrio interno en relación a pensamientos, sentimientos y emociones.

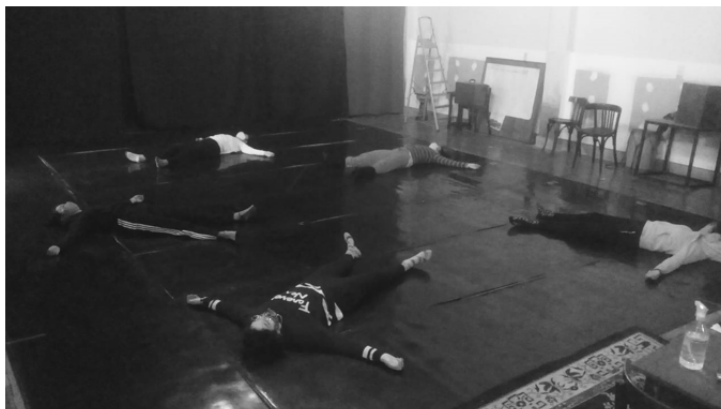
Un plano interpersonal de la salud, que refiere a la importancia que tienen para la salud los vínculos sanos con otros, familiares, amigos, vínculos importantes en la vida de estas mujeres. Surgen expresiones ligadas a tener deseos de compartir con otros, así como de experimentar un estado de satisfacción física y espiritual, desde emociones y pensamientos basados en el amor, la alegría, la felicidad, en relación con ellos. Aparece la idea de la empatía como esa capacidad de sentir e identificarse con un otro, compartiendo lo que le sucede.

El plano de la naturaleza como entorno restaurador emerge de los testimonios de las entrevistadas en relación a cómo ellas sienten la salud y cómo la naturaleza es percibida en tanto restituye la salud, convirtiéndose en un espacio significativo para las personas por su potencial de restaurar recursos y capacidades emocionales y funcionales que pueden verse afectados por el estrés o las exigencias cotidianas (Barboza da Silveira y Kuhnen, 2019). Se reconoce en la naturaleza un ámbito promotor de armonía y plenitud en las personas. Se remite a la idea de lugares hermosos, de paisajes como las sierras, la montaña, el agua, el contacto del cuerpo con la arena, el aire libre, la pureza de lo natural, la claridad, el sol como aquel que brinda luz, energía, paz.

En este sentido, se trata de concepciones que refieren a la salud caracterizando un conjunto de elementos que se consideran necesarios para vivir bien, con tranquilidad, dicha, placidez y bienestar. Surge también, como en otros apartados, la idea de la salud como equilibrio, sin embargo, no se profundiza aquí en la idea del conflicto o del desequilibrio, sino que se focaliza en un estado que supone ecuanimidad entre distintos componentes inherentes a la vida interior y al plano exterior de las personas, la idea de ser prudente y sostener situaciones en pos de mantener cierta armonía en la vida.

Salud como autoestima, amor propio y despliegue de un “yo soy”

Se advirtió en el grupo de mujeres de clase media, cómo a través de imágenes y testimonios ellas construyen los sentidos de sus concepciones de salud colocando el foco de la idea de la implicancia intencionada de uno mismo en la salud, en una idea que expresa que promover salud se vincula a la propia autovaloración, amor propio y autoestima.



(...) para mí la *salud integra varias cuestiones*, lo de esa foto habla de un contexto de relajación previo a una clase de danza, *para mí la salud es hacer alguna actividad recreativa, alguna actividad física, la meditación, la relajación, es parte de la salud (...)* para mí esa foto (...) es cómo ocuparse de la salud, *implicarse en la salud (...)* *hacer una actividad que te guste, cuidarse, amarse, (...)* para mí es algo tan importante hoy, *tiene que ver con la tranquilidad (...)* (DP.MC2. E. 40 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).



(...) elegí la foto de unas compañeras de danza (...) *la salud física, el movimiento (...)* y por otro lado (...) *la salud mental (...)* *yo antes hacia baile (...)* *es un lugar donde también liberas tensiones, un momento para despejarse de cosas que uno tiene en la cabeza*

(...) era un espacio donde era yo, podía tener la libertad de expresarme (...) de la forma que yo quería (...) un momento donde yo me despegaba de cualquier cosa (...) como que soy yo este rato, lo disfruto, la paso bien, descargo un montón de energía (DP. MC2.I. 20 años. RH-Estudiante universitaria. BB.RC).

Los miramientos contruidos en torno a las representaciones visuales que ofrecen las imágenes les permiten a estas mujeres hablar de sí mismas, de cómo conciben que lo corporal-físico se vincula a una salud psicoemocional y mental. Bonetto (2016) considera que la función comunicativa de un mensaje visual, ya sea implícito o explícito, determina su significación, la cual se encuentra condicionada por el contexto en el que se enmarca. Sea que la foto tenga por protagonista a una de las entrevistadas, como así no lo sea, la imagen aparece como un catalizador que les permite resonar con lo que allí se visibiliza, reconocerlo presente o no en sus vidas. Piensan en la salud a partir de la realización de expresiones físicas como la danza y la meditación, en tanto instancias que promueven una conexión profunda con el ser interior, al tiempo que permiten dejar por fuera lo rutinario y sumergirse en la tranquilidad del propio ser. Surge también la idea de la danza como un espacio que permite liberar tensiones, despejarse y conectarse con el ser interior. Se advierte la idea de descarga de una energía afectada por el trajín de la vida cotidiana y la recarga de una nueva energía que contribuye al bienestar de la persona.

En un estudio en el que se analizan como variables psicológicas la autoestima, la ansiedad y la satisfacción e índices de salud física para diferentes situaciones laborales de hombres y mujeres, se advierte que la autoestima se relaciona con la salud mental y en gran medida con la salud física, advirtiendo la existencia de pruebas empíricas que dan cuenta de su relación con conductas relacionadas con aspectos concretos de salud, a través de distintas culturas, en distintas edades y en distintas condiciones sociales (Sánchez López, Aparicio García y Dresch, 2006, p. 585). Particularmente en relación con las mujeres entrevistadas, puede inferirse la idea de la autoestima en tanto valoración positiva de uno mismo, como fuente de un estado de bienestar general que puede influir en el cuidado y autoatención de la propia salud física y mental, el estar alerta frente a situaciones de malestar y la búsqueda de ayuda cuando lo requieran. Por el hecho de haberla mencionado, podría pensarse cómo su contrapartida, el descuido hacia sí mismas y la baja autoestima traería como correlato la posibilidad de enfermar y experimentar malestar.

Enfermedad del cuerpo y enfermedad de la mente

Algunas mujeres de clase media, al momento de ofrecer su concepción de enfermedad separan para su análisis aquellas que corresponden a una afección en el plano mental de aquellas que ocurren en el corporal.

(...) la enfermedad, depende. Si es algo mental, como me pasó a mí, es un proceso. Y con respecto a algo físico es importante cuidarse, y saber que todo pasa. (MC2. V. 37 años. 3 hijos. RHGC-Estudiante universitaria. BB.RC).

(...) sí estoy enferma físicamente lógicamente que voy a estar haciendo reposo y demás, pero por ahí sí estoy mal por alguna cuestión emocional (...) no me dan tantas ganas de salir para relacionarme, cómo que prefiero quedarme más adentro (...) (MC2. I. 20 años. RH-Estudiante universitaria. BB.RC).

Enuncian que en el plano de la enfermedad corporal son importantes los cuidados, permanecer en reposo, la suspensión temporal de las actividades con el fin de la recuperación del cuerpo y estabilización del bienestar, considerando la transitoriedad de la enfermedad.

En relación al plano mental expresan la idea de proceso, de devenir, y de un trabajo personal interior, de permanecer en una instancia introspectiva en contacto con uno mismo. Se infiere la idea de pausa, de atención consciente a lo que sucede en el ser interior.

Las entrevistadas efectúan esta separación sin aludir a los motivos o causas de las enfermedades, colocando el foco en el cómo recuperarse de las mismas, las que se significan separadamente en un plano físico o mental, criterio que pareciera implementarse por conllevar cierta practicidad para el análisis.

Enfermedad focalizada en el cuerpo como sedentarismo y mala alimentación

Algunas mujeres de clase media aluden a la idea del sedentarismo y la mala alimentación para significar la enfermedad, compartiendo imágenes que aportan a ello.



(...) para definir enfermedad elegí una imagen de una mujer que está tirada sobre un escritorio, entre un par de libros y tiene un cartelito que dice “ayuda”. *Cómo que, por un lado, para mí representa el sedentarismo, esto de estar al frente a la compu, frente a los libros (...), y por un lado el que ella diga “ayuda” como que no puede más,* me hace a la idea de que *tampoco se siente bien* en cuanto a la salud mental (...) Para mí la enfermedad es la antítesis a lo que es estar bien, sentirse bien (...) *creo que estar enfermas, como no poder, en algún sentido no poder,* ya sea desde el lado físico, desde el lado mental (...) (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB. RC).



(...) me gustó (de la imagen) que se ve como una persona abatida, cómo caída y el fondo negro (...) *para mí las enfermedades son eso, es como oscuro, no dejarte cómo brillar*, con enfermedad no puedes (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).



(...) *para la enfermedad elegí esa imagen porque, la verdad, me representa mucho (...) representa el sedentarismo, porque me siento pesada, achanchada* (...) aparte que engordaste, dureza en los músculos, endurecer el cuerpo, yo trabajo muchas horas sentada y se siente (...) las piernas que te duelen (...) al sedentarismo no lo veo aconsejable y lo veo totalmente anti salud... (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaria Administrativa. BB.RC).



(...) me encantan las picadas, me encantan los fiambres, me encantan los quesos, pero eso hace mal, eso hace mal, y si vos haces una reunioncita eso es lo más cómodo, pero no está bien (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH- Jubilada. BBN. RC)

Estos relatos de mujeres de clase media coinciden en la idea de focalizar en el cuerpo desde el sedentarismo y la alimentación para significar la enfermedad. Recordemos que anteriormente, cuando analizábamos cómo mujeres en situación de pobreza significaban los procesos de salud y enfermedad, muchas se centraban en el cuerpo, pero para pensar en su restablecimiento en función de sus tareas cotidianas.

En este caso, algunas mujeres de clase media piensan en el sedentarismo, el permanecer inmóvil, estático, quieto. Vinculan la enfermedad al sedentarismo, reconociendo cómo la inactividad física prolongada, el llevar una vida que implique muy poco movimiento corporal se relaciona con la generación, desarrollo, o agravamiento de malestares o enfermedades en planos que no sólo podrían ser físicos sino también psicoemocionales de la salud.

En Argentina existe la Ley Nacional N° 27.197 denominada “Lucha contra el sedentarismo” (Congreso de la Nación Argentina, 2015) sancionada en octubre de 2015, promulgada en noviembre de 2015, que define en su artículo 2, inciso d) que el “sedentarismo es la conducta por la que se pasa el tiempo en posición sedente, o recostado, en horas de vigilia”.

El objetivo de la ley es promover la actividad física y reducir el sedentarismo en Argentina. La misma busca fomentar estilos de vida activos en personas de distintas edades, atendiendo a lugares de trabajo, estudio y tiempo libre. La ley establece obligaciones para los Ministerios de Salud y Educación, y promueve la investigación, la capacitación docente y la creación de espacios para la actividad física⁷⁰.

Por otro lado, un estudio realizado por Katzmarzyk et al. (2019) recuperando resultados de un Informe Científico estadounidense, así como de otros estudios contemporáneos internacionales, aporta evidencia científica sobre la relación entre actividad física, comportamiento sedentario y salud. Advierten que un alto nivel de sedentarismo aumenta el riesgo de mortalidad por diversas causas y enfermedades cardiovasculares (ECV), así como la incidencia de ECV y diabetes tipo 2. También hallaron resultados de que efectos adversos del sedentarismo son más pronunciados en personas físicamente inactivas. Los resultados aportaron a la actualización de Guías de Actividad Física para ciudadanos estadounidenses.

70 De acuerdo a la información pública disponible, no es posible hallar un decreto reglamentario oficial, lo que sugiere que la ley sigue sin reglamentarse. No obstante, algunos gobiernos provinciales (Neuquén, Mendoza, Salta, San Juan, Misiones, La Pampa) han aprobado leyes o decretos adhiriendo a la ley nacional, implementando proyectos y programas orientados por sus objetivos.

Una de las entrevistadas agrega la idea de la mala alimentación trayendo una imagen para significar la enfermedad desde allí. Al respecto un informe conjunto de la FAO⁷¹, FIDA⁷², OPS⁷³, PMA⁷⁴ y UNICEF⁷⁵ realizado en 2023 expresa que la malnutrición en todas sus formas, incluyendo el retraso del crecimiento infantil, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad continúan constituyendo retos para América Latina y el Caribe. El informe señala que en esta región un cuarto de la población adulta vive con obesidad, porcentaje que en Sudamérica alcanzó el 28,6 % en 2022; una de cada cinco personas no puede acceder a una dieta saludable, registrando la región en 2021 el costo más alto de una dieta saludable a nivel mundial, aspecto que impacta en que una cuarta parte de la población de la región no pueda acceder a una dieta saludable.

Concepciones de salud personal emergentes en tiempos de pandemia

Este apartado reúne testimonios que refieren a concepciones de salud y enfermedad cuyo rasgo distintivo es su alusión al fenómeno de la pandemia por la enfermedad de Covid-19. En este sentido, se analizan relatos de mujeres en situación de clase media que fueron entrevistadas transitando *in situ* dicho acontecimiento, así como de mujeres en situación de pobreza consultadas en escenarios postpandemia pero que aluden a dicho fenómeno. De esta manera, se trata de mujeres que reflexionan, piensan y conciben la salud y la enfermedad interpeladas por este suceso global, durante su transcurso o posterior a él.

Perera Pérez (2003, p.21) considera que la “transformación en las condiciones de vida de una sociedad provoca reelaboraciones, transformaciones y cambios en las concepciones sobre los objetos sociales”. La autora entiende que un fenómeno que ha sido desconocido hasta el momento, si resulta evidentemente relevante, da lugar a procesos de comunicación colectiva, que lo hacen inteligible y manejable, dando origen así, al surgimiento de una representación social.

En este sentido, y al decir de Jodelet (2020) podemos pensar a la pandemia como emergente histórico que generó un clima de época propio, un espíritu del tiempo que trastocó las vidas cotidianas y que propició formas nuevas de pensar y concebir a la salud y a la enfermedad. Múltiples investigaciones abordaron la presencia de la pandemia desde la perspectiva de las concepciones y representaciones sociales y en relación a la salud y la enfermedad (Bucosky Yolde et al., 2022; Carvalho Mendes, et al., 2023; Idoiaga Mondragón, et al., 2022; Joia et al. 2022; Ramacciotti y Fernández, 2022; Shimizu, et al., 2025; Wassler y Talarico, 2021; Zubieta et al.; 2022; entre otras y otros).

Al respecto, Shimizu, et al. (2025) abordan las representaciones sociales vinculadas a la enfermedad de Covid-19 en usuarios de la atención primaria en el distrito federal de Brasil. El estudio analiza cómo los usuarios construyen el concepto de la pandemia centrados en emociones como el miedo, la muerte, y la noción de un Estado ausente en la gestión de la salud pública.

En España, un estudio realizado por Idoiaga Mondragón, et al. (2022) desde una perspectiva psicológica y emocional con una muestra representativa de todo el país revela que, du-

71 Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

72 Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).

73 Organización Panamericana de la Salud (OPS).

74 Programa Mundial de Alimentos (PMA).

75 United Nations Children's Fund. (UNICEF). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

rante la etapa inicial del confinamiento la sociedad vivía una compleja combinación de culpas que se dirigían a instituciones, comunidades y pares, junto con un mundo emocional donde coexistían el miedo, la fatiga emocional, la desconfianza paralizante, la ira y la resiliencia. Los autores consideran que comprender estas representaciones ayudó a identificar necesidades para el afrontamiento colectivo de la crisis y fortalecer la resiliencia comunitaria, entre otros aspectos.

Un estudio descriptivo llevado a cabo por Bucosky Yolde et al. (2022) sobre representaciones sociales de la enfermedad de Covid19 con participantes de distintas provincias de Argentina durante la segunda ola, basado en la recolección de evocaciones verbales relacionadas con la pandemia, advierte que las concepciones centrales se asocian a muerte, aislamiento, miedo, pandemia, incertidumbre, encierro, enfermedad, vacuna, contagio y virus. De ellas, el núcleo representacional del concepto de “enfermedad” se encuentra estrechamente ligado a “contagio”, “virus” y “vacuna”. Mientras que, en relación a la salud, se advierte que dentro de las representaciones sociales vinculadas a la Covid19 la salud mental resulta un componente esencial al hallarse emociones relacionadas con el cansancio, preocupación, miedo, tristeza y ansiedad, las que reflejan un impacto directo en la salud mental y emocional de las personas en este período.

En lo que sigue analizaremos cómo la pandemia recaló en las concepciones sobre salud y enfermedad de las mujeres del estudio.

Concepciones comunes de salud personal emergentes en ambos grupos en pandemia

En lo que sigue se presentan concepciones sobre salud y enfermedad que fueron interpeladas por el fenómeno de la pandemia en mujeres de ambos grupos.

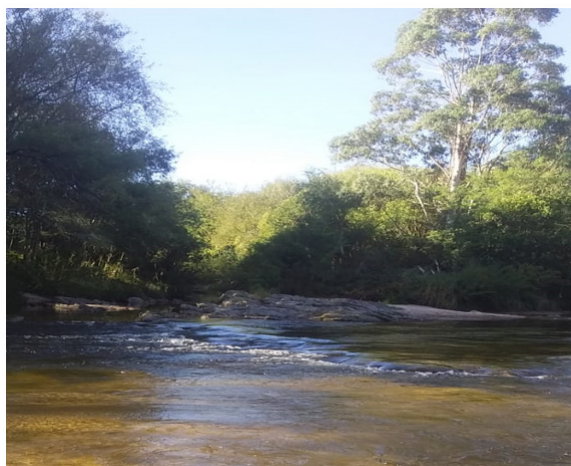
De la indiferencia al reconocimiento de la salud por la pandemia

Fue posible identificar en ambos grupos sociales de mujeres testimonios que parten de reconocer cómo en tiempos previos a la pandemia, primaba en ellas cierta indiferencia por su propia salud, en el sentido de no haber pensado sobre ella hasta el hecho de vivir dicha situación:

(...) antes era insignificante (...) jamás me pregunté que era la salud (...) además (...) mi mamá es médica, entonces como que nunca tuve que vivenciar el proceso de ir a un hospital y esperar para sacar un turno (...) y después todo lo que tiene que ver más con lo emocional y psicológico, creo que no lo percibía tanto (...) después (con la pandemia) hubo una situación puntual (...) ahí me di cuenta que era fundamental, (una) persona (cercana) estaba sufriendo una cuestión emocional (...) (DPMC2. N. 25 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

No suelo preocuparme mucho por mi salud, no suelo hacerme controles periódicamente. Nunca estuve internada, nunca me operaron. Lo que sí cambió (con la pandemia) es la sensación de vulnerabilidad (...) y la puesta en valor de la salud pública (...) (DPMC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC).

Los testimonios de estas mujeres refieren a cierta ausencia en la valoración de la propia condición de salud, ingresando ésta a su reflexión problematizadas por la vivencia de la pandemia. Esgrimen haber vivido previo a este escenario su propia salud con cierta despreocupación, en términos de no haber tenido que recurrir a instituciones, no realizarse chequeos, no haber atravesado intervenciones, ni padecido internaciones e incluso una de ellas menciona no haber reconocido la importancia del componente psicoafectivo en la vivencia de la salud. Una de las mujeres jóvenes de clase media expresa que, debido a que su madre es médica, sus cuestiones de salud siempre fueron resueltas mediante su intervención, accediendo sin dificultades a un cuidado de primera mano cuando lo ha requerido.



(...) para mí la salud (...) es algo importante para uno y muchas veces uno no la cuida (...) para mi salud es la naturaleza (...) porque es algo que te da vida, tenés aire, ves los pájaros, las palomas, todo eso (...) la salud es algo que debo cuidar (...) ahora lo pienso porque en este trayecto de la pandemia (...) uno la vivió, vivió la pandemia (...) no fue fulminante, pero lo notamos después con el cansancio, ahí nos dimos cuenta (...) (PsP. MC1. C.51 años. 10 hijos. RHGC. VSFLH.2E).

La mujer en situación de pobreza expresa no haber cuidado, ni haberse dado cuenta de la importancia de su salud hasta la vivencia de la pandemia. Trae, a partir de una imagen tomada por ella misma en un viaje a las sierras de Córdoba, la idea de la salud como contacto con la naturaleza y proveedora de vida, sentidos que también surgieron en concepciones sobre salud en mujeres de ambos grupos sociales para referirse a escenarios más allá de la pandemia.

Volviendo a los testimonios anteriores,

(con la pandemia) empecé valorarla más a la salud, porque murió mucha gente (...) teníamos mucho miedo porque mi mamá es una persona de alto riesgo porque le falta un riñón, se tenía que cuidar mucho, no podía salir. Ahora la valoro más porque la cuido más, y cuido que los chicos no se enfermen por todo lo que pasó con la pandemia (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN.RC).

(a partir de la pandemia) la valoro mucho, mucho más a la salud, por ejemplo, mi mamá tuvo cáncer, ella se mejoró, pero siempre el miedo de la pandemia, mi mamá tuvo que estar muy encerrada, a ella se lo diagnosticaron en el 2020 (...) en esos momentos, ahí te das cuenta cuanto la salud es lo principal de uno, porque si no tenés la salud no servís para hacer nada (...) yo tenía miedo (...) tenía miedo que le pasara algo, fue difícil (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(con la pandemia cambie mi forma de pensar la salud) la verdad que sí, en todo muchísimo más cuidado, más higiénico todo (...) en el cuidado mismo de ellos (se refiere a sus hijos), porque ellos eran muy, muy confiados, tomaban mate en un grupo de 30, o por ahí se iba uno a una (...) fiesta y venía yo y le decía “no tenés que ir ahí o fijate (...) tenés que tener más cuidado”. Entonces eso también nos hizo recapacitar un poco, porque yo le digo, yo caigo y acá caen todos porque yo soy el sostén de la familia. (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

Los testimonios coinciden en que antes de la pandemia no percibían o no le conferían a la salud la importancia que tenía en sus vidas y la de los suyos, y que fue esa vivencia junto con el hecho de conocer cómo otros la atravesaban, la que las movilizó en términos de su concepción y valoración.

La pandemia como interpeladora de concepciones personales de salud

Testimonios analizados en ambos grupos de mujeres expresan ideas sobre salud que son puestas en tensión por la vivencia de la pandemia en el plano de la proyección personal. Se advierte cómo se piensa la salud en relación a la propia vida y cómo la pandemia reconduce las concepciones de salud que se sostenían hasta ese momento.

(...) tener proyectos de vida, algo así tiene que ver la salud para mí, poder proyectarte a vos mismo, y la pandemia te hace pensar que no sabes (...) extrañaba estudiar (...) tener buenas notas para ganarme una beca (...) ahora las becas son todas virtuales, o sea me puso en duda todo lo que proyectaba, no sé si me voy a recibir en pandemia (...) es re importante para mí tener un proyecto de vida, aunque sea cortito (...) lo que sea, pero (...) te da miedo (...) (DP.MC2.L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) Para mi salud es cuidarse bien uno, para que los demás aprendan a no olvidarse de lo que pasó (...) Como que la gente ya pasó (...) no, yo voy a la escuela, me pongo el barbijo, voy a la estación, me pongo al barbijo (...) y así (...) todos me dicen “vos estás loca, ya pasó” sí pero no se olviden que la peste sigue, el virus sigue (PsP.MC1. N. 36 años.6 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

(...) La idea que yo tenía de salud se modificó con la pandemia (...) tanto personal (...) hasta en el proyecto familiar (...) “¿tenemos otro hijo?” y decís “no, mira las cosas que están pasando”. Generó un montón de incertidumbre, de cuestiones en lo laboral (...) yo a raíz de todo esto (...) estuve casi un año sin menstruar y esto se me profundizó con la pandemia (...) estuve sin dormir por meses (...) pensando en mis papás que están en La Plata y pensaba en la distancia de no poder llegar y pensar si se mueren (...) (DP. MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BCH.LH).

(...) me iba a ligar, me iba a ligar las trompas (en pandemia) cuando nació X, y no me la pude ligar porque no querían ocupar el quirófano, y eso lo odié (...) (PsP.MC1.T. 30 años.3 hijos. RHGC-TCC.BJN. RC).

Algunos testimonios señalan que la pandemia vino a poner en tensión la idea de salud pensada como proyección laboral, académica, familiar, siendo un fenómeno que propició cuestionamientos a los propósitos y planes que las mujeres venían construyendo en sus vidas habituales.

Una de ellas expresa su sentido de la salud como cuidados, identificándolos como claves a partir de la pandemia y cómo algunas personas incurren en descuidos, frente a lo cual insiste “desde lo que hay que hacer”, poniendo en acción su concepción de salud vinculada a un “hacer con el ejemplo”. Relacionado con ello, un estudio exploratorio sobre sentimientos y expectativas generadas por la enfermedad de Covid-19 en Argentina, realizado por Johnson, Saletti-Cuesta y Tumas (2020), advierte una valoración positiva que los encuestados realizan acerca de la oportunidad de reflexión que la pandemia propició, como una toma de conciencia e introspección tanto individual como colectiva. Advierte que algunos encuestados valoran cierto control y responsabilidad social mediante actitudes de obediencia, cumplimiento de normas y orden que propició la pandemia en relación a la salud.

La pandemia como generadora de enfermedad y malestar personal

Se advierten testimonios de mujeres de ambos grupos sociales que aluden a la pandemia como un fenómeno que ha generado malestar en las personas y en ellas mismas. Se alude a una especie de sensación de despojo emergente del aislamiento y del ser conscientes de la nocividad del virus, movilizándolo el plano afectivo y la salud emocional de las entrevistadas.

(...) *la pandemia me aplastó*. Recién ahora estoy haciendo algo (...) lo único que hago es ver los WhatsApp, ver una novela (...) *no estoy depresiva, pero me cuesta mucho todo* (...) Por más (...) que no escucho los noticieros (...) *me duele todo cómo está* (...) en el último tiempo salí (...) dos veces para ponerme la vacuna (...) Antes salíamos (...) con un grupo de amigos a cenar, ahora todo eso desapareció (...) *y todo eso es lo que falta* (...) *en este momento me falta el abrazo de los nietos y las charlas con ellos, el contacto* (...) *esto nos cerró todo*. Yo (...) a la única hermana que tengo (...) *la vi dos veces durante la pandemia* (...) *y eso te falta, eso* (...) *me ha afectado* (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada, BBN.RC).

(...) a mí el covid *me generó mucha desesperación*, yo me quedaba, me cuidaba muchísimo porque *tenía miedo si me pasara algo, que les pasará a mis hijos y si a mí me pasa algo, porque de la nada la gente se moría por una enfermedad que ni siquiera existía y empezó a existir, y ahora se quedó y me desespera a veces de que vuelva* (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RCC.RHGC.BJN.RC).

(...) (con la pandemia) *la salud mental, creo que es más importante* (...) uno al estar el frente de una familia tiene que sentirse bien. *Lo pude sobrellevar, todavía me cuesta* (...) (MC2. V.37 años. 2 hijos. RHGC-Estudiente universitaria. BB.RC).

(con la pandemia) *se modificó mi idea de salud* (en el) *estar inseguro* (...) *yo protegía a los chicos míos* (...) (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

(...) en esta pandemia (...) *mi salud emocional* (...) *se vio más afectada*. Cuidar nuestra salud en este contexto también es eso, el contacto con los vínculos, concurrir a otros espacios, ver a amigos, compañeros, etc. *Todo eso generó angustia en mí* (...) (MC2. L. 40. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

Los testimonios dan cuenta cómo las mujeres conciben su salud afectada en su plano emocional a raíz de la vivencia de la pandemia y de las medidas del ASPO consecuentes. Aluden al transcurso de días sin ver a sus familiares y amigos, soledad, silencio, decaimiento, abatimiento, desgano, descenso de energía, sensación de inseguridad, extrañamiento e inclu-

so desesperación respecto de la realidad instalada, así como añoranza por el encuentro con los seres queridos.

(...) Con la pandemia se resignifica un poco el concepto de salud integral (...) *la pandemia trajo encierro, preocupación, el miedo, ni hablar si hay un problema de salud real en el cuerpo como una enfermedad crónica* (...) Con la pandemia (...) *cambió la forma de cuidarme porque para cuidarse uno se aisló y eso tiene su parte negativa, porque para mí algo central en el concepto de salud es el contacto con el otro* (MC2. E. 40 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

(...) Lo que sí cambió es la *sensación de vulnerabilidad general que todos tenemos*. Todos podemos contagiarnos. Es extraño pensar la forma del contagio (...) la importancia del contacto humano (...) (MC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC).

(...) (con la pandemia) *había agarrado mucho miedo* (...) *como qué habían metido mucha presión sobre el tema, miedo al ir a comprar, ir al cajero, me desinfectaba las manos, lo cuidaba a ellos, no los dejaba salir* (MC1. V. 31 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BBN.RC).

Desde que está la pandemia (...) estoy más hipocondríaca que antes (...) yo ya me hisope como 7 veces, me da más miedo estar enferma, no tenía ese miedo antes, pero con esto qué ves tanto en la tele, que cada vez son más jóvenes y me da miedo (...) la hipocondría en mí la defino como un pensamiento obsesivo que tiene que ver cuando pienso mucho, pienso mucho sobre eso, muy obsesivo, que aparece todo el tiempo (...) y tiene que ver con que veo enfermedad a mi alrededor (...) y veo todo como amenaza, empiezo a pensar que tengo como Covid y quedó muy mal, empiezo a pensar en una amenaza para todo lo que planeo y pienso en mi futuro (...) qué hago con todo lo que planeo (...) (MC2.L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(la pandemia fue) horrible, yo trabajaba en la clínica X haciendo la limpieza (...) veíamos mucha cosa, niños (...) mi hermana (...) trabajaba en (...) el hospital y ella renunció porque un niño de 9 años murió (...) *eso le hacía mal, es lo peor que puede haber la pandemia, la pandemia no me gusta, no me gusta*, (MC1. M. 31 años. 4 hijos. RHGC-TCP-TCP. BBN.RC).

Las mujeres relatan vivencias de angustia, miedo, temor, el experimentar vulnerabilidad, sufrimiento, el sentir opresión, ansiedad y la sentida ausencia de un otro que procure una especie de salvoconducto amoroso para poder drenar esas vivencias de dolor.

Puede reconocerse en ellas, y en los episodios que describen -donde no siempre son las protagonistas-, una sensación de aflicción, congoja, un temor que se siente como aprieto en el pecho, el sentirse heridas, perturbadas, e incluso padeciendo pena frente a un escenario incógnito de una vida cotidiana alterada en el que su presente y futuro se ve amenazado.

Las mujeres narran vivencias inherentes a cómo su propia subjetividad se vio afectada en términos de los cambios rotundos que la pandemia implicó a raíz del ASPO, y por consiguiente una rutina afincada al interior de los hogares que derivó en malestar.

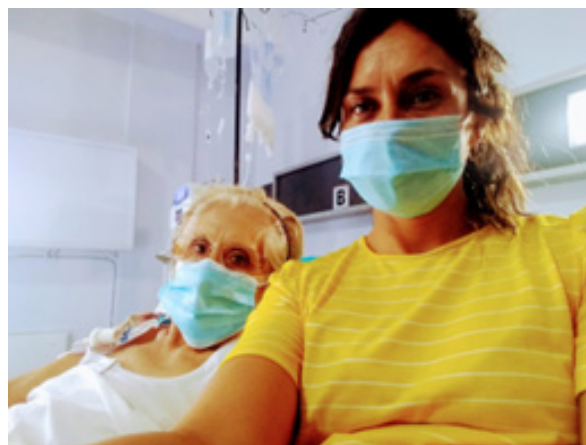
McDouall (2007) plantea que la salud mental representa, entre otras cuestiones, la capacidad de las personas y comunidades para interactuar entre sí, obtener satisfacciones de la vida social, identificarse dentro de una cultura y adquirir un sentido para su existencia. No obs-

tante, en este escenario de pandemia, las mujeres expresan una sensación interior aflictiva, un sentimiento de opresión, de aplastamiento que vence. Refieren a la brusca desaparición del contacto físico con los seres queridos desde la pena, el extrañamiento, la inseguridad y la necesidad de “sobrellevar” la situación como colocándola encima o a cuestas, como una carga pesada que hay que disimular para estar al frente de la familia. La vivencia de la angustia como dolor interior y sufrimiento, el reconocimiento de la “vulnerabilidad” que supone estar expuestos a ser infectados por un virus nocivo y del que poco se conocía.

Villalobos Galvis (2020) entiende que los valores sociales, así como los elementos culturales, se constituyen en uno de los factores protectores para la salud mental. Expresa que aspectos como el sentido de comunidad y el tejido social se instauran como factores que promueven el bienestar de las personas, al facilitar esquemas sociales que regulan las relaciones interpersonales y dan sentido a la existencia de los individuos como parte de un colectivo. Relacionado con ello, algunas de las entrevistadas aluden a la paradoja que supuso la forma de cuidado de la enfermedad de Covid-19 desde la premisa del aislamiento social, siendo que, para algunas de ellas, justamente es el lazo social con el otro, tal como también lo expresan los autores, un elemento esencial promotor de la salud humana.

Enfermedad personal como emergente de la omisión por efecto de la pandemia

Testimonios de mujeres de ambos grupos sociales ofrecen reflexiones e ideas sobre situaciones de enfermedad o de salud, reconociendo cómo a partir de la llegada de la pandemia se mermaron controles de salud, consultas periódicas, entendiendo cómo eso precipitó un escenario de no abordaje a realidades de enfermedad en el transcurso de la Covid-19.



(...) elegí una imagen que la vinculé con la enfermedad literal (...) en un momento las personas nos fuimos preocupando por la pandemia, por el virus y dejando de lado lo que realmente hacíamos, esto de los cuidados propios de la salud (...). Te describo la imagen, estamos con mi madre ya internada en sus últimos días, creo que fue dos o tres días antes de morir, sí, una foto fuerte, *también pienso que eso es lo que trajo la pandemia, vino a potenciar la enfermedad, potenció la enfermedad del cáncer que ella ya tenía, de estos controles que tenía que hacerse antes de la pandemia, que no se los hizo y la pandemia la potenció. Estamos hablando del encierro, de la preocupación, de haber dejado de trabajar, de haber estado mucho tiempo encerrada, se deprimió, se sintió sola y creo que eso, creo que muchas muertes que se precipitan con la pandemia, que no son Covid, pero son muertes por Covid (...) es la imagen más cercana de lo que para mí representa*

la enfermedad (...) la enfermedad para mí es también la tristeza, la falta de contacto, la intranquilidad, la preocupación constante, no es el cáncer en sí, no es la internación, no es el barbijo, sino que detrás de esa foto para mí hay muchas otras cosas que analizar (...) (MC2.E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

Una de las entrevistadas de clase media ofrece un relato que se enlaza a la imagen por ella seleccionada. Se trata de una fotografía en la que se encuentra junto a su madre en situación de internación, donde ambas son las protagonistas. La imagen le permite traer a su narración una vivencia que se suscita en la pandemia y qué, a partir de la entrevista es revisitada por ella en clave profundamente reflexiva. La mujer no extrae lo explícito de las disposiciones corporales, la gestualidad, la vestimenta o escenario en el que están. Sino que se sumerge a lo implícito de ese acontecimiento en ese tiempo. Su relato se carga de un sentido psicoemocional para significar la vivencia de la pandemia para su madre. Expresa cómo un contexto de encierro, soledad, pasividad y preocupación probablemente amplificaron la nocividad de una enfermedad preexistente en ella al surgimiento de la pandemia, precipitando su muerte.

Su relato puede interpretarse como eco de otras voces que transitaron realidades comunes en ese tiempo. La imagen, representativa de una familia en un particular momento de enfermedad, se plasma como una dimensión íntima de lo social, ofreciendo una definición del sí mismo, de su realidad, enlazada a la sociedad, la cultura y la historia (Bonetto, 2016) de nuestro país en el momento de la pandemia.

En consonancia con ello, otros relatos de mujeres en situación de pobreza expresaban:

(...) me iba a ligar, me iba a ligar las trompas (en pandemia) cuando nació X, y no me la pude ligar porque no querían ocupar el quirófano, y eso lo odié (...) (MC1. T. 30 años. 3 hijos. RHGC-TCC.BJN. RC).

(...) (durante la pandemia tuvimos cuestiones de salud) pero lamentablemente por miedo la gente y mis familiares no iban, porque todo era pandemia, si vos ibas por una gripe, por ejemplo yo una vez fui porque me había agarrado una laringitis (...) parecían extraterrestres cómo me atendieron (...) me hicieron esperar afuera (...) me sentí un poco como mal, me fui llorando a mi casa (...) ahí me di cuenta que (...) buscaban el cuidado también de las demás gente que estaba ahí y a mí me sensibilizó eso, fue feo, fue muy difícil en todo sentido, también discriminatorio (...) (MC1.G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCC-TCC.BJN. RC).

Vinculado con estas realidades, Kessler y Benza (2020) refieren a los efectos perennes de los problemas ligados a la dinámica de la pandemia, identificando problemáticas y efectos menos visibles en contexto de pandemia que implicaron un impacto negativo en el corto y mediano plazo de su desarrollo. Entre ellos, consideran escenarios similares a los relatados por las entrevistadas. Los autores lo expresan en términos de cómo, la pandemia y la medida del ASPO generó discontinuidades en los tratamientos y controles de salud impactando en altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Distintos estudios realizados en Argentina dan cuenta de ello en el contexto de pandemia en el marco de una realidad de sistemas sanitarios desbordados, centrados en priorizar la atención de la enfermedad de Covid-19, generándose una reducción drástica de consultas, controles y procedimientos de salud, lo que trajo aparejadas diversas consecuencias en otras patologías crónicas que complejizaron cuadros o precipitaron decesos de pacientes (Calandri et al. 2021; Loza, et al., 2021; Lamelas et al., 2020, entre otros y otras).

Kessler y Benza (2020) recuperan las proyecciones realizadas por el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA) realizadas en ese tiempo y advierten, entre las distintas problemáticas, las dificultades de acceso a anticonceptivos en pandemia por la imposibilidad de concurrir a los servicios de salud o por la falta de ingresos, afectando a millones de mujeres en la región, repercutiendo en embarazos, muchos posiblemente no deseados, abortos y mortalidad materna, significando un retroceso de casi 30 años en términos de salud reproductiva. Ejemplo que puede constituirse en espejo de situaciones similares y casos de enfermedades crónicas emergentes durante el transcurso de la pandemia o anteriores a ella, tal como las analizadas.

Concepciones diferenciadas de salud personal emergentes en tiempos de pandemia

A continuación, se reúnen testimonios sobre concepciones de salud personal en tiempos de pandemia que surgen diferenciadamente en los grupos sociales del estudio.

Concepciones de mujeres en situación de pobreza

A continuación, analizaremos las concepciones sobre enfermedad que especialmente refieren las mujeres en situación de pobreza a partir del fenómeno de la pandemia.

Enfermedad y trabajo en pandemia

Mujeres en situación de pobreza significan la vivencia de la enfermedad de Covid-19 en relación al trabajo.

(...) estuve enferma, a mí me agarró dos veces la pandemia (...) le agarró a mi marido, me agarró a mí, le agarró a la nena (...) (estuve) mal, yo no sé la tos, parecía que se me iba a salir el estómago tosiendo, la garganta, todo. Mal, mal y bueno, (mi marido) iba a trabajar así enfermo, como estaba, con barbijo todo, (el jefe) sabía que estaba enfermo (...) el hijo de él también, estaba con pandemia “y” iba lo mismo al arenero (...) ¿Cómo podés salir con una enfermedad que sabes que vas a contagiar al otro y que ese se va a enfermar y que si hace lo mismo que hiciste vos va a contagiar al otro? Yo le decía al X “no vayas” y “no, que no voy a ir, ¿qué vamos a comer si no trabajo?”, bueno ahí tiene razón, pero el patrón tiene que decirle “quedate unos días en cama hasta que te dé el alta el médico que podas salir a trabajar” (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC -RCC- Cría de animales. BIM.RC).

(...) uno la vivió, vivió la pandemia (...) hemos estado tres o cuatro veces aislados. (...) fue cuando yo y uno de mis hijos estuvimos cuidando a un abuelo en el instituto X (se refiere a una Institución Privada de Salud) (...) no fue fulminante, pero lo notamos después con el cansancio (...) más cuando nos comunicaron que ese abuelo tenía Covid (...) ahí fue cuando uno más dice tenemos que tener conciencia de la salud (...) (MC1. C. 10 hijos. RHGC.VSE.LH)

Los testimonios señalan cómo es a partir del trabajo, que se contagian. Una enuncia el contagio de primera mano con un enfermo al que cuidaban, que estaba internado. La otra refiere que su compañero, quien trabajaba en ese momento, se contagió y luego se contagió

ella. La entrevistada señala que su marido enfermo tuvo que trabajar igual, incluso a sabiendas de dicha situación por parte de su empleador. La mujer expresa que sin trabajo no podrían haber garantizado su subsistencia. Señala la omisión de la responsabilidad de su empleador de darle unos días para su debida recuperación, en un escenario donde la responsabilidad del cuidado era de todos.

Concepciones de mujeres de clase media

En lo que sigue, desarrollaremos las concepciones sobre enfermedad que mujeres en situación de clase media refieren a partir del fenómeno de la pandemia.

Concepciones de enfermedad preexistentes y simultáneas a la pandemia

Se advierten testimonios de mujeres de clase media que exponen escenarios y significados sobre la enfermedad que ya se vivían y significaban de manera personal o al interior del núcleo familiar preexistentes a la pandemia por la enfermedad de Covid-19. Sus testimonios dan cuenta que la pandemia no alteró sus realidades y concepciones respecto del proceso de salud-enfermedad, sino que reconocen que, en el marco de este suceso histórico esas ideas se mantuvieron y que en algunos sentidos fueron repensadas.

(...) (no fue con la pandemia) hace bastante ya (que resignifiqué lo que es la salud para mí) (...) yo toda *mi vida tuve problema de obesidad, a ver lo sigo teniendo pero el año pasado me hice la operación que se llama “operación de la bariátrica”* (...) *son dos años de preparación física y psíquica que uno tiene con profesionales* (...) *yo desde chica venía con este problema* (...) yo creo que *no solo la pandemia hizo que yo modifique el tema de mi salud, sino que de antes* (...) *y fue muy loco* (...) *iba a ser un año muy importante para mí y muy lindo al mismo tiempo, fue horrible para el mundo* (...) cuando todo el mundo decía “no porque psíquicamente”, entonces (...) *yo iba al revés* (...) *fume menos, no me costó, no aumente de peso, como que fue raro* (...) *yo como que no estaba muy pendiente del virus en sí, sino más de lo mío* (...) (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

(...) *a raíz del problema de salud que tiene mi hijo a mi casa no viene nadie, porque él se esconde cuándo viene gente, eso es uno de los serios problemas, porque tiene una fobia social muy grande* (...) *entonces no viene gente a casa por lo que no fue un cambio muy grande* (...) *al principio parecía que estaba bien porque él se sentía protegido, ni siquiera al patio salía, entonces por suerte* (...) *terminó comprendiendo* (...) *que una cosa es el aislamiento que yo elijo y otra cosa es el aislamiento que me imponen* (...) *creo que él vio también que él está muy aislado siempre* (...) (MC2.B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente de nivel medio. BC. LH).

Los relatos dan cuenta de escenarios de enfermedad que se superponen en un momento concomitante. Uno referido a un plano personal (las enfermedades en ellas o sus familiares) y el otro inherente a un plano social (la pandemia en sí misma). El testimonio inicial reflexiona en primera persona respecto de un pensamiento que se venía construyendo sobre la propia salud. Desde allí se apostaba a una intervención quirúrgica como un proyecto personal que implicó a su protagonista en una preparación previa de dos años, uno de los cuales fue atravesado por la pandemia, fenómeno que quedó relegado a un segundo plano en la vida de la entrevistada. En el otro fragmento, la mujer relata sobre la vivencia de un padecimiento

mental subjetivo que atraviesa su hijo. Condición precedente a la de la Covid-19, que desde sus inicios instaló características de vida similares a las que supuso la pandemia con el aislamiento, haciendo que ésta no altere el ritmo habitual de la rutina de esa familia. No obstante, la mujer reconoce que en cierta medida la pandemia vino a tensionar las condiciones del encierro de su hijo y a propiciar ciertas reflexiones en la familia.

La pandemia como enfermedad comunitaria

Mujeres de clase media significaron a la pandemia como enfermedad comunitaria. Probablemente el hecho de preguntarles a las mujeres de clase media en el transcurso mismo de la pandemia, acerca de cómo significaban la enfermedad comunitaria, propicia que ellas enlacen este fenómeno a la idea de enfermedad comunitaria. Diferente a lo que surgió cuando se les consultaba a mujeres en situación de pobreza sobre enfermedad comunitaria fuera del escenario de la pandemia. Lo que hace que esta categoría sea emergente y bien propia de este grupo de mujeres de clase media entrevistado en pandemia.

Enfermedad en la comunidad qué fue lo *que transitamos en la pandemia (...) no solamente enfermedad física (...) vos fijate cómo fue coartando un montón de cuestiones, no fue solamente quedarte en tu casa, gente que perdió el trabajo, gente que le cambió la vida, desde todo punto de vista, y ahí nos damos cuenta que sí le pasa a otro también le repercute a uno, lo que me pasa a mí también le pasa al otro y al revés* (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH)

Para mí la *enfermedad en la comunidad es un poco esto que vimos ahora un poco con la pandemia*, más intensificado, pero *siempre estuvo en el hecho de no tener agua potable, no tener a dónde ir, de pasar frío, cuestiones que también contribuyen para mí a lo que es la enfermedad (...)* (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) la enfermedad en la comunidad (...) *yo creo que (...) es la individualidad (...) la falta de oportunidades en los sistemas, es el sistema en el que estamos, es la falta de empatía (...) hoy por hoy y más con esta pandemia, con este virus (...) eso de ver al otro como el enemigo (...) hay gente que está sola y es muy difícil, porque nosotros acá nosotros tenemos todas las comodidades, tenemos internet, y no todos pasan lo mismo en esta pandemia, me parece que se vio más todo el tema de la desigualdad y las carencias que existen y yo creo que esas cuestiones enferman a la gente que las padece (...)* (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).



(...) estas imágenes simbolizan para mí la enfermedad comunitaria, el no poder, el estar imposibilitado para hacer (...) para abrigarse, evitar resfriarse (...) esa es una foto de una campaña que se hizo hace acá, y la otra no es de acá de un comedor (...) “si no nos mata el virus nos mata el hambre”, remedios para sus propios hijos, eso también lo relaciono con enfermedad en situación de aislamiento, del aislamiento al que ellos se vieron obligados, a hacerlo en casas sumamente pequeñas (...) (MC2. S. 55 años. 2 hijas. RH-Docente universitaria. BN.RC).



(...) *la imagen del vacunatorio, lo relaciono con la pandemia, lo veo como un fenómeno de enfermedad, como un hecho también que nos atraviesa, histórico, pero que estamos adentro todavía y no nos damos cuenta tanto (...) lo veo como enfermedad social (...)* (MC2. V.42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BN.RC)

(de enfermedad comunitaria) no hay mejor ejemplo ahora esto de la pandemia que estamos viviendo con la pandemia (...) *una comunidad enferma significa menos producción, menos lazos sociales, menos en todo*, creo que es importante para cualquier ámbito en que se lo vea (...) (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB. RC).

Los testimonios expresan que la pandemia, como enfermedad comunitaria, no se limitó al plano de lo físico sino a muchas otras dimensiones de la vida que afectan la salud, como el aislamiento, la pérdida del trabajo, la drástica modificación de la vida cotidiana, siendo cuestiones que sucedieron en la realidad de muchas personas. Expresan que la pandemia intensificó lo que significa la enfermedad en una comunidad. Se trae imágenes que acompañan los relatos y permiten significar este fenómeno. Se alude a que cuestiones que ya existían previas a la pandemia, como la falta de accesos a condiciones para una vida digna (condiciones de vivienda, abrigo, alimentación, acceso a servicios de salud, entre otras), y cómo ellas inciden la posibilidad de enfermar en quienes la padecen.

Aparece la imagen del vacunatorio como expresión de la enfermedad social en ese tiempo. Se reflexiona acerca de lo que la enfermedad representa a nivel de desarrollo social para un país en términos de menor producción, y menor vínculos sociales. Se anuncia cómo la pandemia vino a exacerbar cuestiones que hacen a la enfermedad en la comunidad, como la individualidad, la falta de empatía, la falta de oportunidades, el ver al otro como enemigo, sin reconocer los efectos de las desigualdades y carencias que viven algunas personas y que propician la presencia de la enfermedad.

Salud y enfermedad en clave social, de Estado y de derechos en pandemia

Se reúnen aquí testimonios que grafican cómo las concepciones de salud y de enfermedad de algunas mujeres de clase media, a partir de la pandemia, refieren a la importancia del derecho a la salud y al papel del Estado como garante de la misma, y, en contraste con ello, la alusión a cómo este contexto expresa desigualdades sociales. Cuestiones que profundizaremos avanzado este trabajo, centrándonos aquí en el plano de las concepciones ligadas al fenómeno de la pandemia.

(...) (con la pandemia se modificó en) poder entender la salud (...) que es *súper importante, que hay que cuidar, que es colectivo, que no es algo que se construye individualmente*. Y que *es un derecho y de la importancia que el Estado esté presente para ayudar a sostener eso. Y de la desigualdad que hay también en el acceso y el disfrute de una salud o no* (DPMC2. N. 25 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) con la pandemia cambió (...) la puesta en *valor de la salud pública*, es algo muy importante (...) *Creo que la salud somos todos*. Hoy por hoy la tenemos que pensar así, si yo no estoy sano significa que mis contactos estrechos tampoco lo van a estar (...) *Creo que tenemos que pensar la salud más desde un aspecto público y colectivo* (...) (DP. MC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC).

Se advierte en estos relatos un pensar la salud en un plano social, sociopolítico, la manifestación a una puesta en valor de la salud pública y los derechos a ella enlazados como cuestiones fundamentales que el Estado debe garantizar. El estudio anteriormente mencionado de Johnson et al. (2020) advierte entre las consecuencias positivas que la pandemia dejó para la sociedad, una valoración al Estado y las instituciones, la importancia de un modelo de Estado de bienestar, particularmente respecto a la salud pública. Las autoras analizan que ello podría interpretarse en consonancia con una percepción del papel que el Estado argentino intentó asumir frente a la crisis sanitaria, las medidas y las políticas públicas implementadas en ese momento.

(...) La pandemia (...) vino a reafirmar cosas que quizás ya pensaba desde antes. Esta pandemia nos afecta a todos, pero aún más a la gente que no tiene las mismas posibilidades que yo (...) Esta situación vino a reafirmar la importancia del Estado y las garantías de los derechos. (DPMC2. L. 40 años. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

En este último tiempo estuve pensando mucho en esto de la salud en la comunidad. Estudie también lo que significa para una sociedad estar en un contexto como este. Entre todos tenemos que pensar en cómo resolver ciertas situaciones. La salud no es solamente tener una mutual, sino también el acceso a derechos, ir al colegio, tener internet, hacer gimnasia, todo. Tener un proyecto de vida es tener salud. (DPMC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC).

Estos testimonios de mujeres jóvenes universitarias de clase media esgrimen la importancia de resignificar la salud como derecho social y colectivo que se amalgama al cumplimiento de otros derechos básicos y el rol del Estado como garante de los mismos en pos de sociedades más igualitarias. Junto con ello, se deslizan ideas sobre desigualdades y el acceso a la salud para las poblaciones.

En consonancia con ello, marchan algunas concepciones sobre enfermedad en pandemia, que articulan la perspectiva social, el lugar del Estado y de los derechos en este contexto. Relacionado con ello, entrevistadas de clase media señalan cómo a partir de la pandemia, transitan de miradas más reduccionistas sobre la enfermedad, a resignificarla en perspectiva colectiva, donde el Estado es el responsable de garantizar el derecho a la salud, y cómo, cuando eso no se logra, se expresan las desigualdades.

(...) había un reduccionismo en términos de la enfermedad únicamente a la presencia de un agente patológico (...) un malestar que tiene que ver más que nada con lo físico. Fue poder repensarlo desde una mirada más holística multidimensional donde no sea solo individual, sino también colectiva. Y entender que (...) más allá de una enfermedad (...) hay condiciones estructurales y contextuales que hacen a la enfermedad porque me parece que no se puede entender como un agente solo o una situación aislada de un contexto y que pone en evidencia una vez más cómo las desigualdades juegan en la posibilidad de ser o no ser, de sentirse mejor o sentirse peor o de afrontar o no un desafío o un obstáculo en la vida cotidiana. Entonces en ese sentido fue súper evidente, no sé si antes yo había evidenciado (...) el tema de las condiciones socioeconómicas culturales y simbólicas y cómo juega eso en la enfermedad o en la salud. (MC2. N. 25 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(para mí la enfermedad) es una construcción social, tiene que ver con los modelos operantes, alguien nos dice "qué es lo sano" y "qué es lo enfermo". Cuando hablamos de lo

“enfermo” tenemos que contextualizar, tenemos que pensar desde qué lugar pensamos a lo “enfermo”. Me parece que hoy por hoy (en pandemia) significa la imposibilidad de no poder desarrollarte en todos los demás ámbitos de tu vida (MC2. O. 23 años. RH-Estudiente Universitaria. BC. RC).

(la enfermedad a partir de la pandemia la pensaba) (...) depende del lugar que cada uno ocupa en la sociedad. Algunas personas no tienen los recursos necesarios (...) Es una cuestión de derechos también. (MC2. L. 40 años. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

Los testimonios agregan la idea de pensar a la salud como construcción social en un tiempo determinado, siendo clave el lugar que las personas ocupan en la estructura social y el rol del Estado frente a ello. Se advierte cómo, a criterio de las entrevistadas la pandemia evidenció cómo aquellos grupos en situación de pobreza resultan más expuestos a contraer la enfermedad en términos de sus condiciones de existencia en lo socioeconómico, cultural y simbólico, y cómo esto incide tanto en las posibilidades de enfermar o de permanecer con salud.

El estudio realizado por Shimizu et al. (2025) en Brasil, anteriormente citado, revela que usuarios de la salud pública expresaron en relación al rol del Estado durante la pandemia, la tensión entre un modelo estatal minimalista y austero frente a la urgencia de un Estado más garante e inclusivo. Señalan que el Estado brasileño, ha dejado a partir de la pandemia, un “déficit moral” y la necesidad de un replanteo del pacto social, al no garantizar la salud como derecho en una situación crítica como fue la pandemia, especialmente con poblaciones vulnerables e históricamente excluidas de este país.

Asimismo, los relatos expresan una responsabilidad respecto de la propia vivencia de salud a partir de los otros. Al respecto, Villalobos Galvis (2020) considera que la pandemia trajo la oportunidad de entender la dignidad del otro, de darle centralidad al otro en nuestra vida, de apreciar valores como la solidaridad y la cooperación, la dignidad del otro como ser vivo, ser humano, tal como manifiestan ese sentido los relatos analizados.

(...) yo a la salud por mi historia de vida la relacionaba con ausencia de enfermedad (...) antes de marzo de 2019, cuando empezamos con las prácticas sociocomunitarias (...) está imagen (...) es del cierre de nuestros encuentros con los chicos y chicas de abogacía y los niños del centro comunitario X en una comunidad (...) vulnerada y vulnerable (...) entonces yo pensé “esto es para mí la salud”(...) la foto muestra a un montón de gente reunida abrazada en el centro comunitario sonriendo (...) no había pandemia (...) para mí eso es salud, podía estar al aire libre con la gente, en contacto con gente que estaba sana (...) esa foto refleja la felicidad de haber cumplido un ciclo que fue maravilloso y fue muy significativo para mí porque yo ahí me di cuenta (...) si los chicos podían ir al apoyo escolar, si las madres los podían mandar y llevar era porque “alguien” algo se estaba haciendo bien, las madres van a aprender panadería, mosaiquismo, había toda una movida familiar (...) es una construcción chiquita de barro. Entonces yo pensaba eso, que ahí está la salud, en poder hacer estas cosas que implican aprendizajes, que implican conocimiento de los derechos (...) (DP. MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH-docente universitaria, BBN).



En este relato, que la entrevistada acompaña del testimonio visual, emergen lecturas de gestos, disposiciones corporales y simbolismos que le permiten traer una experiencia educativa sociocomunitaria en la que participó como docente universitaria, en un escenario previo a la pandemia, que parece para ella contrastante con lo que se vivía en ese momento. Esta experiencia le ha permitido resignificar su propia concepción de salud, transitando de lo que se percibe como un plano más individual, biologicista y restringido en términos de concebirla sólo como la ausencia de enfermedad, a pensarla desde elementos que permiten interpretarla desde una concepción más social y expansiva (Saforcada, 2001), vinculada a un hacer y compartir colectivo con las infancias, las mujeres y las familias de esa comunidad, en pos del ejercicio y garantía de derechos, en un contexto libre de la influencia de la pandemia.

Salud como mandatos y prescripciones a cumplir en pandemia

Los relatos de algunas mujeres de clase media dan cuenta de concepciones sobre salud relacionadas directamente a la vivencia de la pandemia, concibiendo a la salud como lo fundamental, una especie de epicentro incorruptible que exige su preservación.

(Para mí la salud) es lo más importante. Nosotros respetamos mucho el distanciamiento, nos quedamos lo más que podemos en casa, estuve dos meses y medio sin salir. Salía mi esposo a comprar cosas y a trabajar. Nos lavamos las manos, lavamos la ropa, nos bañamos apenas llegamos de la calle (...) Siempre pensé así la salud, la valoramos muchísimo, es algo primordial (...) Para mí es lo más importante (DP.MC2. V. 37 años. 3 hijos. RHGC-Estudiente universitaria. BB.RC).

(La salud en mi vida cotidiana tiene que ver con) ser cuidadoso, te diría hasta prolijo en cuidar la higiene (...) y algunos hábitos. Ahora con la pandemia (...) acá en mi casa son re obsesivos, mi marido está ahora aflojando un poquito, pero se volvía loco (...) ponía todo con alcohol (...) hasta tres veces, mi hija mayor súper obsesiva también, la menor y yo (...) tuvimos que volver a nuestra psicóloga (...) Mira muy fuerte esta cuestión de mi hija mayor y mi marido porque nos llenaban de ansiedad a nosotras (...) (DP. MC2. S. 55 años. 2 hijas. RH-docente universitaria. BBN.RC).

Villalobos Galvis (2020) expresa que la pandemia ha sido uno de los principales estresores que ha enfrentado la humanidad en los últimos 100 años, al convertirse en un conjunto de situaciones con un alto potencial de amenaza, daño y pérdida, exigiendo, por lo tanto, de grandes esfuerzos de manejo y adaptación. La pandemia vino a mostrar una realidad extrema, la posibilidad inminente del contagio, el sentimiento de una gran vulnerabilidad, no sólo

en la eventualidad de infectarse sino a que la enfermedad transite hacia cuadros de gravedad creciente y la posibilidad de morir, el hecho temido de contagiar a otros.

Los testimonios expresan cómo se piensa a la salud y su preservación en el epicentro de la pandemia, lo cual de acuerdo a las entrevistadas exige, “para salir ilesas de él”, el cumplimiento de extremos cuidados como prescripciones emanadas por las autoridades de la salud pública que esgrimen aquello que hay que cumplir para protegerse contra el virus. Si bien pudo identificarse referencias afines en mujeres en situación de pobreza, éstas no emergieron a manera de concepciones sobre salud, sino vinculadas a prácticas de cuidado, que analizaremos en próximos capítulos.

En el escenario de pandemia, el incremento en el estado de alerta frente a esta amenaza llevó a que en su transcurso se conjuguen estilos personales que, si bien ya atendían a cuidados en salud e higiene, se exacerbaban por la necesidad vivida como urgencia de incrementarlos ante la propagación del virus. Ello, con el agregado de sobre exigir a aquellos y aquellas con quienes se convivía la asunción de esas pautas. En este escenario es notable que, al consultar acerca de cómo se concibe a la salud en este contexto, las mujeres enuncian sentidos en torno a ella que se enlazan inmediatamente a las pautas de cuidado requeridas en pandemia, sin poder pensar la salud más allá de este fenómeno.

En pandemia salud “es tener un lugar en donde estar y estar bien con lo que estás haciendo”

Surge entre las entrevistadas jóvenes de clase media una concepción de salud ligada a tener un espacio en donde estar, vivir, permanecer y desarrollarse. Si bien cuestiones relacionadas con ello se analizarán con más profundidad en el capítulo sobre desigualdades en la vivencia de la pandemia, donde lo habitacional surge como una cuestión emergente, llama la atención aquí como, frente a la pregunta acerca de ¿qué es para vos la salud? ¿cómo la definirías? se construye toda una concepción ligada a tener un lugar dónde estar, surgiendo este sentido sobre la salud en el transcurso mismo de la pandemia.



(...) elegí esta imagen porque tiene *un lugar en donde estar*. Para mí salud está en tener la estabilidad de dónde estar, dónde trabajar, dónde vivís, dónde estudiar, esa seguridad de tener un lugar en donde estar (...) está estudiando, porque para mí salud es poder estar también como concentrada en algo que te gusta, o tener como algún proyecto de vida o algo así, la imagen, la chica está como tranquila (...) como que está bien con lo que está haciendo (...) se ve una foto ahí justamente (...) como diciendo que *podes estar bien solo, pero que también es importante tener una red de apoyo* (...) es re irónico, una chica en

la imagen mirando una pantalla adentro de la casa, que es lo que ahora (con la pandemia) peor me está poniendo (...) a raíz de la pandemia significo un montón la salud (...) a ella se la ve tranquila y está bien dónde está (...) es lo que a mí ahora no me pasa, porque hace falta estar afuera de casa también (...) pero con la pandemia valoro justamente tener un lugar donde estar, abrir la computadora y estar tranquila, leyendo. Me imagino no tener un espacio yo, y en esta época debe ser bastante angustiante (...) (pienso) todo lo que implica haberme venido a estudiar acá a Córdoba, porque yo estaba viviendo con cinco personas más en mi casa, compartiendo un mismo internet para todos, un mismo baño para todos (...) estudiando algo que no me gustaba, teniendo relaciones que no estaban buenas (...) acá te sentís más independiente, y empezás a ver qué querés vos y (...) haberme ido a mí me hizo desplegar un poco (...) (DP.MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Se advierte cómo a partir de la pandemia esta joven universitaria de clase media significa su salud en una perspectiva que emerge propia de este contexto y ligada a las posibilidades de su grupo social. Trae para la reflexión una fotografía que ha escogido de la web a partir de la cual va compartiendo sus sentidos sobre salud desde los elementos contenidos en ella y la alusión a lo que representan en su propia vida.

La idea de pensar en un espacio propio para referirse a su salud, nos conduce casi inevitablemente a la famosa obra de la escritora inglesa Virginia Woolf “Un cuarto propio” (*A room of one's own*, 1929) en la que su autora expresa la necesidad de un espacio personal para las mujeres, significándolo por la independencia material y emocional, donde poder pensar, escribir, crear, trabajar y desarrollarse libremente. En sintonía con ese mensaje, y considerando otras cuestiones, la entrevistada da cuenta de la importancia del espacio para desarrollarse en sus estudios, en su vida personal, en lo que le gusta, el sentirse sana y construyendo su propio proyecto de vida. Aspecto que también surgió para significar la salud en las mujeres de ambos grupos sociales en escenarios más allá del fenómeno de la pandemia. La entrevistada alude a una valoración sobre el disponer de un espacio dónde habitar en un contexto obligado de encierro, del que resalta cómo ese aspecto repercute en su bienestar, y la importancia del poder salir al exterior como aspecto también clave en la salud. Comparte desde la imagen esas reflexiones, también en contraposición a una etapa anterior de su vida de la que señala cierta falta de independencia.

Advertimos, cómo en la emergencia de esta categoría se percibe el valor que otorga la imagen, permitiendo describir la realidad de un determinado tiempo histórico, funcionando como representación del fenómeno de salud analizado en un contexto singular, pudiendo ser profundizado por la actividad reflexiva desde la voz de su protagonista.

Reflexiones de síntesis

Perera Pérez (2003) considera que los universos semánticos producidos por los sujetos contienen aspectos cognitivos, simbólicos y afectivos, dan sentido y permiten construir una representación. Lo analizado nos permite comprender que las concepciones sobre salud y enfermedad emergen del encuentro intersubjetivo con las mujeres, como resultado de sus construcciones, como expresiones simbólicas, repertorios hablados, llenos de significado y sentido, personal y colectivo, colmados de aprehensión de la realidad, dotando a las concepciones de ese carácter cognoscente de su propia situacionalidad en salud y enfermedad.

El análisis comparativo, en términos de clase y atendiendo a un criterio temporal, arroja resultados interesantes que exponen cómo el contexto y el momento histórico en que las

mujeres ofrecieron sus sentidos personales para pensar la salud y la enfermedad las interpeló diferencialmente en su propia situacionalidad, condicionando de alguna manera sus concepciones.

En este sentido, es importante volver a considerar que gran parte del grupo de mujeres en situación de pobreza fue entrevistado en una 1ra etapa del estudio en un escenario prepandemia. Las mujeres de clase media fueron entrevistadas en una 2da etapa del estudio, transitando *in situ* este acontecimiento, mientras un nuevo grupo de mujeres en situación de pobreza fueron entrevistadas en escenarios postpandemia.

Atendiendo a ello, organizar el análisis de sus concepciones personales considerando a instancias que aluden a concepciones que no resultaron impactadas por la pandemia, así como aquellas que sí lo fueron, nos permitió reconocer las particularidades de esas concepciones.

Respecto de aquellas *concepciones personales de salud y enfermedad que surgen desprovistas del impacto del fenómeno de la pandemia*, se advierten *sentidos comunes* a ambos grupos sociales. Éstos expresan que las mujeres significan a la salud y la enfermedad en sus vidas cotidianas, apareciendo asociada la salud a la idea del autocuidado en tanto aquel que posibilita cuidar a otros, la salud como insumo posibilitador del trabajo, como entramado de gusto, plenitud, placer y deseo, la salud personal significada como bienestar familiar, así como proyección en la vida, y finalmente al sentido que ambos grupos de mujeres le atribuyen a la enfermedad como temor.

Asimismo, pudieron identificarse concepciones de salud con *sentidos diferenciados* que no resultan impactadas por la pandemia, en ambos grupos sociales. Así, las mujeres en situación de pobreza conciben a su salud y enfermedad en el plano personal como circunscriptas al cuerpo para realizar la tarea cotidiana, también dan cuenta de sentidos muy arraigados a su subjetividad y a su realidad para significar la salud, asociándola a procesos de alfabetización o a tareas de cuidado y cría de animales en el hogar. También surgen concepciones sobre enfermedad propias del grupo de mujeres en situación de pobreza, una de ellas expresa concebirla como designio de una providencia divina, mientras otra da cuenta que se significa como aquello a lo que se aferran algunas personas en sus vidas.

Por su parte, las mujeres de clase media conciben a la salud cómo aquello que hay que aprovechar, remiten a concepciones de salud y enfermedad como una compleja tensión de equilibrio y conflicto; ofrecen sentidos de la salud como el bienestar integral, así como relacionadas a la autoestima y el amor propio. En relación a concepciones de enfermedad reconocidas en este grupo social, se advierten alusiones a la enfermedad del cuerpo y la enfermedad de la mente, así como concepciones de enfermedad focalizadas en el cuerpo desde hábitos como el sedentarismo y la mala alimentación.

En relación a *concepciones de salud y enfermedad personal emergentes en la pandemia*, se reconoce una impronta propia respecto de aquellas construidas y surgidas en el tiempo histórico que representó la prepandemia. Advertimos similitudes en ambos grupos sociales, que se expresan en que la pandemia modificó sus concepciones, siendo posible identificar: sentidos que transitan de la indiferencia por la propia salud a su valoración a partir de este fenómeno, de reconocer el carácter interpelador de sus ideas sobre salud que propició la pandemia, de pensarla como generadora de enfermedad y malestar personal, así como de reconocer que este fenómeno favoreció la omisión de otros procesos silenciosos de enfermedad.

Respecto de aquellas concepciones sobre salud y enfermedad que se reconocen a partir de la pandemia pero de manera diferenciada en cada grupo social, es posible advertir que, mientras las mujeres en situación de pobreza asocian la enfermedad y el trabajo en el transcurso de

la pandemia, las mujeres de clase media significan la presencia de la enfermedad a escenarios preexistentes y simultáneos a la pandemia, así como significan a la pandemia como enfermedad comunitaria en sí misma, o conciben a la salud y enfermedad en clave social y colectiva, reconociendo desigualdades en las vivencias sociales de estos procesos en este tiempo, al tiempo que aparecen concepciones sobre salud como prescripciones a cumplir en pandemia, o se significa que en pandemia salud es tener un lugar donde estar y vivir.

De esta manera mujeres de ambos grupos sociales, entrevistadas en escenarios de pandemia y postpandemia, piensan su salud interpelada por ese suceso. Para muchas, la forma en que concebían habitualmente la salud es puesta en tensión y recobra una nueva valoración a partir del riesgo de perder tal estado. Es importante advertir la particularidad de las concepciones de las mujeres de clase media, que ofrecen sus concepciones en el momento más álgido de la pandemia. En este sentido, Flores (2001, citado en Rangel Esquivel, 2011) entiende que las representaciones sociales pueden sufrir modificaciones a lo largo de la experiencia cotidiana, dado que se transforman y son transformadas por los contextos, escenarios y las prácticas manifestándose una relación dinámica entre éstos en los procesos de salud, enfermedad y atención.

Respecto a las imágenes, consideramos que si bien en este estudio el uso de este recurso como insumo de datos no ha sido exclusivo, sino que ha nutrido lo ofrecido en el marco de las narrativas que se desplegaron en las conversaciones de las entrevistas, su aporte ha enriquecido la interpretación emergente, principalmente para pensar la salud personal, pero también comunitaria, dialogando con “testimonios de la diversidad de subjetividades e identidades que operan en cualquier mundo social” (Triquell y Feld, 2013, citados en Bonetto 2016, p. 77). Valoramos en ese sentido el empleo de este recurso al dialogar, no sólo con los testimonios de las mujeres que ofrecieron sus imágenes, sino al entramarse los sentidos sobre salud que otras entrevistadas ofrecieron en sus testimonios. Lo que ha contribuido “en la posibilidad de generar un corpus teórico coherente de acuerdo al propósito de estudio” (Bonetto, 2016 p.78).

Precisando sobre la procedencia y los tipos de imágenes seleccionadas por ambos grupos sociales, advertimos que las mujeres en situación de pobreza han escogido imágenes propias tomadas por ellas mismas, sus hijos, hijas, u otros familiares a partir de la consigna ofrecida, así como buscando imágenes tomadas en ocasiones anteriores. Éstas han exhibido escenarios de sus vidas cotidianas, espacios en los que habitan, con sus animales, sus plantas o ambientes de las sierras en los que han estado, así como imágenes de sus barrios y de un merendero en que trabajan.

De manera semejante han seleccionado las imágenes mujeres de clase media, que refieren a fotografías propias donde ellas son protagonistas, junto con familiares o amigos, algunas muestran espacios de naturaleza en los que han estado, su barrio u objetos de sus hogares. Otras mujeres de este grupo optan por fotografías, dibujos o iconografías extraídas de la web o de redes sociales de acuerdo a algún criterio de búsqueda por ellas empleado.

Entendemos que las imágenes permitieron representar el universo cultural de cada grupo social de mujeres, dando cuenta de características e improntas de sus rasgos identitarios en relación a sus significados sobre salud.

Finalmente, cerrar este capítulo enunciando que identificamos que las concepciones de salud personal, como construcciones cognitivas, se vieron modificadas por el impacto de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 en múltiples sentidos que las mujeres otorgan. Fundamentalmente, advertimos que ésta vino a aparecer como un evento histórico que propició una toma de conciencia de la salud a nivel personal, pero también familiar y social, surgiendo apreciaciones que dan cuenta de valoraciones más profundas en torno a su impor-

tancia, pasando a un reconocimiento y valoración que da cuenta de un ejercicio reflexivo, consciente e intencionado, por parte de las entrevistadas, de su tiempo histórico.

Capítulo 6

CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD FAMILIAR DE MUJERES

“La gran mayoría de los indicadores de salud disponibles adoptan (...) la forma de tasas definidas y construidas por los profesionales y/o autoridades sanitarias, sin tener en cuenta las posibles concepciones de la salud que pudieran tener los distintos grupos sociales de una sociedad determinada” (Conde y Concha, 2002, p. 494).

El capítulo que desarrollaremos a continuación parte de la intencionalidad de analizar las concepciones sobre salud y enfermedad familiar enunciadas por las mujeres de ambos grupos sociales. Interrogantes que acompañan las construcciones interpretativas plantean: *¿qué concepciones de salud y enfermedad expresan las mujeres en el plano familiar?* En otras palabras *¿qué es para ellas la enfermedad de los hijos y las hijas?* *¿qué similitudes y diferencias expresan en sus concepciones de salud y enfermedad familiar las mujeres de ambos grupos sociales?*

Con el propósito de presentar los componentes de análisis que surgen de esta dimensión se expone la siguiente tabla (Véase tabla 7).

Tabla 7: Concepciones de salud y enfermedad familiar

DIMENSIÓN	CATEGORIAS	CRITERIOS DE COMPARACIÓN		SUBCATEGORÍAS
Concepciones de salud y enfermedad	Familiar	Concepciones comunes a ambos grupos sociales		Salud de los hijos e hijas como totalidad
				Salud de los hijos e hijas como su bienestar
				Salud de los hijos e hijas como proceso
				Salud de los hijos e hijas como felicidad
				Salud familiar como unidad
				Enfermedad de un hijo o una hija como “querer morir para no verlos sufrir”
				Enfermedad familiar como lo peor
				Enfermedad de un hijo o una hija como dolor propio
		Concepciones diferenciadas	Mujeres pobreza	Salud de los hijos e hijas como orgullo de madres
				Salud y enfermedad de los hijos e hijas en lo monetario cotidiano
				Salud de los hijos e hijas como complicación
				Enfermedad de un hijo o una hija como afectación del insumo posibilitador del trabajo
			Mujeres clase media	Salud y enfermedad de los hijos e hijas como la compleja tensión equilibrio-conflicto
				Enfermedad familiar y de los hijos e hijas como temor
				Enfermedad de los hijos o hijas como resiliencia de madres

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

Este apartado reúne relatos de las mujeres que expresan lo que significa para ellas la salud en el plano familiar, especialmente referida a sus hijas e hijos. Inicialmente se analizan las concepciones comunes y análogas a ambos grupos, para seguidamente avanzar en su análisis diferencial.

Concepciones comunes de salud familiar

En lo que sigue se desarrollan concepciones afines a ambos grupos sociales de mujeres.

Salud de los hijos e hijas como totalidad

Las mujeres de ambos grupos sociales expresan una concepción de la salud de los hijos e hijas como un todo que se manifiesta en distintos sentidos.

La salud de un hijo es todo (...) que coma sano, higiénicamente que esté limpio, todos los días, que se yo, (yo he hecho) todo lo que he podido (...) que estén limpios siempre, que coman sano (...) la mía que tantas veces se llenó de piojos, de limpiarle la cabeza porque si la dejas, bueno, eso me parece que es la salud de un hijo (...) bien tratado, que no esté maltratado (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC -RCC- Cría de animales. BIM.RC).

(...) salud de mis hijos lo es todo, que estén bien, que no se enfermen, que no pasen cosas graves, para mí es todo, que puedan tener una vida saludable, (cuando están sanos) pueden hacer todas sus actividades, pueden estar bien, pueden jugar (...) pueden hacer muchas cosas (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

Se concibe a la salud en la vida de los hijos e hijas como una especie de conjunto de atributos que se suman en un todo. Se identifica en ellos a la salud en tanto cuestión integral, aquello que no puede ser pensado en términos parciales o reduccionistas sino como una totalidad, una reunión de componentes, una completud de dimensiones indivisibles o inseparables que integran ese todo.

(la salud de mi familia) es todo, todo, porque yo me moriría si se me enferma alguno (...) rezo y le pido a Dios que no se enferme ninguno (...) rezo por ellos mis amores (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH- Jubilada. BBN.RC)

(...) la salud de mis hijos y mi familia primero que todo es lo más importante para mí (...) mientras que yo esté sana y ellos estén sanos es lo más importante (...) y verlos saludables, pero no solamente lo físico, en lo emocional (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

De los testimonios es posible advertir también cómo ese “todo” se significa en lo que representa para la propia vida de las mujeres. Es decir, más allá de la salud “como un todo”, “lo es todo” para las mujeres, que expresan con estas afirmaciones que sus hijos e hijas son personas extremadamente valiosas e importantes en sus vidas, fuentes de su satisfacción, alegría y bienestar, significadas por ellas con amor profundo. En este sentido, surgen expresiones que colocan a la salud como lo más importante en sus vidas, algo que hay que cuidar porque si se pierde, se amenaza la propia vida y bienestar, no sólo de los hijos e hijas sino también de las propias mujeres madres.

La salud de mis hijos (...) *es lo más importante. Primero están mis hijos, después sigo yo.* (MC2. V. 37 años. 3 hijos. RHGC-Estudiente universitaria. BB.RC).

La salud de mi hija *es fundamental, es parte también de sí le pasa algo a ella es como lo padeciera yo, es primordial* (...) (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

Las mujeres emplean adjetivos calificativos de la salud de los hijos o hijas como lo fundamental, lo primordial, aquello que es esencial o clave en la propia vida de ellos y ellas, e inherente al propio bienestar o salud de la madre, que ellos o ellas estén sanos significa que ellas lo estén.

Salud de los hijos e hijas como su bienestar

Se advierten testimonios en ambos grupos de mujeres que aluden a la idea de la salud de los hijos e hijas como bienestar desde una concepción integral de salud que contempla dimensiones de lo físico-corporal, lo psicoemocional y mental, su desarrollo personal y su vida social.

(la salud de mis hijas) *es el bienestar de ellas (...) es salud física, es verlas bien, sanas, que coman en los horarios que tienen que comer* (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajo en hogar de cuidados. BJN.RC).

La salud de mis hijos es lo primordial (...) (cuando ellos están sanos) hacen lo que están haciendo ahora, juegan, corren, capan que andan jugando con el agua porque desde chiquitos lo hicieron, *por eso son sanos, porque están en contacto constante con la naturaleza* (...) *y se los ve felices* (MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSFLH).

(...) *qué mi hija tenga salud para mí (...) es cuando veo que ella tiene salud, cuando la veo sentada, estudiando con ganas, cuando la veo preparándose para rendir un final, cuando veo amigos que vienen a estudiar acá y comparten risas y además el estudio, cuando la veo que se mira al espejo, que se peina y se cambia, aunque sea que se pone el pijama para irse a dormir, la veo con salud cuando la veo que come algo rico y la veo feliz porque se come algo rico, cuando la veo planear algún viajecito con amigas, es decir, siempre lo asoció el bienestar* (MC2. A. 52 años, madre de una hija. RH-docente nivel medio y universitario, BC.RC).

Aparece la idea de la salud en la vida de los hijos e hijas como el desarrollar su vida cotidiana en condiciones de bienestar, que puedan hacer lo que hacen en sus rutinas habituales.

(cuando mis hijos están sanos) *juegan, gritan, corren, pelean, van de amigos, vienen de amigos, hacen sociales* (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

(mis hijos) *siempre están sanos, por suerte, entonces hacen actividades* (...) *jugar al aire libre* (...) *si no tienen fútbol o patín, es irnos a una plaza a patinar o andar en bici* (...) *o nos vamos al campo, es irnos a algún lado* (...) (MC2. J. 40 años. 2 hijos. administrativa. BB.RC).

(mis hijos cuando están sanos) *estudian y juegan, el varón juega al fútbol, la nena juega, va gimnasia artística* (...) *no son de enfermarse, son sanitos* (...) (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN.RC).

Se enuncia que, en condiciones de salud ellos pueden jugar, alimentarse, descansar, estudiar, en la escuela o la universidad, que compartan con amistades, que puedan estar en contacto con la naturaleza, que disfruten y sean felices en lo que hacen, en sus vínculos, que planifiquen y se proyecten en la vida. En este sentido, algunas mujeres valoraron la condición de estar sanos de sus hijas e hijos.

En consonancia con lo aquí hallado, un estudio con perspectiva etnográfica realizado en un barrio periférico de la ciudad de Córdoba, Argentina, llevado a cabo por Ludueña et al. (2005) con madres de preadolescentes, advierte que ellas conciben a salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como bienestar integral en el que se combina un entorno emocional y social saludable desde la presencia del juego, el afecto, la amistad, la interacción familiar, la relación con la naturaleza, y condiciones básicas de bienestar como la higiene, la alimentación y el ejercicio. Las autoras advierten que para las mujeres la maternidad implica un rol protector clave para garantizar tanto la salud como la calidad de vida de sus hijos e hijas en contextos de vulnerabilidad barrial. Aspectos que se advierten en consonancia con lo identificado en nuestro estudio.

Salud de los hijos e hijas como proceso

Se advierten concepciones de mujeres de ambos grupos sociales que aluden a la idea de la salud como proceso, en tanto distintas instancias o fases sucesivas en que se promueve y se vivencia por parte de los hijos e hijas, en el transcurrir del tiempo, en contraposición a la idea de la salud como un episodio o momento acabado.

(...) la más grande es mamá, es psicóloga, está en un cambio, se fue a vivir a Río Tercero cuando estaba embarazada (...) *creo que ver que mi hija se está acomodando (...) eso también es salud, verla con su familia, porque a ella fue como que todos los cambios le hacían mal, le producían vómitos, malestar, los nervios le causaban todo eso, y verla hoy en día que consiguió trabajo, que está trabajando, que está con su bebé (...)* (MC2. V. 59. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

La salud de mis hijos (...) yo quiero que estén bien y bueno, uno porque ama a sus hijos y *yo lo llevo a todos los controles, y yo le pongo todas las vacunas, y lo veo que si tiene fiebre no duermo, y le hago todos los pañitos, le doy el remedio y si veo que no mejora salgo a cualquier hora* (MC1. C. 28 años. 2 hijos. RHGC-TCP- TCC. VLC.RC)

Se advierte la idea de proceso para pensar la salud de hijos e hijas en distintos momentos del ciclo vital concibiendo su contrapunto, la presencia de malestar o enfermedad. En el primer relato, pensando en una hija adulta joven se expresa una concepción de salud entendida como el proceso de la vida misma, contrastando con situaciones generadoras de malestar y como el paso del tiempo logra acomodar aquello que generaba cierta alteración. Podría inferirse cómo esa madre valora la salud de su hija en tanto su capacidad de haberse acomodado a los cambios de la vida, consiguiendo cierta estabilidad psicoemocional y física, surgiendo la idea de la salud como un proceso continuo que supone acomodarse a las demandas y nuevos requerimientos que se van planteando (trabajo, maternidad, viajes) logrando la persona ajustarse a ellos y afrontarlos adecuadamente. Sentidos que marchan en consonancia con la concepción de salud del microbiólogo y escritor francés René Dubos, referente del pensamiento moderno sobre salud pública, quien desde una perspectiva ecológica y humanista concebía a la salud como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”, donde el equilibrio que

existe entre el individuo y su entorno se expresa como adaptación, como la capacidad de desarrollar el potencial humano dentro del entorno, de forma que cuando este se altera aparece la enfermedad (Dubos 1967, citado en Gavidia Catalán y Talavera, 2012, p. 169).

El otro relato, emergente en relación a un hijo menor, enlaza la idea de salud como proceso en donde se pone el foco en el hacer de la propia madre para preservarlo o restituirlo si fuese necesario mediante acciones que refieren a prácticas de salud intencionadas desde el sostén y continuidad en el tiempo. La salud entendida como proceso permite reconocer el lugar de las madres en el ejercicio de un miramiento y prácticas constantes por su bienestar, aspectos sobre los que se profundizará en el capítulo destinado al análisis de prácticas de salud, enfermedad, cuidados y atención.

Salud de los hijos e hijas como felicidad

Algunas mujeres de ambos grupos de estudio piensan en la salud de los hijos e hijas a partir del reconocimiento de la felicidad en ellos y ellas, felicidad que señalan, a su vez redundando en la suya propia.

(...) Para mí *la salud de ellos es que ellos estén bien*, que no se me enfermen, que estén de buen ánimo (...) *que ellos estén felices*, que no estén tristes (...) el más chiquito va al jardín (...) viene acá al lado al “Galponcito” a hacer batucada, el más grande (...) te desarma algo y te lo vuelve a armar (...) es lo que le apasiona (...) también le gusta el bombo, la música, a la nena le gusta el fútbol, le gusta bailar (...) (MC1. M. 31 años. 4 hijos. RHGC-RCC-TCP. BJN.RC).

(la salud de mis hijos) es que estén bien (...) verlos contentos, que tengan mente sana (...) mi hijo (...) tiene sus idas y venidas con sus estados anímicos (...) cuando lo veo bien, contento, con felicidad “toco-el-cielo-con-las-manos” porque me hace bien saber que él está bien (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC. RC).

La salud de mis hijos es lo primordial (...) (cuando ellos están sanos) (...) *se los ve felices (...)* (MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSELH).

(...) *cuando veo que ella tiene salud (...)* veo amigos que *vienen a estudiar acá y comparten risas y además el estudio (...)* (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-docente nivel medio y universitario, BC.RC).

Se reconoce en los hijos e hijas alegría, satisfacción y contento, lo que les significa a estas madres como indicadores de que ellos y ellas se encuentran en bienestar y salud, lo que, a su vez las regocija interiormente. Oblitas Guadalupe (2008) plantea que la psicología positiva ha sido la corriente dedicada al estudio de las bases del bienestar psicológico y de la felicidad, así como las fortalezas humanas. El autor cita a Seligman (2003, en Oblitas Guadalupe, 2008) quien considera que la felicidad es la resultante de un conjunto de emociones positivas, como el éxtasis y la comodidad, así como de actividades positivas, como la concentración y el cumplimiento de tareas. Entre las conductas que Seligman (2003, en Oblitas Guadalupe, 2008) destaca para lograr la felicidad menciona el amor, el apego, la capacidad de amar y ser amado. Para el autor se trata de tener relaciones valiosas con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos, fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer cariño a los demás, tal como lo expresan los testimonios analizados.

Salud familiar como unidad

Se reúnen aquí testimonios de ambos grupos de mujeres que aluden a concepciones de salud familiar centradas en la idea del encuentro, la unión, el diálogo, el afecto y la contención entre sus miembros.

(la salud de mi familia) es poder tener momentos de encuentro. Estar comunicados, que el diálogo sea fluido entre todos. Que cada uno tenga su espacio, para lo negativo y lo positivo. Que sea posible contenernos entre nosotros. Acompañarnos. (MC2. L. 40. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

(...) Salud para mi familia es que estén todos (...) unidos (...) porque te da fuerza para seguir (...) cuando uno está enfermo en la familia (...) todos le damos fuerza para que se levante (...) (MC1. G. 22 años, 1 hija. THGC. IM.RC).

*(para que mis hijos sigan estando sanos) yo género y creo en la **unidad**, esto que tengo acá (muestra un tatuaje) (...) es un símbolo Celta qué representa la unidad, la **unidad en todo sentido, la familia, por empezar mis hijos, que sean unidos como hermanos, a mí me da felicidad que ellos estén juntos (...)** entre los cuatro, se comunican y yo sé de todos (...) Pero no hay día que no tenga comunicación con uno o con el otro (...) **tratar de que estén siempre circulando todos juntos (...)** (MC2.B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente. BC.RC).*

Para mí estas flores representan la salud, el afecto de la familia, fue el regalo del cumpleaños de toda la familia, mis nietos y el esposo y las tres chicas, los yernos, eso para mí (...) yo cumplí el 9 de junio 77 años, para mí eso es la salud (...) es disfrutar de la familia y amigos y además las cosas bellas de la vida (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).



Se advierte cómo para estas mujeres el “estar juntos” como unión familiar contribuye a un sentimiento de contención, acompañamiento y fortalecimiento, claves para el bienestar y la salud, presentes en momentos de celebración de la vida, pero también en aquellos que requieren sobrellevar dificultad, situaciones de malestar o enfermedad.

Una de las entrevistadas, adulta mayor de clase media, trae una imagen tomada por ella o algún familiar, que le permite significar lo que para ella es salud familiar. Se trata de un colorido ramo de flores frescas, obsequio por parte de todos los integrantes de su núcleo familiar con motivo de su aniversario de nacimiento número 77. El simbolismo de la imagen trae a la reflexión de la entrevistada el afecto por los propios, pero al mismo tiempo el que los propios le tienen a ella, la celebración de una vida transcurrida y el disfrutar de la familia como una cosecha de la vida.

Amalgamado los sentidos que congrega la imagen junto con los demás testimonios, se advierte también cómo de esa sinergia de elementos que ofrece la unión familiar surge la fuerza para sobrellevar situaciones y acompañar a aquél que necesite recuperarse o reponer su bienestar. Vinculado con ello, Gervás y Pérez Fernández (2015) consideran que las historias de las familias y los episodios de enfermedad configuran entramados afectivo-emocionales sobre el que descansa la persona enferma, que se refugia en su familia desde un encuentro genuino con otros donde se ofrece y recibe ánimo y soporte al padeciente. Aspecto sobre el que se profundizará en el capítulo inherente a creencias sobre SECA, dónde se analiza la creencia en la propia familia como un medio que contribuye a la sanación frente a la enfermedad.

Enfermedad de un hijo o una hija como “querer morir para no verlos sufrir”

Mujeres de ambos grupos significaron la posibilidad de experimentar la enfermedad de los hijos e hijas desde la expresión de no querer vivir para verlos sufrir, probablemente asociando dicha situación a un sentimiento de gran dolor, de emoción intensa y desesperación.

(...) cuando a mí me dijeron que mi hijo tenía cáncer yo le pedí a Dios que se abriera la tierra y me tragara (...) para no verlo morir porque el médico dijo que se podía morir
(...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC -RCC-Cría de animales. BIM.RC).

(...) hace una semana que la nena la tengo con placas y es una cosa que me mata a verla así (...) (MC1.G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

(...) la enfermedad de un hijo (...) como que no te gusta verlo sufrir, ahí no puedo poner mucha voluntad porque me parece terrible, me mata (...) (MC2. V. 42. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

La enfermedad de un hijo es (...) y si fuera una enfermedad grave, que gracias a Dios nunca han tenido, y nada, me muero, me muero de dolor, no sé cómo lo manejaría (...)
(MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

Frases como “que me tragara la tierra”, “me mata verla así”, “me muero de dolor” remiten a un inmenso dolor. Probablemente no se expresan en un sentido literal, pero su tenor intenta dar cuenta de la intensidad emocional que supondría para estas entrevistadas la vivencia de una situación con estas características.

Gervás y Pérez Fernández (2015) expresan que sin salud nada parece valer la pena, pues la salud es la fuente de la que mana el disfrute de la vida. Contrariamente a ello, estas mujeres se colocan en el lugar de vivir su antítesis con sus propios hijos o hijas, lo que las ubica en una angustia extrema, impotencia y agobio por su sufrimiento, manifestando, tal como expresan estos autores, que nada parecería valer la pena a partir de ello. Un escenario de total incertidumbre por cómo se manejarían ante ello, una idea sobre la pérdida de toda voluntad y la

alusión a una vida que perdería sentido si su hijo o su hija atravesara una enfermedad grave que pusiera en riesgo su vida.

La enfermedad familiar como lo peor

Se advierten testimonios de mujeres de ambos grupos sociales que conciben la enfermedad empleando el calificativo de desfavorable, temido o perjudicial en la vida de los hijos o las hijas, nietos, nietas u otros familiares. Lo que presume sufrimiento para quienes lo padecen y para las madres o abuelas.

La enfermedad para mí es lo peor, porque estar enfermo es lo peor que puede haber, porque yo la he pasado ya, y no se lo deseo a nadie, lo que he pasado con mi marido, con mi nieto hemos pasado que él tiene quistes, le falta un riñón, hemos tenido que viajar a Córdoba con él (...) te da mucha bronca, mucha impotencia (...) hay que operarlo. Ya hace poco lo operaron de dos hernias (...) he pasado por un montón de situaciones que no, no, la enfermedad para mí no (...) no, no, y no se lo deseo a nadie (...) (silencio prolongado) ; Yo sana, gracias a Dios! (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC).

La enfermedad es lo peor que te puede pasar (...) cuando vos ves que tu hijo, por ejemplo, lo veía a mi sobrino bebé los otros días que levantó fiebre, en el sillón, te derrite, te pone mal, te lleva a pensar “¿qué hago para que esto no le pase?”, vos querés que te pase todo a vos pero que no le pase nada a un hijo tuyo nunca, es lo peor que te puede pasar (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular- Jubilada. BC.RC).

Las mujeres de ambos grupos sociales coinciden en la idea de lo peor para significar la enfermedad familiar. Sus sentidos focalizan tanto en ver sufrir a quienes lo padecen, como en el derrotero que supone transitarla, señalado especialmente por la mujer en situación de pobreza. Se expresa la idea de no desear que nadie pase por ese sufrimiento, frente a lo cual, mientras una expresa el preferir sufrirla ella en primera persona, la otra agradece tener salud.

Enfermedad de un hijo o una hija como dolor propio

Se identifica en mujeres de ambos grupos la idea de la enfermedad de los hijos o las hijas como algo doloroso para las madres.

(...) la enfermedad de un hijo es algo muy doloroso (...) tengo mi nena que es la más chiquita que tiene problema de obesidad infantil. La estoy tratando hace bastante tiempo, no la puedo llevar a andar en bicicleta (...) tiene casi el peso mío y tiene 9 años recién cumplidos, y la vengo luchando y eso me pone muy triste (...) no hay forma (...) ella al tener los padres separados, la mayoría del tiempo se va a la casa del padre entonces allá qué asado, qué parrillada, qué cosas al disco (...) yo al pollo le saco la piel, a la milanesa apenas un aceitito (...) la estoy llevando a la nutricionista y está yendo al psicólogo, trato de llevarla a donde me mandan (MC1.G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

Si hay uno de mis hijos enfermos cómo que yo me siento enferma realmente, es como que, no sé, tose y me duele (MC2. V. 42. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

(...) *Yo siempre digo que prefiero tener yo la enfermedad y no ellas.* Y más con lo que pasó a X en 2018 (...) desde sus 4 años *para mí es una preocupación* porque ella desde siempre estuvo haciéndole frente a la obesidad (...) (MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH-docente universitaria. BBN.RC).

(...) *la enfermedad de un hijo para mí es dolor, no me imaginaria mi hijo pasando algo feo* (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

Se significa la enfermedad de los hijos o hijas como dolor propio para las madres, como una respuesta emocional frente a su enfermedad o malestar. Estas entrevistadas madres, como referentes de cuidado y protección para los hijos e hijas, significan la enfermedad de sus hijos desde el dolor como una emoción que expresan su amor maternal, el profundo vínculo afectivo y la empatía con la situación de padecimiento que ellos o ellas pudieran transitar. Aparecen ideas vinculadas a preferir ser ellas mismas quienes tuvieran que transitar enfermedad, así como cierto sentir emocional visceral cuando una de las entrevistadas expresa “*íose y me duele*”, como respuesta intensa al sufrimiento de los hijos o hijas.

Concepciones diferenciadas de salud familiar

A continuación, se presentan las concepciones sobre salud familiar diferenciadas entre las mujeres de cada grupo social.

Concepciones de salud familiar de mujeres en situación de pobreza

Iniciaremos desarrollando las concepciones de salud familiar que expresan mujeres en situación de pobreza.

Salud de los hijos e hijas como orgullo de madres

Se reúnen aquí testimonios de mujeres en situación de pobreza que aluden a la idea de la buena salud de los hijos e hijas como un orgullo para ellas, como un sentimiento de satisfacción por la tarea lograda, pudiendo inferirse que ese orgullo radica en la puesta en juego de capacidades, recursos y dedicación para la consecución de dicha finalidad.

(...) *orgullosa de que tienen salud, de que han nacido bien a los 9 meses* y no se han complicado (...) gracias a Dios ninguno de los dos los tuve en incubadora ni nada, los dos con un lindo peso (...) y partos con cesárea (MC1. D. 29 años. 2 hijos. THGC. IM. RC).

(la salud de mi hija es) *mi alegría, yo verla feliz, con salud, es algo que se emociona* (silencio) no me gusta verla enferma (comienza a llorar y se ríe al mismo tiempo) ella se ha enfermado cuando tenía un año (...) me agarró ese “branca espasmo” (...) la salud para ella es lo fundamental (...) que tenga salud hasta que sea grande (MC1. G. 22 años. 1 hija. THGC. IM.RC).

Seligman (2003, citado en Oblitas Guadalupe, 2008, p. 14) considera al orgullo y la alegría como emociones positivas que aluden al pasado de las personas. Se advierte en este sentido como, en perspectiva de historias de vida, ambas remiten a momentos hito en la salud de sus hijos e hijas. Una valora el hecho de haber gestado y tenido a sus hijos en buenas condi-

ciones, considerando cómo ello incide hoy en su buena salud. La otra rememora un episodio de enfermedad que la conduce hoy con emoción a sentirse feliz por el presente de salud de su hija. Este último relato nos advierte acerca de cómo, la posibilidad de pensar sobre la salud de su hija pequeña, coloca a la joven madre en el lugar de volver a pasar por la memoria una vivencia que le evoca un sentir que conmueve su ánimo, y le genera una emoción de profunda alegría.

Vinculado con ello, Gervás y Pérez Fernández (2015) expresan que tener salud significa redescubrir un sentido y un propósito en la vida y en recuperar la propia autoestima. En consonancia con ello, para muchas de mujeres madres los propios hijos e hijas refieren a su razón de ser en la vida. Su bienestar expresa, de alguna manera, el logro de su entrega a un trabajo de cuidados y protección, encontrando pleno sentido su emoción y orgullo por la tarea cumplida, lo que da cuenta también de una autovaloración por ello.

Salud y enfermedad de los hijos e hijas en lo monetario cotidiano

De los relatos de algunas mujeres en situación de pobreza, se advierte que la salud de sus hijos e hijas se significa en términos de la ausencia de enfermedad y el correlato de no tener que gastar dinero para adquirir medicaciones o para tener que realizar consultas con profesionales.

(...) la salud de mis hijos es verlos bien, *está en el que decir “no tengo que ir al médico”*
(...) (MC1. D. 29 años. 1 hijo. RHGC. BIM.RC).

La salud de mis hijos para mí significa mucho, *no gastas en remedio, están sanos*, van, vienen (...) (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

Si bien surgen alusiones iniciales a la salud de los hijos e hijas en términos apreciativos en relación al verlos bien y a su propio bienestar, seguido de ello estas mujeres agregan una reflexión en el orden de lo concreto que significa en sus vidas el hecho que estén sanos, librándose de la presión o problemática que les podría significar el desembolso de dinero para afrontar situaciones de enfermedad y malestar. En consonancia con ello, un estudio ya mencionado sobre representaciones sociales de salud y enfermedad en mujeres y varones de clase media de Guadalajara realizado por Torres López et al. (2010, p. 157) advierte que en relación a la enfermedad son los hombres quienes más aluden a los gastos económicos que la atención de la enfermedad implica, desde expresiones como “implica gastos en medicinas, tratamiento e incluso operaciones”. Si bien las mujeres también aludieron a gastos de dinero que implica la atención de la salud, asocian más el término enfermedad a estados emocionales negativos como la angustia y la tristeza.

Salud y enfermedad de los hijos e hijas como complicación

Una de las entrevistadas en situación de pobreza refiere una concepción en salud pensando en los hijos e hijas vinculada a la idea de su complicación, ideas que emergen de experiencias atravesadas vinculadas a la enfermedad.

(...) *La salud es complicada* (...) yo a él (se refiere a su hijo de 7 años) *lo estoy estudiando por fibrosis quística* (...) *hace de los cuatro años* (...) todavía no tenemos bien si es o no es, pero hace años que vengo renegando (...) desde que tenía 2 meses vivía internado con neumonía, bronco espasmo, neumonía (...) me lo tenían (...) tres semanas, un mes internado, y nunca me llevaron el apunte acá en el hospital, nunca

me hicieron un estudio para saber por qué se enferma tanto (...) (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RCC.THGC. VLC.RC).

Torres López et al. (2010) en un estudio ya mencionado, advierte cómo la enfermedad se considera una experiencia subjetiva que integra lo biológico y lo social. Dentro de lo social, el sistema de interpretación propio de cada cultura lleva al reconocimiento, identificación y posterior tratamiento de un padecimiento. El estudio advierte que las mujeres asocian al concepto de enfermedad haciendo referencia a enfermedades puntuales y a su tratamiento, desde ideas como morbilidad, cansancio, desgano, dolores y malestares.

Vinculado con ello, la entrevistada piensa la salud significándola en sus hijos por el hecho de perder tal estado. Lo complicado, adjetivando la salud, parece referirse a la dificultad para sostenerla, ingresando la enfermedad. A partir de ella, la entrevistada va enunciando diversidad de factores que intervienen, con situaciones repetitivas de enfermedad, largos períodos de internaciones, de indagación clínica, junto con cierta ausencia de respuestas y de atención involucrada por parte de profesionales de la salud pública. Cárdenas Aguilera et al. (2023) señala que la carga física, emocional y mental de las madres como principales cuidadoras de hijos o hijas enfermos, en la mayoría de las oportunidades, pasa desapercibida para los profesionales de la salud involucrados en la atención de los niños y niñas, quienes se centran en el paciente y no en su contexto y su familia.

En este sentido, la entrevistada da cuenta de cierto desgaste en el sostenimiento de los cuidados y la salud de su hijo. Relata obstáculos que va desandando para acceder a una atención integral para él, lo que le genera una tensión a causa de la percepción de cierta desatención por parte del componente formal. El testimonio permite inferir que ella transita un derrotero de diversas prácticas que pretenden el acceso integral a la atención de la salud, pero su imposibilidad la conduce a significar la salud de su hijo como “complicada”. Se trata de un testimonio que nos acerca a pensar la salud y enfermedad como procesos, y que se vinculan en algunos casos a fallidas experiencias de prácticas de atención a la salud, temática sobre la que profundizaremos en próximos capítulos de este libro.

Enfermedad de un hijo o una hija como afectación del insumo posibilitador del trabajo

Se identifica el testimonio de una entrevistada en situación de pobreza que significa la enfermedad de los hijos en un contexto donde deben continuar trabajando. Cabe señalar aquí como la salud fue significada por mujeres de ambos grupos como un insumo posibilitador del trabajo. En este caso, se piensa la afectación de la salud de un hijo relacionada a su posibilidad de ejercer su trabajo.

(...) Uno de mis hijos es operado de cáncer de colon (...) y trabajaba con la bolsita (...) estaba sacando escombros y se le reventó la bolsa, tuvo que esconderse y ponerse una bolsa limpia, me dice “si me descubría la gente me iban a dejar sin trabajo (...)”. (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RCC. THGC. IM.RC).

Se advierte el reparo de esta madre a la realidad de enfermedad del propio hijo, ya adulto, quien, intentando sobrellevar sus tareas laborales habituales, se ha visto vulnerabilizado por su condición de enfermedad mientras desempeñaba su trabajo. Su relato muestra, más allá del padecimiento atravesando en silencio por su hijo, una emoción de aflicción por parte de la

madre al narrarlo, expresando el riesgo que implica la enfermedad en la posibilidad de perder el trabajo, dando cuenta de la salud como insumo posibilitador del trabajo.

Concepciones de salud familiar de mujeres en situación de clase media

En lo que sigue se reúnen y desarrollan las concepciones sobre salud familiar que expresaron mujeres en situación de clase media.

Salud y enfermedad de los hijos e hijas como la compleja tensión equilibrio-conflicto

Así como surge en el plano de las concepciones personales de salud y enfermedad esta idea, se advierte en mujeres de clase media una concepción de salud y enfermedad de los hijos e hijas como aquella en la que es posible reconocer una tensión entre el equilibrio emocional y el conflicto. Se advierte en este sentido una idea de continuo entre la salud y la enfermedad.

(sobre la salud de mis hijos) (...) dado que uno valora, no sé si lo que tiene, o lo que no tiene o lo que quiera alcanzar, y lo que yo querría, *lo que yo valoro en todas las personas es que tengan cierto equilibrio emocional*, que puedan pararse y razonar, que tengan la posibilidad de desarrollar la capacidad para aceptar los “no”, aceptar los “sí” y aceptar los “tal vez”. Y aparte que siempre en la vida uno elige (...) uno tiene que saber qué siempre ese juego está presente, y esa resistencia es muy grande cuando una persona no entiende (...) *entonces es muy importante el equilibrio personal* y eso (...) lo tuve que trabajar muy mucho con uno de mis hijos (...) (MC2. B. 64 años, 2 hijos. RHGC- docente nivel medio, BC. LH).

(mi hija tuvo) *una pérdida de todo ese bienestar (que es la salud), qué llevó a qué no tuviera ganas de estudiar, estuviera mucho tiempo en la cama, tuviera que pedir ayuda psicológica (...) a raíz del miedo a contraer (...) cualquier tipo de enfermedades (...) un día era el lunar, al otro día le ardía la panza (...) un estudio, otro estudio, otro estudio (...) desde que mi mamá fallece en diciembre del 2020 (...) empezó como una fobia, cómo ataques de pánico con ansiedad, era ponerse colorada, palpitaciones, temor excesivo a algo que en realidad no tenía, y conmigo (...) “anda al médico” (...) “¿te tomaste algo? ¿sacaste el turno? ¡anda!” o “no vayas a la siesta a tomar el colectivo porque es peligroso”, temor de que me pase algo (...) entonces yo te puedo hablar de lo que es salud y enfermedad como un cambio repentino las actividades diarias, de cómo puede hacer que una persona modifique toda la estructura habitual (...) es terrible (...) uno se empieza a replantear “¿qué hice? ¿qué tengo que hacer?” (...) yo tengo tan arraigada la palabra síntomas porque son síntomas de que algo no funciona bien con ella misma (...)* (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

Se advierte una concepción sobre la salud de los hijos e hijas como equilibrio y bienestar emocional, colocando el foco en el plano psicológico y mental de la salud. La idea de equilibrio se caracteriza en los relatos desde la posibilidad de haber construido una rutina en la vida, y detenerse en ella para reflexionar, razonar en torno a las situaciones que se presentan, sopesando posibilidades, asumiendo la capacidad de elegir y decidir frente a ellas, reconociendo las dinámicas propias de la vida y cómo proceder frente a ellas. En estos escenarios, la idea de tensión surge en los relatos a partir de experimentar, los hijos e hijas de las entrevistadas, cierto malestar subjetivo en sus vidas, presentando resistencias, problemáticas y sintomatologías que los afectan y les generan malestar personal y sufrimiento psíquico. En consonancia con ello, Gavidia Catalán y Talavera (2012, p. 170) consideran que “todo

momento de la persona es una situación de equilibrio inestable, cambiante, en el que coexisten al mismo tiempo la salud y la enfermedad”.

Los testimonios enuncian situaciones ligadas a miedos excesivos que se sienten en el cuerpo expresadas a través de sintomatologías vinculadas a fobias, ataques de pánico, ansiedad, sudoraciones, palpitaciones, temor a que algo malo ocurra a la propia persona, así como a seres queridos. Se mencionan como expresiones que afectaron la rutina cotidiana derivando en consulta con profesionales, así como a instancias en que las madres entrevistadas tuvieron que trabajar con sus hijos, replanteándose incluso su rol sobre cómo acompañar y qué hacer ante el surgimiento de esta realidad.

Enfermedad familiar y de los hijos e hijas como temor

Algunas mujeres en situación de clase media significan la enfermedad de los hijos e hijas o la enfermedad familiar desde la idea del miedo o el temor.

(...) la enfermedad de un hijo (...) es terrible, eso es a lo que más miedo le tengo en la vida, a lo que más miedo le tengo (...) siempre que está enfermo uno de los chicos (...) como que no te gusta verlo sufrir, ahí no puedo poner mucha voluntad porque me parece terrible (...) (MC2. V. 42. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

(...) siempre tengo miedo que mi familia pierda su salud, para mí es mi cabeza (...) que a medida que voy creciendo cómo que tomé conciencia de las cosas malas que pasan (...) veo a mi alrededor que están pasando muchas cosas feas (...) es como que yo no entiendo eso, cómo puede ser que a mi familia y a mí no nos pase nada (...) entonces para mí que mi familia tenga salud (...) es una suerte, mi papá es re hipocondríaco (...) entonces siempre me agarra miedo de que le pase algo a él (...) (MC2.L2. L. años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Mujeres madres y mujeres jóvenes -no madres-, significan la enfermedad desde el miedo o temor a que se presente en sus hijos, hijas o familiares. El temor aparece como una especie de emoción profunda y compleja frente a la amenaza que representa la enfermedad desestabilizando la vida y el bienestar de los hijos, hijas o del entorno familiar.

En la madre puede interpretarse ese temor como ligado a la enfermedad de sus hijos e hijas. En la mujer joven, puede inferirse de su relato cierta alusión a recursos emocionales con los que puede, o no, contar en relación a la vida adulta, a los acontecimientos propios de esta etapa del ciclo vital, la construcción de conciencia sobre ella en una realidad que es dinámica y compleja.

Distintas investigaciones exploran acerca de las respuestas psicológicas de las madres frente a diversas enfermedades crónicas de sus hijos o hijas (Cárdenas Aguilera et al. 2023; Woolf et al., 2016; entre otros y otras). Al respecto, Cárdenas Aguilera et al. (2023) realizan un estudio mixto en el que evalúan el impacto psicológico de madres ante el riesgo de enfermedad renal crónica en sus hijos e hijas prematuros o de bajo peso al nacer. Reconocen que el impacto psicológico recae principalmente en las madres, quienes en general son las que suelen enfrentar el diagnóstico, los procesos y las consultas por la posible enfermedad, así como la explicación de las comorbilidades, las secuelas y las complicaciones, además de afrontar los distintos tratamientos.

Advierten que el riesgo de enfermedad impacta en la condición emocional y psicológica de las madres, cuyas respuestas involucran distintos niveles de ansiedad, depresión y estrés parental. El estudio identifica categorías vinculadas al afrontamiento, la culpa, la confianza, la fe y la esperanza, el apoyo, la interacción social y el rol familiar, entre otras.

Los autores señalan que las madres transitan por momentos de pánico, miedo, desconcierto, desasosiego e intranquilidad, así como se enfrentan a cuestionamientos y culpas tratando de encontrar explicaciones que en muchas ocasiones no tiene respuesta.

Enfermedad de los hijos o hijas como resiliencia de madres

Se reúnen aquí testimonios de mujeres de clase media que coinciden en significar a la enfermedad de los hijos o las hijas cómo fuente de aprendizajes, de fortaleza, de crecimiento personal, de entereza. Se refieren a historias de madres o familias con hijos o hijas con situaciones de enfermedad graves que mostraron una conexión profunda con la vida desde una fuerza de voluntad propia y desde el apoyo de gente que los acompañaba.

(...) la enfermedad de un hijo (...) no me imaginaría mi hijo pasando algo feo, no sé, puede ser, veo *en algunos casos que aprendes también cosas nuevas, formas de ver las cosas distintas*, (...) pienso en enfermedades graves, pero hay enfermedades cotidianas que te hacen ver cosas distintas también (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera).

(...) *a raíz de las veces que se me han enfermado he aprendido*, por ejemplo, si X come mucho se descompone del estómago, y lo tuve internado por eso por una intoxicación, un empacho muy fuerte entonces, *a raíz de eso aprendimos y él aprendió también* (...) (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

La enfermedad de un hijo (...) lo asocio con enfermedades más graves (...) creo que a los padres le genera mucha fortaleza porque he visto madres con *hijos con enfermedades graves, genera una fuerza, una entereza, que la verdad que uno los admira, aunque tengan la tristeza de tener hijos enfermos son fuertes y aprenden a disfrutar cosas que uno con hijos sanos no las ves*. Yo por ejemplo tengo una amiga que me dice “aplaudef mi hija, que empezó a aplaudir y nosotros le hacemos una fiesta porque aplaudió”, y vos ves a tu hijo, que hizo la vertical en la pared y bajo una piedra y se sostuvo con una mano y decís “ay qué bien”, y seguís con tu vida (...) *es como que uno no se toma el tiempo de ver eso y cuando están enfermos tus hijos empezás a ver todas esas cosas. Entonces cuando me junto con algunas personas que tienen hijos con enfermedades y te dicen esas cosas a vos y la verdad es que te “cimbronea” (...) “tengo que empezar a disfrutar de esto”, después la vida te va llevando a tu ritmo normal, cómo que vamos como caballitos a veces y uno tendría que frenar, mirar, tomarse un tiempito y agradecer esas cosas, la salud, porque es increíble cuando uno habla con una madre que tiene un nene enfermo te da vuelta todo* (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) *si se presentará en ella algo (...) grave (...) lo relaciona con esa sensación de precipicio (...) pero no terminaría de agotar todas las instancias*, siempre me pregunto eso cuando veo que están recaudando en alguna causa, ay no, no quisiera estar, no me puedo imaginar, es en el lugar viste cuando uno ve, necesitan un trasplante (...) sería un punto muy, muy límite, que quizás, qué muchos dicen que de ahí sacan fuerza que no

tienen (...) son cosas que uno no conoce de uno mismo hasta que no está en esas circunstancias (...) (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

(...) estoy en contacto con muchas historias, o cosas, digamos de gente que ante un problema de salud cómo que no se termina la vida, cómo que tiene (...) mucha fuerza de voluntad, los apoya mucha gente que nunca se hubieran imaginado, no sé, como que se abre, no sé, imagino, ante la enfermedad se abre un universo, por ejemplo gente que te cuenta de su recuperación de estos tratamientos largos, físicos (...) cómo un universo que casi uno no conoce tanto y hay todo un mundo, no sé, pero la enfermedad como parte de lo que te puede tocar (...) me imagino (...) qué debería afrontarlo con voluntad, buscando el apoyo (...) porque quiero la vida y porque me gusta la vida que tengo, porque pienso, no es que los otros te necesitan, pienso que nadie es imprescindible, pero no me gustaría dejar a mis hijos (...) o a mi pareja a mi familia no sé (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora social. BN.RC).

Los testimonios coinciden en la idea de la enfermedad como una especie de oportunidad para enfrentar con fortaleza esa prueba de la vida. Se enuncia cómo la enfermedad de un hijo o hija abre a un universo de posibilidades donde se construye, o se sacan fuerzas de lugares impensados, como una especie de toma de conciencia sobre la vida que conduce a un reposicionamiento en ella, que difícilmente logran quienes no han atravesado por dichas situaciones extremas.

Cárdenas Aguilera et al. (2023) en el ya mencionado estudio en el que indagan sobre las respuestas psicológicas de madres ante el riesgo de enfermedad renal crónica en sus hijos, advierten que un patrón que emerge en todas las entrevistadas, como una de las formas en que afrontan dichas situaciones, es a través de su fe. Para los autores el apoyo espiritual, la esperanza y la confianza en su fe, determinada por la ayuda de un ser sobrenatural, facilita el afrontamiento de la enfermedad. En este escenario los autores refieren a la “resiliencia materna” como aquella que les otorga a las entrevistadas la fortaleza para enfrentar la situación y un empoderamiento frente a la salud de sus hijos e hijas.

Pérez Ulloa et al. (2018) en el marco de un estudio descriptivo cuyo propósito fue determinar el nivel de resiliencia que manifestaban madres de hijos con enfermedades hematológicas en Cuba, considera que la resiliencia ha sido considerada por la Psicología de la Salud como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante. Atendiendo a estudios científicos los autores afirman que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad.

Por su parte, Mayordomo et al. (2016) consideran que la resiliencia es la formación de personas socialmente competentes que tienen conciencia de su identidad, que pueden tomar decisiones, establecer metas, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado para transformarse en personas productivas, felices y saludables.

Volviendo al estudio de Pérez Ulloa et al. (2018), con madres de hijos con enfermedades hematológicas, advierten que cuando una situación crítica se presenta el primer mecanismo que se activa es el de afrontamiento, entendido como la capacidad para asumir en el momento una situación que representa un impacto inicial, luego la resiliencia equipa para sobreponerse al evento crítico y transformar la situación en una fortaleza a futuro.

El estudio mencionado determinó que la resiliencia de las madres con hijos con enfermedades hematológicas crónicas es predominantemente media y que beneficios de una resiliencia media-alta están en que permite a las madres tener una mejor adaptación y responsabilidad en el cuidado del niño. En lo que respecta a la enfermedad crónica, el estudio señala que

el apoyo social, las creencias espirituales, la autotrascendencia, el optimismo, la autoestima, la autoeficacia, el autocontrol, el sentido y el propósito en la vida y el afecto positivo son variables que favorecen y modulan la resiliencia como factores protectores de salud. Aspectos que se reconocen en consonancia con lo expresado por las entrevistadas.

Reflexiones de síntesis

El análisis realizado nos permite advertir cómo las concepciones en salud y enfermedad personales y familiares refieren a una construcción que las mujeres realizan de sus propias vivencias y las de los suyos. Para construirlas se atienen a sus propias circunstancias y lo conocido para ellas, entrando a jugar en sus configuraciones sus subjetividades y valoraciones, pudiendo reconocerse múltiples sentidos que expresan cuestiones comunes y otras que no lo son entre ambos grupos sociales.

Las concepciones analizadas permiten reconocer cómo para las madres pensar la salud y la enfermedad en relación a sus hijos e hijas no resultan categorías excluyentes, sino que se piensan como continuo en la vida. Las intranquiliza la presencia de síntomas percibidos desde un sufrimiento que resuena en ellas como dolor, preocupación y amenaza, con el agravante de haber atravesado, particularmente algunas de ellas, vivencias de desatención por parte de los servicios públicos de salud.

Se identifican *similitudes* en *concepciones de salud familiar*, por parte de las mujeres de ambos grupos, quienes conciben la salud de los hijos e hijas como totalidad, como su bienestar, como proceso, como felicidad y como unidad. A su vez, las mujeres coinciden en significar a la enfermedad de sus hijos o hijas como lo peor, como dolor, así como preferir “*morir para no verlos sufrir*”.

Respecto a *diferencias en la forma de concebir a la salud y la enfermedad* por parte de las mujeres de ambos grupos, se advierte que, mujeres en situación de pobreza significan la salud de los hijos e hijas como orgullo de madres, así como significan a la salud y la enfermedad de ellos y ellas en lo monetario cotidiano, aparece la idea de la salud como complicación cuando aparece la enfermedad, y finalmente la idea de enfermedad de un hijo o hija como afectación al insumo que posibilita el trabajo cotidiano de ellos o ellas.

En cuanto a las concepciones familiares de mujeres de clase media se identifica un sentido de la salud y enfermedad de los hijos e hijas como la compleja tensión equilibrio- conflicto, una concepción de la enfermedad familiar como temor, así como la enfermedad familiar es significada como resiliencia de madres.

Se advierte así cómo, si bien en las concepciones de salud y de enfermedad personal y familiar de mujeres de ambos grupos sociales se reconoce una dimensión inherente a lo subjetivo, es en las concepciones de mujeres en situación de pobreza dónde resuena más una impronta ligada a su realidad y a sus condiciones materiales de existencia.

Para finalizar, consideramos que indagar en las concepciones sobre salud y enfermedad familiar permite acceder a las formas de pensamiento y representación que las mujeres madres ofrecen en relación a sus hijos e hijas. Entendemos que se trata de construcciones de sentido valiosas de ser consideradas por trabajadores de la salud, como punto de partida para todo diálogo que se quiera promover en pos de la protección de la salud integral familiar. Aspecto sobre el que volveremos en este trabajo.

Capítulo 7

CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD COMUNITARIA DE MUJERES

En lo que sigue, este capítulo se propone analizar las concepciones sobre salud y enfermedad en el plano comunitario. Interrogantes que orientan este análisis expresan: *¿qué concepciones de salud y enfermedad refieren las mujeres en el plano comunitario? ¿qué aspectos comunes y diferenciales expresan las mujeres de ambos grupos sociales en sus concepciones de salud y enfermedad comunitaria?*

Con el fin de exponer los componentes de análisis emergentes en esta dimensión se presenta la siguiente tabla (Véase tabla 8).

Tabla 8: Concepciones de salud y enfermedad comunitaria

DIMENSIÓN	CATEGORIAS	CRITERIOS DE COMPARACIÓN		SUBCATEGORÍAS
Concepciones de salud y enfermedad	Comunitaria	Concepciones comunes a ambos grupos sociales		Salud comunitaria como acceso a derechos y Estado presente
				Salud comunitaria como la tensión entre el bienestar ambiental y la contaminación
		Concepciones diferenciadas	Mujeres pobreza	Salud comunitaria como cuidados en la infancia
				Salud comunitaria para vivir, proyectar y trabajar
				Salud comunitaria como añoranza por "un barrio como antes"
				Salud comunitaria "es este playón en el barrio"
				Enfermedad comunitaria como consumos problemáticos y comercialización de drogas en el territorio barrial
			Mujeres clase media	Salud comunitaria como "el tener de mano propia los recursos sin que nadie los provea"
				Enfermedad comunitaria como obsesión por lo estético
				Enfermedad comunitaria como efecto de los medios y las redes
				Lo mental en la enfermedad de la comunidad

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

Cuando les consultamos acerca de qué era la salud de su comunidad, las mujeres de ambos grupos sociales discurren sus reflexiones en una diversidad de sentidos. En lo que sigue analizaremos los mismos atendiendo a aspectos comunes emergentes, así como a cuestiones diferenciadas entre los grupos.

Concepciones comunes de salud comunitaria

Consignamos a continuación aquellas concepciones en salud comunitaria comunes a ambos grupos de mujeres.

Salud comunitaria como acceso a derechos y Estado presente

Se reúnen aquí testimonios de mujeres de ambos grupos sociales que ofrecen sentidos sobre la salud comunitaria vinculados al lugar del Estado como garante en torno a derechos humanos que hacen a la salud, no sólo referidos a directamente a ésta, sino también inherentes a demás cuestiones esenciales al bienestar y desarrollo de la vida humana.

(...) (tener salud comunitaria es) *el acceso a derechos, ir al colegio, tener internet, hacer gimnasia, todo. Tener un proyecto de vida es tener salud* (...) (MC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC).

(...) salud comunitaria es que *cada uno tenga su espacio para poder manifestarse. Que se respete la dignidad de cada uno. La posibilidad de acceder a sus derechos. Asoció la salud en la comunidad con el concepto de equidad. Creo que el Estado es muy importante en este sentido* (...) (MC2. L. 40. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

(...) *Salud comunitaria (...) sería más que nada lo que nosotros hicimos, o sea (...) que todos los del barrio tengan sus derechos a tener su turno, tener un médico de cabecera que te venga tratando del principio (...) que te atienda como una persona, estando cerca de tu casa, y no que se tenga que ir al hospital a comerse otra enfermedad peor que lo que fue, o esperar cinco o seis horas para que te atiendan, porque si no es por una urgencia, si no estás con la pierna que te está colgando, no te atienden* (...) (MC1. P. 37 años. 4 hijos. RHGC-RCC- Trabajo en un hogar de cuidados. BJN.RC).

(...) *salud comunitaria es fundamental* (...) y ahora lo estamos viendo (...) *la salud es un acto político y no tiene nada de malo hablar de salud, de política (...) es una cuestión de Estado y si es súper importante, sino no estaríamos hablando de salud, tiene que ver con el otro, que el otro se cuida para mí y yo me cuido para él* (...) (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC.BC. LH).

Se advierte cómo mujeres de ambos grupos sociales le otorgan a la salud comunitaria un sentido enlazado a la salud pública y al compromiso del Estado en garantizarla. Se enuncia la idea del respeto a la dignidad de las personas, el generar condiciones de igualdad, de equidad, de oportunidades y de acceso a derechos. La dignidad humana, entendida como el reconocimiento de que toda persona, por el solo hecho de ser humana, tiene un valor intrínseco y merece respeto, protección y trato ético, representa un principio fundamental de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y del derecho constitucional en tanto la responsabilidad de los Estados a través de sus Constituciones Nacionales de reconocer, proteger y garantizar esos derechos fundamentales. Estos sentidos que las entrevistadas expresan se enlazan a la idea de una de ellas que la salud representa un acto político, lo que se interpreta como alusión a un posicionamiento determinado que un Estado debe asumir para salvaguardar la salud, la vida y la dignidad de las personas y promover su desarrollo social integral.

Los testimonios permiten pensar en la idea de un Estado presente en la salud pública con sentido comunitario mediante políticas públicas que garanticen el acceso a derechos integra-

les para el desarrollo de la vida, no centrados exclusivamente en la atención de la enfermedad, sino también involucradas con lo que tiene que ver con una vida plena, el mantenimiento y protección de la salud, la posibilidad de desarrollar proyectos de vida, generando oportunidades para las personas en igualdad de condiciones, velando el Estado por promover condiciones de vida justas y equitativas para las personas. Al respecto De Lellis (2006, p. 31) entiende que el enfoque de “las nuevas políticas públicas saludables” es aquel que se orienta a todo el ámbito social, rompiendo con la tradición que reduce políticas de salud exclusivamente al sistema sanitario, lo que lleva a considerar ministerios, secretarías o subsecretarías en las cuales se encuentran instancias de decisión en cuanto al trazado de políticas que inciden directamente en la salud de la población -y que no involucran sólo el área de salud- pero sí se relacionan con él, como las inherentes al trabajo, la educación, la vivienda, el bienestar y la seguridad social.

Si bien la mayoría de testimonios provienen de mujeres jóvenes de clase media, uno de ellos emerge de una de las mujeres en situación de pobreza, quién alude a la salud comunitaria como aquello que “nosotras hicimos”. Se infiere a partir de ello una concepción de salud comunitaria enlazada al plano del hacer, a una acción que la mujer significa haber realizado junto con otras. Cuestión sobre la que no se detiene aquí, pero que fue relatada en otro pasaje de la entrevista, y sobre la que se retomará más adelante en este trabajo. Interesa aquí su significado en torno a la salud comunitaria en tanto garantía de derechos que debe brindar el Estado, coincidiendo con las demás entrevistadas, pero ofreciendo su propio sentido en relación a cómo ello debe manifestarse en una atención de calidad integral, basada en un trato humano, apartada de la mercantilización, burocratización y la deshumanización que imperan en la salud⁷⁶.

Para pensar estas construcciones de sentido de las mujeres en relación a la salud comunitaria nos interesa recurrir a la idea de la construcción de ciudadanía. Al respecto, Saforcada (2022, p. 25) considera que:

la “*construcción de ciudadanía* (...) es un fenómeno que implica procesos psicoculturales (...) en los que están (...) implicados los procesos de subjetivación, intersubjetivación e interrelacionalidad por los cuales se accede a un sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, psicológicos, ambientales, culturales, salubristas, educacionales, económicos y jurídicos”.

Para el autor, en la vida cotidiana la construcción de ciudadanía involucra lo que a la gente le pasa o vivencia, formal e informalmente, en los campos de la cultura, la justicia, el trabajo, la salud y la educación, teniendo en cuenta que en todos ellos tiene el máximo relieve lo relacionado con los valores. Para Saforcada (2022) la vertiente psicológica que propicia la generación de ciudadanía se vincula con la cuestión de las creencias y valores que orientan el comportamiento humano. Se advierte así desde los relatos de las mujeres cierto ejercicio de ciudadanía, que se explicita en sus posicionamientos en relación a una valoración a la salud pública en tanto premisa que debe ser respetada y promovida por el Estado, para la dignidad de todos los ciudadanos y las ciudadanas.

El autor considera que en una comunidad hay más ciudadanía cuanto más tejido social e interacción abarcan los derechos y responsabilidades de las personas, y cuanto más se pasa de

76 Las demás mujeres entrevistadas del grupo en situación de pobreza no ofrecieron concepciones en salud comunitaria vinculadas al lugar del Estado o que aludieran a ella como un derecho. Se centraron en descripciones concretas de sus prácticas de acceso a los servicios de atención a la salud pública y las falencias del sistema. Testimonios que analizaremos en los capítulos destinados a las prácticas de SECA en este trabajo.

perspectivas individualistas a perspectivas de desarrollo humano integral. Perspectivas desde las que se promueve, según el autor, una “*ciudadanía integral*” como aquella que genera y sostiene una sociedad solidaria con un Estado integrador que busca satisfacer los intereses de las personas, sus familias, sus comunidades y la sociedad nacional toda en pos del bien común (Saforcada, 2022, p. 25).

Salud comunitaria como la tensión entre el bienestar ambiental y la contaminación

Mujeres de ambos grupos sociales coincidieron en relatos que expresan sentidos en torno a la salud comunitaria que señalan su ausencia al aludir a problemáticas de contaminación ambiental. Ello puede identificarse como realidad común a sus barrios, dos de la ciudad de Río Cuarto, próximos a las costas del río, en el que habitan familias en situación de pobreza, y el tercero, un barrio de clase media en la localidad de Las Higueras.

Así lo expresaban mujeres en situación de pobreza:

(...) Está el basural, pensar la salud desde ahí (...) hay mucha basura, los chicos viste que siempre van la basura porque están jugando y van los míos (...) y ¿yo cómo hago? (...) tiran de todo (...) los vecinos, y viene gente también (...) que vos ves que (...) tiran cosas (...) vienen con chatas con un acoplado (...) no es bueno para el barrio. (MC1. J. 26 años. 4 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

(acá con la salud en el barrio) al no pasar los regadores (...) uno se enferma de ese mismo polvillo o por ahí también no pasan los basureros y la gente quema la basura y ese mismo humo uno aspira y te hace mal (...) (MC1. D. 29 años. 2 hijos. RHGC. IM.RC).

(...) con la salud comunitaria... pienso ¿cómo lo cambias al tema de la basura?, porque para el fondo van los camiones con los contenedores de X y la gente va a sacar carne, ¡hay mira!, una chupaleta que (tenía) la nena mía y yo sentía un olor a podrido (...) pero ¿cómo haces? nosotros una vez quisimos hacer algo pero la gente (...) se enojó y dijo “si ustedes quieren sacar a los contenedores que traen la basura dennos un sueldo (...) para sobrevivir porque nosotros comemos de ahí” (...) Viste que el “x” “el x” (menciona dos supermercados), se rompió un paquete de masita, lo tiran en el contenedor, hay carne en mal estado, la tiran en el contenedor, los fideos, el arroz que se rompen los paquetes, los pañales, hasta toallitas femeninas, eso está 3, 4 días, por ahí cae la lluvia y está ahí, y después vienen y lo tiran ahí, al lado de la casa (...) y la gente está ahí, y la gente va al basural, sacan cartones (...) el mosquerío, los gusanos (...) y las madres que van ahí a trabajar y llevan los chicos. Sacan los cartones para un lado, si hay una caja con jabón, sacan el jabón, lo ponen para un lado, se llevan para la casa el paquete de azúcar que está roto, si hay cebollas, papa, ellos lo lavan, un tomate y una manzana, y comen todo eso (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC-RCC-Cría de animales. BIM.RC).

Los testimonios aluden a la presencia de basurales en sus barrios. Uno precisa que quienes desechan se dirigen hasta allí en autos particulares a los que en ocasiones se anexan pequeños acoplados, otro alude a camiones, exponiendo de alguna manera el monto de la basura que allí se deposita. Accedimos a su visualización en recorridas con las vecinas entrevistadas que permitieron advertir las dimensiones de estos basurales, mientras el primero podría entenderse como un microbasural al interior de la comunidad de La Cava, el segundo se erige en grandes extensiones de tierra al fondo del barrio Islas Malvinas.

Las mujeres remiten a los basurales como lugares que reúnen desechos, residuos y sobrantes de otros, sin ningún tipo de procesamiento, ni saneo previo, generándose en algunas oportunidades quemadas de las que emanan humos que llegan a sus hogares. Agregan que a ello se añade el perjuicio de la falta de ingreso a sus barrios de los camiones recolectores de la empresa local encargada del transporte de residuos, junto a la ausencia de camiones regadores de las calles, ambas responsabilidades del municipio de Río Cuarto.

Uno de los testimonios detalla la práctica de algunos vecinos y familias como “recuperadores informales” que realizan la separación diferenciada de residuos (lo que no se realiza previamente) en basurales que se van conformando linderos a sus viviendas, llevando a cabo un proceso en el que aparecen elementos que resultan significativos para resolver situaciones de su cotidianidad, como insumos útiles o comida.

Investigadores de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional (UNRC), estudian desde hace varios años esta realidad en la comunidad Islas Malvinas. Al respecto, Pizzi y Avaro (2017, p.3) advierten que el estudio de la problemática de los microbasurales en el asentamiento Islas Malvinas “permitió conocer que no todos los vecinos lo perciben como tal. Para algunos, es fuente de alimentación, para otros, son residuos que vuelven a ingresar al mercado como por ejemplo vidrios, papel, etc., y en algunos casos resulta un problema”.

Según Kenbel (2024) un relevamiento realizado en 2014 entre la UNRC y el municipio local identificó en la ciudad de Río Cuarto un total de 1692 personas (393 hogares) que dependen directa o indirectamente del cirujeo o de la recuperación informal de residuos como estrategia de sobrevivencia, advirtiendo que algunas familias llevan a cabo esta práctica desde hace tres décadas.

Cimadevilla y Carniglia (2015, p. 2) emplean el concepto de “cirujeo” o “recuperación informal de residuos” para dar cuenta de una “actividad a través de la cual un individuo o varios (...) se dedican a la recolección de elementos de desecho comercializables o reutilizables o consumibles, destinados a satisfacer necesidades básicas”. Desde su equipo de investigación han denominado “estrategias de sobrevivencia”; “culturas del rebusque” o “estrategias de subsistencia” (Kenbel y Cimadevilla, 2022, kenbel 2024) a estas prácticas, advirtiendo que se van mimetizando en el contexto urbano tornándose “naturales” (Kenbel, 2024, p. 252).

Bianco et al. (2013, p. 181) conceptualizan al “cirujeo” como “el trabajo informal de la basura tendiente a la supervivencia y autoconsumo, mediante la recuperación de materiales de desecho, para reincorporarlos al sistema productivo, realizado en condiciones de suma precariedad (...) determinando así un modo de vida propio”.

Estos autores consideran que el estado de salud de las personas depende, entre otros factores, de la interacción con el medio ambiente en que viven y se desarrollan. Atendiendo a ello, señalan que, en la práctica del cirujeo, los recolectores buscan entre los desechos mezclados y extraen aquellos recuperables, en contacto con residuos, la ausencia de elementos de protección y la posible presencia de elementos cortopunzantes o contaminados. De esta manera, la gestión de los residuos sólidos urbanos representa un alto impacto para la salud de los recolectores, así como un problema ambiental y sociosanitario, ambos objetos de consideración por parte de la Salud Pública (Bianco et al., 2013).

Lo relatado por uno de los testimonios nos permite pensar en la idea de una especie de “cadena nociva para la salud” para analizar prácticas que van configurándose desde larga data, incluso sucediéndose esporádicamente por acuerdos informales entre las partes, y que pueden resultar potencialmente perjudiciales para la salud personal, familiar y comunitaria.

Estos arreglos entre agentes comunitarios, algunos de los cuales se desempeñan como encargados de la disposición final de estos desechos, suponen acuerdos de palabra entre vecinos y familias para que se arrojen esas disposiciones en sus terrenos, en ocasiones en unos, y en ocasiones en otros, a los fines de realizar un reciclaje de base. Hecho que supone a las familias cierto ahorro de tiempo y esfuerzo al no tener que salir a buscar en recorridos de a pie o empleando algún transporte (sea en carro a tracción animal, moto, camioneta u otro), como es frecuente en el procedimiento de otros recuperadores informales que recorren la ciudad. Luego la práctica se focaliza en identificar qué materiales se destinan para una reventa, cuáles se reutilizan y cuáles aportan a resolver necesidades sentidas de subsistencia. Prácticas que en muchas oportunidades los exponen a riesgos, padecimientos y daños a su salud, siendo las personas que las llevan a cabo conscientes o no de ello.

El estudio ya mencionado de Bianco et al. (2013) analiza que los recolectores de residuos si bien cuidan su salud en lo corporal, no perciben como riesgoso el trabajo que ellos y sus familias realizan, ya en condiciones de extrema vulnerabilidad desde la precariedad de sus viviendas, sin servicios públicos como agua de red, la aglomeración de residuos próximos a sus hogares y el merodeo de animales.

En ese quehacer las familias separan los desechos, pudiendo aparecer cosas más utilizables y otras menos, operando un criterio donde lo que se puede reutilizar se reutiliza, ya sea comida, ropa, u otros. Una vez que se separa lo que tiene valor de reúso para estas personas (que en general no es lo que la clase media separa, como las botellas reutilizables o los orgánicos para compost, entre otros), está lo que se desecha. Al no procesarse eso que se rechaza se van conformando los microbasurales en los barrios.

Es importante reflexionar también, a partir de uno de los relatos, que probablemente de lo que la gente se lleva a su casa, no todo se encuentra en estado de putrefacción, considerando también que hay criterios de selección que se construyen sustentados en un quehacer realizado por años, que en general permite sopesar productos en buen estado de aquellos que no lo están⁷⁷.

El estudio de Bianco et al. (2013) concluye en la necesidad de “reconocer los efectos negativos para la salud relacionados con el trabajo de los recuperadores informales”, lo que significa que pensar la salud en ese sentido no se reduce sólo a interpretarla como limitada o producto de sus actividades particulares, sino a considerar a la pobreza y la desigualdad social como las raíces mismas de muchos factores determinantes de la salud que deben ser abordados (Bianco et al., 2013, p. 186).

Así como es posible pensar en la problemática de la salud en el plano de lo que afecta a los recolectores, es necesario pensarla también en términos de problemática ambiental que afecta a la salud del colectivo de vecinos y vecinas que viven próximos a dichos basurales.

77 Al respecto vale traer a la reflexión el hecho que, en un contexto de profunda crisis socioeconómica en Argentina, el desperdicio de alimentos se constituye en toda una problemática. En Argentina se pierden 16 millones de toneladas de alimentos por año. En el marco de una tesis de maestría, jóvenes entrerrianos crearon una aplicación cuya finalidad es promover la compra de alimentos próximos a vencer dentro de una fecha de uso segura con hasta 70 % de descuento. La App funciona a través de un mapa que muestra locales adheridos (supermercados, panaderías, restaurantes) pudiendo sus usuarios elegir “bolsas” con lácteos, frutas, verduras, panificados y otros productos frescos y retirarlos antes de las 20 hs. (<https://tn.com.ar/sociedad/2025/04/30/al-rescate-de-los-alimentos-y-el-bolsillo-compran-la-comida-que-esta-por-vencer-y-ahorran-hasta-un-50/>) https://www.ellitoral.com/internet-y-tecnologia/crearon-aplicacion-paga-compran-alimentos-vencer_0_ibQt3xN9.html https://tecnofidta.ar.messefrankfurt.com/content/dam/messefrankfurt-argentina/tecno-fidta/press-releases/2020/6_TF2021_OCT2020_Desperdicios_alimentos_ES.pdf

En consonancia con pensar esta problemática, uno de los testimonios hallados de una vecina de clase media de Higuera expresaba sobre la salud y la cuestión ambiental:

(...) para mí la salud es el ecosistema cuando las condiciones ambientales y los seres que viven ahí están en armonía (...) para mí eso es buena salud y eso es lo que no existe, y eso es la falta de respeto y hoy uno puede ver (...) en que el hombre interviene despiadadamente en la vida del otro o de los otros (...) El problema de la salud (...) tiene que ver (...) con la falta de consideración del otro (...) (porque) la salud de la comunidad es algo sistémico, tiene que ver con los comportamientos de los integrantes de la comunidad (...) si esas condiciones dependen de otro la cuestión cambia y eso es lo que pasa con los problemas ambientales, no lo decido yo para mí misma, sino cuando alguien con poder toma determinadas acciones sin pedir permiso, sin pedir opinión (...) entonces ahí se rompe la salud y lo más grave que yo veo es que cuando esa salud se rompe es todo falta de respeto hacia el otro (...). Yo encuentro que uno tiene que manifestar lo que piensa y lo que necesita y lo que quiere de la comunidad (...) y la salud (...) también es la salud social (...). Yo noto una falta de empatía de la gente (...) debo saber que ese grupo está padeciendo una desconsideración de otro grupo, creo que la salud social pasa por desprenderse de lo personal y chiquitito para hacerlo una cosa más comunitaria (...) (MC2. B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente nivel medio. BC. LH).

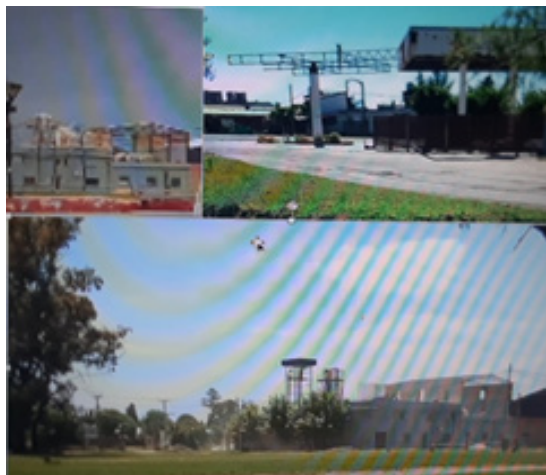
En este testimonio, la vecina de clase media, docente de nivel medio, ofrece una concepción sistémica de salud comunitaria, probablemente influenciada por su formación. Significa a la salud como aquella que no sólo depende de comportamientos o decisiones individuales, sino de un conjunto interrelacionado de cuestiones sociales (que podrían ser económicas, ambientales, políticas y culturales) que hacen de la salud un fenómeno social e integral. Vinculado con ello, Saforcada (2019b, p. 66) considera que “el proceso de salud humana es un fenómeno ecosistémico, por lo tanto, de naturaleza social, por esta razón la salud de cada persona (directa o indirectamente) depende, constituye, determina y condiciona la salud de los integrantes de los conglomerados sociales en que reside”.

Para el autor, una perspectiva ecológico-sistémica de la salud requiere observar el escenario en que la misma se presenta, reconociendo el encausamiento de los procesos que llevan a que determinado fenómeno o situación ocurra. Concibe que la salud integra una estructura sistémica que debe visualizarse en todas sus interacciones, desde la búsqueda de lucidez en base a información rigurosa y pensamiento crítico, lo que permitirá desentrañar las interacciones y el objetivo de las mismas en todos los niveles, desde los más visibles hasta aquellos más ocultos (Saforcada, 2019b). En este sentido, para el autor, en la vida de los países las causas de algunos fenómenos de salud son frecuentemente enveadas (con la intención de proteger a los responsables directos) por los responsables indirectos de la salud. Para comprender los fenómenos en salud Saforcada (2019b, p. 39) propone la expresión “campo de fuerzas específicas” para denominar a los espacios de interacción humana en los cuales se pone en juego el bien común contrapuesto a intereses sectoriales, los que en general encierran acciones reñidas con la ley, la moral o las buenas costumbres, así como el bienestar del común de la gente, activándose la dominación de un subconjunto de personas sobre otras.

Los testimonios, dan cuenta de lo planteado desde el autor, permiten visibilizar estos aspectos desde realidades que pueden leerse como comunes desde los sentidos que estas mujeres de ambos grupos sociales otorgan a la salud, cuando ésta se ve afectada por prácticas, muchas veces invisibilizadas. Los testimonios permiten identificar aspectos semejantes como: a) focos contaminantes en sus barrios b) la vulneración que terceros (que no viven en esos territorios)

realizan del saneamiento ambiental, contaminando con sus desechos y sus prácticas, y c) la afección a la salud integral de las familias de la comunidad.

Vinculado a ello, algunas vecinas significaban lo que para ellas es enfermedad comunitaria acompañando de imágenes:



(...) *la enfermedad comunitaria*, es (silencio) *el maltrato como respuesta y la manipulación a través del poder* (...) (acá muy próxima hay) una ex estación de servicio (...) enfrente había un bar que vivía haciendo asados (...) y la estación de servicio se viene a transformar (...) en un depósito de combustibles (...) tambores y tambores de sustancias, con residuos de petróleo (...) y al lado estaba chisporroteando el asado que se hacían, era muy pesado el olor a combustible (...) te generaba un revoltijo (...) *de la forma que realizaban este trabajo era inminente que un accidente iba a suceder* (...) *Un sábado tipo 7:00 de la tarde comienzan a descargar el combustible* (...) *empiezo a ver un río de combustible afuera, se había inundado toda la estación* (...) *el camionero puso en marcha el camión y se fue, no hubo una explosión porque tuvimos suerte*. Llamé a la ambulancia para que me llevaran al hospital (...) *yo estaba ahogada, me tuve que ir de acá dos días de la casa* (...) Esto fue en el 2012, el pasivo ambiental sigue, que es toda obra realizada (...) que el hombre ha modificado en el ambiente, se siguen produciendo cambios -al haberlo abandonado- que pueden llegar a ocasionar daños (...) al pasivo ambiental nunca lo han atendido, está cada vez más abandonado (...) otra de las cosas que yo encuentro jodidísima es la ruta que es ruta trasnacional, por esta ruta pasan camiones (...) pueden llevar sustancias contaminantes (...) hay momentos que hay olores a productos químicos (...) que contaminan enormemente, *y hay que involucrarse y ver lo que está pasando*. Lo que yo tengo acá detrás qué es la grasería (...) hacen una grasa más asquerosa que acá en la región no se consume (...) van recogiendo grasa vacuna ahí la juntan (...) y la funden, *y un día la gente se manifestó* (...). Lo otro es que en los Silos, qué son todos de chapa (...) el cereal que está dentro tiene sus etapas, lo recogen, los secan, cuando la humedad está en ciertas condiciones empieza a actuar la semilla (...) la germinación genera una enorme cantidad de temperatura (...) no tendrían por qué estar ahí, en el medio del pueblo, y el olor (...) la soja es proteína pura y cuándo viene el viento se va el olor a podrido de esas hojas podridas, es como si yo tuviera carne podrida en mi patio (...) y la cantidad de polvillo que genera al hacer el traspaso de un silo a otro (...) eso genera una alergia enorme a la gente que tampoco importa (...) y en los campos lo que ha pasado es que fumiga, van todo con los aviones y le llegaba a los vecinos del barrio X (...) y todo lo que vuela

del viento que levanta ,después lo que nos enferma, nos hace mal (...) (MC2. B. 64 años, 2 hijos. RHGC- Docente nivel medio. BC. LH).



Enfermedad comunitaria es la grasera. (MC1. C.51 años. 10 hijos. RHGC. VSE.LH.2E).

Sus relatos, y las imágenes que los acompañan, expresan un ejercicio de ciudadanía, a partir del cual manifiestan lo que piensan de lo que viven y necesitan en sus comunidades para el logro de una “salud social”, tal como dice la entrevistada de clase media, pensándolo como enfoque capaz de atender a las necesidades colectivas en salud de la comunidad. En lo referido al relato breve, proviene de una de las mujeres en situación de pobreza de la localidad de Las Higueras, que posterior a la entrevista remitió vía WhatsApp algunas fotografías que le pidió a uno de sus hijos que tome a partir de lo conversado en nuestro encuentro. Algunas para significar la salud y otras referidas a enfermedad. Tal como la que aquí se consigna, de la que, a partir de un breve texto significa como enfermedad comunitaria, en consonancia con los aportes de la otra entrevistada de clase media de dicha localidad.

Para pensar en este escenario, la Psicología Ambiental es la rama de la psicología que se ocupa del estudio de las relaciones entre el ambiente y el comportamiento humano, atendiendo a dimensiones individuales, sociales y culturales, a la influencia de las condiciones ambientales en el bienestar humano, así como al impacto de las acciones humanas en el ambiente (CorralVerdugo et al.; 2020, Günther, Pinheiro y Guzzo, 2019; Wiesenfeld, 2003; entre otros y otras).

Esta perspectiva de la psicología se vincula con la salud en diversos sentidos. Uno de ellos es el estudio las desigualdades en el acceso a ambientes saludables, a la salud comunitaria y a la justicia ambiental. Lo que se halla en relación a los testimonios analizados al advertir cómo la exposición a contaminantes puede asociarse a afecciones a la salud física de una comunidad.

En esta perspectiva, en Argentina Mozobancyk y Pérez Sobrero (2016) realizan un estudio en Villa Inflamable, una comunidad en el polo petroquímico de Dock Sud, prov. de Buenos Aires, expuesta a una alta contaminación ambiental, producto de industrias químicas, refinerías y depósitos de residuos tóxicos. El artículo explora cómo la percepción del ambiente contaminado afecta a la salud mental y física. Se identifican enfermedades respiratorias y dermatológicas, una realidad de estrés, ansiedad, miedo y desconfianza en las instituciones responsables y el sentimiento de “injusticia ambiental”, como aquel que deteriora el bienestar psicológico de los pobladores y las pobladoras.

Los autores definen a la salud como un fenómeno psicosocial que responde tanto a la exposición ambiental como a las percepciones, emociones y acciones colectivas de la comunidad. Atendiendo a ellas se considera la instancia en que las personas perciben el problema y construyen respuestas psicológicas impulsando estrategias comunitarias para visibilizarlo y exigir soluciones.

Por su parte Saforcada (2019) propone el concepto de enfermedad pública definiéndola como:

“aquella que involucra a toda la morbilidad humana que los poderes del Estado podrían evitar poniendo en juego los recursos de que disponen (económicos, tecnológicos, de conocimientos, humanos, etc.) en el momento o periodo histórico de que se trate pero que, no obstante, no impiden o se desentienden de hacerlo por negligencia o ignorancia o por razones espurias (corrupción, brindar protección a quienes o quien la genera esa situación, etc.)” (Saforcada, 2019b, p. 49).

Para el autor la enfermedad pública tiene su génesis vinculada al encubrimiento de los grupos de poder implicados y al desconocimiento por parte de la sociedad acerca de su existencia y sus procesos de desencadenamiento. Entre las vías que el autor considera que se genera *enfermedad pública* en la cotidianidad de los tejidos sociales, mencionamos algunas que identificamos en las problemáticas señaladas por las entrevistadas:

- *El espacio de la pobreza y las sistémicamente inseparables estrategias y formas de supervivencia desarrolladas por las personas, familias y comunidades inmersas en esa realidad.* En los testimonios surge la recolección de residuos, prácticas de cirujeo.
- *El espacio de los ambientes habitacionales, el hábitat familiar humano.* La enfermedad pública ocurre en estos casos, entre otros factores, a través de la contaminación del ambiente del hogar o del hábitat familiar (suelos contaminados, instalaciones precarias, carencia de servicios como agua potable, cloacas y luz; alto riesgo instalado del hogar y falta de percepción del riesgo por parte de adultos). Aspectos que advertimos en relación a la disposición de los residuos aledaños a sus viviendas, conjugados con demás factores mencionados por el autor.
- *El espacio de los ambientes urbanos, periurbanos, generales y barriales.* En estos ambientes, la enfermedad pública es favorecida por la presencia y manejo de residuos que resultan contaminantes y que están permitidas -por acción y omisión-; la falta de previsión; el asentamiento o desplazamiento de personas (voluntario o involuntario) en zonas contaminadas. Lo que se enlaza a los anteriores y se advierte en los testimonios de las mujeres.

Desde el punto de vista epidemiológico, el autor invita pensar en la enfermedad pública en términos no sólo de su costo económico y del obstáculo que significa para el desarrollo nacional, sino también el monto de daño y de sufrimiento humano que involucra y de lo que envuelve en cuanto a violación de los derechos humanos. En este sentido, con este apartado intentamos recoger el guante del llamado que hace el autor frente a los escenarios próximos a generar en sus poblaciones enfermedad pública, *“una misión éticamente ineludible para las ciencias de la salud es develar la realidad (de la enfermedad pública) trabajando con las comunidades (...) para poner en evidencia pública estos procesos (...) a costa de la salud de la población”* (Saforcada, 2019b, p. 48).

Concepciones diferenciadas de salud comunitaria

Las concepciones en salud comunitaria que emergen como propias de cada grupo social, y por tanto diferenciadas entre sí, se consignan en lo que sigue.

Concepciones de salud comunitaria de mujeres en situación de pobreza

A continuación, se presentan las concepciones en salud comunitaria inherente al grupo en situación de pobreza.

Salud comunitaria como cuidados en la infancia

Frente la pregunta por la salud comunitaria surge de los testimonios de mujeres en situación de pobreza la idea de pensar a partir de la presencia de enfermedad en la comunidad. En consonancia con ello algunos testimonios expresaban:

(...) salud de la comunidad (...) *entre todos tenemos que cuidarla, todos tenemos que ayudar para que los chicos estén sanos* (...) los niños están todo el tiempo descalzos, desabrigoados (...) (MC1. N. 36 años. 6 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

La salud del barrio está bastante jodida porque hay muchos nenes que no están cuidados, no les prestan atención (...) *padres que no tienen trabajo, que si no fuera por el comedor del colegio* (...) *por la copita de leche* (...) *no comen* (...) *te das cuenta que ellos no están bien de salud, que están flacos* (...) (MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC. RC).

(...) yo acá ayudo a dar la leche (se refiere al merendero) cuando los veo pienso “*qué flaquito que están, ¿comerán?,* (...) *¿los llevarán a control?*” (...) *cuando un niño le falta cariño uno lo ve, una es mamá también* (...) *ellos vienen y te tocan* (...) *para mí le hacen un daño psicológico enorme, es lo mismo que un chiquito vea que un papá está consumiendo droga o toma alcohol* (...) *después empieza a manifestarse de otra forma* (...) *esto es como una cadena* (...) yo pienso que *se lastiman la cabeza* (...) *les decís a las mamás de las nenas “vos las tenés que cuidar”* (...) *hay muchas chiquitas que a cualquier hora están afuera por la calle* (...) *en un lugar que entra tanta gente* (...) *porque viste que acá venden droga* (...) *entra gente de todos lados* (...) *y hay que cuidarlos* (...) (MC1. C. 28 años. 2 hijos. RHGC-TCP- TCC. VLC.RC).

Los testimonios piensan la salud en relación a la idea del cuidado y protección, y, en contraste con ello, desde una expresión coloquial la significan como “bastante jodida”, aludiendo al estado de cierto deterioro en que se encuentra la salud de la comunidad. Los relatos focalizan la idea de una salud comunitaria con un centrado interés en la infancia. Las entrevistadas parecen reconocer cómo la conjunción de ese momento del ciclo vital, en las condiciones sociales estructurales que conlleva la situación de vivir en pobreza, vulnerabiliza a los niños y a las niñas, demandando un lugar de mayor compromiso respecto de los cuidados que las familias y las comunidades deben asumir. Se advierte que los testimonios no señalan, respecto de esta realidad, un lugar de responsabilidad por parte del Estado en sus distintas jurisdicciones.

Las entrevistadas analizan distintas dimensiones de lo que sería la problemática de una salud comunitaria integral focalizada en las infancias.

Se reconoce una *dimensión macrosocial* que incide en lo microsocial de la vida barrial expresada en la falta de empleo por parte de familias, la realidad de los consumos problemáticos de algunos de sus integrantes, la instalación del narco menudeo en la dinámica cotidiana de la comunidad, entre otros.

Se agrega una *dimensión psicoemocional*, referida a como transcurren las vidas de estas infancias, directamente enlazadas a las consecuencias de las condiciones macrosociales recién mencionadas acerca de la realidad de los adultos. Muchos de los cuales, vulnerabilizados ante la misma se encuentran transitando situaciones de malestar, enfermedad, padecimientos subjetivos o consumos problemáticos, que imposibilitan un ejercicio consciente y responsable de las infancias a cargo.

Aspecto que nos permite ingresar a la *dimensión de los cuidados*, propiamente referida desde los relatos de las mujeres que, como correlato del escenario recién mencionado, va recalando perjudicialmente en las condiciones de salud integral de las infancias, viéndose vulnerado su derecho a un cuidado de calidad. Frente a ello, las entrevistadas describen dificultades por parte de adultos a cargo para sostener prácticas básicas de cuidado como la alimentación, la higiene o la consulta a profesionales, expresándose realidades de desprotección.

Salud comunitaria para vivir, proyectar y trabajar

Mujeres de comunidades en situación de pobreza consideraron a la salud comunitaria como algo que clave o principal ya que permite a las comunidades estar bien, ante todo para poder trabajar, poder proyectar y poder estudiar a quienes lo hacen.

(...) *la comunidad cuando esta sana trabaja (...) se trabaja* (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(...) para mí (...) la salud de la comunidad es algo que *tiene que ser lo principal para que uno pueda estar bien, para que uno pueda proyectar, estudiar, trabajar*, pero por ahí veo mucho (...) en este barrio mucha *falta de salud mental* (...) depresión, problemáticas de la salud mental, ansiedad, gente con obesidad, problemas alimenticios de distintas edades (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

Si bien los testimonios de mujeres en situación de pobreza coinciden inicialmente en valorar a la salud y para qué es clave en la vida de la comunidad, en sintonía con la idea de salud personal como necesaria para trabajar y proyectar que surgió en mujeres de ambos grupos, se señala aquí, el contraste respecto de lo que se halla en la comunidad. A la idea de salud para trabajar, proyectar y estudiar, se contraponen la presencia en la comunidad de problemáticas psicosociales referidas a la salud mental desde el plano de padecimientos subjetivos, sufrimiento psíquico, y manifestaciones del malestar y la enfermedad en distintas etapas del ciclo vital por el que transitan las personas de la comunidad.

En consonancia con ello Ardila y Galende (2011), reflexionan desde la salud mental comunitaria, entendiendo que los trastornos mentales afectan en el sujeto su capacidad social, condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común y desarrollar habilidades para generar vínculos satisfactorios. Problemáticas que, junto con otros padecimientos de la salud, afectan la salud comunitaria, tal como menciona el testimonio. Por su parte, Stolkiner (2024) entiende que la categoría de sufrimiento psíquico es una de las dimensiones de análisis centrales de la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/ atención/cuidado, en una época particular donde la producción de sufrimiento psíquico se ve agudizada junto con la corrosión de lo común expresada desde las políticas públicas y la función que va asumiendo el Estado en relación a los derechos.

Salud comunitaria como añoranza por “un barrio como antes”

Una vecina adulta mayor de una comunidad en situación de pobreza ofrecía sus significados sobre la salud comunitaria remitiendo a la idea de una “linda salud” que reconocía, había existido en un tiempo pasado en su comunidad:

(salud de la comunidad) (...) *que sea un barrio más sano, más unida la gente (...) como antes, antes era re tranquilo el barrio (...) antes era mucho mejor, ahora no porque no se puede estar tranquilo, no se puede dejar nada afuera, te pueden robar (...) se sienten muchas cosas, autos, motos que van y vienen, tiros (...) una linda salud es que se compusiera el barrio, todos tranquilos, que no se vendiera “esa porquería” (...) poder estar todos unidos, antes estábamos bien, todos juntos, con charlas, tomamos mate hablábamos, hacíamos reunión de cumpleaños divertidas (...)* (MC1. M. 66 años. 4 hijos. RHGC. VLC. RC).

Para interpretar este testimonio recobra sentido la metáfora del “tiempo pasado fue mejor”, dado que ese tiempo histórico al que remite la mujer fue un tiempo de unidad que ella enlaza al bienestar comunitario, ofrece la sensación de cierta salubridad, tranquilidad. La posibilidad de estar juntos entre los vecinos, conversar, intercambiar sobre la vida misma, compartiendo y celebrando la vida. El campo de la psicología comunitaria Latinoamericana ha propuesto para pensar estas cuestiones conceptos desde perspectivas psicosociales como comunidad, el sentido de comunidad, la pertenencia, la interrelación, la idea de cultura común, la identidad comunitaria, como construcciones que aluden a la idea de un grupo humano interrelacionado, que construye un sentido de pertenencia, de unidad, donde hay cierta cohesión entre sus miembros, conocimientos, circunstancias de vida compartidas a partir de la generación de redes de apoyo social, donde la dimensión del conflicto y la segregación también se considera en esos procesos (Ante Lezama y Reyes Lagunes, 2016; Krause Jacob, 2001; Montero, 2004; Villa y Rodríguez, 2022, entre otros y otras).

La mujer de 66 años, expresa “una linda salud es que se compusiera el barrio”, empleando un adjetivo que frecuentemente se liga a la idea de componer y restaurar la salud perdida. Se infiere así que ella piensa la salud comunitaria como algo que debe repararse porque hay allí algo del orden de lo dañado, lo descompuesto o lo roto, y que es necesario arreglar, restablecer comunitariamente en el presente. Su testimonio enuncia elementos vitales para un bienestar comunitario, como la unión, la calma, el encuentro dialógico, el compartir, desde el anhelo por una vida compartida en comunidad. No piensa en términos de individualidad, sino colectivo, con otros y otras para la celebración compartida de la vida.

Salud comunitaria es “este playón en el barrio”

Del grupo de mujeres en situación de pobreza, tal como mencionábamos en una categoría anterior, una de las entrevistadas, posterior al diálogo y al encuentro realizado en el marco de la entrevista, envió vía WhatsApp algunas fotografías más, que, con la ayuda de uno de sus hijos tomó a partir de lo conversado en nuestro encuentro. Mientras algunas significaron enfermedad, una de ellas muestra un playón con aros de básquet y arcos de fútbol que se ubica en su barrio, próximo a su vivienda. Imagen que acompaña de un breve texto en el que agregaba:

“salud comunitaria es este playón en el barrio, donde los chicos pueden jugar y se divierten”. (MC1. C.51 años. 10 hijos. RHGC. VSELH.2E).



Si bien la entrevistada no agrega más que lo señalado, su escueto sentido sobre la salud comunitaria permite advertir que la está pensando a partir de colocar el foco en un aspecto que considera a lo positivo de la salud, a promover el bienestar integral de las juventudes e infancias de dicha comunidad. Siendo una cuestión que se diferencia de los demás testimonios que se focalizaban para pensar la salud a partir de lo dañado de la comunidad.

Al respecto Saforcada et al. (2010, p. 95) propone el término, ya mencionado al inicio de este trabajo, de “salud positiva” referida a aquella que se orienta a aportar a los procesos que logran que las personas que están sanas sigan manteniéndose en tal condición. Se trata de un enfoque que exige apartarse de una perspectiva centrada en la enfermedad y su tratamiento, para posicionarse estratégicamente en una perspectiva social-expansiva sustentada en proteger y promover salud de las personas en los distintos momentos del ciclo vital en clave de derechos humanos. Su intencionalidad es mantener y mejorar las condiciones de buena salud de las poblaciones, incidiendo en el bienestar y desarrollo salubrista de ellas. Aspectos que, de acuerdo a los autores implicaría partir del fortalecimiento y puesta en acción de los recursos de la comunidad en armonía con un uso eficaz de los dispositivos de salud que dispone el Estado, atendiendo puntualmente al plano de las políticas públicas que ello supone.

Enfermedad comunitaria como consumos problemáticos y comercialización de drogas en el territorio barrial

Una cuestión recurrente expresada por las mujeres en situación de pobreza para significar la enfermedad comunitaria es lo que ellas refieren como “la presencia de la droga”, lo que pudo reconocerse en los tres barrios de estudio. No sólo aluden a ella en términos de enfermedad, sino también refieren al reconocimiento en sus territorios de lo que describen como puntos de venta minorista e ilegal de drogas.

(...) hay muy mucho consumo de droga (...) gente Joven (...) chicos vendiendo droga a 300 pesos por día (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RCC. IM.RC).

(...) Acá todos se dedican a eso (viene hablando de la venta de drogas) (...) para ellos es como un hábito (...) acá cada cual hace su vida (...) (MC1. C. 28 años. 2 hijos. RH-GC-TCP- TCC. VLC.RC).

(...) chicos que (...) años atrás estaban bien que hoy los ves y no están bien porque han agarrado la droga, están en la calle (...) nadie les da una ayuda (...) eso para mí les come el cerebro (...) chicos de 12, 13 años (...) acá entran (...) hasta las ambulancias vienen a comprar, las ambulancias que después las llamas y no vienen (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

(...) la salud comunitaria (...) la veo mal (...) hoy en día vos ves los niños de 14 años, los chicos más grandes se están drogando o están robando (...) hay muchos que no tienen el apoyo de los padres (...) nos hemos criado con chicos de ahí de la esquina cuando eran niños eran chicos sanos, estudiantes que iban con nosotros a la escuela, y mira cómo están ahora, muy mal (...) los otros días a mi hermano no lo habían reconocido y le quisieron robar (...) hay (...) chicos de esos que no tienen apoyo de la familia (...) muchos chicos (...) que los maltratan, y es por eso que hay muchos chicos que van por ese camino, que es lo que aprenden, lo que ven, que no, no tienen otra solución (...) (MC1. M. 31 años. 4 hijos. RHGC-RCC-TCP. BJN.RC).

(...) yo siempre les he dicho, les he hablado así viste, la salud, lo que es no andar con malas juntas también (...) ahora hay muchas cosas (...) la droga (...) (MC1. M. 66 años. 4 hijos. RHGC. VLC. RC).

(...) veo mal que hay mucha droga en el barrio que puede afectar a mi hijo que está en la preadolescencia, es horrible eso. (MC1. T. 30 años. 3 hijos. RHGC-TCC. BJN. RC).

Los testimonios ofrecen elementos a partir de los cuales las mujeres dan cuenta de una realidad compleja que no sólo alude a la problemática del consumo, sino también a la venta minorista de sustancias como moneda corriente en sus comunidades. Expresan que esta realidad afecta principalmente a los jóvenes, desde un consumo que interfiere en sus vidas, y que las mujeres significan como contraste de aquellos niños que fueron.

Se menciona la venta de sustancias, lo que desde una mirada punitivista y estigmatizante se denominaba como “narcomenudeo” (Angles, 2008), expresión interpelada desde un enfoque de derechos, comunidad y salud integral por su asociación a una lógica penal centrada en la persecución del eslabón más bajo de la cadena, invitando a considerar la problemática dentro de las tramas socioeconómicas de las comunidades, sus dinámicas y circuitos de economías informales e ilegales.

Las mujeres reconocen cómo, a partir de esa realidad los barrios se han convertido en terreno de ingreso y egreso permanente de personas externas a él, mencionan como, paradójicamente, incluso ambulancias que, cuando son requeridas por el servicio que deben brindar, no ingresan a sus barrios, sí lo hacen con el fin de adquirir estas sustancias.

Bustos y Bracamonte (2025) consideran que, en nuestro país, a partir de la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental (Resolución 2177/2013) se impulsa un cambio de paradigma en las políticas públicas sobre consumos, basado en un modelo comunitario y de derechos humanos, en contraposición a, los hasta entonces vigentes, enfoques abstencionistas, punitivos y hospitalocéntricos. Desde este nuevo paradigma se comprende al consumo como una problemática social, multidimensional y situada, que requiere abordajes integrales, intersectoriales y territorializados (SEDRONAR, 2021).

Para las autoras, los consumos problemáticos se sitúan como parte de una trama social compleja, en una sociedad desigual, medicalizada y punitiva. En este escenario, el paradigma contemporáneo, centrado en la reducción de daños, la perspectiva de derechos, de género y

un enfoque interseccional, propone una lectura compleja sobre las problemáticas de consumo.

Dicha lectura, en coordenadas sociales, culturales y de época, advierte que las prácticas de consumo no pueden ser aisladas de lógicas neoliberales, capitalistas y mercantilistas, que van impregnando los sentidos y las prácticas cotidianas de las personas, y que conducen a comprender las problemáticas vinculadas al uso de sustancias como problemáticas sociales (SEDRONAR, 2021) que irrumpen y atraviesan los espacios familiares, educativos, laborales y comunitarios (Bustos y Bracamonte, 2025).

La sociedad de consumo con su lógica rechaza y excluye a aquellos que no cumplen con las expectativas que promueve. En este escenario, el consumo de sustancias aparece en los jóvenes como aquello que les ofrece la sensación de pertenencia, de ser alguien a nivel social, aquello que les permite satisfacer necesidades creadas por el mercado, de manera rápida e inmediata. Consumos que aparecen también en las sociedades contemporáneas como parte de momentos de felicidad, de festejo, de alegría, así como para alivianar angustias, preocupaciones y malestares.

En este escenario, es necesario comprender que, en la actual sociedad de consumo todas las personas son consumidoras, pero no todas devienen en consumidores problemáticos. De manera que los consumos de sustancias constituyen hechos dinámicos que en algún momento pueden tornarse problemáticos por alguna razón específica o por una multiplicidad de razones, que dependen de las trayectorias personales, de las historias biográficas de las familias, de los contextos sociales, así como de diversas cuestiones propias de las personas (Decca, 2024; Bustos y Bracamonte, 2025).

Realidades frente a las cuales es clave diferenciar entre uso, abuso y adicción en las prácticas de consumo, lo que requiere analizar en base a qué sustancias específicas son las prácticas de consumo, así como a las frecuencias con la que se consumen, la implicancia a nivel biológico, fisiológico y social (SEDRONAR, 2023a).

Existen consumos más estigmatizados que otros, y esos estigmas se vinculan con las representaciones que circulan socialmente sobre los consumos y el papel que ocupan los medios de comunicación como moduladores de interpretaciones que hacen de los consumos. En este sentido, las construcciones de sentido sobre los consumos dan cuenta que no se mira de la misma manera al consumo en sectores populares que al de otros sectores sociales, si son mujeres o varones, si es mujer y madre, o si el consumo es en las juventudes y adolescencias, así como en otras edades del ciclo vital. Bustos y Bracamonte (2025) expresan que muchas veces las representaciones sociales sobre quienes consumen sustancias se traducen en prácticas discriminatorias y punitivistas, así como se vinculan a modelos hegemónicos de abordaje que culpabilizan a las personas, sin interpelar el rol de las instituciones, ni los estigmas que circulan.

En síntesis, los testimonios de las mujeres invitan a leer la problemática en clave social, reconociendo como los grupos más vulnerabilizados son los más estigmatizados socialmente por los consumos, como el mismo sistema ha favorecido que se instalen, no sólo las prácticas de consumo sino la comercialización de drogas. En una trama socioeconómica marcada por la exclusión, las economías informales e ilegales de sustancias aparecen para los jóvenes que no encuentran oportunidades en sus vidas como única salida.

Por otro lado, atendiendo a lo planteado, consideramos que cualquier práctica de consumo debe ser, necesariamente, leída en su complejidad, atravesada por todas estas lógicas, siendo clave asumir una mirada relacional que busque comprender los vínculos que las personas

establecen con las sustancias (SEDRONAR, 2023b), interpelar el lugar del consumo en la vida de las personas, considerando sus trayectorias, cómo afecta e interfiere en sus proyectos, qué posibilidades de problematizar ese consumo ha tenido esa persona en su entorno, en su familia, y qué posibilidades de recibir acompañamiento ha experimentado.

En una realidad compleja, heterogénea y cambiante el nuevo paradigma invita a considerar las estrategias de cuidado para los consumos problemáticos como responsabilidades compartidas, colectivas, comunitarias y en red, que involucren al Estado, las instituciones de salud y educación, a referentes barriales y, a los entornos afectivos, sin depositar en las familias el mandato de su resolución (SEDRONAR, 2023b; Decca, 2024; Bustos y Bracamonte, 2025).

Concepciones de salud y enfermedad comunitaria de mujeres de clase media

En lo que sigue se presentan las concepciones de salud y enfermedad comunitaria que refieren mujeres de clase media.

Salud comunitaria como “el tener de mano propia los recursos sin que nadie los provea”

Se advierten testimonios que aluden a la idea de la salud comunitaria como satisfacción de necesidades por la propia resolución de sus involucrados e involucradas.

(...) La comunidad está sana o tiene salud cuando puede satisfacer o ha satisfecho sus necesidades básicas, alimentación, vivienda, vestimenta, cuándo puede trabajar, cuando puede hacer frente a sus necesidades, cuándo pueden tener de mano propia sus recursos sin que nadie se los provea, cuándo pueden pelear o luchar por lo que quieren y lo obtienen, cuándo han podido formar una familia y tienen vínculos sanos con esa familia, es decir la comunidad va a evolucionar mejor si accede a todo esto (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

La entrevistada expresa inicialmente un sentido sobre la salud comunitaria referido a un plano social explicitando que una comunidad posee salud cuando sus necesidades, inherentes a derechos humanos básicos e inalienables como alimentación, vivienda y vestimenta, están resueltas. Incluye allí a la idea de contar con trabajo y poder desempeñarlo, lo que permitiría la resolución de las necesidades a partir de las propias capacidades y recursos, sin requerir de otros que los resuelvan.

La disquisición de la entrevistada “*la comunidad (...) tiene salud cuando (...) pueden tener de mano propia sus recursos sin que nadie se los provea (...)*”, interpela este análisis al no especificar ese “nadie”, permitiéndonos pensar que se hace alusión al lugar del Estado, en el sentido que éste no debería interceder o mediar en la resolución de necesidades básicas y elementales para la vida y la salud de “las personas”. Si su testimonio marchara en ese sentido, interesa pensar en torno a él. Podríamos interpretar que su lectura de la salud comunitaria se expresa atendida a su realidad de clase media, desconociendo las condiciones de existencia de los grupos humanos más desfavorecidos de la sociedad y el rol que un Estado debe ejercer en un sistema democrático pleno.

Las personas, al expresar sus cosmovisiones del mundo y sobre ciertos temas que hacen a los grupos humanos y la realidad social, expresan sus sentidos y muchas veces, conscientes o inconscientemente, dan cuenta en sus relatos de sesgos de clase social. Al respecto, Cook (2017) realiza un estudio cualitativo desde una perspectiva fenomenológica en la región sur de Estados Unidos, con consejeros profesionales en salud mental a partir de sus experiencias con usuarios de ese servicio, indagando en el clasismo y en el uso de un lenguaje que expresaba sesgo de clase social. La autora considera que los sesgos pueden transmitir mensajes que menoscaban las experiencias, visiones del mundo y valores de los grupos no dominantes.

En el estudio la autora identifica cómo se dinamiza en los testimonios de sus entrevistados la meritocracia en tanto “una creencia marcadamente de clase media según la cual, si las personas trabajan lo suficiente, pueden alcanzar sus metas económicas” (Cook, 2017, p. 17). Idea que se advierte vinculada al testimonio de la entrevistada, según la cual habrá salud para las comunidades siempre y cuando logren sus propósitos a partir de sus propios recursos, expresando un mensaje socialmente arraigado en amplios sectores de clase media argentina que comulgan con esta idea en relación a grupos sociales más desfavorecidos.

El relato de la entrevistada, desprovisto de toda mención al Estado como responsable de garantizar derechos sociales básicos, y al colocar el eje en la gestión de recursos propios para una buena salud, nos aproxima a la creencia en la meritocracia, enlazada a un aparente desconocimiento de las estructuras político-económicas que operan en las tramas de toda sociedad. Razonamiento que no logra reconocer que, más allá de los esfuerzos personales y familiares, esas tramas colocan a algunas personas en coordenadas de privilegio “que a menudo inclina la balanza del éxito económico a favor de quienes nacen en grupos con más poder, privilegios y recursos” (Staton, Evans y Lucey, 2012, citados en Cook, 2017, p. 20), mientras que a otros los confina a las desventajas de la más extrema pobreza, por más que trabajen extensas jornadas. Así las marcas de la desigualdad van haciendo mella en sus vidas. Aspectos sobre los que retomaremos avanzado este trabajo.

En sintonía con esta idea, Ardila y Galende (2011) consideran que este escenario es posible por el impulso que los valores del mercado dieron al individualismo, construyendo un sujeto consumidor, dedicado a un éxito personal y económico, que cree que sus logros sólo son fruto de su desempeño individual. El liberalismo presentó esta cultura del individualismo como un valor absoluto y una utopía de igualdad, “dedicados a su propia vida cada individuo puede prescindir de la solidaridad (...) Esto funciona bien para los más ricos de la sociedad, que pueden prescindir de la solidaridad y la desigualdad no es su problema. Para los más pobres la desigualdad, con sus consecuencias prácticas, configura su destino (...)” (Ardila y Galende, 2011, p. 49).

Para Stolkiner (2024) las dimensiones sociales que representan el individualismo y la mercantilización, son obstáculos a la vida en común y han contribuido a la desaparición de la vida comunitaria como experiencia y a la solidaridad como valor de los vínculos con los semejantes. Para la autora en el siglo XXI las posiciones neoconservadoras representan una vuelta a las tradiciones androcéntricas, patriarcales y racistas, para recuperar un modelo de naturalización del sometimiento basado en el rechazo y el odio a lo que se excluye, derivando a lo privado responsabilidades que son sociales y comunes. Para garantizar la acumulación sin freno se debe acabar con las funciones redistributivas, de garantía de derechos sociales y reguladoras de los Estados, y fortalecer las coercitivas, fomentando además el conflicto y la violencia entre pares, promoviendo un proceso que tiende a la fragilización de las redes de la trama social.

Finalmente, el relato de la entrevistada expresa una deriva que coloca el eje de la salud comunitaria en un plano de demanda colectiva por lo que se anhela, no quedando claro a quien se reclama si no se hace mención al Estado y si son los ciudadanos quienes deben proveerse

por sus propios medios. El relato agrega a la idea de “comunidad sana” la necesidad de vínculos humanos saludables, confluyendo en que todo ese conjunto propiciaría una “evolución” comunitaria, en término de su “mejoría” o transformación de sus condiciones.

Enfermedad comunitaria como obsesión por lo estético

Una entrevistada de clase media caracterizó a la enfermedad comunitaria identificándola en su grupo social, significándola como fisuras y carencias de las personas que se expresan en preocupaciones excesivas por el trabajo, el dinero y lo estético, reconociendo que se trata de cuestiones interrelacionadas entre sí, dónde principalmente el culto por lo estético puede reconocerse como generador de malestar, de preocupación, estrés, de enfermedad mental, ataques de pánico o depresión.

Enfermedad en un plano comunitario (...) quizás están muy preocupados por esto del trabajo, por el dinero o por lo estético (...) hay muchas fisuras y muchas carencias, depende los contextos y las comunidades según donde estén ubicadas las personas (...) de hecho esto estético, y del trabajo, y del dinero, que todo se combina, y llegaste a una enfermedad, yo lo veo en mi trabajo, que trabajó en un gimnasio y en una clínica, en la clínica veo mucha enfermedad de la Salud Mental, preocupación del estrés, ataques del pánico, depresión. En el gimnasio veo una preocupación constante por el cuerpo al punto de la enfermedad, y de la obsesión de las miradas, de cómo me miró, de cómo me mira el otro, las transformaciones físicas que hacen las personas a muy temprana edad, pero no desde el punto de entrenar por salud (...) se entrena para tener un cuerpo perfecto (...). No quiero ser prejuiciosa con esto, creo que cada uno hace lo que quiere con su cuerpo, pero deja de ser saludable cuando te haces una transformación de todo, desde la boca, desde los ojos de la cara, desde la nariz, de todo, a una temprana edad. Chicos jóvenes y chicas jóvenes transformarse para verse extremadamente lindos desde sus cánones de belleza, todo termina siendo como una obsesión (...). Pienso como el concepto de salud cambia de un grupo social a otro (...) lo que es el concepto de salud y enfermedad en el contexto que vivo, observé por ahí cómo la atención de los jóvenes va dirigida (...) al buen físico, cada vez más se ve la preocupación por lo estético cómo si eso fuera salud (...) la transformación del cuerpo físico al extremo, al aplicarse... desde muy temprana edad modificarse el rostro con botox o ácido hialurónico, las pestañas se cambian ahora, no son propias, aparte de las extensiones que ya tienen en su pelo, y como que la enfermedad en este contexto es como que “no estoy conforme con lo que soy”, eso sería la enfermedad comunitaria en este grupo social, hablo de la clase media, de la clase media alta con posibilidades quizás de hacer ese tipo de tratamientos. Pero la enfermedad es esa preocupación por mantenerme delgado lindo o linda (...) porque hay un modelo, un patrón bastante marcado del cuerpo, de los cuerpos masculinos, femeninos (...) que representan el “ser lindo”, “estar linda”, “el ser delgado” (...) “la juventud eterna”, “el cuerpo perfecto” (...) Hay parte de la comunidad en la que yo vivo que creo que se quiere revelar ante eso, creo que es un grupo de comunidad más joven, tenés dentro de la juventud los que son de 19-20 para abajo (...) quieren rebelarse porque no les gusta, porque ellos se sienten que no encajan (...) este tipo de cuerpo es el “cuerpo que vende”, el “cuerpo que se consume” y eso me parece importante, que existan estos otros grupos donde puedan romperse sus prototipos que no son ni de salud, no son sanos, tampoco son enfermos, pero son extremos (...) (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN. RC).

La entrevistada se detiene en la cuestión de lo estético, como un mandato desde cánones de belleza que se instalan en el contexto contemporáneo. Advierte como se expresa en un

grupo social de clase media y media-alta, que puede acceder a tratamientos con ciertas características. En este grupo hay una preocupación por la mirada externa, de otro, sobre el propio cuerpo, la entrevistada enuncia cómo a partir de ello se generan obsesiones en las personas que expresan una disconformidad con lo que se es, y que conllevan, en edades tempranas de la juventud, a transformaciones físicas que no emergen de cambios integrales de salud, sino de duros entrenamientos cuya meta es la perfección del cuerpo. En esta carrera sin fin se juegan las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos estéticos, las dietas para bajar de peso, calando estos imperativos en el bienestar de quienes los padecen.

Vinculado con ello, Frison et al. (2019, p.3) se preguntan “¿cómo atraviesan a los jóvenes los ideales culturales actuales en los que priman el consumismo, la devaluación del futuro y la dimensión estética de lo corporal?” Entienden a la adolescencia, como momento de la constitución psíquica que implica transformaciones, donde lo nuevo provoca el desorden de lo establecido para dar lugar a nuevos elementos en la producción de subjetividad. En este momento el cuerpo se torna escenario privilegiado cuando aparecen marcas que obstaculizan la metabolización de dicha novedad.

Los autores entienden que en esta época en particular el cuerpo se ha convertido en objeto de culto, donde la complejidad dada por la confluencia de la realidad psíquica y los modelos identificatorios de este tiempo, permiten pensar que las marcas que se producen los adolescentes en sus cuerpos a veces tienen el valor de una escritura, pudiendo constituir modos de tramitar un duelo, poniendo de manifiesto un dolor o resultar también una búsqueda de envoltura, una señal de existencia.

Laughter et al. (2023) consideran que la percepción de la belleza es fluida dentro de la sociedad y puede transformarse en función de las prácticas culturales y la interacción social, así como a la influencia de la exposición a redes sociales, que lleva a los usuarios a revisar su apariencia constantemente y encontrar defectos en esa apariencia virtual percibida.

Los autores expresan que diversos estudios han demostrado que el uso frecuente de las redes sociales puede conducir a ideales de imagen corporal poco realistas, a una preocupación significativa por la apariencia y a la ansiedad. Junto con ello, expresan que la exposición a las redes sociales puede intensificar la insatisfacción con la imagen corporal, articulándose la adicción a las redes con un trastorno dismórfico corporal (TDC).

Villafranca et al. (2024), en el marco de un estudio para determinar la presencia del TDC en pacientes que acuden a clínicas estéticas en países latinoamericanos (Chile, México, Argentina y Colombia), llaman trastorno dismórfico corporal (TDC) a un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por la preocupación persistente por defectos inexistentes o menores en la apariencia física. Para Laughter et al. (2023) el TDC puede traer aparejadas comorbilidades como la depresión y los trastornos alimentarios. Ello, sumado a un consumo excesivo de las redes sociales puede aumentar la preocupación por los defectos de imagen imaginarios entre los pacientes con TDC, lo que los lleva a buscar procedimientos en cirugías plásticas y estéticas.

García-Bernal et al. (2022) advierten el creciente interés en nuestra sociedad por las intervenciones estéticas y por alcanzar estándares de belleza perfectos. Los autores consideran que este escenario se relaciona con la salud mental de las personas que son subsumidas por estos cánones en la actualidad. A partir de la revisión de diversos estudios advierten que la mayoría coincide en que el alto consumo de técnicas estéticas se asocia a una alta prevalencia de trastornos límite de la personalidad, alta impulsividad, altos niveles de ansiedad, baja autoestima percibida y TDC.

En este escenario, Gonçalves (2024) nos aproxima a otro concepto que expresa la problemática de este tiempo, la autora se refiere a la *cosmeticorexia* definida como la obsesión por el cuidado y el exceso de uso de productos cosméticos. Advierte que en los últimos tiempos puede reconocerse una tendencia entre preadolescentes y adolescentes a un cuidado excesivo de la piel, ligada a la utilización de productos como serum, ácidos y cremas anti-edad que no están prescritos por los médicos para edades tempranas y que pueden dañar la piel.

La autora reflexiona sobre la adolescencia como una crisis profunda donde se juega una identidad que se va construyendo y el cuerpo aparece como central en este proceso. Ser como los otros y hacer lo que hacen en las redes sociales es parte de la búsqueda de esa identidad. En este contexto la pandemia fue un catalizador que profundizó esta tendencia, donde, en el encierro, la mayoría de los jóvenes se abocaron a las redes sociales, donde se instalan estos cánones de imagen y cuerpo perfecto.

Atendiendo a este escenario, Leiro y Carbia (2024) desde una mirada de género, plantean que las mujeres recurren a productos y servicios que van desde simples cosméticos, como las cremas antiarrugas, las anticelulíticas, los tintes para el cabello, el lápiz labial y las fajas, hasta las estrategias no quirúrgicas, como las dietas, los entrenamientos y la vestimenta.

Muchas de ellas optan por consumir fármacos supresores del apetito, aplicarse cremas aclaradoras de la piel, someterse a procedimientos invasivos riesgosos e incluso prohibidos para modificar y “mejorar” su aspecto físico, como la aplicación de sustancias que no son de uso médico, o realizarse intervenciones quirúrgicas como el lifting, la liposucción, los implantes de glúteos o de senos; prácticas que consisten en poner o quitar, cortar o alargar, aumentar o reducir, prescindir o agregar, aclarar o broncear, alisar o enrollar, aprisionar o liberar partes del cuerpo, las cuales en muchos casos han puesto en riesgo sus vidas y han llevado a muchas otras a la muerte.

Para pensar en ello los autores proponen el concepto de “violencia estética” de Esther Pineda (citada en Leiro y Carbia 2024, p. 100) quien acuñó el término para visibilizar las presiones y las formas de discriminación que experimentan las mujeres para responder al canon de belleza imperante y el impacto que este tiene en sus vidas. La violencia estética se refiere también a la manera en que se encauzan esas presiones, ya sea mediante la realización de procedimientos estéticos o a través de otras fórmulas, así como las consecuencias psicológicas, sociales y físicas que ejercen sobre el cuerpo de las mujeres.

En un escenario donde este clima impera, naturalizándose socialmente, los autores y las autoras coinciden en lo difícil que se puede tornar identificar estos trastornos, siendo limitada la comprensión de tal condición que en general presentan las personas que los padecen, sugiriendo un trabajo conjunto entre los médicos dedicados a la estética con psicólogos y aquellos dedicados a la salud mental (García-Bernal et al., 2022; Villafranca et al. 2024).

Junto con reconocer y trabajar en pos de estos trastornos y padecimientos subjetivos contemporáneos, interesa, para cerrar este apartado, traer el pasaje de la entrevistada que identifica frente a esta realidad, también a aquellos jóvenes que se revelan a estos cánones de belleza no saludable que impone el sistema, expresando la aceptación de uno mismo como fuente de un bienestar integral.

Enfermedad comunitaria como efecto de los medios y las redes

Mujeres de clase media significaron la enfermedad comunitaria como aquella emergente de un consumo excesivo de los medios de comunicación y redes sociales.

(...) pienso que lo que *te lleva a la enfermedad es tanta porquería que se ve en todo sentido, según mi opinión, tanta porquería política, tanta basura política, como tanto los asaltos, los secuestros, las violaciones, ¡Jesús! te pone mal, y aparte los fanatismos, para mí los fanatismos es lo peor que hay*, y es lo que más te enferma (...) mi suegro (...) *vivía viendo la tele, viendo todo lo que decían, se le hizo un agujero en el estómago y se murió muy joven* (...) por eso justamente veo poca tele (...) antes se hablaba mal de “Doña Cristina” y ahora se habla mal de “Don Macri”, *me enferma, ¿por qué todo tiene que ser así?*, lo mismo todo lo que ponen de las vacunas, “que la vacuna si, que la vacuna no” (...) cosas que salen todo el tiempo en la tele (...) entonces trato de no ver (...) me preocupa (...) (MC2.O. 77 años. 3 hijas. 7 nietos. RH-Docente particular-Jubilada, BBN.RC).



(...) *la tele por ejemplo un programa político que te puede enfermar* (...) *vi a mi suegra enfermándose porque no quería lo que veía en la tele* (...) *hagan lo que hagan los de arriba yo tengo que seguir laburando, tengo que seguir dando clases, me tengo que construir mi mundo porque ellos no me lo están construyendo a mí, no están pensando en mí* (...) *vi la imagen de Mafalda sentada frente al mundo todo envuelto en vendas*, como la enfermedad del mundo (...) es el mundo qué se enfermó (...) el mundo con (...) gente que a nadie le importa de lo otro, la falta de empatía con el otro, la gente que se putea, todo eso lo veo como una enfermedad (...) (MC2.B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente. BC.RC).

(...) enfermedad de la comunidad (lo veo) en las redes sociales (...) todos comunicados porque alguien pone algo, porque tuvo el ánimo de ponerlo, y bueno, te pueden alabar como que te pueden matar, y vos decís “alguien que no conoce al otro le dan ganas de matarlo”, *qué ganas de ofender mal* (...) *terminas enfermando, no es sano* (...) (MC2. B.63 años. 4 hijos. RH-Docente. BC.RC).

Los testimonios coinciden en significar a los medios como fuentes de malestar y enfermedad, reconocen personas cercanas que por exponerse a un consumo excesivo de ciertos programas televisivos vulnerabilizaron sus propios estados de salud y enfermaron. Frente a ello, las entrevistadas enuncian intentar apartarse de esas lógicas y no consumir televisión. Una de ellas acompaña la reflexión con una imagen que ha seleccionado de Mafalda, personaje icónico de la historieta argentina creada por el humorista Quino en 1964. La imagen muestra a Mafalda sentada con una expresión facial de tristeza y aflicción, acariciando al mundo que está envuelto en vendajes, herido y lastimado.

Para pensar en los efectos de los medios sobre las personas y su percepción de la realidad el campo de la comunicación social ha desarrollado a lo largo de los años dos teorías centrales que nos ofrecen herramientas para analizar lo que emerge de los relatos de las entrevistadas.

Una de ellas es la *teoría de la agenda setting* (o fijación de agenda), cuyos referentes son Maxwell McCombs y Donald Shaw (1972). La teoría postula que los medios tienen un papel importante en la formación de las opiniones públicas, determinando y fijando qué temas son los más importantes y, por medio de un efecto acumulativo instalan esos temas como obvios en el cotidiano. Esta teoría sostiene que los medios no dicen qué pensar, sino sobre qué pensar, influyendo en temas al darles mayor visibilidad y frecuencia.

La otra, es la *teoría del cultivo* desarrollada por George Gerbner et al. (1986) que sostiene que la exposición prolongada a los contenidos de los medios (especialmente TV) moldea la percepción del mundo de las personas, alineándola con la realidad mediática. La teoría expresa que existen relaciones entre la exposición televisiva y las cosmovisiones de las personas, analiza cómo los medios terminan contribuyendo a alimentar concepciones del mundo ligadas a creencias que emanan de su consumo, lo que tiene consecuencias a nivel acumulativo, a nivel de actitudes y a largo plazo en las conductas de las personas.

Frente a estos escenarios y en un intento de preservar su salud de los medios “que enferman”, una de las entrevistadas explicitaba “(...) entonces trato de no ver”. Vinculado con ello, un estudio realizado por Hammermeister et al. (2005) desde la teoría del cultivo y una perspectiva psicosocial de la salud, exploró los efectos conductuales de ver televisión en Estados Unidos. Se constató la hipótesis de que las personas que no ven televisión y los espectadores que consumen hasta dos horas diarias muestran un perfil de salud psicosocial más positivo en comparación con los espectadores de televisión más frecuentes. Lo que se vio principalmente en mujeres, pero no se constató en hombres.

En Argentina, la investigadora Natalia Aruguete (2013), desde la teoría del *setting*, advierte que los medios expresan sus intereses políticos y económicos y pugnan afanosamente por ellos. Citando a Eilders (1997, en Aruguete 2013) considera que, en la medida en que las corporaciones periodísticas centren la atención en el mismo tema (*focusing*), lo encuadren en forma similar (*consonance*) y lo cubran con perseverancia (*persistence*), hay más chances de generar efectos significativos sobre la arena política y la opinión pública.

La autora entiende que la noticia como construcción se propone a la sensibilidad pública y busca una reacción política. Allí, la espectacularización y el relato de las situaciones como crisis suele contribuir a un mayor poder de agenda por parte de los medios. Dice la autora “hablamos de espectáculo toda vez que la producción y difusión de las noticias están subordinadas a una lógica dramática” (Aruguete, 2013, p. 210).

El espectáculo constituido por las noticias construye y reconstruye los problemas sociales, las crisis, los enemigos y los líderes, creando una sucesión de amenazas y seguridades. Para la autora, la dramatización de la noticia suele ir acompañada de una escasa contextualización de los acontecimientos, poniendo énfasis en el drama y la acción, omitiendo los vínculos con los acontecimientos históricos que los delimitan, y provocando que la información pierda coherencia y continuidad. Aspectos que permiten interpretar la expresión de la entrevistada “*se hablaba mal de “Doña Cristina” y ahora se habla mal de “Don Macri”, me enferma, ¿por qué todo tiene que ser así?, lo mismo todo lo que ponen de las vacunas, “que la vacuna sí, que la vacuna no”*”. Según Aruguete (2013) como en los melodramas, las noticias dramáticas arman escenarios polarizados, en los que es posible diferenciar a los agentes del bien de los del mal, a las víctimas de sus victimarios.

De esta manera en la construcción de la agenda mediática se da un proceso colectivo en el cual medios, gobiernos y ciudadanía se influyen recíprocamente, funcionando las noticias ante la sensibilidad del público, a partir del cual aceleran respaldo u oposición respecto de un determinado escenario. En esta dinámica se sucede un “desfile ilusorio de amenazas y seguridades tranquilizadoras, que no promueve una comprensión de los acontecimientos, sino que evoca un drama que objetiva esperanzas y temores” (Aruguete, 2013, p. 214). Aquí solo le queda a la audiencia un rol menor, pasivo, no propositivo, fundado en un sentimiento de impotencia que a lo sumo convoca a un rol reactivo de queja.

Respecto de las redes, una de las entrevistadas expresaba *“en las redes sociales (...) te pueden alabar como que te pueden matar (...) “alguien que no conoce al otro le dan ganas de matarlo” (...) terminas enfermando, no es sano (...)”*. Al respecto, en el marco de una entrevista, Aruguete expresaba que las redes reinventan la dinámica de la agenda mediática mediante una lógica que es emocional-algorítmica, por la cual los usuarios prestan atención a contenidos que generan placer cognitivo, desde lo emocional y afectivo más que desde lo racional, lo que envía señales a un algoritmo, que devuelve mensajes coherentes con sus gustos (Nardi, 2021).

Para la autora las redes funcionan como cámaras de eco que amplifican mensajes que refuerzan creencias previas, creando burbujas informativas y una co-construcción de temas sociopolíticos más compleja, fragmentada e interactiva que en los medios tradicionales. En este sentido Aruguete plantea que más que un modelo de imposición (*agenda-setting*), en redes opera un tipo de *agenda-building* donde los contenidos se coconstruyen entre usuarios, medios, políticos y algoritmos (Hessling Herrera, 2024).

Lo mental en la enfermedad de la comunidad

Mujeres de clase media caracterizan a la enfermedad en la comunidad haciendo alusión a la idea de lo mental.

(...) tengo mucha gente en mi vida que toman medicación (...) van al psiquiatra (...) no sé si es la época o los psiquiatras hacen cualquier cosa, pero no sé, no entiendo, para mí hay mucha sobremedicación (...) en los vínculos también me da miedo (...) hay mucha (...) gente de mi edad que tiene enfermedades mentales, o sea tipo, hay mucha depresión, hay mucha ansiedad, es re difícil ver a alguien de mi edad que no tenga algo de eso (...) en lugar de abordar el problema como habría que abordarlo, para mí es más fácil decir “bueno tomate la pastillita...” (...) que tapa las cosas, si está ahí el problema le pones la curita, medio rota la curita, que en cualquier momento se va a salir, y te enferma más (...) es muy difícil pegarle a la medicación justa para el problema que tiene esa persona (...) yo siento que cómo que la medicación tiene que ser la última opción (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) a la comunidad la veo más enferma mentalmente que físicamente (...) en eso de ir todo como caballos es como más mental, para mí vos ves la mayoría de la gente, la cantidad de enfermedades mentales que hay, de gente que necesita terapia, me parece que nos rodea más enfermedad mental que física, pero ¿qué es eso como sociedad?, yo te estoy hablando lo que uno ve en el ámbito en que se mueve, a lo mejor en otros ámbitos nada que ver, en otros países nada que ver, no sé, pero me parece que la enfermedad que hay en la comunidad es más mental (...) (MC2.J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) la enfermedad social o de una comunidad para mí es la enfermedad cuando está descuidada, dónde está muy agresiva la gente, la irritabilidad, yo siento que la Argentina

es una sociedad enferma, pero creo que las ciudades más chicas todavía estamos más resguardados, hay más sentido de comunidad (...) (MC2. V. 42. 3 hijos. RHGC-Co-municadora Social. BN.RC).

A criterio de las entrevistadas se reconoce el predominio de expresiones de malestar “mental” al “físico-orgánico” en las comunidades, lo que asocian al consumo de medicación y la sobremedicación, el identificar como habitual una atención con profesionales de la psiquiatría o la psicología, reconocen casos de depresión, ansiedad y la necesidad de terapias. Las entrevistadas relacionan dichas problemáticas a grupos de adultos jóvenes de clase media. Una de ellas expresa que es Argentina “una sociedad enferma”, caracterizándola desde la agresividad e irritabilidad de las personas.

Refieren a “enfermedades mentales”, “comunidad enferma mentalmente”. Al respecto De Lellis (2006) propone pensar la enfermedad trascendiendo la idea de confinarla sólo a manifestaciones a las que subyacen interpretaciones propias del dualismo cartesiano. Para el autor es necesario involucrar la enfermedad de manifestación preponderantemente orgánica al campo del malestar mental y social, así como involucrar a las enfermedades de manifestación preponderantemente mental y social, al malestar orgánico, abriendo nuevas oportunidades para el tratamiento y la comprensión integral del proceso de enfermar y sanar.

Entre las llamadas enfermedades mentales, el autor diferencia aquellas de sustrato neurobiológico de aquellas que refieren a problemáticas vinculadas a factores dependientes de las condiciones locales tales como la depresión, las distintas formas de neurosis, los trastornos de ansiedad, la violencia o las patologías adictivas. Entiende que la carga y el costo humano social y económico de los padecimientos de manifestación mental son mayores por el efecto de la combinación de factores en los que cabe incluir los estresores ambientales, la presión que imponen las actuales condiciones de vida y trabajo, así como la inestabilidad económica y política de los países.

Galende (1997, citado en Augsburg, 2004, p. 2) considera que las transformaciones y situaciones de crisis que atraviesan, tanto la vida societal como la cotidianidad en el ámbito familiar son espacios de producción de condiciones críticas que contribuyen a la generación de sufrimiento psíquico.

Stolkiner (2024) expresa que vivimos en un mundo contemporáneo en el que prima la lógica de lo mercantil, donde se aspira a una sociedad de individuos en una carrera competitiva voraz, sin solidaridad frente al que se fragiliza o no encaja. La autora considera que asistimos a una vuelta de las tradiciones neoconservadoras que vuelven a instalar la naturalización del sometimiento basado en el rechazo y el odio a lo que se excluye. Se intenta garantizar la acumulación sin freno donde los Estados ejercen funciones coercitivas y fomentan el conflicto entre pares, propiciando agresividad y violencia. Por vía del consumo se califica al otro en tanto objeto de uso, de intercambio, sustituible, desechable, innecesario. El resultado es la ruptura de la gregariedad.

En un contexto donde los efectos del imperativo social de la satisfacción inmediata, ante sus imposibilidades, al sujeto a un estado de impotencia, inadecuación e insatisfacción en el vínculo social, Teodoro et al. (2019) señalan como la psicopatología contemporánea expresa una profusión de clasificaciones diagnósticas, ligadas a la palabra “trastorno”, para delimitar el campo de manifestaciones del sufrimiento psíquico. Para cada nuevo trastorno se sugiere una composición farmacológica.

Intentando comprender las maneras de abordar el sufrimiento psíquico que imperan en la sociedad actual, los autores analizan la relación entre medicamentos y dispositivos basados

en la vocación del consumo, se preguntan: ¿no se están convirtiendo los medicamentos y los diagnósticos en dispositivos en la contemporaneidad? Los autores, recuperan el planteo de Lustoza (2009, citado en Teodoro et al. 2019, p.4) quien entiende por “gadget” a “objetos de consumo parciales que brindan una satisfacción fugaz y se desechan rápidamente”. Atendiendo a ello proponen que las drogas no solo se presentan como un poder bioquímico, sino como un objeto de consumo que, como un dispositivo, introduce un círculo vicioso, “así como muchos esperamos el lanzamiento del último modelo de smartphone (...) esperamos con ansias el lanzamiento del estabilizador del ánimo o el antidepresivo más novedoso (...)” (Teodoro et al. 2019, p.5).

Convirtiéndose en un objeto, para no ser descartado, el sujeto consume dispositivos que le añaden atributos como atención, tranquilidad, inteligencia, rapidez, buen humor, entre otros, dotándolo de una eficiencia que no se da en la naturaleza.

Stolkiner y Ardila Gómez (2012) señalan al respecto, que la corriente biomédica tiende, a través de la “medicalización de la vida”, a transformar la vida cotidiana en objeto de control y mercado, reduciendo las experiencias humanas a datos biológicos y patologías individualizadas. subordinando al individuo a normas médicas, mercantilizando el cuerpo y la conducta. Para Augsburg (2004) la noción de “enfermedad mental” supone limitaciones para reconocer situaciones de padecimiento que no son homologables a entidades patológicas y opaca el alto grado de producción social que presentan los llamados problemas psíquicos.

Frente a este escenario, Stolkiner y Ardila Gómez (2012) proponen trasladar el foco de la enfermedad hacia la experiencia de vital del sujeto donde la concepción de salud mental integra dimensiones subjetivas, históricas y sociales en las prácticas terapéuticas que se ejercen en ámbitos comunitarios y cotidianos. Para Augsburg (2004) la posibilidad de trabajar en el campo de la salud mental con la noción de sufrimiento psíquico y su distinción de la patología mental, evita considerar en términos de patologías los conflictos de la vida cotidiana y de las interrelaciones sociales, así como permite considerar el carácter procesual e histórico de las condiciones en que se generan estos padecimientos. La utilización del concepto de sufrimiento psíquico permite atender a la especificidad de los problemas de salud mental, destacando y reconociendo la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar.

Reflexiones de síntesis

El análisis realizado en este capítulo nos ha permitido advertir, en el plano comunitario, cómo en general, las mujeres ofrecen concepciones de salud adentrándose en un ejercicio de reflexión y recuento de problemáticas, enfermedades o realidades de malestar que afectan a las personas de sus comunidades frente a diversas situaciones, contextos y etapas del ciclo vital.

El análisis comparativo nos ha permitido advertir que las *mujeres de ambos grupos sociales coinciden* en significar la salud comunitaria como acceso a derechos y un Estado presente, apareciendo nuevamente ideas que ya habían surgido cuando se pensaba la salud y enfermedad desde perspectivas sociales en pandemia. Estos testimonios manifestaron un ejercicio de construcción de ciudadanía en tanto se involucraron en la comprensión de situaciones de la realidad, que no siempre les son propias, pero para las cuales expresan sentidos de pertenencia social y de posesión consciente de derechos y responsabilidades (Saforcada, 2022). Otro de los sentidos semejantes a ambos grupos de mujeres refiere a pensar la salud comunitaria como la tensión entre el bienestar ambiental y la contaminación, remitiendo a problemáticas concretas de sus propias comunidades.

Asimismo, se reconocen *aspectos en que ambos grupos se diferencian* respecto de las concepciones de salud comunitaria. Así, mujeres en *situación de pobreza* conciben la salud comunitaria centrada en cuidados en la infancia, la salud como aquello que es clave para vivir, proyectar y trabajar, la salud comunitaria como añoranza por “*un barrio como antes*”, así como aluden a cuestiones concretas y reales de sus comunidades, como remitirse a la presencia de un playón de juegos para las infancias, como espacio promotor de salud para la comunidad. Respecto de la enfermedad comunitaria, las mujeres en situación de pobreza enuncian la venta de sustancias y los consumos problemáticos como realidades que atraviesan las poblaciones jóvenes de sus barrios.

Por su parte, *mujeres de clase media* significan que salud en la comunidad es “*tener de mano propia los recursos sin que nadie los provea*”, depositando la responsabilidad de la salud comunitaria en las propias personas, antagónicamente a la idea de pensar la salud comunitaria -reconocida como convergente en ambos grupos de mujeres- desde la centralidad del Estado. En ese sentido, se identifica un testimonio de una entrevistada de clase media, desde el cual se infiere una concepción de salud comunitaria desde cosmovisiones restringidas a su propia situacionalidad de clase, identificándose sentidos meritocráticos que invisibilizan la importancia del Estado y su lugar como garante de una salud comunitaria. Por otro lado, aparecen en mujeres de clase media concepciones sobre enfermedad comunitaria ligadas a la obsesión por lo estético, la idea de la enfermedad comunitaria como resultado de lo que generan los medios y las redes sociales, así como la alusión a un padecimiento en una dimensión de lo mental reconocida en los padecimientos de la comunidad.

En lo que sigue, nos interesa adentrarnos a concepciones de salud ideal expresadas por las mujeres del estudio para pensar cómo se significa ese sentido de la salud en los planos personal, familiar y comunitario de sus vidas.

Capítulo 8

CONCEPCIONES DE SALUD IDEAL DE MUJERES

Este capítulo se propone atender a las concepciones de salud ideal que expresan las mujeres en los planos personal, familiar y comunitario de sus vidas. Orienta el análisis el objetivo de “*comparar las concepciones de salud ideal de mujeres en situación de pobreza y de clase media en los planos personal, familiar y comunitario*”.

La idea de indagar en concepciones sobre salud ideal parte de la pretensión de conocer cómo significan las mujeres esta denominación, intentando acceder a sus sentidos aspiracionales, sus anhelos acerca del *deber ser* de una salud idealizada en los planos personal, familiar y comunitario, pudiendo identificar en sus ideas valores, principios, así como la alusión a sus contextos culturales, históricos y sociales de pertenencia.

Carvalho-Mesquita (2002, p. 10) reflexiona que cuando se piensa en salud y se investiga en torno a ella, es habitual “la ausencia de la pregunta sobre lo que sueñan las personas para la vida, para el buen vivir, para la salud, aquello deseable”. En este escenario, las preguntas que orientaron la indagación con las mujeres en el marco de las entrevistas expresaron: *¿qué sería para vos tener una salud ideal? ¿qué sería tener una salud ideal para tu familia? ¿y una salud ideal para tu comunidad?*

Se intenta conocer las concepciones de salud ideal que las mujeres construyen entendiendo que la posibilidad de representarse una realidad “otra” en salud, traza en algún sentido un camino diferente al conocido, capaz de despertar la pregunta, la interpelación, pero también un aspecto esperanzado que implica reconocer el proceso de vivir la vida con salud.

Interesa indagar cómo las mujeres construyen sus concepciones sobre lo ideal en lo relacionado con la salud, si se posicionan en un plano de lo irreal, así como si toman como punto de partida su real situación de salud, visibilizando qué es lo que las habilita a pensar desde una perspectiva u otra en clave de lo posible o alcanzable de acuerdo a sus condiciones de vida.

Contexto conceptual para construir sentidos sobre la salud ideal

Consideramos que, cuando se propone pensar en lo ideal en salud, se invita a las mujeres a realizar una reflexión cuasi filosófica, proponiendo, tal como plantea el filósofo peruano Augusto Salazar Bondy (1958) establecer relaciones contrastantes entre la realidad y la idealidad. En este sentido, el campo filosófico ha sido el privilegiado a la hora de tomar como objeto de sus reflexiones temáticas vinculadas a lo ideal y la idealidad (Salazar Bondy, 1958; Barrenechea y Artola, 1998; entre otros).

Entrando en la década de 1960 Salazar Bondy expresaba que la importancia ontológica y gnoseológica de la irrealidad/idealidad no puede ser soslayada y menos aún su significación histórico-antropológica. El autor consideraba que ésta constituye un vasto y rico dominio por el cual se desenvuelve buena parte de la vida espiritual y política humana (Salazar Bondy, 1958).

En este sentido, pensar sobre salud desde un plano de idealidad promueve una tarea metarreflexiva o metacognitiva en salud, en la medida que el sujeto reflexiona sobre su salud, conectándose con su propia vida, su propia situacionalidad como plataforma a partir de la cual significa una idealidad determinada, ejerciendo en ese acto, un proceso introspectivo.

Salazar Bondy (1958) define como objeto ideal a aquello que sugiere espontáneamente una cierta contraposición con la realidad, así como la peculiar cercanía en que estos objetos se mantienen respecto del conocimiento y su trascendencia de los límites de la experiencia perceptiva, lo que vale también para la expresión de idealidad. Dice el autor:

“la irrealidad campea en todos y cada uno de los momentos del existir cotidiano con su plena concreción de actos y situaciones, en que el -ser humano⁷⁸- sueña y vela, imagina, fantasea y se forja ilusiones; inventa y construye útiles, se propone fines, se enfrenta a la realidad con “ideas” o huye de ella y se refugia en un mundo interior forjado a su medida. En cada uno de esos momentos, lo irreal interviene así decisivamente en la vida y muestra la vigencia universal de su ser” (Salazar Bondy, 1958 p.12).

En la década de 1970, desde la sociología de la salud española, Ricardo Moragas reflexionaba sobre una concepción ideal de salud. Planteaba que podría cuestionarse una definición utópica de pensar estados de salud física, psíquica o social inalcanzables, o cuestionarse su utilidad, sin embargo, entendía que las ciencias interesadas en la salud han analizado cómo las utopías tienen funciones claves que cumplir, cuando no constituyen una evasión de la realidad, sino cuando consisten en mecanismos de motivación para formas sociales que hay que reformar y mejorar.

Para el autor una concepción ideal de salud supone un estado de salud no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria, que, sin embargo, representa guías inspiradoras de los actos cotidianos, de ahí “las funciones positivas que puede tener una concepción ideal de salud” (Moragas, 1976, p. 52).

Para el autor ello requiere pasar de una concepción ideal de salud a una práctica médica y sanitaria que permita reconocer niveles de salud aceptables, así como inaceptables, condicionados por la situación de cada sociedad y relativos a las circunstancias económicas, políticas y científicas concretas del momento histórico en que la misma se encuentre. En este sentido, para Moragas la “concepción ideal de salud puede (...) ser positiva si sirve para señalar constantemente nuevos objetivos para la práctica médica y sanitaria mejorando la situación existente en cada momento histórico” (1976, p. 74).

En consonancia con ello, un texto publicado en el Boletín Epidemiológico de la OPS en 1992 denominado “Modelo social de prácticas de Salud” (OPS, 1992) aborda el concepto de salud desde un enfoque integral y contextualizado, analizando el conjunto de prácticas, hábitos y conductas que tienen influencia en la salud de la población. En ese marco, uno de los conceptos centrales que reflexiona es el de “ideales de salud”, el que se define como “conjunto de valores, aspiraciones, representaciones, creencias y actitudes de la sociedad que expresan su imagen deseable de la salud y de sus prácticas” (OPS, 1992, p. 8). El texto propone la discusión sobre la concepción de “ideales de salud” en tanto posibilita el reconocimiento de la distancia existente entre el sistema formal e informal de salud, poniendo en evidencia cómo las racionalidades técnicas, administrativas y/o políticas generan conflictos al imponerse en

78 De la cita textual consignada se ha reemplazado un término por su carácter sexista, reemplazando por la denominación “ser humano”, manteniendo el sentido del texto original.

el sistema formal, desplazando otras formas legítimas de visualizar las situaciones-problema, necesidades o ideales de salud que sustenta la población.

Por su parte, Gavidia Catalán y Talavera (2012, p. 162) reflexionan sobre la palabra “salud” atendiendo, entre otras, a cuestiones inherentes a los contextos en que es usada y el hecho que resume ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar. Para los autores, entre los múltiples contextos en que puede usarse la palabra salud, el contexto ideal y utópico representa a aquel influido por ideas de felicidad plena y calidad integral de vida. Se trata de un contexto que puede llegar a incluir todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluso potencialidades superiores y realizaciones espirituales (Gavidia Catalán y Talavera, 2012, p.163).

Respecto de la salud como aquella que congrega aspiraciones o ideales a alcanzar, los autores reconocen que existen aspectos deseables que son incluidos en los conceptos de salud, y dan origen a definiciones más inclusivas o más restrictivas, según sea mayor o menor el número de componentes que se consideran. Identifican cuatro concepciones: 1) Las que restringen la salud a lo estrictamente corporal como estado de bienestar físico; 2) Las que incluyen los factores psíquicos, donde salud es disfrutar de un bienestar psicológico; 3) Las que incluyen los aspectos sociales; 4) Aquellas que representan concepciones ideales y utópicas, donde la salud se vincula a la felicidad y la calidad de vida, donde se reconocen deseos y aspiraciones humanas, incluidas las espirituales.

Tensiones entre concepciones ideales y reales en salud

La OMS (1946) define en su Constitución a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

Distintos autores coinciden en que se trata de una concepción de salud ideal. Al respecto Moragas (1976) considera que se trata de la concepción ideal de salud más conocida. Entiende que es una definición ideal, dado que resulta imposible alcanzar dicho estado para toda una población; sin embargo, para Moragas resulta una definición útil que sirve de guía para actividades sanitarias.

Para Saforcada y De Lellis (2006, p. 102) la concepción acuñada por la OMS homologó la salud al concepto de bienestar de forma poco realista al definirla como estado de completo o absoluto bienestar, escindiendo todas las situaciones vitales por las que transcurre la vida de los sujetos y los grupos humanos que más bien vivencian una tensión entre lo deseable utópicamente y lo que ocurre en realidad.

En la misma línea, Gavidia Catalán y Talavera (2012, p.167) consideran que, si bien la OMS ofreció aspectos innovadores como añadir lo mental y social a lo puramente biológico en su definición de salud, es posible discrepar con ella por utópica, estática y subjetiva. Entienden que es utópica, porque el “completo” estado, tanto de salud como de enfermedad, o la “salud absoluta” (física, mental y social) no existen en condiciones absolutas, sino que entre ambas siempre existen gradaciones intermedias. Entienden que el término “completo” es más la expresión de un deseo que una realidad alcanzable. Respecto de ser una definición estática, señalan que el calificativo de “estado” remite a una situación estanca.

Frente a estas críticas, Saforcada y De Lellis (2006, p. 104) van a comprender a la salud como “una situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental (...) considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (...) y sus ambientes humanos (...) teniendo en cuenta que estos

componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida” (Saforcada y De Lellis, 2006, p. 104).

Para los autores, la salud es multidimensional, un fenómeno contextual, que es relativo y que implica una situación de equilibrio inestable. La idea de la salud como relativa supone que sus manifestaciones en el individuo, en el grupo o el agregado social, están condicionadas por factores que le otorgan singularidad a cada momento histórico debiéndose evitar concepciones absolutistas o hegemónicas sobre la salud y la normalidad que niegan el respeto a la diversidad biológica social y cultural. Para los autores, pensar la salud como una situación de equilibrio inestable, es decir en continuo proceso, implica que esta se manifiesta en distintos grados desde un polo que oscila entre el ideal utópico de máxima salud, hasta una situación de máxima enfermedad.

En consonancia con ello, Gavidia Catalán y Talavera entienden que lo real es considerar a “la salud como un estado relativo (salud relativa), contextualizado en la persona y en el momento en el que está viviendo. Un estado de salud-enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales), producto, también dinámico y variable, de todos los ‘determinantes’ sociales (ambientales) y genético-biológico-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología” (Gavidia Catalán y Talavera, 2012, p.170).

De esta manera, de concepciones ideales instaladas en salud, los autores proponen pasar a contemplar concepciones donde múltiples componentes hacen a lo real y posible de un proceso de salud-enfermedad.

Aproximándonos a nuestro análisis

Atendiendo a lo desarrollado hasta aquí, entendemos como salud ideal a aquellas concepciones, cosmovisiones y sentidos que se dinamizan en las mujeres en el plano de las ideas y pensamientos ligadas a una especie de atributo superlativo o arquetípico para significar a la salud, que sirve de modelo o parangón respecto de aquello que se quiere alcanzar o con lo cual se puede comparar.

En este sentido, algunos interrogantes que orientarán el análisis en torno a esta temática expresan: *¿cómo significan las mujeres de ambos grupos sociales la idea de “salud ideal”? ¿qué concepciones ofrecen para pensar la salud ideal en los planos personal, familiar y comunitario de sus vidas? ¿qué adjetivaciones emplean para caracterizarlas? ¿sus sentidos sobre “salud ideal” se desprenden de sus propias realidades de salud? ¿se vinculan a la superación de situaciones negativas de la salud (enfermedad) o al mantenimiento positivo de la salud (protección y promoción)? ¿qué saberes o discursos atraviesan sus concepciones de salud ideal? ¿Significan las mujeres de ambos grupos sociales, a la salud ideal, desde sentidos comunes o diferenciados entre sí? ¿cómo? ¿porqué? ¿qué aportes representa para este estudio conocer y analizar las concepciones en salud ideal en mujeres en situación de pobreza y de clase media?*

Con el propósito de presentar los componentes analíticos que surgen de esta dimensión se expone la tabla que se presenta a continuación (Véase tabla 9).

Tabla 9: Concepciones de salud ideal

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS		CRITERIOS DE COMPARACIÓN	SUBCATEGORÍAS	
Concepciones de salud ideal	Personal	Concepciones comunes a ambos grupos sociales		Salud ideal es “ser delgado y hacer ejercicio”	
				Salud ideal como la imposible ausencia de enfermedad	
				Salud ideal “es lo que estaría faltando a mi salud”	
				Salud ideal “es la que tengo”	
		Concepciones diferenciadas	Mujeres pobreza	Salud ideal sería “no tener que trabajar tanto”	
			Mujeres clase media	Salud ideal sería salud integral	
				Salud ideal sería vivir en la naturaleza	
			Mujeres clase media	Salud ideal sería “hacerme más controles ¿o no?”	
	Familiar	Concepciones comunes A ambos grupos sociales		Salud ideal es “lo que estaría faltando a la salud de mi familia”	
		Concepciones diferenciadas	Mujeres pobreza	Salud ideal familiar es la unión	
				Salud ideal familiar como la imposible ausencia de enfermedad	
			Mujeres clase media	Salud ideal para “mi familia es que hagan lo que les gusta”	
				Mujeres clase media	Salud ideal familiar es el bienestar integral de cada integrante
		Mujeres clase media			Salud ideal familiar es bienestar económico
	Comunitaria	Concepciones comunes a ambos grupos sociales		Salud ideal comunitaria es acceso a la salud pública y un Estado presente	
		Concepciones diferenciadas	Mujeres pobreza	Salud ideal comunitaria es el saneamiento ambiental	
				Salud ideal para el barrio sería “que no haya tanta venta de droga”	
Salud ideal comunitaria es “la copa, el Galponcito”					
Mujeres clase media			Salud ideal comunitaria como disfrute		
		Salud ideal comunitaria como cambio de hábitos de aceptación psicosocial			

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

Concepciones de salud ideal personal

Cuando se propuso en la entrevista pensar en “una salud ideal”, a partir del interrogante “¿qué sería para vos tener una salud ideal?”, algunas mujeres manifestaron cierta dificultad para comprender la pregunta. Ya el hecho de indagar sobre salud sorprendía a algunas mujeres, a ello, añadirle el adjetivo “ideal” descolocó a muchas de las entrevistadas. En este sentido se reconocieron respuestas del tipo, “¿cómo era la pregunta? perdón... no soy mucho de hablar de salud por eso”; “¿salud ‘ilegal’? hay que complicado, se me mezclan las preguntas” “¿salud qué?” “¿salud ideal?, qué curioso el término (...)”. Muchas hicieron el ejercicio de repetir la pregunta “¿qué es salud ideal para mí?”. Se advierte así que, para algunas mujeres la propuesta de pensar lo ideal en salud genera dudas, inseguridad en la escucha y respuestas entrecortadas, titubeos, la necesidad de la repregunta para sí o incluso para la entrevistadora, en búsqueda de una explicación para su comprensión.

Da la sensación como si “lo ideal” ingresara en un orden de lo abstracto en el pensamiento, algo alejado de la propia realidad, difícil de ser pensado, soñado o añorado. Un ejercicio al que, probablemente, la gran mayoría de las entrevistadas se abocaban por primera vez en relación a pensar la salud en esa perspectiva.

En este análisis, atenderemos a los planos personal, familiar y comunitario de una salud ideal, considerando a partir de cada uno de ellos, aspectos comparativos atendiendo a cuestiones comunes como diferenciales de sus concepciones de salud ideal.

Concepciones comunes de salud ideal personal

En lo que sigue atenderemos a los aspectos comunes en que ambos grupos de mujeres coinciden al significar una salud ideal personal.

Salud ideal es “ser delgado y hacer ejercicio”

Mujeres de ambos grupos sociales coincidieron en que para ellas una salud ideal sería estar “en forma”, “ser delgadas”, y practicar ejercicio físico con periodicidad.

(...) una salud ideal para mí, no sé, *mi salud ideal sería yo estar en forma, yo estoy re obsesionada con eso, sí con la comida, trato de comer sano porque yo era flaca* (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCC.BJN.RC).

(...) *yo siempre pensé que “ser delgado” sería lo que a mí me gustaría lograr, no estar todo el tiempo luchando contra “no como pan, no como dulces” (...) todas esas limitaciones siempre me metía. Será que mi mamá nos tenía tan sonando (...) porque mis abuelas eran obesas, entonces íbamos a (...) una Asociación de Lucha Contra la Obesidad (...), entonces la salud para mi ideal sería tener un peso acorde a la edad y hacer actividad física, -otra cosa que no hacemos- (...)* (MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH-docente universitaria. BBN. RC).

(...) *lo ideal sería tener tiempo para dedicarle a la salud, para salir por ejemplo a caminar hacer ejercicio (...)* (MC1. J. 26 años. 4 hijos. RHGC-TCC.VLC.RC).

(*salud ideal*) *sería poder caminar, bien, tranquila, sola (...) ahora cuando salgo, salgo con el bastón porque me da más seguridad, tuve un problemita de rodilla, para mí estar sano-sano sería eso, y después tener unos kilitos de menos, eso también, para sentirme más liviana, para poder dormir mejor* (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH- Jubilada. BBN. RC).

Se advierte en los testimonios como ingresan en el ideal de salud para algunas mujeres mandatos sociales en torno al cuerpo delgado que se combinan con mandatos familiares y exigencias propias que se manifiestan en cuestiones en que recurrentemente piensan estas mujeres, algunas como anhelo de volver a una imagen física que ya no tienen, y otras por salud y bienestar.

Salud ideal como la imposible ausencia de enfermedad

Mujeres de ambos grupos sociales conciben una salud ideal como la ausencia de enfermedad, de dolor, piensan la salud ideal meramente centrada en la ausencia de episodios de enfermedad

Para mí, ¿una salud ideal?, y que ande bien... *que nunca me pase nada.* (MC1. M. 66 años. 4 hijos. RHGC. VLC.RC).

(...) *una salud ideal (se ríe) estaría bueno no sentir dolor, poder hacer todo tranquilo y no pensar después qué te va a doler del cuerpo* (...) (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

(...) *una salud ideal para mí sería que no me enfermara nunca* (...) (MC1. C. 28 años. 2 hijos. RHGC-TCP- TCC. VLC.RC).

(...) ¿tener una salud ideal? ... ¡y estar sano de todo! *Pienso, sin que te duela nada* (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC).

(...) *ideal sería estar todo el tiempo bien* (...) *poder disfrutar* (...) porque hay muchas cosas que al estar enferma (...) no puedo hacer (...) (MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

Aluden a un sentirse sanas en una manifestación plenamente orgánica, corporal y biológica, un estado de perfecto bienestar del cuerpo que remite a algo irreal o inalcanzable.

(...) *una salud ideal que no me duela nada* (risas). *Y yo reniego mucho con el tema de los dientes.* Debe hacer un mes atrás me hice sacar tres (...) (MC1. M. 31 años. 4 hijos. RHGC-RCC-TCP. BJN.RC).

Salud ideal (...) *la verdad sería comer de todo y que no me haga mal, que no me engorde, comer rico, me da placer comer y tomar* (...) *disfrutar de la gimnasia, disfrutar, que no sea un esfuerzo, sino que sea una elección y con ganas* (...) (MC2. V. 59 años. 3 hijos. Administrativa. BB.RC).

Tal como lo expresan los testimonios, Moragas (1976) plantea que algunas personas consideran la concepción ideal de salud como la utopía de un individuo disfrutando del bienestar físico, psíquico y social en plenitud y para siempre, un estado ideal de salud carente de toda enfermedad. Para el autor, esta visión sería irreal por estática, ya que ignora el componente fundamental del dinamismo propio de los procesos vitales. La salud como fenómeno vital no puede ser un estado fijo que se alcance definitivamente gracias a la supresión de los agentes patógenos, pues supondría suprimir algo inherente al ser humano como su evolución y permanente posibilidad de cambio físico, psíquico y social. Dice el autor, “la salud perfecta no se alcanzará nunca (...) mientras los -seres humanos- no se conviertan en autómatas no existe posibilidad de proporcionarles una salud fija y estable para toda su vida⁷⁹” (Moragas, 1976, p. 53).

79 De la cita textual consignada se ha reemplazado un término por su carácter sexista, reemplando por la denominación “ser humano”, manteniendo el sentido del texto original.

Salud ideal “es lo que estaría faltando a mi salud”

Mujeres de ambos grupos sociales para significar una salud ideal personal enuncian cuestiones que no logran conseguir en la realidad de su propia salud.

¿Salud ideal? (silencio prolongado), a mí me estaría faltando eso, que es lograr cierta independencia, (...) *me siento bien físicamente pero, pero me faltaría para (...) terminar de cerrar un montón de cuestiones emocionales y personales, sí, cierta independencia, y no hablo solamente de la independencia económica, sino de la independencia de poder lograr lo que uno quiere de profesión y oficio, que una pueda salir así con una motivación, un proyecto, una meta (...) porque estar sanos te permite (...) proyectar y llevarlos a cabo y además eso sería para mí la salud o sea, yo me sentiría plena totalmente hablando de salud sino me faltaría esa pata de la mesa (...)* (MC2. A. 41 años. 1 hija. THGC. BC. LH).

¿una salud ideal?, no sé, estar bien económicamente primero, estar bien del cuerpo, que vos sepas que no tenés nada (...) lo ideal sería (...) nada en el cuerpo que me asusté, estar bien psicológicamente, no tener ansiedad, poder estudiar lo que querés, si trabajas estar cómodo en tu trabajo (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(tener una salud ideal) es estar bien (...) para poder trabajar (...) me encantaría trabajar (...) para tener algo mío (...) para comprar las cosas. (MC1. M. 5 hijos. RHGC. VSF. LH).

(...) ideal sería que pudiera dejar de fumar, que no puedo. Yo siempre digo que la salud ideal para uno (...) está basada en la vida de uno (...) porque si tenés problemas por distintos lados o queriendo hacer todo (...) Eso es lo que hago yo, yo quiero hacer todo y que salga todo bien, querría aislarme de todo, de mi casa y vivir sola, para no tener problemas. Eso sería la salud ideal. (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en un hogar de cuidados. BJN.RC)

(...) Creo que ahora estoy lejos de una salud ideal. Debería preocuparme un poco más por mí, estoy con sobrepeso. También pienso siempre en que todo se puede hacer después, y eso está mal, es importante preocuparse en el ahora (...) fijarme en mí, para estar bien para ellos. (MC2. V. 37 años. 3 hijos. RHGC-Estudiente universitaria. BB.RC).

Los testimonios de estas mujeres coinciden en la idea de que lo ideal es aquello de lo que carece su salud. Piensan en diversos componentes de la salud a partir de lo cual enuncian lo que les falta. Remiten a que carecen de independencia o bienestar económico, el tener una profesión o un trabajo, otras expresan cuestiones que anhelan en su salud física, como dejar de fumar, bajar de peso o no tener ansiedad, también plantean cuestiones que han calado en su posibilidad de salud, como el retrasar tareas o actividades, el dejar pasar tiempo, el pensar que todo lo van a poder hacer después, el no encontrar motivación, proyecto o meta propia que les permita sentirse más plenamente en sus vidas.

Aparece cierto sentido que se aproxima a denominación tan escuchada contemporánea de “procrastinación” entendida como el acto de posponer tareas voluntariamente, a pesar de ser conscientes de sus consecuencias negativas. Se trata de un comportamiento fuertemente relacionado con la gestión del tiempo, el estrés y una regulación emocional deficiente, la falta de claridad o interés en la tarea, así como cierto temor al fracaso, resultando

como desencadenantes la ansiedad y la generación de ciclos donde posponer tareas proporciona alivio inmediato, pero incrementa la tensión y el malestar a largo plazo (Liu, et al. 2023).

Salud ideal “es la que tengo”

Mujeres de ambos grupos ofrecieron sentidos que enlazan la salud ideal a su propia condición de salud, al propio momento presente que transitan.

(...) *Yo me siento con una salud ideal, más allá de todo, te juro por Dios que me siento con una salud ideal y plena. Me gustaría que mucha gente se sintiera así porque es bueno* (...) por ahí a mí me duele la cabeza (...) pero yo trato de alejar toda esa cosa (...) hay gente que le duele mucho la cabeza y ya se tira la cama. (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

(...) No sé si existe como una salud ideal, yo si tuviera que pensar ahora, capaz que yo podría estar mejor, pero *me siento como muy bien*, no sé si hay alguna salud ideal, de nuevo *como poder mantener un equilibrio entre la salud física y la salud mental* (...) (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) ¿salud ideal? (silencio prolongado) *es la que tengo, porque si fuera ideal ideal, uno no la valoraría, la que tengo con mis achaques, porque cuando vos tenés tus achaques es cuando valoras la salud* (...) cuando vos decís “miércoles (...) caminé, hice tal cosa y me duele la pierna” (...) *es como que lo ideal o lo perfecto no te hace valorar las cosas que tenés, no creo en las cosas perfectas, no me gustaría todo perfecto, no me gustaría tener ni hijos perfectos, ni marido perfecto* (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

Las mujeres enuncian el sentirse bien con su salud. De los tres testimonios, una refiere a sentirse plena y expresa el deseo de que mucha gente pueda sentirse como ella, vale traer la mención que se trata de una entrevistada que sostiene una rutina de caminatas diarias a la que se aferra desde hace años por lo que le significan a su salud, aspecto sobre los que se retoma en otros pasajes de este escrito. El segundo testimonio alude a un sentirse “*muy bien*” y relativiza la idea de salud ideal. El tercer relato afirma con contundencia “*¿salud ideal?, es la que tengo*”, interpelando de cuajo la idea de lo ideal en tanto “lo perfecto” como aquello en lo que no cree. La perfección como un estado que impide la apreciación y valoración de la salud, mientras que lo imperfecto permite reparar en aquello existente que hay.

Concepciones diferenciadas sobre una salud ideal personal

A continuación, nos adentraremos en aquellas concepciones en que lo ideal se significa diferenciadamente en ambos grupos sociales de mujeres.

Concepciones de salud ideal personal de mujeres en situación de pobreza

Se reúnen aquí las concepciones de salud ideal de mujeres en situación de pobreza.

Salud ideal “sería no tener que trabajar tanto”

Entre los testimonios de mujeres en situación de pobreza se identifica una concepción sobre salud ideal significada como el “no tener que trabajar tanto”.

Salud ideal para mí sería (...) no tener que trabajar tanto (...) porque nosotros criamos las gallinas, los chanchos (...) entonces si yo tuviera un trabajo más liviano (...) cuando hace calor le tengo que dar agua hasta tres veces al día, me tengo que meter adentro del chiquero, y bueno a las gallinas todos los días tenés que darle de comer, que se yo, tener otro trabajo, otra forma (...) otra cosa que sea más liviana (...) trabajar adentro (...) que se yo (...) (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC -RCC- Cría de animales. BIM.RC).

Este testimonio puede significarse atendiendo al contraste de lo ideal respecto de una realidad ardua de trabajo al que está expuesta la entrevistada, y el deseo de un trabajo más llevadero, más liviano, que no represente estar a la intemperie sino en un espacio al resguardo para el cuidado de la propia salud. Este testimonio puede contrastarse con lo hallado en otros pasajes de este análisis, donde se significa a la salud ideal cómo estar bien para poder trabajar o la salud ideal como tener un trabajo.

Concepciones de salud ideal personal de mujeres en situación de clase media

En lo que sigue se consignan testimonios de salud ideal personal de mujeres en situación de clase media.

Salud ideal sería salud integral

Mujeres de clase media expresaron que, para ellas una salud ideal sería una salud integral, un bienestar psicoemocional y físico.

(...) la salud ideal lo relaciono con un equilibrio entre la mente, el alma, el hecho que te sientas bien, te sientas tranquila, no revolucionada y pasada de vuelta de la ansiedad, eso (...) tiene que ver con mi forma de tomarme el trabajo (...) me cuesta ponerme límites (...) me hace estar ansiosa, porque no me alcanza el tiempo para todo (...) (MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN.RC)

(una salud ideal) es el bienestar para mí, es el estar bien todo, mente-cuerpo espíritu (...) la parte más mental, más del trabajo, de lo profesional, del cuerpo, el ejercicio, y la espiritual (...) súper importante, una dimensión que hay que tener (...) yo ligo lo espiritual un poco a lo religioso y lo otro pues al arte, acá les gusta dibujar, tener donde volcar la interioridad, le gusta dibujar, pintar, hacer cerámica, promover ese tipo de actividades (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC.)

¿una salud ideal? (...) yo nunca tengo ese equilibrio físico, mental y social, un estado ideal, la persona que se siente bien consigo misma y con los demás, que disfruta de los momentos que pasa (...) y que por más angustias que pase (...) siente que puede dejar los problemas afuera de la casa y adentro (...) salud ideal sería (...) sí yo tengo problemas en mi casa puedo ir a dar clases y mostrarme con los chicos tal cual soy y no llevar mis problemas (...) esta salud ideal hace que no tenga que ir nunca al médico, (...) que no tenga que tomar remedios, y eso estaría bueno porque yo hace mucho tiempo que dependo de médicos (...) cosas que se han ido sumando, la vida misma (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

¿salud ideal? ideal, bueno no sé si existe, pero de que existiera estar física, psíquica y emocionalmente bien, tranquila (...) que los problemas o las cuestiones negativas que se nos presenten, o sea todo en su justa medida, me parece, ni de un extremo ni del otro. (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP- Alfabetizadora. BC. LH).

Los testimonios refieren a salud ideal como un entramado en equilibrio entre distintos componentes de la salud física, mental y espiritual. Salud que estas mujeres contrastan con su propia realidad mediante expresiones “*yo nunca tengo ese equilibrio*”, “*no sé si existe*”, “*me cuesta*”. Las mujeres le otorgan valor al plano espiritual y psicoemocional, desde expresiones como es “*una dimensión que hay que tener*”. Aluden a cómo imaginarían viviendo con esa salud en su rutina, visualizando cómo este estado ideal se amalgamaría en sus vidas. Una de ellas se piensa en un estado ideal de salud integral, y advierte como consecuencia de ese bienestar el poder prescindir de sus consultas médicas y consumos de medicación habituales. Otra interpela la existencia de una idealidad en salud y trae una suerte de reparo de pensar la salud en “*su justa medida*”.

Salud ideal sería vivir en la naturaleza

Una de las entrevistadas de clase media significa la idea de una salud ideal a partir de vivir en la naturaleza.

(una salud ideal) *creo que sería vivir en un lugar mucho más en la naturaleza, una casa con patio grande o estar en un lugar donde el paisaje te permita seguir viviendo eso (...) pero sí (...) vivir más natural, que no lo hago, como comidas más naturales, la huerta como tiene mi sobrina, todo eso creo que hace a la salud.* (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente, BC.RC).

Piensa en esta idea a partir de un espacio al aire libre que permita vivir en contacto con lo natural como aquello que restauraría la salud, y que no permanecería solo en ese plano, sino también redundaría en prácticas saludables como el tener una huerta y sembrar los propios alimentos para una alimentación más saludable.

Salud ideal sería “hacerme más controles ¿o no?”

Algunas mujeres de clase media atribuyen significados a lo ideal en su salud personal atravesados por discursos y mandatos de un modelo médico hegemónico ligados a un “hacerse controles”.

(...) *para mí tener una salud ideal sería (...) hacerse controles anualmente, practicar actividad física y meditaciones regularmente, o sea una buena alimentación, todo sostenido en el tiempo, y además (...) tratar de tomarse el tiempo para uno solo, estos encuentros introspectivos ...eso para mí sería salud ideal.* (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN. RC).

(una salud ideal) (...) *no sé si más chequeos médicos porque quizás cuánto más vas al médico más te encuentran, no soy de ir tanto al médico, voy cuando lo necesito* (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente, BC.RC).

(...) *¿una salud ideal? ¿individual? (...) yo creo que sería corroborarla, tal vez sea corroborarla con controles más asiduos de lo que hago (...) porque a raíz de la pandemia*

hace 2 años que no me hago controles (...) pero sí controles, controles pertinentes, pero no me quejo de la salud que tengo (...) (MC2. B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente nivel medio. BC. LH).

Los tres testimonios aluden a controles anuales de salud como aquello que permitiría tener una salud ideal, no obstante, se advierte que los mismos marchan en diversos sentidos. Mientras el primero menciona a los controles como parte de una salud ideal, enlazado a otras cuestiones propias de una salud integral, como el realizar actividad física, tener buena alimentación y el realizar prácticas personales introspectivas. El segundo pone en cuestión si realmente el hecho de realizarse más chequeos aportaría a ese ideal de la salud o justamente lo amenazaría. Finalmente, el tercer testimonio refiere a la idea de los controles médicos como posibilidad de corroborar el estado de salud en el que se encuentra la persona.

Puede advertirse, a su vez, como estos sentidos contrastan con otro emergente, de mujeres de este mismo grupo social, que pensaban en una salud integral como lo ideal y cómo, la consecuencia de ello, sería el prescindir de hacerse controles médicos por haber arribado a tal estado ideal de salud.

Concepciones de salud ideal familiar

Cuando las mujeres piensan la condición de idealidad de la salud en un plano familiar expresan cosmovisiones donde lo ideal se liga a cuestiones sencillas que se viven en la realidad y hacen al bienestar, así como vuelven a enunciarse ideas irreales de una perfecta salud y ausencia de enfermedad.

Concepciones comunes de salud ideal familiar

A continuación, se desarrollan concepciones sobre salud ideal familiar semejantes a ambos grupos sociales de mujeres.

Salud ideal es “lo que estaría faltando a la salud de mi familia”

Así como en el plano personal de una salud ideal, mujeres de ambos grupos, significaron en el plano familiar aquello que falta a la salud de los integrantes de su familia como criterio para pensar lo ideal.

(...) una salud ideal en mi familia (...) yo creo que en mi familia la falta de tranquilidad o de alegría o quizás los excesos de trabajo hacen que se deje de lado la importancia de la salud, este discurso de que “el trabajo es salud” y que “hay que trabajar y que hay que esmerarse y esforzarse” no se está poniendo foco en lo que realmente es salud. El trabajo, es trabajo, nos dignifica y nos hace mucho bien (...) pero el momento recreativo, momento de relajación, el descanso también (...) (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

(una salud ideal para mi hija) sería que ella (...) no esté dependiendo del psicólogo, de saber que se acueste a dormir y que yo, si no estoy, vuelvo, de no pensar en que me va a pasar algo, en seguir teniendo las amigas y seguir proyectándose a un futuro, en poder seguir estudiando y poder emplearse de lo que les gusta (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

(...) salud ideal para mis hijos es que hagan deporte, que hicieran deportes, qué no estuvieran sentados, nada, eso una actividad física (...) (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaria Administrativa. BB.RC)

Una salud ideal para mi familia es una buena alimentación que tengan, que sean saludables en el sentido del ejercicio, que, a mi marido, yo lo jodo porque él trabaja solamente y no está bien (...) le duelen los huesos (...) le digo “vos tenés que hacer algo (...) vos tenés que ir al gimnasio, no para estar flaco, pero para que tengas ánimo”. Eso sí me gustaría que cambie él (...) (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN.RC).

Para pensar la salud ideal familiar remiten a integrantes de sus familias y a situaciones que ellos o ellas viven, expresando que se trata de cuestiones en las que “falta” salud o que les genera malestar. Se mencionan desde aspectos corporales como sedentarismo y falta de ejercicio físico en los que se encuentran integrantes de sus familias, hasta el deseo de que ciertos episodios ligados a lo psicoemocional que hacen al malestar o al padecimiento subjetivo no sucedan a integrantes de sus familias, así como falta de tranquilidad o alegría por excesos de trabajo, dependencia a profesionales de la psicología o el permanecer capturados en el mundo de las ideas.

(...) ¿que mis hijos tengan una salud ideal?, yo no sé si una salud ideal (...) querría qué fuera funcional, que mi hijo no fuera perseguido, porque a él lo persiguen las ideas, está capturado por las ideas, entonces yo quisiera que estuviera en armonía y que pudiese relacionarse con cualquier persona en cualquier circunstancia porque eso forma parte de la salud. Porque para mí salud es social (...) (MC2. B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente nivel medio. BC. LH).

(...) una salud ideal para mi familia sería brindándole lo mejor de mi parte, yendo siempre al médico, no dejar de ir al médico porque por ahí no vamos, o nos pasa algo y nos dejamos estar, como mi marido por ejemplo que se dejó estar y le pasó eso (se refiere a un tumor en el brazo que luego debieron amputarle) pero siempre hay que estar dándose una vuelta, haciéndose un chequeo completo para estar bien, porque a lo mejor por ahí nos pasa algo y nos dejamos estar y no vamos y no vamos y cuando ya vamos es tarde (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

Se expresa como ideal un mayor compromiso por contribuir desde “lo mejor de sí” para la salud familiar, en términos de la atención a profesionales y el “no dejarse estar” con la salud, como premisa que no debiera volver a ocurrir, después de situaciones extremas ya vividas en la salud familiar, por parte de una de las entrevistadas.

Una de las entrevistadas enfatiza que más que ideal, desea que simplemente la salud familiar fuese “funcional”, dando a entender un anhelo no tan superlativo sino más bien posible. La idea de una salud funcional podría significarse aquí como que una persona sea capaz de realizar de manera independiente y efectiva las actividades cotidianas necesarias para vivir con calidad de vida. Lo que implicaría, desplegar las propias capacidades físicas, mental y social para desenvolverse en el día a día.

Concepciones diferenciadas de salud ideal familiar en ambos grupos de mujeres

Se analizan en lo que sigue aspectos en que las mujeres en situación de pobreza y de clase media significan diferenciadamente lo ideal.

Concepciones de salud ideal familiar en mujeres en situación de pobreza

Se agrupan en lo que sigue concepciones de salud ideal familiar de mujeres en pobreza.

Salud ideal familiar es la unión

Mujeres en situación de pobreza piensan a la salud familiar ideal como la unión de sus integrantes.

(una salud ideal para mi familia) es que estén todos bien de salud (...) unidos (...) porque te da fuerza para seguir cuando uno está enfermo y todos le damos fuerza para que se levante (...) (MC1. G. 22 años. 1 hija. RHGC. BIM.RC.)

(salud ideal es) salud para tus hijos, para tus nietos (...) eso para mí es mucho, yo tuve que vivir muchas cosas (se emociona) yo he discutido con una hija (...) ellas se enojaron conmigo (...) no me hablan, estoy triste (...) yo las perdono (...) yo las extraño (...) me siento mal porque las quiero ver (...) (MC1. M.66 años. 4 hijos. THGC. VLC.RC.)

Se piensa la unión familiar como constitutiva de una salud ideal, frente a la enfermedad de uno de sus integrantes. Una de las entrevistadas significa una salud ideal como la salud para todos los integrantes de su familia, sus hijos y sus nietos, y lo piensa a partir de una situación de enojo y discusión que vivió con ellos. Lo ideal la lleva a vincularlo con esa situación, trayendo ideas de añoranza y perdón en relación con esas personas.

Salud ideal familiar como la imposible ausencia de enfermedad

Algunas mujeres en situación de pobreza significaron la salud ideal para sus familias desde el plano de la ausencia de la enfermedad.

(...) ideal sería para mí lo principal, es que ninguno de los dos (marido e hijo) se enferme nunca (...) (MC1. T. 21 años. 2 hijos. THGC. VLC.RC.)

(...) una salud ideal para mi familia sería no verlos enfermos (...) (MC1. D. 29 años. 2 hijos. RHGC. BIM.RC.)

(...) salud ideal para mi familia es que se no se enfermen, que siempre estén bien, gracias a Dios vienen bien, vienen bien (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC.)

Así como en el análisis de la salud ideal personal, vuelve a emerger la idealidad como irrealidad añorada de un estado de perfecta salud y ausencia de enfermedad surgiendo así lo imposible como lo ideal.

Salud ideal “para mi familia es que hagan lo que les gusta”

Mujeres en situación de pobreza significan como ideal la posibilidad de que los integrantes de la familia realicen las tareas y las actividades cotidianas que les generan bienestar.

(...) una salud ideal para mi familia es (...) verlos haciendo las actividades que les gusta, mi marido es albañil y no lo podés ver quieto nunca (...) verlos así que tengan salud, qué se siente bien y también la salud para mis hijos verlos que ellos puedan jugar, que disfruten (MC1. D. 29 años. 2 hijos. RHGC. BIM.RC).

¿y una salud ideal para mis hijos? ellos sí hacen muchas cosas, van al colegio, comen en el comedor, meriendan en el colegio, salen y entran al fútbol, ellos están en movimiento, hacen, eso les ayuda en su salud, están todo el tiempo haciendo cosas, juegan, están con energía, después llegan más cansados, pero van juegan se hacen amigos, después vienen y te cuentan que tienen amigos (...) (MC1. J. 26 años. 4 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

(...) para los chicos una salud ideal, que puedan jugar, mojarse, a ellos les gusta jugar con agua, poder jugar tranquilos, con agua, con barro, como quieran (...) (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC- TCP. VLC.RC).

Surgen de los testimonios, al igual que en un plano personal ideal de la salud, la idea de la salud como vivencia cotidiana, de realización de manifestaciones positivas de la salud que hacen a su vivencia, mantenimiento, promoción y protección, en el hecho de hacer lo que a uno le agrada en el vivir la vida.

Salud ideal familiar es el bienestar integral de cada integrante

Mujeres de clase media significaron que una salud ideal para ellas es el bienestar de cada una de las personas que componen sus familias.

Salud ideal para mi familia sería, que X no tuviera su problema, que X, la más chica, no fuera hipertensa cómo es, que la otra (...) consiguiera una persona que la apoyara, la acompañara y que se dejara acompañar, porque no es tan fácil esa hija mía (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH- Jubilada. BBN.RC)

(...) salud ideal para mi familia, es todos estén bien, en lo físico y felices (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora social. BBN.RC).

(...) salud ideal para mi familia (...) creo que (...) si yo estoy emocionalmente que no puedo llevar a cabo algunos proyectos, también eso repercute en la escena familiar (...) yo no estoy diciendo que depende de mí, sino que depende de los tres, de una armonía, de un equilibrio, tan difícil (...) en estos tiempos (...) Mi marido como que también tienes muchas frustraciones él, tiene su laburo (...) pero él también habla de cosas que (...) no pudo concretar, con mucha nostalgia (...) esto está también escuchando nuestra hija y a mí no me gustaría que ella piense que la vida es esto (...) tampoco que se sintiese culpable de que yo no pude por ella, porque no es así (...) yo creo que tenemos casi todo (...) Me parece que la salud no depende solamente de uno, sino de los otros, cómo vivamos, de cómo estamos insertos en la sociedad, depende de muchos factores (...) (MC2.A. 41. 1 hija. THGC. BC. LH).

(...) una salud ideal para mi familia (...) y yo para ellos quiero el 10 de 10 (...) el equilibrio entre la salud física y la salud mental (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Algunas mujeres mencionaron a distintos integrantes de sus familias atendiendo a sus situaciones personales y lo que querrían que mejorase en ellas, otras aludieron a que anhelan para estos integrantes un bienestar físico y que sean felices. Una de las entrevistadas pone en relación su concepción de salud ideal personal como consecución de un proyecto laboral propio, en sintonía con su escena familiar, reconociendo que, si bien la salud familiar no resulta en su responsabilidad, todos los integrantes hacen a la salud familiar. Otra entrevistada para pensar la salud ideal familiar remite a una cuantificación en términos de desear lo máximo de lo posible atendiendo a un equilibrio entre la salud física y mental.

Salud ideal familiar es bienestar económico

Testimonios de mujeres de clase media coinciden en significar una salud familiar ideal otorgándole valor a una dimensión económica cómo un aspecto que contribuye a aportar al logro de la salud.

(...) salud ideal para mi familia (...) es que estén bien en su trabajo, que estén sanos con su cuerpo, que estén acompañados de gente con la que puedan contar, que tengan sus casas, sus autos, no sé, que tengan un lugar donde estar, que ya me parece un montón porque hay gente que no tiene, por ejemplo, comprar la casa que la pudieron comprar, después de un montón de tiempo, me parece que eso ayuda un montón a la salud (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) salud ideal para mi familia, mira ahora en el presente tenemos todo lo que tiene que ver con una vivienda, alimentación, educación, trabajo (...) tenemos los medios económicos para llevar a cabo eso (...) (MC2. A. 41. 1 hija. THGC. BC. LH).

(...) ¿una salud ideal para mis hijos? (...) tiene que ver con lo económico, porque sí, la parte económica te ayuda a tener las cosas que necesitas, no digo todo, las básicas (...) pero lo mínimo una mutual, X no la tiene, entonces está cortando clavos que no le pase nada porque “¿a dónde va a ir a parar?”, y eso (...) me preocupa un poco (...) mañana le pasa algo y tenemos que ir al hospital (...) no es tan fácil acceder al hospital cuando venís del centro, cuándo venís de una clase social que por ejemplo tenés una tarjeta de crédito. Salud ideal para mis hijos es que tengan una posición económica que les permita tener acceso a la comida necesaria, una buena recreación, poder hacer cosas con amigos que les haga bien, todo eso hace a la salud. Por ahí mi hijo X es más bohemio y te dice “la plata no lo es todo” y yo le digo “yo estoy de acuerdo, porque la plata no lo es todo, podés ser millonario, y no vas a comprar tu salud, pero sin plata no tenés nada. La gente que no tiene un mango, no tiene comida, no tiene ropa, no tiene vivienda, no tiene una recreación y eso hace a la salud... también para eso trabajamos (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

Lo económico como un componente de una salud ideal familiar se significa por estas mujeres de clase media de diversas maneras. Una de ellas enuncia que se vincula a que los integrantes de su familia logren un bienestar en el trabajo, en el plano de lo corporal, así como de sus vínculos interpersonales, y enfatiza en la posibilidad de que cuenten con un hogar propio. Se trata de la misma entrevistada que en pandemia significó que salud “es tener un lugar don-

de estar”. Idea que vuelve a surgir en ella para pensar una salud ideal familiar. La importancia de contar con un hogar surge por su consideración de la realidad que representa carecer de ello, siendo para la entrevistada un aspecto de la vida que influye en la salud.

Otra de las mujeres, señala aspectos en los que su familia puede realizarse por disponer de medios económicos, menciona, coincidiendo con el testimonio anterior, el contar con una vivienda, pero agrega alimentación, educación y trabajo, reconociéndose como cuestiones básicas para pensar en una salud ideal familiar.

El último testimonio se detiene explicitando su concepción sobre una salud ideal para sus hijos focalizada exclusivamente en una dimensión económica. Entiende que ésta permitiría acceder a necesidades básicas para la vida. Entre ellas señala la posibilidad de contar con una obra social para la atención de la salud. Concibe que esto resulta una cuestión clave, teniendo en cuenta su procedencia de clase media, y señala la paradoja que representa contar con tarjeta de crédito y no disponer de obra social. Agrega que para alguien que vive en el centro se torna difícil argumentar por qué recurrir a un hospital público frente a una necesidad de salud.

La realidad que expone la entrevistada se asemeja a la de muchas personas de clase media en Argentina, para quienes, si bien el hecho contar con posibilidades de crédito indica cierta capacidad de consumo, ello no se corresponde con el hecho de poseer un empleo formal, o contar con la estabilidad económica necesaria para solventar una obra social, a las que, generalmente en nuestro país, se accede a través de un empleo formal. En este sentido, resulta bastante común que personas de clase media se vean forzadas a trabajar en la informalidad o como autónomos sin aportes regulares, lo que les repercute en no poder acceder a una obra social, quedando relegadas a una situación de vulnerabilidad en la atención de su salud.

El relato da cuenta, de alguna manera, de ciertos desequilibrios estructurales en la relación entre trabajo, derechos y consumo en sectores de clase media, donde si bien, se puede mantener cierto nivel de vida (expresado en salidas, compras o viajes) ello no se condice en términos de protección social y acceso a derechos básicos como la salud.

Al respecto, un estudio realizado por Palacios, Espinola y Rojas-Roque (2020) con el objetivo de medir la desigualdad socioeconómica y la inequidad horizontal en el uso de los servicios de salud en Argentina, reconoce que la fragmentación en subsectores públicos, obras sociales y medicina prepaga genera distinciones. Entre ellas, advierten que la cobertura de salud está vinculada a la formalidad laboral, donde las obras sociales, en términos de escala de atención, contribución promedio por afiliado y cobertura de beneficios, se correlacionan positivamente de acuerdo con los ingresos laborales y las profesiones de los afiliados. En este escenario, aquellos que no poseen obra social enfrentan barreras reales para acceder a servicios de calidad.

El Centro de Estudios para la Recuperación Argentina (2025), informa que en los últimos tiempos la clase media ha visto deteriorarse su acceso a derechos como la salud, mientras mantiene ciertos niveles de consumo visibles. Advierten un desequilibrio que se expresa en el mantener ciertos hábitos de consumo ocasionales como salidas, viajes o compras, y el sacrificar la protección social, incluyendo el acceso a cobertura médica.

Las reflexiones de los estudios aportan a la comprensión de la paradoja expresada por la entrevistada, donde si bien alguien puede ser financieramente aceptado para consumir, puede resultar excluido por el sistema de salud al no aportar formalmente. Por otro lado, vale mencionar que la entrevistada también agrega que lograr una posición económica permite acceder, junto con la obra social, a una alimentación necesaria, una buena recreación y compartir vínculos sociales, como cuestiones que contribuyen al bienestar y restablecen la

salud. No obstante, analiza que el dinero no garantiza la propia salud, pero que sin dinero se imposibilita el acceso a la alimentación, a la vestimenta, a la vivienda, a la recreación. Como cuestiones que hacen integralmente a una salud y para las cuales se trabaja, considerándolas como aspectos de la vida que hacen a la propia salud.

Concepciones de salud ideal comunitaria

En lo que sigue se analiza el plano de la salud ideal comunitaria. Se advierte aquí como emergen nuevamente sentidos comunes entre mujeres de ambos grupos sociales en torno a lo comunitario ideal enlazado al lugar del Estado y los derechos. Identificándose luego aspectos en que las mujeres se diferencian para significar lo ideal, y donde quienes integran el grupo en situación de pobreza remiten a la cuestión ambiental o el consumo de sustancias, así como a espacios salutógenos existentes en sus comunidades como aspectos de su realidad a partir de la cual significan lo ideal, mientras que las de clase media lo hacen a partir de considerar mayor disfrute y la necesidad de cambiar hábitos de aceptación psicosocial en la comunidad. Aspectos que ampliaremos en lo que sigue.

Concepciones comunes de salud ideal comunitaria

En lo que sigue se analizan aquellos sentidos comunes para concebir una salud ideal comunitaria por parte de mujeres de ambos grupos sociales.

Salud ideal comunitaria es acceso a la salud pública y Estado presente

Surge en mujeres de ambos grupos sociales, nuevamente, la idea del acceso a la salud pública mediante un Estado garante de esa política, para significar una salud ideal comunitaria. Es decir, se significa lo ideal a partir del contraste, lo que falta o lo que está mal en la propia realidad en relación a la salud pública y el cumplimiento de derechos.

(...) ¿salud ideal? “Ideal”, que termino curioso (risas). *Tiene que ser accesible, que no exista problema para acceder a los sistemas de salud para nadie. Es un derecho (...)* (MC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC).

(...) *salud comunitaria ideal (...)* es que todos tengamos las mismas posibilidades, la misma información, estaba escuchando (...) pueblos chiquitos y que el mamógrafo llega, y eso es una cuestión de Estado (...) *me parece que eso sería lo ideal (...)* (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

(...) *una salud ideal de la comunidad es que todos tengan acceso a la salud pública, que todos tengan respuestas (...)* (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(una) *salud ideal para la comunidad (...)* necesitamos con mucha potencia el campo de la salud en la comunidad (...) *que todos pudiéramos alimentarnos bien (...)* tener una vida digna, que pudiéramos tomar agua potable (...) *tener una dieta sana, equilibrada, ir al psicólogo o a la psicóloga (...)* (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Salud ideal en la comunidad (...) *que la gente pueda recuperar, no sé cómo, porque no viene de algo individual, viene de todos los que están arriba de nosotros, tratar de darle más seguridad a la gente en la vida (...)* que uno diga (...) “yo sé que llegó a fin de mes

y voy a tener mi comida”, “quiero comprarme una pilchita, me la compro”, vos tenés ese respaldo de pensar “si laburo, lo tengo”, pero no, lo económico por demás lo necesario (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

(...) salud ideal para la comunidad (...) cuando veo que todos tienen trabajo, que todos tienen vivienda, que si van al médico van por una causa muy particular y que después vuelven a su vida habitual, que se puedan generar para la comunidad desde el Estado la atención que se merecen (...) sobre todo salud pública (...) eso es un bien común la salud (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

Se significa por estas mujeres la posibilidad de tener garantizadas cuestiones básicas para una vida digna como agua potable, una alimentación saludable, vivienda, trabajo, educación. Una de las entrevistadas significa la idea de darle seguridad a las personas en distintos planos de la vida desde quienes están en el ejercicio del poder del Estado. Insisten en la idea de que todos tengan las mismas posibilidades de acceso al derecho a la salud, el que debe constituirse en prioridad del Estado.

(...) salud ideal para la comunidad sería cosas que para mí son básicas estén para todos, primero tener un lugar donde estudiar, una casa, tener un trabajo (...), que puedas ir al médico cuando sientas que tenés algo malo, (...) uno dice “la universidad pública” (...) apuntes y tener una compu (...) que todos tengan acceso a eso, que haya psicólogos por todos lados, estaría bueno, creo que ayudaría un montón (...) equipo de profesionales que estén más cerca (...) no esperar que la gente venga a decirte que está mal, sino que estar cerquita para que la gente pueda ir y vos ya sepas cómo estar ahí metido en todos lados (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Los testimonios expresan enfáticamente el acceso a los servicios de atención pública de la salud, a profesionales médicos, pero también mencionan a psicólogos, para quienes se piensa su desempeño desde enfoques situados en las comunidades. Aseveración que surge de una entrevistada estudiante universitaria, justamente de la carrera de psicología, que expresa que “vos ya sepas cómo estar ahí metido en todos lados”. Idea que remite a la posibilidad de formarse en la carrera universitaria desde perspectivas sociales y expansivas que implican un involucramiento en la vida comunitaria, diferentes a prácticas de consultorio centradas en la atención pasiva y más bien clínica de la enfermedad o malestar de las personas (Saforcada, 2001).

Concepciones diferenciadas de salud ideal comunitaria

A continuación, se analizan aquellas concepciones diferenciadas para significar la salud ideal comunitaria por parte de las mujeres de ambos grupos.

Concepciones de salud ideal comunitaria de mujeres en situación de pobreza

En lo que sigue se consignan las concepciones de salud ideal comunitaria de mujeres en pobreza.

Salud ideal comunitaria es el saneamiento ambiental

Mujeres en situación de pobreza aluden a cuestiones vinculadas a la higiene y el saneamiento ambiental como cuestiones inherentes a una salud comunitaria ideal.

(una salud ideal comunitaria) *tendría que ser que tengan mucho más cuidado con el tema de la limpieza (...) la gente de más allá tienen como un basural afuera de su casa, tener cuidado con el tema de las ratas, todo eso trae enfermedades, y eso es lo fundamental para la salud, tenés que tener todo el tiempo cuidado (...) es más peligroso porque hay nenes (...)* (MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

(...) *una salud ideal para el barrio (...) que no fuera tan mugrienta la gente, que no haya tanta mugre, que no haya tanta agua que hace un barrial, agarra olor a feo (...)* (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

En consonancia con lo emergente en las categorías de salud y enfermedad comunitarias donde se analizaba la tensión entre una salud ambiental y la contaminación en ambos grupos sociales, se advierte en esta instancia que son particularmente las mujeres en situación de pobreza las que vuelven a significar esta cuestión vinculada a una salud comunitaria ideal. Mencionan la presencia de basura en el barrio, así como de microbasurales y el hecho que los mismos conllevan enfermedades que pueden transmitir los animales a las personas como zoonosis, parasitosis, enuncian focos de basura, charcos de agua y desechos líquidos, entre otras cuestiones que amenazan la salud de las personas, pero en particular de las infancias.

Remiten a una descripción de su propia realidad para significar lo ideal en salud comunitaria, llevándonos a pensar en lo ideal para sus comunidades como el saneamiento ambiental. Al respecto, la OPS (2022) en un documento destinado a la formación, concibe al saneamiento básico como un conjunto de acciones que se pueden aplicar sobre el ambiente para reducir los riesgos sanitarios, prevenir la contaminación y, consecuentemente, lograr mejores niveles de salud. El documento enuncia tres pilares fundamentales del saneamiento ambiental, el agua segura, la disposición sanitaria de excretas y el manejo sanitario de la basura. Aspectos que puede advertirse, no cuenta la comunidad a la que se hace mención en los relatos, al no disponer de servicios que provean de agua segura, que se encarguen del tratamiento de sus excretas o de la disposición de su basura, lo cual convierte estos problemas en parte de su vida diaria, y despiertan en quienes habitan en ellos, el anhelo de una salud ideal a partir de su resolución.

Salud ideal para “el barrio sería que no haya tanta venta de droga”

Entre las entrevistadas en situación de pobreza surge lo ideal en la salud comunitaria como la posibilidad de que no exista la venta de sustancias, como realidad que contrasta a lo habitual de los barrios que habitan, expresada ahora en el orden del deseo o el anhelo ideal.

(...) *una salud ideal para el barrio sería que no haya tanta venta de droga, así como si nada, porque esto es lo que afecta todo esto, la libertad que hay de venta de drogas acá en el barrio, y en muchos lados, eso es lo que le caga a la vida a los demás, porque vos tenés un chico de 12 años que se juntó con el de 14, y el de 14 ya consume, y el de 12 no va a querer ser menos, y va a ser exactamente lo mismo que el de 14, y así empieza todo, y ya cuando tenés a tu hijo que te roba para comprarse droga para sentirse bien, en su fantasía de estar drogado o estar felices, la felicidad esa no los va a llevar muy lejos*

(...) (MC1. P. 37 años.4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en un hogar de cuidados. BJA.RC).

Vuelve así a surgir en los testimonios de este grupo social de mujeres la cuestión de los consumos problemáticos, significando en este caso la posibilidad de su transformación desde el anhelo por concretar un carácter ideal a partir de la erradicación de la venta de sustancias en una de las comunidades de estudio.

Salud ideal comunitaria es “la copa, el Galponcito”

Se advirtió en el grupo de mujeres en situación de pobreza un testimonio que significa como salud ideal a aquello que representan espacios comunitarios de un comedor y un espacio de educación popular para infancias, los que funcionan de manera aledaña y son dependientes de una misma organización social en uno de los barrios de estudio.

*(...) en el barrio una salud ideal, bien para los chicos que están ahí, y yo para los ne-
nes, porque yo a esto les agradezco, porque esto me cambió la vida para mí, es la copa, el
Galponcito, porque yo antes tenía muchos problemas, o vivía peleando con mi cuñada, o
esto y aquello, y esto me cambió mucho. He hablado varias veces (...) cuando me han
preguntado qué sentía por la copa, yo les dije, a mí me cambió mucho, yo antes “era
más negra para hablar”, en todo, en vez de acá te enseñan. Cómo ser, X me cag*** a
ped***, “no digas malas palabras” o “no se dice malas palabras”, y no es que te reta,
nada, pero es un bien para vos y un bien para tus hijos (...) Y esto te ayuda mucho,
también a los niños a los niños antes vos los veías, muchos niños andaban en la calle, la
mayoría están acá ahora, o la escuelita de fútbol también que hicimos (...) porque hay
muchos padres que no tienen para pagar (...) “Banda Norte” o “Estudiante” (...) está
caro, entonces los mandan ahí. Yo veo a mi nena que tiene cinco y una compañerita
(...) y es otra cosa, no andan tanto en la calle, los distraen (...) (MC1. M. 31 años.4
hijos. RHGC-RCC-TCP. BJA.RC).*

En este caso, la mujer significa lo ideal comunitario como lo real que ya está aconteciendo en su comunidad. Pone el foco de eso ideal en el bienestar que estos espacios representan para las infancias, y para ella misma como adulta, a partir de su desempeño en el espacio del comedor, donde se realizan tareas de cocina para la “olla popular” que se ofrece dos veces por semana, así como cotidianamente la merienda para la familia.

La mujer alude a cómo, participar de este espacio le permitió apartarse de comportamientos y situaciones en su vida que no le significaban bienestar, para implicarse en una práctica cotidiana que le aportó a un cambio personal desde el contacto con otras mujeres y personas que le fueron aportando y que ella valora.

Junto con ello, realiza un análisis en relación al bienestar que los espacios de educación popular y la escuelita del fútbol generan a las infancias del barrio, que transcurren su tiempo aprendiendo cuestiones propias de la vida escolar, así como sobre expresión artística, cultural o al deporte, como formaciones que reciben en estos espacios en los cuales también se los contiene, acompaña y aprenden, apartándolos de permanecer en las calles. Nuevamente emerge un plano integral de la salud comunitaria donde el foco colocado por la entrevistada es en relación a una salud positiva promotora de desarrollo humano integral, al decir de Saforcada (2001), en tanto contempla componentes que interactúan para configurar la vida plena de las personas abarcando la salud, la educación, el ocio y la participación social.

Concepciones de salud ideal comunitaria de mujeres en situación de clase media

En lo que sigue se reúnen las concepciones de salud comunitaria ideal significadas por mujeres de clase media.

Salud ideal comunitaria como disfrute

Mujeres de clase media significaron lo ideal en salud comunitaria atendiendo a un plano del bienestar psicoafectivo ligado a la posibilidad de la expresión y la manifestación del propio ser, desligándose de preocupaciones y ataduras propias de la vida cotidiana e ingresando en el plano del disfrute y la felicidad.

(...) una salud ideal para la comunidad sería (...) que la gente sea más feliz, que tenga más bienestar o más disfrute, no tantas preocupaciones (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora social. BBN.RC)

La salud ideal en la comunidad (...) es fundamental. Lo afectivo y lo expresivo es muy importante. Que cada uno tenga su espacio para manifestarse. (MC2. L. 40 años. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

Se advierte como lo ideal asume una connotación ligada a lo necesario, considerando una dimensión que contrasta con una realidad donde lo habitual no es el disfrute o la posibilidad de contar con espacios para manifestar expresiones en los planos artísticos, culturales o espirituales de las personas, como componentes considerados por las entrevistadas para pensar la salud ideal, y que son propios en la gestión de una salud positiva que resulta protectora y promotora del bienestar y el desarrollo humano integral (Saforcada, 2001).

Salud ideal comunitaria como cambio de hábitos de aceptación psicosocial

Se advierte entre las entrevistadas de clase media un testimonio que significa lo ideal en la salud comunitaria como la posibilidad de modificar hábitos que se aparten de la burla social, comúnmente conocida como *bullying*, para centrarse en la aceptación del otro u otra, en poblaciones de infancias y adolescencias.

(...) una salud ideal para la comunidad sería (...) se me viene esto de (...) cambiar hábitos de aceptación, de no burlarse de los chicos porque de la burla también vienen las enfermedades, ya sean enfermedades psicológicas, emocionales, bulímicas, anoréxicas, en el caso del qué es gordito, relleño, o que lo hacen ver así, entonces es todo un tema, es todo un tema la burla porque se sufre un montón (...) no sé si es un sueño o un ideal (...) que todos puedan llegar a tener lo que les haga bien (...) (MCV. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

El testimonio da cuenta de una concepción de salud psicoemocional dentro de la comunidad que traspasa la idea de ausencia de enfermedad, para pensarla atendiendo a un entorno emocional, social y mental en el que pueda transcurrir la vida de las personas y sus vínculos interpersonales de manera saludable, en relaciones y escenarios sociales libres de prejuicios, discriminación y violencia.

Lo ideal, concebido como *cambiar hábitos de aceptación* remite a pensar en la posibilidad de modificar las formas aprendidas en que las personas se relacionan con las demás, las aceptan y valoran, en tanto señala que las formas imperantes resultan contrarias a eso que se significa como ideal. Nuevamente “lo ideal” se significa a partir de lo ausente en las comunidades, y se expresa como una visión que se desea para la salud comunitaria.

Agregamos a la denominación “aceptación” lo “psicosocial” en tanto adjetivación que permite considerar la interacción entre lo psicológico y lo social como aspectos que se influyen mutuamente y se expresan en los comportamientos de las personas y la posibilidad de generar bienestar.

Si bien el testimonio no expresa la palabra “*bullying*”, sí se refiere a “burla”, la que, en tanto acción, además o palabras, se expresan con la intención de reírse o ridiculizar a otra persona, dando cuenta de una manifestación de discriminación, rechazo, exclusión o violencia simbólica. Resett (2024) considera al *bullying* como una agresión intencional reiterada y con un desbalance de poder físico y/o mental entre quien lo sufre y quien lo realiza, constituyéndose en una conducta que significa un importante factor de riesgo para la salud mental, especialmente de los adolescentes, a nivel psicológico, social y físico. La entrevistada señala cómo la burla puede propiciar vínculos nocivos que podrían traer como consecuencias enfermedades, malestar o sufrimiento psíquico en las personas que la padecen.

Frente a ello, sus reflexiones refieren a la necesidad de fomentar hábitos de aceptación, lo que nos conduce a pensar en principios prosociales de convivencia, capaces de promover la empatía, el respeto y la inclusión, orientados a superar prejuicios o estigmas hacia los otros u otras, así como el respeto a la diversidad (trascendiendo cuestiones de apariencia, género, orientación, clase social, capacidades, entre otras).

Al respecto Roche y Escotorin (2021) plantean una relación entre la educación emocional y los comportamientos prosociales. Entienden que la *educación emocional* busca dar respuesta a necesidades sociales mediante el desarrollo de competencias emocionales que contribuyan a un bienestar personal y social, a partir de la conciencia y la regulación emocional. Asimismo, definen a los *comportamientos prosociales* como aquellos que, “sin la búsqueda de recompensas (...) favorecen a otras personas o grupos (...) y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales o sociales (...)” (Roche y Escotorin, 2021, p.89).

A través de diversas experiencias en programas internacionales de optimización prosocial, Roche y Escotorin (2021) advierten que estos comportamientos promueven en las personas y grupos un tejido de apoyo social a través de comportamientos positivos, solidarios y de ayuda que benefician a un receptor, y que comportan beneficios para la salud también al generador de estos comportamientos.

Para estos autores, la abundancia de acciones prosociales produciría una disminución de los comportamientos violentos, pudiendo generar en un plano colectivo, un efecto multiplicador y recíproco, favoreciendo la calidad de las relaciones, la funcionalidad de la convivencia social, la armonía, bienestar y la salud mental de las personas.

La entrevistada expresa que no sabe si su idea es “un sueño o un ideal” pero consiste en “*que todos tengan lo que les haga bien*”. Esa disquisición podría poner en tensión la idea del “sueño” como una ilusión o anhelo imaginario, más personal y emocional, y el “ideal” en tanto un principio más razonado, pensado, dirimido, que expresa un sentido social, sustentado en valores y convicciones sobre el desarrollo de la vida. Más allá de las precisiones de estas disquisiciones, la idea de la entrevistada parecería centrarse en promover entornos inclusivos

donde la burla desaparezca como práctica socialmente aprobada, para dar lugar a la aceptación psicosocial nutrida por principios prosociales y solidarios en entornos que podrían pensarse como educativos, laborales y comunitarios.

Reflexiones de síntesis

Pensar la salud ideal lleva a algunas mujeres al cuestionamiento, a replantearse la existencia de dicha denominación, la posibilidad de que la misma exista en el plano de lo real, incluso parecería cuestionarse hasta qué punto vale la pena pensar en un estado ideal inexistente.

Puede reconocerse que los testimonios de las mujeres de ambos grupos sociales expresan aspectos semejantes como diversos en las formas de significar lo ideal.

Mientras para algunas entrevistadas de *ambos grupos sociales* “lo ideal” permite pensar la salud personal o familiar en el orden de lo imposible e irreal, ligado a soñar con un estado de perfecta salud y completa ausencia de enfermedad, otras toman como punto de partida la propia realidad, en lo personal, familiar y comunitario, y a partir de allí se abandonan en una detallada caracterización de los aspectos y condiciones que deberían integrar esas situaciones de salud ideal.

Se reconocen así distinciones y tensiones entre la salud ideal y la real. Muchas ubicando a la salud ideal como aquello que no existe y cuyo anhelo las envuelve (el soñar con no enfermarse nunca, ellas, ni los suyos, o el no sentir dolor). Algunas, que tensionaron la idea de idealidad, analizaron escasas concordancias entre la salud ideal y la real. Ello las habilitó a realizar críticas sobre la situación en que se encuentran, en los planos personal, familiar y comunitario de la salud, manifestando apertura a la posibilidad de pensar en clave de idealidad, pero a partir de su presente, desde la idea de una salud que se desea y a la que se aspira.

En el *plano personal* mujeres de *ambos grupos sociales* coinciden en significar lo ideal vinculado a: “ser delgado y hacer ejercicio”, a pensar lo imposible de una salud y la ausencia de enfermedad, a concebir la salud ideal como aquello de lo que carecen, así como antagónicamente, concebir que salud ideal como aquella que ya poseen.

Respecto a *cuestiones diferenciadas* se advierte que, mientras mujeres en situación de pobreza precisan la salud ideal como “no tener que trabajar tanto”, mujeres en situación de clase media significan lo ideal en torno a una salud integral, vivir en la naturaleza, hacerse más controles de salud, mientras otras, justamente cuestionan esa idea considerando que ideal sería no hacerse tantos controles.

En el *plano familiar* las mujeres de *ambos grupos* expresan como semejante una concepción de salud ideal que focaliza en que ella representa aquello de lo que carecen los integrantes de sus familias, y anhelarían que ellos posean. En relación a *aspectos discrepantes*, las mujeres en situación de pobreza mencionan la unión familiar para significar lo ideal en salud familiar, otras mencionan el hecho que sus integrantes no se enfermen, así como la posibilidad de que puedan realizar en sus vidas lo que les gusta. Por su parte, las de clase media significan como salud ideal familiar al bienestar integral, así como al bienestar económico de los miembros de sus familias.

En lo *comunitario* las mujeres coinciden en que una salud comunitaria ideal es el acceso a la salud pública y el rol de un Estado presente.

En cuanto a *cuestiones diferenciadas sobre la salud comunitaria ideal*, se advierte que, mujeres en situación de pobreza se centran en lo real que representan los basurales y el anhelo de

una salud ideal expresada en un saneamiento ambiental, el deseo de que no se comercialicen drogas y sustancias en sus barrios, así como una valoración como lo ideal a espacios comunitarios para mujeres e infancias. Por su parte, mujeres de clase media, significan una salud ideal comunitaria como disfrute, así como la instauración social de hábitos que se aparten de la burla y avancen a la aceptación psicosocial e interpersonal.

Puede advertirse como en todos los planos analizados para pensar la salud ideal (personal, familiar y comunitario) predomina el reconocimiento y visibilización de episodios y situaciones que afectan la salud de las mujeres, integrantes de sus familias y comunidades. Allí lo ideal se significa por contraste con lo real que representan las alteraciones negativas y problemáticas de salud. No obstante, y en menor medida, fue posible identificar la expresión de concepciones de lo ideal a partir de manifestaciones de salud positiva ligadas a componentes que hacen a un bienestar integral, a realizar actividades que protegen y restauran la salud, el vivir en la naturaleza, el disfrute, el compartir con otras mujeres encuentros de trabajo para el bienestar comunitario e integral de las infancias y vecinos del barrio, que a su vez repercuten favorablemente en su propio bienestar.

Por otro lado, pudieron identificarse sentidos sobre una salud personal dónde lo ideal aparece atravesado por discursos propios de un modelo médico hegemónico que exhortan a la asiduidad de controles médicos, así como a mandatos imperantes socialmente sobre la apariencia del cuerpo.

Para cerrar este apartado, nos interesa destacar la importancia simbólico-política de conocer y visibilizar estas concepciones ideales en salud. Entendemos que su valor simbólico, es en tanto forma parte de los deseos, esperanzas, expectativas y aspiraciones que atraviesan a los grupos humanos.

Por un lado, su valor político, está dado en tanto permiten reconocer la propia situacionalidad en salud centrada desde los propios anhelos y realidades de las mujeres, sus familias y comunidades. Ellas significan lo ideal en salud expresando el contraste entre *lo que es y tienen* y *lo que debería ser y no es*, apareciendo la posibilidad de pensar, de preguntarse y de interpelarse en distintos sentidos, siendo uno de ellos en el que convergen al tensionar el lugar del Estado como responsable de garantizarles una salud ideal, justa y en clave de derechos.

Pensamos también, que la posibilidad de representarse una realidad ideal y transformada en salud se configura para muchas de estas mujeres, en un camino esperanzado, una senda fértil que habilita -y las habilita- a una apuesta por vivenciar sus “propias saludes”.

Ello, sin desligar el papel del Estado y del subsistema público de salud en la responsabilidad de bregar por el achicamiento de la brecha entre la salud real de estas mujeres, sus familias y comunidades, y la salud ideal con que ellas sueñan y a la cual aspiran.

De esta manera, las concepciones ideales no se circunscriben a un mero ideario, un idealismo o simples metas deseadas, sino sólidas referencias que deberían ser sustento de acciones ético-políticas que se expresen desde el diseño, ejecución e implementación de políticas públicas proyectos, planes, prácticas, iniciativas y aspiraciones orientados a proveer salud integral de calidad para los pobladores y las pobladoras de nuestro suelo.

Lo analizado en los capítulos que conforman esta 2da parte del libro, nos permiten advertir cómo las concepciones sobre salud personal, familiar y comunitaria, como verdaderas construcciones de sentido, se elaboran por las mujeres de los distintos grupos enlazadas a su lugar en la estructura social. De esta manera, las situaciones de salud, enfermedad, padecimientos y malestares que ellas enuncian, no pueden entenderse sólo como resultado de problemas orgánicos o de base biológica, o del designio divino, o una casual historia desafortunada,

sino también de la combinación con sistemas sociales, político, económicos y culturales, así como de tiempos y contextos históricos de los que las mujeres también son parte, con propia capacidad de agencia para intervenir en ellas.

Nos interesa pensar, junto con ello, a las concepciones de salud y enfermedad como una especie de anticipaciones de sentido que las mujeres disponen y construyen a partir de sus vivencias y condicionamientos de clase, orientando sus modos de actuar.

Atendiendo a ello, interesa en la 3ra parte que sigue de este libro desentrañar cómo estas concepciones van amalgamándose a conocimientos y creencias sobre salud y enfermedad, así como identificar, avanzado en su desarrollo, si estas construcciones cognitivas y socioculturales se expresan en comportamientos y prácticas que imprimen modos de hacer y actuar de estos grupos de mujeres frente a situaciones de salud y enfermedad de su realidad.

III PARTE

Mujeres que conocen y creen en salud

Capítulo 9

CONOCIMIENTOS SOBRE SECA

“si aceptamos la premisa de que la ciencia del pueblo común o folklore -es decir, el conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar por siglos (...) - tiene su propia racionalidad y su propia estructura de causalidad, conviene empezar por tratar de entender aquella racionalidad y esta estructura en lo que tiene de propio y de específico”
(Fals Borda, 1981, p.25).

Esta tercera parte del libro, que se inicia con este noveno capítulo, continúa referida a la consideración del plano simbólico, ideacional o cognitivo de las mujeres. Hemos atendido en los capítulos precedentes a las ideas y concepciones, indagando en lo que ellas piensan sobre SECA. En esta parte nos adentraremos a *sus conocimientos y creencias sobre SECA*, consideradas también como abstracciones inherentes al plano cognitivo que las mujeres han construido respecto de estos procesos (Alarcón et al. 2003).

Particularmente la pretensión de este capítulo es desarrollar la dimensión emergente del estudio orientada por el objetivo de *“analizar comparativamente conocimientos y aprendizajes sobre SECA, sus procesos de construcción y circulación, en mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto (Córdoba)”*.

Interesa hacer mención aquí a lo interpelador que resultó, cuando nos aproximamos a las mujeres del Gran Río Cuarto en la instancia para indagar en los conocimientos que ellas construyen sobre SECA, la dificultad que sus protagonistas, las mujeres del estudio, encontraban para ponerlo en palabras y reconocerse como constructoras y portadoras de saberes. Cuando les proponíamos que nos contaran acerca de *“aprendizajes y conocimientos construidos sobre cuestiones de SECA en el transcurso de sus vidas”*, solían abrir sus ojos como si se las estuviese interrogando por algo muy alejado, como alguna ley de la física, o algo por el sentido.

Su expresión nos llevaba a pensar que interpretaban nuestra inquietud como una pretensión de indagar sobre algo que nada tenía que ver con ellas y su cotidianidad, algo de lo que nada sabían. Intentando acercarnos a la idea, las invitábamos a pensar en cuestiones sobre salud aprendidas a lo largo de sus vidas, vinculadas a cómo cuidar y preservar el bienestar propio como de sus hijos e hijas, así como familiares. Convite que sentían más cercano, comenzando a re-visitar pasajes de sus vidas enlazados a aprendizajes realizados en etapas de su infancia y adolescencia, hasta el momento de la adultez y crianza de sus hijos e hijas. Así fue posible identificar desde sus relatos un conocimiento personal y propio, junto con aprendizajes a partir de experiencias enlazadas a cuestiones de salud, malestar, enfermedad y cuidados de las que ellas son verdaderas protagonistas.

Algunas preguntas que nos permitieron orientar el análisis de los testimonios de las mujeres, expresaron: *¿cómo conocen sobre SECA mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media? ¿en qué momentos y contextos conocen? ¿entre quiénes se dan esos procesos? ¿cómo circulan esos conocimientos? ¿qué las moviliza a aprender? ¿qué modalidades de aprendizaje sobre*

SECA pueden identificarse en ambos grupos?; ¿qué tipo de conocimientos construyen las mujeres de acuerdo a la procedencia de los mismos?; ¿es posible identificar similitudes y diferencias en los procesos de construcción de conocimiento y aprendizaje sobre SECA en ambos grupos de mujeres? ¿cómo se expresan las mismas?

A los fines de graficar los elementos analíticos emergentes en esta dimensión, presentamos la siguiente tabla (Véase tabla 10).

Tabla 10: Conocimientos sobre SECA.

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	CRITERIOS DE COMPARACIÓN		SUBCATEGORÍAS	
CONOCIMIENTOS SOBRE SECA	<i>Andamiaje en la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA</i>	<i>Cuestiones comunes</i>	<i>Momentos y contextos de aprendizaje</i>		
			<i>Protagonistas: enseñantes y aprendientes</i>		
			<i>Diálogo como posibilitador del aprendizaje</i>		
			<i>Movilizaciones hacia los aprendizajes</i>		
	<i>Modalidades de aprendizaje</i>		<i>Ap. por observación</i>		
			<i>Ap. por explicación</i>		
			<i>Ap. por cuestionamiento</i>		
			<i>Ap. por experiencia</i>		
			<i>Ap. por insight o descubrimiento</i>		
	<i>Tipos de conocimientos según su procedencia y características</i>	<i>Cuestiones comunes</i>	<i>Conocimientos que se transmiten generacionalmente</i>		
			<i>Conocimientos procedentes de la maternidad</i>		
			<i>Conocimientos de curanderos o familiares mediante ritos de sanación</i>		
			<i>Conocimientos provenientes de la lectura de la propia salud</i>		
			<i>Conocimientos construidos en pandemia</i>		
			<i>Conocimientos provenientes de la medicina occidental</i>		
			<i>Conocimientos provenientes de medios de comunicación (TV- internet)</i>		
		<i>Cuestiones diferenciadas</i>	<i>Mujeres en situación de pobreza</i>	<i>Conocimientos procedentes de comunidades étnicas</i>	
			<i>Mujeres en situación</i>	<i>Conocimientos sobre salud habilitados por las posibilidades de clase</i>	

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

La dimensión “*conocimientos sobre SECA*” alude al acumulado de saberes y conocimientos, concebidos como creaciones cognitivas e intelectuales que las mujeres han construido socioculturalmente en el encuentro con otras personas, derivados de relaciones, experiencias y vivencias en las que han estado y están insertas en sus vidas y de las que han aprendido. Se trata de una dimensión que se compone de las categorías: *a) andamiaje en la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA*, *b) modalidades de aprendizaje* y *c) tipos de conocimientos según su procedencia y características*.

Construyendo sentidos en torno al aprender, saber, conocer

En la lengua castellana existen tres verbos utilizados de manera ambigua que suelen emplearse indistintamente bajo lo que parecería reunir un mismo significado: aprender, saber y conocer. A lo largo de la historia autores de las ciencias de la educación han avanzado en su elucidación. Si bien se proponen verdaderas disquisiciones, simultáneamente se advierten pocas precisiones, “lo que para algunos es definido como conocimiento, para otros refiere al saber y viceversa” (Falavigna y Arcanio, 2011, p.9).

Para el pedagogo francés Bernard Charlot (2007, p. 101) “(...) el *saber* es (...) una forma de relación con el mundo”. Es el producto de relaciones epistemológicas entre los sujetos y también de relaciones sociales, ya que los saberes se producen y validan dentro de una comunidad. “Esta relación con el mundo es también relación consigo mismo y con los otros. Implica una forma de actividad y (...) una relación con el lenguaje y (...) con el tiempo” (Charlot, 2007, p. 103). Falavigna y Arcanio (2011, p. 9) consideran que los autores franceses más que referirse a conocimiento optan por la denominación “relación con el saber” (*rapport au savoir*).

El filósofo mexicano Luis Villoro (1986) distingue entre *saber* y *conocer*. Entiende que el saber es proposicional e implica aprehensión mediata del objeto, mientras que *conocer* supone una experiencia personal con el objeto. El saber se valida en razones objetivamente suficientes, y el conocer se justifica a través de experiencias.

Para Villoro, el *saber* es “una creencia verdadera y justificada” (1986, p.17) que orienta la acción en forma acertada y segura. Lo que hace que sea transmisible en tanto se funda en razones compartibles entre las personas. Por su parte, el *conocimiento*, requiere “tener o haber tenido una experiencia personal y directa (...) estar familiarizado con ello” (Villoro, 1986, p. 197). Consiste en experiencias variadas, que se van captando bajo diferentes perspectivas y son integradas por medio de aprehensiones inmediatas en una unidad que va complejizándose, enriqueciéndose, siendo posible hacer, a partir de ellas, una serie de inferencias. Para el autor, a diferencia del saber, el conocimiento no es directamente transmisible. Nadie puede conocer por otro, cada persona conoce por cuenta propia, de ahí que Villoro lo denomine “conocimiento personal” (1986, p.217).

Se reconoce así cómo lo que para Charlot refiere a saberes para Villoro remite a conocimientos, en tanto en ambas denominaciones los autores ponen el foco en las experiencias personales como centro del saber/conocer.

Respecto al *aprender*, Charlot (2007) considera que desde su nacimiento y a lo largo de la vida las personas se enfrentan a la necesidad de aprender en un mundo que les preexiste. Entiende que aprender es una forma de relación de la persona con el mundo, para incorporarse y moverse en él. Se aprende a dominar actividades, formas relacionales, normas, a adquirir un saber (contenido intelectual). Para el autor aprender es entrar en posesión “es pasar de la no posesión a la posesión, de la identificación de un saber virtual a su apropiación real (...) también dominar una actividad o volverse capaz de utilizar un objeto de forma pertinente” (2007, p. 113).

Para el pedagogo brasileño Paulo Freire (1997) el aprendizaje refiere a un proceso humano permanente –jamás acabado, jamás se termina– a través del cual hombres y mujeres se insertan en su realidad histórica como seres de toma de decisiones y autogestores de la misma.

Desde su perspectiva el aprendizaje implica un proceso de comprensión a través del cual el sujeto conoce al mundo y a la realidad socio-histórico y cultural. Este proceso implica ten-

siones y reacomodamientos, dado que se ponen en juego los saberes que poseen los sujetos con otros nuevos, dándose articulaciones entre la continuidad y la ruptura de los mismos. La continuidad refiere a la prolongación respecto de lo que el sujeto ya sabe, lo ya conocido, mientras que la ruptura viene dada con lo nuevo, con aquellos saberes que contrastan con lo conocido, que comienzan a emerger generando nuevos aprendizajes con significado, que desequilibran el estado de continuidad anterior.

De esta manera, la finalidad del aprendizaje está en el proceso de conocer que supone una co-construcción de conocimientos, ya que se conoce con otros. Así también, el conocimiento es una construcción humana permanente que se da entre los seres humanos en común-uniión, dice Freire (1973). Esta construcción supone una relación entre el sujeto cognoscente (que es el sujeto social) con el objeto cognoscible (que es lo que se conoce, la propia realidad histórica, que es un objeto contextualizado también social) (Freire, 1990; 1997).

De las contribuciones de los autores, se precisan las siguientes cuestiones como punto de partida en relación al estudio de esta dimensión:

- se entiende, de manera general, a los *conocimientos, aprendizajes y saberes como creaciones y construcciones cognitivas e intelectuales* que las mujeres construyen socioculturalmente en el encuentro con otras personas, que se caracterizan por ser susceptibles de modificarse y transformarse; por circular enriquecerse y expandirse, atendiendo a recursos, herramientas y modalidades por ellas empleadas;
- Se entiende por *aprendizaje* al proceso por medio del cual las mujeres construyen conocimientos y saberes. Proceso de “aprender” que también se entiende como el posibilitar un “conocer” sobre SECA;
- Se opta por la denominación “conocimientos sobre SECA” para referirse a todo el cúmulo de *saberes y conocimientos* provenientes de las relaciones, experiencias y vivencias en las que han estado y están insertas en sus vidas las mujeres y de las que han aprendido. De manera que, si bien el peso conceptual se coloca en la denominación de conocimientos, por momentos puede aludirse a saberes, pero a ambos se les otorga la misma entidad de lo experiencial-personal sin diferenciarlos.

En lo que sigue, se desarrollan analítica y comparativamente cada una de las categorías de análisis que componen la dimensión conocimientos sobre SECA, atendiendo a cuestiones comunes y diferenciadas entre ambos grupos de mujeres.

Cuestiones comunes en la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA

En lo que sigue, se desarrollan las categorías que reúnen testimonios comunes a las mujeres de ambos grupos respecto de la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA.

Andamiaje en la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA

Pensar los procesos y las vías por medio de las cuales las mujeres de ambos grupos sociales reconocen haber llegado a construir conocimientos sobre SECA conduce a identificar todo un *andamiaje posibilitador de esas construcciones* intelectuales. Se entiende por andamiaje a una suerte de armazón desde el cual se generan, configuran y organizan los procesos que van a propiciar los conocimientos sobre SECA desarrollados por las mujeres, como construcciones

que emergen de la conjunción de distintos elementos, tales como momentos y lugares, personas, encuentros, diálogos, intereses, movilizaciones hacia los aprendizajes, saberes previos disponibles, modos de aprender y una valoración al aprendizaje como motor de bienestar personal, familiar y comunitario.

Charlot (2007, p. 117) considera que “aprender tiene sentido en relación a la historia del sujeto, sus expectativas, sus antecedentes, su concepción de la vida, su relación con los otros, la imagen que tiene de sí mismo y aquella que quiere dar a los otros”. Las mujeres del estudio reconocen haber aprendido sobre SECA caracterizando procesos, elementos o componentes, que permiten identificar un *andamiaje posibilitador de esas construcciones* intelectuales y culturales, favoreciendo a su vez su circulación en ámbitos familiares y sociales-comunitarios más amplios.

Elementos que articulados constituyen andamios que favorecen y sostienen aprendizajes, la generación de conocimientos nuevos, enriquecidos y superadores respecto de aquellos que se disponían con anterioridad. Atendiendo a ello, los elementos identificados de los relatos de las mujeres que permiten la conformación de estos andamios que se advierten como comunes a ambos grupos son: *momentos y contextos de sus vidas en los que fue posible el aprender sobre SECA; personas protagonistas de estos procesos; diálogo como facilitador de aprendizajes y posibilitador en la circulación de conocimientos y movilizaciones hacia los aprendizajes.*

Momentos y contextos de aprendizaje

Las mujeres de ambos grupos sociales refieren a lapsos de sus vidas en que un lugar y determinadas circunstancias propician un encuentro intersubjetivo con otra persona y en esa situación se generan aprendizajes y conocimientos sobre SECA.

(...) mi mamá cura la ojeadura (...) supuestamente no se puede enseñar a familiares directos (...) A ella se lo enseñó una señora a la que siempre le llevaba mi hermano que lloraba (...) a que lo curara, entonces un día le dijo “si querés te enseño” y se lo enseñó. A mi hermano se lo enseñó una tía de la esposa y a mí me lo enseñó esa misma tía, a curar los nervios. Y eso te lo enseñan un día Santo (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) mi abuela murió cerca de los 100 años...ella me sabia decir ... ‘toma mucha agua’ y me decía ‘come mucha verdura... de las que uno siembra, no la comprada’... nos decía estas cosas cuando le regábamos la quinta, le ayudábamos a sacar los yuyos, a limpiar y cortar la verdura...”. (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

Charlot (2007) entiende que *aprender* es desplegar una actividad en situación atendiendo a un lugar (ciudad, barrio, trabajo, institución, familia); un momento y condiciones de tiempo (un momento de su historia y de otras historias -la de otros, la de la humanidad y la sociedad en que se vive) y la presencia de personas que ayudan a aprender (familia, educadores, referentes socioculturales, religiosos, vecinos, compañeros, entre otros). En este sentido, los testimonios de mujeres de ambos grupos sociales dan cuenta de momentos, contextos y características de las ocasiones en que se transmitieron esos saberes.

(...) me enseñó mi abuela antes de morir a curar la ‘ojeadura’. (MC2. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCC.VLC.RC).

(aprendí a curar el empacho de) *una tía (...) nosotros vivíamos en el campo (...) yo vivía con ella y yo era muy comilona y siempre tenía algo (...) y ella era una señora tan amorosa y vivía curando, los nervios, el empacho, todas esas cosas, a mí (me enseñó) solamente el empacho (...)* (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

Los relatos permiten inferir momentos del ciclo vital en que las mujeres aprendieron esos saberes, como la infancia, la adolescencia y la adultez joven. Los testimonios ofrecen un parecer acerca de lo observado y vivido en esos momentos, que, anclado en el campo, la ciudad o el barrio, se constituyen en un punto de mira sobre el que se vuelve en la adultez.

Se reconoce a partir de los testimonios de las mujeres de ambos grupos sociales cómo la adultez, como tiempo de su vida en que se encuentran criando y maternando, es aquel en el que se presentan necesidades de respuestas o de cuidados a la salud personal y familiar que llevan a sumergirse en la propia historia. Se repasan a partir de allí, experiencias de aprendizajes sobre SECA vivenciadas con las propias madres, tías, abuelas, otras mujeres, curadoras o curadores cercanos, las que se atesoran y se reactualizan en el presente. Se advierte el impacto que han tenido en la vida de las entrevistadas esas circunstancias a las que se retrotraen en su vida adulta valorando esos saberes como herramientas que disponen al servicio de sus propias familias y comunidades.

Arteaga (2007, p. 203) alude a que en el proceso de aprendizaje de legos es posible notar un carácter generacional, además de tener una relación de afinidad entre quien enseña y quien aprende estos saberes para el tratamiento de los diferentes “taxas vernáculos”, como saberes vinculados a la cura de palabra, la técnica de la medida, el “tirar el cuerito” para curar el empacho, entre otras.

En este sentido, Charlot (2007, p.117) entiende que “toda relación con el saber es también relación consigo mismo a través del aprender”. Resalta una dimensión *identitaria del saber* en tanto aprender tiene sentido en referencia a la propia historia y biografía de la persona, sus expectativas, su trayectoria social y educativa, su concepción de la vida, sus relaciones con los otros, la imagen que tiene de sí y la que quiere proyectar a los otros.

Protagonistas: enseñantes y aprendientes

Los testimonios de las mujeres entrevistadas de ambos grupos sociales aluden a aquellas personas que desempeñan lugares centrales a la hora de propiciar los intercambios y construcciones sobre SECA. Se identifican tías, madres, vecinas, mujeres amigas que son madres y allegadas a las entrevistadas. Se advierte un lugar clave y protagónico de mujeres enseñando a otras mujeres sobre estas cuestiones.

Charlot (2007) considera que aprender refiere a una actividad de apropiación de un saber que no se posee, pero cuya existencia se asienta en objetos, está situado en lugares específicos, así como poseído por personas que ya han recorrido el camino. Relacionado con ello, los testimonios expresaban:

(me enseñó a curar el empacho) *una tía que yo adoraba, una hermana de mi mamá (...) vivió hasta casi los cien, y yo la quise muchísimo y la recuerdo (...) y de ella aprendí un montón de cosas (...) vivíamos en el campo y el primer grado lo hice con ella, o sea era como otra mamá (...)* (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

“Yo me crié con el pensamiento ese de mi abuela y cuando me junté con mi marido empecé a hacer lo que mi abuela me había enseñado ... Para que mis hijos sigan estando sanos y no enfermen ¡les transmito lo mismo que mi abuela me transmitía a mí!” (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC).

(...) me di cuenta que (...) sola no podía, y ahí entonces ... mi mamá me hizo el puente con esta psicóloga, de ahí fue como de nuevo confiar en mi vieja “sí mi mamá me trae acá, esta mujer me va a poder ayudar” (...) (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

En los testimonios aparece la afectividad hacia las personas de las que se aprendió como expresión de sentimientos, emociones, sensibilidades propiciadas por la intersubjetividad y el encuentro. De allí emerge el aprendizaje, la construcción de un conocimiento para modificar su realidad en lo inherente a la salud, la enfermedad y el malestar. El querer a esos “otros”, el confiar en ellos, se identifica como un elemento clave que da sustento a esos aprendizajes.

Charlot (2007) considera que toda relación con el saber es, al mismo tiempo, relación con otros que nos enseñan o ayudan a aprehender. Freire (1997, p. 68) recurre también al término “aprehender”, empleándolo como una ampliación metafórica del aprender, para referirse a la habilidad del ser humano como ser social e históricamente crítico, epistemológicamente curioso, que construye activamente el conocimiento del objeto y se apropia críticamente de él.

Desde un enfoque sociocultural, para Vygotsky, el aprendizaje es un proceso social en un doble sentido, porque lo que se adquiere es un contenido producto de la cultura, y porque la forma en que se aprende, es con otros en una interacción dialéctica entre el mundo social y el ser individual (López Morocho, 2015).

En consonancia con ello, desde una perspectiva contextual contemporánea de los procesos de construcción cognitiva, Baquero (2002, p. 72) considera que el aprendizaje involucra tanto los procesos mentales como corporales y está centrado en la acción. Para el autor el aprendizaje, como el conocimiento, “se producen en el seno de un funcionamiento intersubjetivo” al estar distribuido entre sujetos, los que se encuentran en una situación mayor que presume la interacción con un mundo objetivo y social. En este sentido, el aprendizaje es algo que se produce en situación y es la situación la que lo explica, siendo sujeto y situación una unidad.

El autor expresa “el conocimiento es (...) producto de una actividad cultural que lo produce y significa”, por lo cual debe comprenderse como “un proceso multidimensional de apropiación cultural: se trata de una experiencia que involucra la afectividad, el pensamiento, la acción de un modo inescindible” (Baquero, 2002, p. 72).

Volviendo a los relatos, éstos remiten a personas referentes para las entrevistadas que actúan como enseñantes cercanas. Se reconoce al lugar de la confianza en la posibilidad de resolver un problema inherente al plano de la salud integral, entendida como esperanza en un otro que habilita a la construcción de conocimientos sobre el propio estado de salud, como creencia y certidumbre en aquel que da testimonio de sus intenciones de querer contribuir a la seguridad y tranquilidad de quien se encuentra en una situación de malestar.

Desde la mirada vygotskiana, el papel del que enseña es el de quien proporciona, a través de interacciones sociales, ayudas, guías o las mediaciones necesarias mediante diversas formas de cooperación orientadas a la construcción del conocimiento (Moll, 1993). Así, es posible reconocer la interdependencia entre las mujeres que aprenden unas con otras, contenidos sobre SECA, donde van vigilando lo que han aprendido, internalizando y apropiándose de

dichos conocimientos que van empleando de acuerdo a diversas finalidades en diferentes escenarios.

Se identifican así las protagonistas de estos procesos: las *enseñantes*, como *eslabones claves* que se constituyen en testimonios vivientes de saberes y premisas de salud, manteniendo vivo en muchos casos, un legado familiar por años. Ellas desempeñan un papel central en el transmitir lo vivido y conocido en experiencias de salud y de enfermedad, el comunicarlo a otras mujeres, principalmente aquellas próximas en el seno familiar; reducto en el que se ponen en acción estos conocimientos.

“Mi mamá es casi enfermera porque estudió enfermería... 2 años, pero trabaja cuidando abuelos hace más de 20 años, ella sabe ponerte inyecciones... ella sabe todo, qué tomar para el dolor de que cosa, ella sabe muchas cosas... yo la llamo y ahí no más me dice si tengo que ir al médico, si no tengo que ir, o qué solución tengo que darle, todo el tiempo...” (MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

(...) Ya de grande (...) creo que el hecho de aprender sobre salud mental para mí fue re importante (...) Eso me lo enseñó o me lo mostró mi mamá también en un momento en que yo necesitaba efectivamente acudir a terapia psicológica (...) fue como “wow yo no sabía que existía esto” ... a mí me marcó mucho porque fue también, lo que después fui construyendo para llegar a la profesión que he elegido hoy (...) (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Se enseña en el contacto con hijas, sobrinas, nietas, niñas a las que se cura o que ven curar a sus madres, tías o abuelas; se enseña a las hijas ya mayores siendo madres (en el ejercicio de la maternidad); a las nueras o esposas de los hijos que se suman como integrantes del grupo familiar; a alguna vecina que viene en búsqueda de ayuda para afrontar una situación de enfermedad propia o de sus allegados.

También se reconoce a las *mujeres jóvenes aprendientes*, aquellas ávidas por saber, conocer, orientadas por un ánimo inquieto, especial, dispuesto al fin educativo de esas charlas. Ya sea para el cuidado de hijos, hijas, nietos, nietas o el cónyuge se activa este rol protagónico de las mujeres en el enseñar y aprender.

Lo analizado hasta aquí permite advertir que el *tipo de interacción social* específico que se genera entre mujeres que enseñan y otras que aprenden, es el de una *relación educativo-pedagógica*, en tanto entre sus involucradas se desarrollan procesos de enseñanza y aprendizaje, fundantes del quehacer educativo, junto con concepciones que ambas portan de lo que es enseñar y lo que es aprender, así como reflexiones sobre su implicancia en dichos procesos.

Éstos se dan anclados a determinadas condiciones sociohistóricas y contextuales, pudiendo identificarse un sistema que favorece que sean ellas, las mujeres, quienes aprenden y conocen para el cuidado de la salud familiar. Así, a lo largo de la vida de las mujeres van configurando un tipo particular de interacción educativo-pedagógica sobre SECA que podrá replicarse consecuentemente. En otras palabras, los testimonios analizados permiten identificar que el *papel asumido por las mujeres tiene la característica de ser dinámico* y permanente dado que se moviliza con el transcurso del tiempo: por lo general, cuando niñas y jóvenes las mujeres ejercen el lugar de aprendientes en cuestiones de SECA, cuando éstas son mayores desempeñan el papel de enseñantes de acuerdo a los saberes acumulados a lo largo de los años en sus experiencias de vida.

Se configura así, en muchos casos, una tradición familiar sustentada en la transmisión de conocimientos sobre usos y costumbres en las prácticas de cuidar, atender, sanar y curar, ritos y enseñanzas que se traspasan y se atesoran generacionalmente promovida por la sabiduría de la mujer mayor, la abuela, madre o tía de la familia. Fals Borda (1999) reconocía en el saber popular, una salud popular naciente de la propia entraña de las mujeres ancianas informantes, de su tradición oral, de sus propias memorias históricas familiares ancestrales. En este sentido, los testimonios de las mujeres del estudio expresan conocimientos sobre SECA por ellas contruidos, atendiendo a sus experiencias de vida como algo subjetivo e intersubjetivo, propio, particular, diverso, único y no unívoco, ni uniformante, ni igualador, sino revelador de múltiples realidades, modos de ser y estar en el mundo, modos de conocer, aprender y valorar la salud/enfermedad y su atención; por ello, un saber ligado a su contexto, entramado a su historia y a la subjetividad de quien lo narra.

Diálogo como posibilitador del aprendizaje y de la circulación de conocimientos

La posibilidad de aprender sobre SECA se desarrolla debido a una condición esencial y transversal a él que es el diálogo. El diálogo se expresa como un articulador de saberes y conocimientos que supone un intercambio comunicativo pedagógico continuo. Burbules (1993) lo entiende como una relación comunicativa entre iguales que exige un compromiso tanto emocional cuanto cognitivo. Para Freire (1973; 1974) el diálogo es el encuentro de las personas, mediatizadas por el mundo, para pronunciarlo. El autor entiende que la intersubjetividad o la intercomunicación es la característica primordial del mundo cultural e histórico, sin la relación comunicativa desaparecería el acto cognoscente (Vogliotti y Juárez, 2012).

Para Freire el diálogo es una exigencia existencial que implica la conquista del mundo para la liberación de los seres humanos. Reconoce que el diálogo es la estructura central del conocimiento e identifica en él distintos elementos que lo nutren como el amor, la humildad, la fe, la confianza y la esperanza, que hacen del diálogo una relación horizontal como condición para la verdadera humanización de las personas.

Si se repasan los testimonios analizados, se reconocen por parte de mujeres de ambos grupos, referencias a instancias de diálogo sobre SECA que pueden inferirse como espacios en los que se sucedieron interacciones comunicativas entre las mujeres con otras y otros cercanos.

(...) un día le dijo “si querés te enseño” y se lo enseñó. (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) dije “bueno si me va a poder ayudar le cuento todo (...) con tal de solucionar este problema” (MC2.I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Burbules (1993) distingue diferentes tipos de diálogo referidos a intercambios en los que se expresa: la conversación, la indagación, los debates y las enseñanzas. Más allá de las narrativas que aluden al decir y al contar, que escenifican el diálogo, se advierte desde las entrevistadas que sus aprendizajes sobre SECA se dan gracias a su implicancia en verdaderas *conversaciones* cuya finalidad es la búsqueda del entendimiento mutuo, un lenguaje común y un compromiso dirigido a una comprensión compartida en relación a cuestiones determinadas. En ellos se despliegan *indagaciones* que buscan responder preguntas, resolver problemas desde un intento de explicar alguna cuestión. También podría inferirse que en ellos pueden desarrollarse *debates*, en tanto puede emerger entre las mujeres un espíritu cuestionador y

escéptico desde el cual se contrasten posiciones enfrentadas que se defienden con exhaustividad. Y finalmente, pensar el diálogo como *enseñanzas*, remite a considerar que su finalidad es avanzar hacia una conclusión determinada estableciendo relaciones conceptuales mediante instancias de interrogación y realimentación orientadas a la construcción de nuevos conocimientos y habilidades.

(...) mi abuela (...) me sabia decir (...) 'toma mucha agua' y me decía 'come mucha verdura... de las que uno siembra' (...) nos decía estas cosas cuando le regábamos la quinta, le ayudábamos a sacar los yuyos, a limpiar y cortar la verdura...". (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

Freire propone la denominación de “diálogo pedagógico” (1993, p. 113) para referirse a un acto de conocimiento. Considera que la educación implica una relación de auténtico diálogo entre quien enseña conocimientos y quien los aprende, en una relación mediada por la realidad, tal como lo expresa el relato consignado donde el diálogo se expresa mediado por la vida cotidiana. Para Freire la dialoguicidad es una condición en la construcción de conocimiento que supone que mientras se enseña, se aprende y mientras se aprende, se enseña. Así el diálogo pedagógico se construye sobre la cognoscitividad de quienes enseñan y quienes aprenden en torno al objeto cognoscible. En este encuentro, quien educa rehace constantemente su acto de conocimiento en la cognoscitividad de quienes aprenden, que se constituyen como investigadores críticos en diálogo con el educador, en interacción con él. Podemos imaginar, a partir de los testimonios, cómo en esos encuentros madres-hijas, o abuela-nietas, ambas se abocan a la tarea de saberse partícipes de una instancia en que conocen intencionalmente su realidad, donde ambas aprenden y enseñan.

El diálogo así entendido juega un doble papel en los procesos de aprendizaje ligados a SECA: por un lado, emerge como posibilitador de los procesos de aprendizaje propiciando concomitantemente otros modos de aprender, y simultáneamente, hace viable la circulación de los conocimientos sobre SECA entre personas (mujeres, familias y comunidades) y a lo largo del tiempo, histórica e inter generacionalmente. En este sentido, el quehacer del enseñante es el que garantiza la circulación de los conocimientos en SECA por vía del diálogo.

Se percibe así que la clave está en el diálogo, la palabra, el testimonio narrado desde la oralidad, que no se reduce sólo al hecho de promover la construcción de estos saberes sino a generar su difusión y propagación para poder actuar como portavoces ante diversas situaciones de sus vidas donde ponen en acción esos saberes en el plano personal, familiar y comunitario. Puede reconocerse en estos intercambios un “diálogo auténtico” (Freire, 1973, p.24) que involucra la decisión y el compromiso de colaborar en la construcción del mundo común, lo que implica una responsabilidad social y política de las mujeres.

Movilizaciones hacia los aprendizajes

López Morocho (2015) considera que las personas adultas poseen un acumulado experiencial invaluable de saberes procedentes de su educación informal, junto con la capacidad de aprender que han desarrollado a lo largo de sus vidas, lo que les permite abordar integralmente nuevos conocimientos, encontrándose, muchas veces, incluso en mejores condiciones en esa etapa de la vida. Su aspiración hacia el aprendizaje emana de una necesidad personal, de un problema o demanda de su entorno, lo que las implica en una búsqueda de soluciones que las lleva a nuevos conocimientos, conductas, experiencias y el desarrollo de capacidades.

Charlot (2008, p. 55) propone la idea de “movilización personal” para pensar aquella actividad intelectual que realiza el sujeto que aprende, como superadora a la idea de acción exterior que supone la motivación. Movilización remite a una dinámica interna en la que una *relación con otros* posibilita ese trabajo intelectual. Entonces, ¿qué es *aquello que moviliza a las mujeres hacia los conocimientos sobre SECA*? Los testimonios permiten reconocer que las mujeres se han movilizado orientadas por la necesidad de dar respuesta a problemáticas inherentes a cuestiones sobre SECA que se presentan en su propia salud, la de los suyos, como de sus comunidades.

(refiriéndose a cuidar su salud mental) Eso me lo enseñó (...) mi mamá (...) en un momento en que yo necesitaba (...) acudir a terapia psicológica (...) (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) al curso (se refiere a un curso de enfermería que hizo en la Cruz Roja) lo hice porque me gusta (...) es una curiosidad y más de todo eso de ayudar a la gente (...) (MC1. C. 28 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC.VLC.RC).

(refiriéndose a curar “el mal de ojos”) A ella (alude a su madre) se lo enseñó una señora a la que siempre le llevaba mi hermano que lloraba (...) a que lo curara (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) Quiero terminar el secundario (...) para poder después trabajar(...) en enfermería (...) porque hace mucho quería empezar (...) en la Cruz Roja (...) se me ocurrió por el Pablo X (referente barrial) él es enfermero y (...) lo sabía ver en el hospital o atendiendo a los chicos (...) siempre me gustó enfermería (...) no sé (...) para curar (...) con ellos (alude a sus hijos) pase un montón de cosas, siempre se han golpeado, él (...) se quebró (...) estuvo internado (...) le hicieron puntos (...) se fisuró (...) (MC2.J. 26 años. 4 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

En ambos grupos de mujeres, es posible reconocer como *movilizaciones hacia los aprendizajes* sobre SECA a experiencias de vida en relación a situaciones de malestar, enfermedad y la necesidad de atención. Pareciera que, la voluntad u orientación a un “querer aprender” se genera a partir de la vivencia de una realidad que muestra una necesidad o problemática de SECA, como a partir del contacto con otro, en general mujeres que enseñan, que han acumulado conocimientos, a las que a su vez las moviliza el querer compartirlos con las mujeres más jóvenes de sus familias. Se reconocen también como movilizaciones en torno al aprendizaje de saberes en salud-enfermedad al interés propio, gusto particular, curiosidad y un deseo de ayudar, cooperar, socorrer o auxiliar a otras personas, familiares o integrantes de la comunidad.

Se advierte de los testimonios que, en muchos casos, la movilización hacia la generación de aprendizajes está dada, más que a aprender sobre salud, a aprender sobre la enfermedad y su atención, centrándose en el daño, el malestar o cómo proceder frente a circunstancias accidentales.

Lo planteado interpela desde una perspectiva salubrista (Saforcada 2001, Saforcada, 2010 et al.) y nos lleva a los interrogantes: ¿qué subyace a la idea de querer aprender sólo para curar? ¿*por qué no prima un interés por aprender sobre salud para protegerla y promoverla a nivel personal, familiar y comunitario*? Podría ensayarse como una posible respuesta, el carácter urgente que supone la atención de la enfermedad, de lo dañado. Tanto en comunidades en situación de pobreza como de clase media, lo inmediato en la atención de la enfermedad gana a lo necesario en protección de la salud. En otras palabras, se configura como urgente lo que

requiere una rápida actuación para atenuar los daños o el sufrimiento. Situaciones como las mencionadas movilizan a las mujeres y sustentan esas inclinaciones hacia el querer saber para actuar frente a la enfermedad. Lo demás (la protección y promoción de la salud) puede esperar, no se visibiliza como algo necesario para algunas mujeres.

Modalidades de aprendizaje

Se reconocen testimonios que permiten analizar los modos de aprender sobre SECA que las entrevistadas de ambos grupos han puesto en acción. Si bien el análisis se centra en esas modalidades del aprender vinculadas al cómo se aprende, se identifican también las temáticas de los contenidos aprendidos inherentes al qué se aprende. Se reconocen cinco modalidades: *aprendizaje por observación; aprendizaje por explicación, aprendizaje por cuestionamiento; aprendizaje por experiencia y aprendizaje por descubrimiento.*

Aprendizaje por observación

Algunas mujeres de ambos grupos aluden a aprender a partir de observar lo acontecido en la vida cotidiana familiar:

(...) muchas cosas las *aprendí mirándolas* en mi casa, que *soy la única hermana mujer* (...) (MC2. B.64 años. 2 hijos. RHGC-Docente. BC. LH).

(...) cuando hay fiebre hay que cortar unas papas, así frescas, ponerlas en la frente, en la cabeza (...) (eso lo aprendí porque) *lo había visto a una tía mía* (...) (MC1. M. 66 años. 4 hijos. RHGC. VLC. RC).

(...) el té de paico es una hoja que vos la hervís, lo dejás enfriar (...) es para el dolor de panza y para el dolor de cabeza (...) el té de orquídeas (...) se lo das a los chicos (...) (con la) circulación de sangre (...) pones el agua con laurel, pones un poco de vinagre y te pones en los pies, te relaja toooda la circulación (...) *eso lo veo por Youtube* (...) (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

Observar supone la activación de procesos como la curiosidad, el examinar y analizar atentamente, el contemplar con atención, el mirar con cautela, reparando con cuidado, notando, advirtiendo y vislumbrando cuestiones novedosas o necesarias de incorporar, a partir de lo que se modelan nuevos comportamientos, conductas y actitudes sobre SECA. Se identifican prácticas de observación vinculadas a la vivencia de lo que sucede en lo inmediato cercano, así como prácticas de observación predeterminadas por intereses que orientan búsquedas en ámbitos que ofrecen información, en este caso el espacio virtual de internet.

Vale señalar el testimonio de una de las mujeres que refiere “*aprendí mirándolas en mi casa, que soy la única hermana mujer*”, el que remite a prácticas familiares de salud dando cuenta de la división sexual del trabajo doméstico, que ubica a las mujeres, en este caso a la entrevistada, en un lugar de responsabilidad y aprendizaje implícito, donde el cuidado de la salud se aprende observando a otras mujeres (madre, abuelas), porque culturalmente se les asigna esa función. Cuestión sobre los que volveremos para profundizar en el capítulo de prácticas de salud.

Aprendizaje por explicaciones

Simultáneamente a la observación, o como consecuencia de ella, aparece la modalidad del aprender por medio de explicaciones vinculadas a cuestiones sobre SECA.

(...) cuando yo estaba por menstruar mi mamá me dice que me iba a pasar tal cosa y que me debía higienizar (...) me dio el elemento escueto, pero nada más (...) en mi casa se hablaba con el nombre correspondiente, si bien no decían vagina, sí decían pene, por ejemplo, entonces yo nunca tuve vergüenza de hablar con las palabras correspondientes (...) la recibí de mi casa tal cual (...) (MC2. B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente. BC. LH).

(aprendí varias cosas) (...) el tiempo que estuve en el hospital trabajando como limpieza (...) y en la clínica (...) fui conociendo médicos, enfermeras (...) yo antes no sabía mucho el tema de la fiebre, ponele yo ya si tenía 37 para mí era muchísimo, no, no es mucho, le podés dar ibuprofeno, ver que vaya bajando, si ves que no baja ponele paños húmedos o si no calentarle agua tibia, métele a bañar y si ves que no baja lo llevas al hospital o a una guardia antes mucho antes no entendía y varios médicos y enfermera me explicaron (MC1. M.31 años. 4 hijos. RHGC-TCC. BJN. RC).

Se advierte cómo las entrevistadas refieren a explicaciones recibidas por la madre y por referentes de salud como enfermeras y médicos, en torno a temas que hacen a la propia salud como a la de los hijos. En ambos casos se destacan los contenidos explicativos que hacen a los procesos biológicos del cuerpo.

Se advierten dos componentes en las explicaciones, lo referido al acontecimiento de la salud o del malestar -en caso de la fiebre- y lo que se debe realizar en términos del cuidado. Las mujeres valoran a las personas que les brindaron esas informaciones, el tipo de comunicación clara y en uno de los casos la precisión léxica con la que se enseñó sobre esos contenidos.

(...) mi suegra (...) era enfermera, está jubilada ahora, ella me ha enseñado sobre la salud, que no les dé tanto ibuprofeno que les va a dar taquicardia, ponele, yo eso no lo sabía, o de (...) ponerle un pañito calentito en el pecho que se le va a pasar, para la tos, cosas así (...) (MC1. T. 30 años. 3 hijos. RHGC-TCC. BJN. RC).

(...) en mi casa el que estaba enfermo no (...) se acercaba al otro (...) eran prácticas que eran naturales porque el cuidado de uno implica también el cuidado del otro (...) Y eso siguió de la misma manera (en la crianza de mis hijos) (...) siempre hubo muy, muchas explicaciones (...) (MC2. B. 64 años. 2 hijos. RHGC-Docente. BC. LH).

Los testimonios permiten inferir aprendizajes centrados en la explicación que ofrece otra o un otro, en los detalles que estas personas ofrecen sobre los casos puntuales y aquellos aspectos que ellas consideran haber aprendido para propender a la restitución de la salud.

Aprendizaje por cuestionamiento

Los relatos analizados, muestran también el lugar de la inquietud, el querer saber. Si bien por momentos parecen centrarse en la figura de quien explica, remitiendo a un lugar más aquietado desde la persona que recibe la explicación, en esta modalidad de aprendizaje por cuestionamiento prima un papel más activo por parte de quien recibe esas explicaciones porque

es quién las busca. En este sentido, aparece la pregunta, la interpelación y el cuestionamiento como demandantes de esclarecimientos:

(en la crianza de mis hijos) (...) *siempre hubo muy, muchas explicaciones cuando ellos eran muy chicos, vivían preguntando el significado de palabras (...) y el proceso y por qué y ante una enfermedad determinada porqué se llama así la enfermedad, entonces hubo siempre explicaciones, y si yo no la podía conocer iban al médico y le pedían explicaciones. Entonces se manejaron siempre con razones, digamos cuestionaban y lo que hacían siempre estaba reparado por razones....* (MC2. B.64 años. 2 hijos. RHGC-Docente. BC. LH).

“al curso (se refiere a un curso de enfermería que hizo en la Cruz Roja) lo hice porque me gusta, me gusta, es una curiosidad (...) el tema mismo de la salud (...) más que todo cómo será y ayudar me gusta mucho ...”. (MC1. C.28 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. VLC.RC).

(...) tenemos un amigo de mi hijo mayor que tiene problemas de columna, entonces cuando veo al pediatra le pregunto, cómo que eso, le induzco a que le viera la columna, digamos le cuento que tenemos gente que no le han detectado a tiempo como tiene la columna y ahí le hago preguntas al médico y me llevo una lista escrita de lo que le quiero preguntar al médico (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

Para Freire (1997) el aprender supone una fuerza creadora de la que forman parte la comparación, la repetición, la comprobación, la duda rebelde y la curiosidad. Supone una experiencia fundadora en el ser humano caracterizada por la apertura la propia situacionalidad orientada a construir, reconstruir y comprobar para cambiar lo establecido.

Los testimonios de las entrevistadas de ambos grupos aluden al lugar de quien aprende como quien solicita explicaciones, como quien busca esclarecimientos a los fines de construir una comprensión sobre una situación. Aparece la curiosidad, el preguntar, incluso la toma de nota como registro acerca de lo que se quiere indagar, la demanda de argumentaciones y sustentos respecto a situaciones de SECA. Se identifica el lugar de quien cuestiona como aprendiente activo y curioso sobre SECA. Se reconoce cómo la interpelación busca, en quien la práctica, el entendimiento, la comprensión y la racionalidad al solicitar justificaciones, argumentos y demostraciones que dan cuenta de una clara intencionalidad por conocer.

Aprendizaje por experiencia

Se entiende por experiencia al resultado de una circunstancia o situación vivida que ha permitido construir determinados conocimientos inherentes a la SECA y que proporcionan lucidez y discernimiento que inciden favorablemente a la hora de actuar en la toma de decisiones o resoluciones frente a escenarios de SECA similares ya sean personales, familiares y/o comunitarios.

(Mi mamá me ha enseñado sobre cuidar mi salud) (...) *Creo que muchas cosas ella las aprendió (...) siendo hija (...) y también de su propia experiencia como madre, como adulta, como mujer independiente (...) creo que he aprendido esa forma (...) trato de tenerlo siempre presente, en todas las decisiones que tomo (...) es algo que para mí es muy importante (...)* (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(se refiere a su madre) (...) por más que yo tenga mi familia ella está siempre (...) ella solamente estudio 2 años (se refiere a enfermería), pero ella trabaja cuidando abuelos hace más de 20 años, ella sabe ponerte inyecciones, ella sabe todo, qué tomar para el dolor de qué cosa, todo, *ella sabe muchas cosas* (...) *yo la llamé y ahí no más me dice si tengo que ir al médico, si no tengo que ir al médico, o qué solución tengo que darle* (...) *ella siempre dijo que al sufrir el fallecimiento de mi hermana* (...) *quiere estar pendiente* (...) *ella tiene que ayudarlos en lo que sea, ella siempre va a estar* (...) (MC1.T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC. RC).

(...) Éramos un montón en una súper pileta (...) mi sobrina se me ahogó (...) la sacamos de la pileta, le entré a hacer respiración (...) hacer el RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar) (se emociona) 12 años tiene ahora (...) yo siento que *aprendí de esa experiencia* (...) mi instinto (...) a partir de ahí cuidó más a mis hijos (...) sí, sí, sí, sí, sí, sí, sí, aprendí eso, pero vos tenés que golpearte con esa piedra para darte cuenta (...) (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en un hogar de cuidados. BJN.RC).

(...) *mi mamá tuvo asma por eso ella me enseñó* (...) *ya como era grande y* (...) *se calentaba los paños con la plancha y se ponía en la parte de la espalda y en el pecho* (...) *para que vaya a los pulmones y así se iba curando* (MC1. N. 26 años, 6 hijos. RCC.IM.RC).

Las entrevistadas de ambos grupos reflexionan sobre las circunstancias y procesos desde los cuales sus propias madres o ellas construyeron conocimientos inherentes a SECA. Remiten a situaciones que aluden a aprender de la “propia experiencia” como expresión que da cuenta de la capacidad de leer las propias vivencias y decidir sobre sus acciones, sus cuidados, su salud. Valoran el haber aprendido de las experiencias propias o las vividas por sus madres y familias como un aspecto de importancia en sus vidas, sustento de sus decisiones y su sentir.

Aprendizaje por insight o descubrimiento

Pudo reconocerse un modo de aprender sobre SECA ligado a un “darse cuenta”, una especie de *insight* o descubrimiento que hacen algunas mujeres en torno a vivencias de sus vidas que les revela un nuevo modo de bienestar.

(...) *yo primero como que tuve una actitud medio de cerrarme, de no decir nada, de quedarme en la mía, me irritaba, me re enojaba*, mi vieja me preguntaba “bueno ¿qué te pasa?” (...) “yo puedo sola” (...) *y hasta que me di cuenta que* (...) sola no podía, y ahí entonces ... *mi mamá me hizo el puente con esta psicóloga* (...) *en un momento en que yo necesitaba efectivamente acudir a terapia psicológica* (MC2. I.22 años. RH-Estudiente universitaria. BB. RC).

(...) yo soy muy deportista, camino una hora y media por día (...) *es mi vida, yo sin el deporte no sería nada* (...) *Lo fui aprendiendo de chica* (...) *de cuando miraba la maratón, siempre me gustó* (...) *me entreno yo sola, yo voy al gimnasio* (...) Ahora estoy caminando a paso atletismo (...) (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

(...) *estoy aprendiendo otro idioma* (...) *hice un click y dije* “(...) *¿porque no hacer otra cosa?*” (...) *los consejos de neurólogos* (...) *tenés que hacer algo que te complique un poquito las neuronas para que* (...) *se mantengan vivas* (...) tengo una sobrina que con

su familia vive en Francia (...) y con mi hermana, que ya lo estudiaba (...) hablamos todo el día en francés (...) Empecé (...) tengo en esta aplicación que estoy estudiando, llevo 92 días consecutivos (...) de aprender (...) estoy a full, (...) *pero me pasó algo muy especial, Cuando vos te sacás la traba y te das cuenta (...) lo podés aprender (...) me enamoré del francés (...) este es un año donde decidí hacer otras cosas de salud solo para mí (...) me hace bien (...)* (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

(...) he aprendido mucho, aprendí el valor de cuidarte, de que es importante tu cuerpo (...) yo estuve depresiva, me vi un día muy mal, en el espejo, físicamente, y mal de la cabeza, y dije "no", me vi mal, mal, mal, en un pozo del que no había forma de salir, y dije "no, basta, si yo no me preocupo por mí nadie se va a preocupar por mí", y aparte yo los tenía ellos y esos me estaban viendo a mí sumergida en eso (...) tenía que salir o salir (...) bueno desde que empecé a tomar decisiones por mi salud física mental todo cambió, mi vida cambió y cambió la vida de ellos (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

Desde una perspectiva psicoanalítica, Valdivieso y Ramírez (2002) consideran que el concepto de *insight* refiere a un conocimiento que permite tener una visión nueva y distinta de nosotros mismos. Distintos autores lo han considerado como conocimiento nuevo y creativo, momento privilegiado de toma de conciencia o comprensión intuitiva. Si bien aquí no se alude a *insight* con una connotación psicoanalítica, se pretende reparar en el hecho de estas instancias donde parece haber un re-conocimiento y conciencia por parte de las entrevistadas de ambos grupos sociales respecto de una situación anterior y cómo se modificó, a partir de una auto-observación y análisis que las entrevistadas hacen de sí, logrando integrar la nueva vivencia a su experiencia personal de manera superadora.

Los testimonios dan cuenta de una elaboración intelectual, descriptiva y reflexiva que las mujeres hacen de sus procesos, ampliando y profundizando la visión que tenían de sí mismas respecto de cómo venían siendo sus vidas. Se percibe en sus relatos una apuesta, entusiasmo, dedicación, el estar intencionadas hacia un aprendizaje que se ha incorporado como vivencia que redundará en un bienestar de su salud, donde ellas autogestionan sus posibilidades.

Tipos de conocimientos según su procedencia

Los testimonios de las entrevistadas de ambos grupos sociales permitieron reconocer diversos tipos de conocimientos sobre SECA atendiendo a distintos orígenes y procedencias, algunas comunes a ambos grupos y otras no.

Atendiendo a ello, en lo que sigue presentamos aspectos comunes como diferenciales en los orígenes de los conocimientos identificados.

Cuestiones comunes en la procedencia de los conocimientos sobre SECA

Ha sido posible reconocer conocimientos cuyos orígenes, comunes a mujeres en situación de pobreza como a mujeres en situación de clase media, refieren a: aquellos que *se transmiten de generación en generación; aquellos procedentes de la experiencia de la maternidad; los que provienen de curanderos o familiares mediante ritos de sanación; los que proceden de la lectura de la propia salud, aquellos originados en la vivencia de la pandemia y aquellos que proceden de la medicina occidental*. Los que analizaremos en lo que sigue.

Conocimientos que se transmiten generacionalmente

Se trata de conocimientos que las mujeres expresan haber construido inherentes a una transmisión que viene de generación en generación a lo largo de los años a partir de prácticas que han vivido en sus familias desde figuras ligadas al parentesco como madres, abuelas o tías.

(...) hemos aprendido a bajar la fiebre, *eso lo aprendimos de generación en generación* y eso lo aprendimos... ponerle los pañitos (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) *mi abuela lo aprendió de la mamá de ella, me sabía decir 'mi mamá tenía una huerta hermosa y nosotros comíamos de ahí, no comprábamos nada, nada...para que mis hijos sigan estando sanos y no enfermen ¡les transmito lo mismo que mi abuela me transmitía a mí!'*. (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

(...) *(lo que viene de mi familia)* lo de los pañitos para la fiebre lo aplicamos siempre, como tiene efecto real, *yo como hija lo viví y así lo vivo con ellos* (...) y el tecito para el dolor de panza, para los mocos, la garganta, la miel, el tecito con miel (...) (MC2. V. 42 años.3 hijos. RHGC- Comunicadora Social, BBN)

Se alude a conocimientos generacionales que permiten resolver y afrontar problemáticas y situaciones cotidianas. Destacan el rol de la mujer mayor, adulta sabia, las abuelas, conocedoras y transmisoras de saberes y procedimientos vinculados con bajar la fiebre, malestares y la alimentación saludable, las prácticas de cultivo y cosecha en huertas, la cría de animales para el consumo, la hidratación, la práctica de ofrecer un consejo en torno a un vivir saludable.

(...) yo nací en el campo (...) tengo animales (...) *Yo fui aprendiendo de mi mamá, de mi papá, fui aprendiendo como ellos criaron los animales* (...) (era importante) *porque (...) sobrevivíamos con eso* (...) mi papá era hijo de indios (...) nació acá en Córdoba (...) él siempre me dijo “nosotros somos raza india por eso somos duros para el trabajo” (...) la mami era una mujer que se levantaba temprano y decía “bueno (...) flaca (...) andá a ordeñar la vaca y trae la leche, colala y ponela a hervir” (...) (MC1.B.64 años. 5 hijos. RCC. 2daE⁸⁰. IM. RC).

(...) a la chiquita cuando le agarra fiebre y no tengo jarabe, un trapo con vinagre o alcohol, le pongo en la panza, la cabeza, la tapo y empiezan a transpirar cuando se les va la fiebre (...) eso lo aprendí de mi mamá (MC1. N.26 años.6 hijos. RCC. IM.RC).

(mi mamá también me enseñó) si los chicos se enferman con diarrea “no le des agua de la canilla” dice “que viene fea, viene mal” herví un poco de agua, dejácela enfriar y le das el agua hervida, se la dejás fría y le das de tomar (MC1. N.26 años.6 hijos. RCC. IM.RC).

Muchos de los conocimientos que se transmiten generacionalmente se vinculan a saberes referidos a preparados para emplear como remedios caseros frente a enfermedades o malestares tales como picaduras, granos, infecciones, empachos, fiebre, parásitos, dolor o malestar estomacal, entre otros. Se elaboran infusiones, se realizan preparados con hierbas, yuyos (palam, burrito, ajeno, ruda, aguaribay, aloe vera, paico, entre otros) y se realizan emplastos.

80 Refiere a una 2da -segunda- E: entrevista realizada a la misma entrevistada en período pospandemia.

(...) para la panza ella sabía preparar (se refiere a su madre) una mezcla con harina, huevo y alcohol y nos ponía para bajar el empacho el vinagre, nos ponía para que se nos fuera la fiebre las papas en la cabeza (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RRC-Jornalera. VLC.RC).

(...) si te picaba una hormiga (...) buscábamos ceniza ahí del fuego y nos poníamos, la ceniza te quita la picazón y te saca la roncha (...) y si te pica una abeja ir al barro podrido y te pones un poquito donde te pico, se te va la hinchazón (...) son todas cosas caseras que aprendí en el campo (MC1. B.64 años. 5 hijos. RCC. 2daE. IM. RC).

(...) vos cortas un pedacito de ruda así y pones debajo de la almohada para los parásitos (...) se van, por el olor (...) (lo he hecho) para mi hijo (...) entonces ponía un pedacito de ruda o un diente de ajo y se va.... O le rompes el diente (de ajo) le pones así en la mano del nene (...) después sentís el olor ese, se le fueron los parásitos (MC1. B.64 años. 5 hijos. RCC.IM. RC).

(...) Yo tuve gastritis, yo fumo y vos no sabes qué hice para que se me fuera (...) la aloe vera, la pelas, le sacas toda la parte de la espinita, la metes en la heladera, después la pelas y te comes toda la parte del gel (...) 3 meses estuve así (...) no sé lo que es dolor de gastritis (...) (me lo había dicho) mi cuñada (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

(...) aloe de vera es linda para las quemaduras, para la cara, para las soleaduras (...) el tomate también es lindo (...) te saca el fuego (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

Saforcada (2001, p. 54) advierte, tal como se ha señalado inicialmente en este trabajo, dentro del componente informal del sistema de salud, referido a las poblaciones, un subcomponente denominado “saberes en salud” en el cual reconoce distintas vertientes, entre las que señala a los saberes de la población, el que consiste en un saber lego en salud que las poblaciones poseen y ponen en práctica cotidianamente. Entiende que este saber evidencia que las personas manejan una semiología y clínica legas que modelan las percepciones acerca de sus estados de salud y regulan los comportamientos y desarrollos frente a estos estados.

Si bien este tipo de saberes se identificaron en ambos grupos sociales de mujeres, sus contenidos varían en un grupo y en otro, primando en las mujeres en situación de pobreza una taxonomía de conocimientos populares vinculados a preparaciones cuya finalidad es sanar-curar malestares. Probablemente las condiciones de accesibilidad a los insumos de los preparados populares en contextos en los que no se dispone de recursos económicos para el acceso a fármacos, lleva a optar el consumo de los mismos para la atención de malestares. Se trata de preparaciones que encuentran fundamento en prácticas ancestrales vinculadas a poblaciones probablemente nativas y originarias, así como ligadas a grupos de inmigrantes, dado que se ha advertido que algunas de ellas son habituales en regiones de España (Vallejo y González, 2013). Debe mencionarse, respecto de estos saberes y prácticas que, en el encuentro con referentes del componente formal de la salud, muchas veces este tipo de saberes encuentran resistencia y advertencias respecto de su puesta en práctica y empleo en exceso, sobre todo en la especialidad de la pediatría, donde se llama la atención a las madres consultantes sobre sus usos y abusos, así como la necesidad de no soslayar la consulta clínico-pediátrica especializada (Juárez, 2017).

Conocimientos procedentes de la maternidad

Refiere a conocimientos que se generan por aprendizajes contruidos desde la experiencia de haber sido madres, así como del contacto cercano con otras madres, amigas o familiares con quienes se comparten sus vivencias de SECA, a las que se escucha y en las cuales se confía. Villoro (1986, p. 216) considera que el “saber cotidiano” se va contruyendo a través del enlace de las propias experiencias con el testimonio de las ajenas, y ambos suponen saberes previos que a su vez remiten a otros conocimientos.

(Aprendo de) (...) *otras madres también, es como que cada una tiene su confianza (...) madres cercanas amigas (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN. RC).*

(...) *he aprendido cosas de amigas, de mi suegra (...) ella ha tenido muchos hijos y por ahí me comparte (...) cosas que hace ella para cuidar a sus hijos y que he implementado (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).*

(...) *con los chicos lo que aprendí es a conocer los procesos desde que eran chiquitos, el primer moco, la primera tos (...) aprender (...) las vacunas que son de calendario (...) los diagnósticos precoces (...) (también) escuchando a otras madres con historias (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN. RC).*

(...) *en la maternidad aprendí la paciencia y el estar, yo tuve mucho problema con mi hija más chica (...) tuvo vuelta de cordón (...) tuvo hipotermia tres días (...) mi hija me enseñó a no alterarme (...) y a decir “cómo hago para que aprenda a respirar y a succionar” (MC1. P.37 años. 4 hijos. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN. RC).*

(...) *todos ellos (se refiere a sus hijos) tomaron la teta y después la dejaron solitos (...) la teta es lo fundamental para los chicos, para la salud y la mamadera no, para mí (...) el amor de la madre, de eso le das, viste que dicen que no es lo mismo la mamadera que la teta de la madre (...) (MC1. J. 26 años. 4 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).*

(...) *antes de tener a mis hijos ya aprendí porque crié a mis hermanitos (...) mi mamá y mi papá siempre trabajaban (...) y somos siete hermanos (...) si los teníamos que llevar al médico ella (se refiere a su madre) sacaba el turno y después lo llevábamos nosotros (...) yo llevaba a los chicos a la escuela y mi hermana se quedaba limpiando y después hacíamos de comer (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).*

Se alude a conocimientos que se traducen en prácticas de SECA a partir de experiencias vividas como madres en los procesos transitados con los propios hijos e hijas, así como en relación a hermanos o hermanas. Se valoran diversos tipos de conocimientos contruidos, algunos más ligados a los propios tiempos y aprendizajes que supone la maternidad (vinculado a los procesos de lactancia y primeros días de vida de los bebés), y otros más en lógicas de la medicina como calendarios de vacunación, importancia de diagnósticos precoces, entre otros.

Lo mencionado, podría caracterizarse según lo que Macchiarola (2022, p. 4) refiere como un “conocimiento práctico para y desde la acción”, en tanto aquél desde el cual se comprende el mundo para actuar en él porque los sujetos se encuentran directamente envueltos en la situación. Situaciones que pueden ser distintas de acuerdo al grupo social que se trate.

Conocimientos de curanderos o familiares mediante ritos de sanación

Se reconoce en ambos grupos sociales de mujeres una valoración a un saber popular ligado a conocimientos de prácticas de sanación o curación que provienen de referentes -familiares o no- que poseen un tipo de saber específico sobre SECA. Saforcada (2001) considera que se trata de la vertiente de saberes que provienen de “efectores populares” como sanadores, curanderos y protectores populares, que, de modo sistemático y reconocido por la población, llevan adelante acciones de salud protectivas, preventivas y/o curativas. El autor identifica una espiritualista, representada por sacerdotes y referentes del catolicismo, pastores, referentes de religiones afrobrasileñas y sectas religiosas, y una línea filosófica, que incluye corrientes esotéricas en general de origen oriental.

(refiriéndose a la curación de su hermana a partir de ir a una iglesia evangélica) a mí me dijo el pastor “es un milagro lo de tu hermana, es un milagro lo de tu hija (...) nosotros somos pastores, pero todo lo hace él” (Dios), y para nosotros fue una gran bendición que llegaron a nuestra casa (MC1. M.31 Años. 4 hijos. RHGC-TCC. BJN.RC)

(...) a él lo levantó después que lo operaron (le amputaron el brazo), él estuvo más o menos un mes adentro que no quería salir y a llorar llorar (...) no quería que lo vieran (...) lo levantó un pastor qué vino de noche (...) (MC1. S. 47.7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC)

(...) *hemos aprendido (...) a curar el empacho*, con las cintitas, a curar la ojeadura (...) *mi mamá cura la ojeadura, yo aprendí a curar los nervios (...) y mi hermano sabe curar el empacho, así que vamos pidiendo todas estas ayudas (...) no es que vas a estar muriéndote de un empacho y vas a estar con la soguitas, son cosas que se van aprendiendo así como diciendo “bueno, te ayuda lo de la ojeadura”, a mí me salva (...) lo otro lo hago, me piden (...) yo no sé si tengo tantos poderes (...) pero lo curo, si les hace bien, bien, y si no, no (...)* (MC2.J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) *a mis nenes les cura el empacho mi mamá (...) lo único que me aprendí que me enseñó mi abuela antes de morir fue a curar la “ojeadura” (...) mi abuela sabía hacer todo, curar el empacho, curar la “ojeadura”, los nervios (...) de mi abuela siempre iban a que les curara (...) creo que su mamá le había enseñado* (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

Se alude a saberes que disponen determinadas personas como pastores o familiares referentes, saberes que suponen prácticas que se valoran y en las que se confía por contribuir a la mejora del estado de SECA de hijos y allegados.

Del análisis de testimonios se advierte, la cura del empacho, la ojeadura y los nervios. Al respecto, desde la antropología médica Idoyaga Molina (2003) propone una clasificación que denomina “los taxa vernáculos”. Precisa: *desequilibrios orgánicos*, que se explican por causas naturales, entre las que menciona desbalances térmicos, desbalances alimenticios, golpes y esfuerzos; *desequilibrios entre las entidades que conforman la persona*, originados en la desarmonía entre el cuerpo y el espíritu; *desequilibrios sociales*, que se generan en la interacción social o en la pérdida de vínculos familiares y sociales; *desequilibrios espacio-ambientales vinculados a causas naturales* tales como los desbalances térmicos; y finalmente *desequilibrios religioso-rituales* donde la enfermedad se explica como resultante de violaciones a tabúes. Los testimonios analizados remiten a desequilibrios orgánicos y sociales.

Respecto de éstos Arteaga (2007) describe el empacho como una disfunción alimenticia manifiesta a través de un malestar estomacal, para la cual se identifican dos tratamientos: “la medida” (que sirve a la vez de diagnóstico e inicio de la terapia) y el “tirar el cuerito” que consiste en separar a la altura de la columna vertebral en la espalda la piel en forma de pellizco, produciendo que las paredes del estómago se despeguen y restaurando el equilibrio del mismo. Los relatos refieren también a “la ojeadura” (Disderi, 2001, p. 140) entendida como aquella enfermedad que se contrae en la interacción social, producida por la fuerza energética de una persona que mira o piensa en otra, siendo los más vulnerables los niños y adolescentes. La autora expresa que, la acción y la acusación de ojeo manifiesta tensión social y vínculos negativos, fundados en sentimientos de recelo, desconfianza y resentimiento. La terapia procede por la cura de palabra desde oraciones que convocan a deidades del catolicismo junto con la imposición de manos desde procedimientos terapéutico-rituales que se sustentan en el poder y el simbolismo de las creencias cristianas.

Asimismo, los testimonios remiten a lo denominado como “nervios”, reconocidos por Ido-yaga Molina (2005, pp. 137-138) como un taxón vernáculo de origen biomédico producido por situaciones de estrés socio-emocional, así como a causas vinculadas a la pérdida de seres queridos o a causas orgánicas como la ingesta alcohólica. Se manifiesta a través de diversos síntomas, como dolores de cabeza, tics, temblores, desmayos, ira, aflicción, entre otros.

(Lleve a mi mamá a un hombre que curaba de palabra) (...) ella murió en el año 2000 y en esa época ese señor era muy conocido en Río Cuarto, sobretodo decían que curaba el asma, fijate vos, y curaba, y vos te pedías turno y vos ibas, te sentabas delante de él y le hablábamos con mi mamá y el anotaba (...) y te daba unos tés, y no cobraba (...) vos le dejabas lo que te parecía, ¡y no sabes la cantidad de gente que tenía ese hombre! Pero hacía mucho bien (...) ahí fuimos como 15 veces con mi mamá, yo creo que (...) le daba un poco de tranquilidad, o sea vos llegabas a la conclusión que ese señor coincidía con lo que le decía la médica (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada, BBN.RC).

Los testimonios explicitan la efectividad de los procedimientos y se aprecia un saber para curar que es demandado por ellas y por cercanos, arraigado en la afirmación que permiten resolver situaciones de malestar.

(...) yo vivía con ella (se refiere a una tía) y yo era muy comilona y siempre tenía algo (...) ella (...) vivía curando, los nervios, el empacho, todas esas cosas (...) venían y ella no cobraba, por supuesto, pero siempre le traían alguna tortita o le traían los huevos, cosas que hacían de su voluntad (...) ella no más curaba (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN. RC).

Se recurre a estos saberes porque hay una creencia que los sustenta, porque hay fe en que éstos conducirán a un cambio en la situación de enfermedad de quien la padece, aspectos sobre los que se profundizará en el capítulo que sigue referido a las creencias sobre SECA. Se reconoce la figura de quien los dispone, se refiere a que eran valorados familiarmente y por toda una comunidad que, en reconocimiento a su labor le acercaba presentes.

(Aprendí a curar) los nervios, el empacho (...) pero como no lo he hecho me lo he olvidado, los nervios y la quemadura sí. Pero la quemadura (...) del agua hirviendo, o la que tocas (...) una hornalla (...) lo que (...) te quita es el ardor (...). (Curar los nervios) es cuando vos te golpeas y te sabe doler el dedo, son como los nervios que van en el dedo

(...) lo que se quitan son los dolores (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) al nenito de acá al lado (...) cuando era bebé, yo lo cure, le sabía curar la “ojeadura” yo (...) no es difícil, tenés que tener mucha fe (...) *eso lo tiene que enseñar a alguien de tu familia que sepa (...) mi hija no más puede ser...*” (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

Arteaga (2007) plantea que el curanderismo es la medicina tradicional más difundida, tanto en áreas rurales como urbanas. Dicha práctica es llevada adelante por especialistas llamados curanderos, los cuales si bien admiten variaciones entre ellos -en lo que respecta a sus prácticas- poseen elementos comunes. Sus nociones y prácticas sintetizan antiguos saberes populares, antiguas praxis y conocimientos biomédicos con terapéuticas rituales de origen católico. Para el autor, los curanderos no deben pensarse como portadores de conocimientos solidificados, sino como especialistas que incorporan y refiguran constantemente diversos servicios y saberes que les permiten adaptarse al nuevo contexto. En su práctica suelen recomendar las recetas tradicionales con fármacos de laboratorio, dependiendo del cuadro. Todo ello hace que se conviertan en una opción apreciada por individuos de distintos sectores socioeconómicos y educacionales (Arteaga, 2007), tal como lo muestran los relatos.

(...) (nos enteramos de una mujer que curaba el oído) (...) de Holberg y en los pueblos hay muchos curadores (...) Mi hijo tenía un problema que se le hacían otitis (...) se le perforaba el tímpano y en el verano (eso) pasaba tres, cuatro veces (...) y él era chiquito (...) le salía moco todo el tiempo del oído, (...) al principio me dice (el médico) “bueno la primera vez es por esto, la segunda vez esto (...)” pero cuando ya son muy repetidas pensaba “este chico se me va a quedar sordo”. *Empezás a tener miedo (...) pero sigue y sigue entonces uno va ahí a la parte de médicos y a la otra, y que realmente se le haya madurado el tímpano o el resto, no sé cuál de las dos fue, no importa, -se ríe- se curó* (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

Los testimonios especifican qué curan y para qué sirven y las modalidades que implican, vinculados a nervios, empacho, quemaduras, oídos, depresión. Se analizan los procedimientos de atención y sanación, se alude a su popularidad en términos de ponderar las personas que los consultan, así como se destaca el carácter no lucrativo del servicio que prestan, el que al ser valorado por quienes lo requieren, resulta igualmente en alguna contraprestación. También se destaca el espacio geográfico de los pueblos como lugares pequeños donde residen, en general, estos curadores populares.

Uno de los relatos refiere a la sensación de temor por la pérdida de salud del propio hijo como motor para realizar este tipo de consultas que trascienden la medicina clínica instituida. Se valora la cura acontecida en la persona afectada y se interpela si la misma se produjo por acción del médico, la maduración del propio organismo, o por la sanación realizada por el curador popular.

Conocimientos provenientes de la lectura de la propia salud

Se advierten testimonios de mujeres de ambos grupos sociales que aluden a aquello que han conocido acerca de su propia salud, más allá de lo que saben sobre cómo mantener una salud física, o cómo sanar o curar frente a determinados cuadros. Ellas refieren a lo que han aprendido sobre sí mismas en relación a sus vivencias, sus sentires y sus cuerpos en una relación de salud integral que interpreta momentos de malestar y bienestar.

(...) yo aprendí que cuando estoy pasando un momento crítico mis cervicales hablan, por nervios, o con todas estas irregularidades del período menstrual (...) me deprimó, me angustio entonces esas cuestiones son alertas que yo ya sé que son hormonales (...) es una constante a través de los años (...) (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

(...) los aprendizajes los he tenido más de grande (...) yo siempre quise estar bien, pero no (...) no sabía bien como tenía que hacerse (...) pero siempre hay algo (...) y es el tema de mi peso, que (...) viene con un montón de otras cosas (...) para eso me ayudó mucho la terapia, a darme cuenta y aprender, que la salud no es solamente la física sino que es la emocional, la afectiva, que (...) el cuerpo es un envase que hay que cuidarlo (...) en mi caso yo elijo la salud pero a veces también fumo, entonces (...) vivo bien cada cosa (...) Y después también pienso que puede ser la edad viste que los 40 uno hace un mapeo... (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

Los relatos dan cuenta de un conocimiento sobre la propia salud. Remiten a aprendizajes que han realizado de sus vidas a partir de una lectura de sus propios procesos, aludiendo a una instancia sentipensante del aprender que articula lo que se siente desde las emociones desde interpretaciones más integrales.

(...) yo antes no tenía la capacidad de darme cuenta de las cosas (...) Yo creo que el estar tan mal (...) me hizo llegar un punto de que yo sí o sí tenía que volver a salir, no me quedaba otra, eso creo que fue, y ahí empecé a cambiar todo en mi vida, como el cuidarme, alimentarme, de las personas, bueno tomé la decisión de separarme del papá de ellos que fue algo que me hacía muy mal (...) y dije yo “basta”, porque era mal, para mí, mal para ellos (...) (hoy) me siento plena me siento saludable, me siento con fuerza, me gusta trabajar, me gusta poder generar mi propia plata para darle las cosas a ellos (MC1. V. 31 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC)

Los testimonios refieren a mujeres que hacen un balance en tiempo presente en relación a una mirada retrospectiva desde la cual identifican situaciones de malestar y a partir de conocimientos construidos en esas experiencias, valoran para sus vidas cotidianas, repiensen la posibilidad de cambiar desde reflexiones propias. Expresan que saben de su salud porque sienten su cuerpo y sus estados, de bien o mal estar, y a partir de ello razonan, recapacitan, deliberan y maduran decisiones para transformarla.

Conocimientos construidos en pandemia

Así como ha sido posible advertir a partir de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 corolarios negativos de esa vivencia, ha sido posible reconocer cómo, simultáneamente las mujeres de ambos grupos sociales reflexionan valorando esa experiencia en tanto generadora de aprendizajes y conocimientos.

Se advierten apreciaciones que van en sentido de incorporación de los hábitos de higiene y uso del barbijo propias de este tiempo, así como en relación a conocimientos construidos en este período en términos de la preservación de la propia salud personal y de los integrantes de sus familias orientados al desarrollo de una vida plena en las dimensiones física, psico-afectivo-emocional y espiritual, cultural, entre otras.

(...) *en el Covid me pasó de aprender de lavarse las manos, el contacto con los chicos, la distancia a no saludar* (...) el barbijo lo re usaba (...) el alcohol en gel siempre estaba en casa (...) (MC1. F. 29 años. 3 hijos. TCP-TCC.BJN. RC).

(...) *Esto de la pandemia quedó muy sellado en mí (...) para mí que yo he aprendido muchísimo de esta pandemia (...) tanto como en el cuidado de la salud de la higiene en todo, en todo, en cómo* (...) el lavar las verduras, la carne, como que quedas con una desconfianza con todo (MC1. G. 47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

(...) *con el paso del tiempo (...) aprendí lo que es salud para mí, pero con esto de la pandemia lo fui aprendiendo en el sentido de que fui incorporando hábitos que están vinculados con la salud* cómo la actividad física diaria (...) la alimentación (...) trato de incorporar alimentos que sé que me hacen bien y dejar de lado (...) lo que sé que no suma (...) fue de a poco (...) y ahora ya lo necesito en mi vida (...) (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga, BBN.RC).

(...) *hubo una invitación de (...) comenzar de grande un deporte nuevo (se refiere al jockey) (...) para divertirse (...) hace desde marzo que lo estoy haciendo (...) (me siento) ¡¡Bárbara!! (se ríe) (...) me pude hacer un espacio para hacer algo distinto (...) diferente a lo cotidiano, me da la pauta de que lo que te propones, no importa el momento de la edad (...) se puede si se tiene ganas, entusiasmo (...) con esto de la pandemia lo que me generó (...) fue salir de zonas cómodas o conocidas (...) como que si vos seguís haciendo siempre lo mismo, los resultados van a ser los mismos, si cambiás algo podés tener otros resultados... esto lo aprendí con capacitaciones que tienen que ver con el mundo de las empresas, que yo trabajo del periodismo (...) tiene que ver con el coaching...* (MC2.V. 42.3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN. RC).

(con la pandemia) *lo que aprendí más es a disfrutar el momento, no sé si será el darle otro significado a la salud, siempre la salud fue importante...lo que aprendí es (...) hacer esto en este momento y dejar esas cosas que vienen estipuladas (...) “y si no tengo ganas no la hago” (...) con lo de la pandemia te enterás de gente que estaba re bien con la salud y lo tenía todo, y le agarró el bicho éste y cambió todo y entonces empezás a disfrutar (...) es como que ahora uno lo tiene más presente...* (MC2J. 41 años. 2hijos. RHGC-Administrativa en empresa familiar. BB.RC).

Se advierte que, si bien las mujeres de ambos grupos expresan haber aprendido de la experiencia de la pandemia, refieren a aprendizajes cuyos contenidos y sentidos son diferentes.

Por un lado, las *mujeres en situación de pobreza* aluden a aprendizajes sobre el cuidado de la salud para no enfermar, para no contraer el virus, refieren al mantenimiento de la distancia social, el lavado de manos, el uso del alcohol en gel, el barbijo, la higiene de las verduras, podría considerarse como lo concreto que la pandemia exigió aprender para sobrevivir en esos tiempos. Por su parte, las *mujeres de clase media* parecen remitir a contenidos de otro tipo de aprendizaje en relación a esa experiencia. Refieren a haber aprendido desde la posibilidad del aprovechamiento de ese tiempo y espacio para desarrollar el ejercicio, el deporte, atender a sus prácticas de alimentación tornándola más saludable, así como tomar conciencia de los propios cuidados, establecerse convicciones y principios en torno a ello que las movilizan a hacer algo en el plano del comportamiento y la acción por su salud.

Podría pensarse que, las *mujeres en situación de pobreza* tuvieron que resolver la inmediatez de una realidad atravesada por la falta de trabajo, dificultades económicas cotidianas y sus correlatos, principalmente en la alimentación de las familias. Así, sus movilizaciones a cons-

truir conocimiento vinculado al fenómeno de la pandemia se atuvieron a lo inmediato para sobrellevar las implicancias de la experiencia pandémica. Mientras que, las *mujeres de clase media*, experimentando otra realidad expresada desde las posibilidades de clase, señalan a este momento como un tiempo de la vida que les vino a enseñar y a mostrar las tensiones que se vivían en la cotidianidad preexistentes a la Covid, llevando a que se cuestionaran la celeridad y el automatismo de sus vidas, generándoles un salirse de lo conocido para iniciar recorridos vinculados a la transformación personal en sus formas de vivir la salud.

Conocimientos provenientes de la medicina occidental

Se hace referencia a aquellos conocimientos que las mujeres de ambos grupos sociales construyen tomando como sustento los desarrollos de una medicina occidental y científica sustentada en un modelo médico-biologista centrado en la atención de la enfermedad.

Pudo reconocerse en este punto un aspecto diferencial en cada grupo de mujeres referido a las personas identificadas como referentes para construir esos conocimientos. Mientras que las *mujeres de clase media* valoran conocimientos provenientes de la medicina occidental en diálogo con profesionales de la salud, en general médicos, las *mujeres en situación de pobreza* valoran conocimientos de la medicina occidental que, si bien pueden venir de profesionales, destacan especialmente la proveniencia por parte de otras mujeres de sus comunidades que los poseen por haber realizado algún tipo de formación/experiencia desde cursos de primeros auxilios, años de estudio en la carrera de enfermería o el cuidado de enfermos, trabajo como enfermeros en hospitales, entre otros. Al respecto, el sociólogo francés Luc Boltanski (1974) proponía para pensar este aspecto la categoría de capacidad médica en tanto cúmulo de conocimientos que adquieren las personas por medio de sus diálogos con los profesionales de la medicina, lo que se manifiesta en sus expresiones y en el lenguaje que da cuenta de lo que ellas han comprendido de acerca de una enfermedad o situación de salud.

Se advierte que, las mujeres de clase media expresaban:

(...) tenemos un amigo de mi hijo mayor que tiene problemas de columna, entonces *cuando veo al pediatra le pregunto, cómo que eso, le induzco a que le viera la columna, digamos le cuento que tenemos gente que no le han detectado a tiempo como tiene la columna y ahí le hago preguntas al médico y me llevo una lista escrita de lo que le quiero preguntar al médico* (...) (MC2. V.42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN. RC).

(...) la Salud Mental (...) es el poder hablar de lo que uno siente (...) podemos (...) hablar con un psicólogo (...) qué (...) nos dé alguna herramienta, alguna estrategia para resolver problemas (...) *yo creo que me ayudó a resolver un montón de cuestiones que a lo mejor eran muy cotidianas en mi vida y yo estaba volviéndome loca* (...) y bueno, mediante sus estrategias (...) pude ir solucionándolo y eso me trajo cierto alivio (...) (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(Aprendo de) *los profesionales* (...) es como que depósito mucha confianza (...) en los médicos que yo elijo (...). Yo cambio de pediatra por cuestiones de diagnóstico que no me han cerrado. (...) una vez lo lleve a mi hijo mayor (...) por una tos fea, y me dio (...) un descongestivo, y como no tenía “nada” -supuestamente- (...) fue al colegio toda la semana y (...) a mitad de semana (...) me llaman del colegio que estaba como decaído, lo voy a buscar y me decía que no podía respirar (...) y era por la tos. Lo llevé a otro pediatra (...) en una interconsulta, el otro pediatra ahí nomás me hizo hacer una placa

y ahí nomás le dio un tratamiento con todo ¡y tenía neumonía! Entonces yo sentí que yo sabía, que lo llevé el viernes pasado por una tos muy fea qué no era para algo así no más (...) ese diagnóstico para mí no estuvo con todo (...) no le pidieron una placa, y lo primero que me pidió el otro médico fue una placa, digamos como que podríamos haber llegado una semana antes a este diagnóstico porque yo lo había llevado al médico y el médico me falló (...) me hubiera gustado (...) que tuviera en cuenta más herramientas para el diagnóstico (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

Se advierte de los testimonios una valoración que las mujeres de clase media realizan a los conocimientos que se construyen en diálogo con profesionales de la salud. En este sentido, una cuestión que ha interpelado a diversos campos de la salud en torno al encuentro de los saberes y conocimientos de las poblaciones legas con los profesionales y su saber científico, ha sido justamente la posibilidad de resolver la articulación de ambos saberes en pos de la generación de un conocimiento superador, o bien el identificar la generación de barreras que obturan la comunicación entre ambos (Marconi, 1969; Juárez y Saforcada, 2013, entre otras y otros), y por consiguiente imposibilitan la construcción intersubjetiva de conocimientos.

Resulta enriquecedor poner esta reflexión en los términos que proponen la filósofa inglesa Miranda Fricker (2017) así como los filósofos argentinos Radi y Pérez (2019) quienes consideran que la epistemología social, como las epistemologías críticas y las epistemologías feministas ofrecen herramientas para estudiar las interacciones sociales y su incidencia en la producción de conocimiento poniendo foco en experiencias de opresión y de privilegio, entendiendo distintas maneras en las que el contexto, los prejuicios, las relaciones de poder y los lugares sociales influyen en los procesos de producción, circulación y legitimación del conocimiento.

La desigualdad en la distribución de la autoridad epistémica da lugar un tipo específico de injusticia denominado por Fricker como “injusticia epistémica”, definida como “las formas de injusticia en las que una persona es subvalorada o desaventajada en su estatus como agente epistémico a partir de su identidad o su lugar social” (Fricker, 2017, p. 53). Se advierte del último relato como la madre refiere a la no escucha de su saber por parte del primer profesional que atendió a su hijo en situación de enfermedad (*una vez lo llevé a mi hijo (...) (al médico) por una tos fea, y me dio (...) un descongestivo (porque) no tenía “nada” “¡y tenía neumonía!, yo sentí que yo sabía”*).

Radi y Pérez (2019) consideran que los testimonios de las personas que acuden a los servicios de salud pueden ser ignorados por los profesionales o escuchados, pero sin que se los tenga en cuenta como aportes valiosos desde el punto de vista epistémico, es decir útiles o informativos para entender la situación de salud del interlocutor, aparece así la negación del rol del sujeto consultante como agente epistémico.

Por su parte, desde una perspectiva antropológica en salud, Rodríguez (2021) toma el concepto de “injusticia epistémica” reconociéndolo como un fenómeno que en instituciones de salud se origina resultante de la articulación entre capitalismo, patriarcado y colonialismo, y que procede a través de una violencia que impacta sobre las poblaciones generando la subordinación de unas cosmovisiones culturales sobre otras. Práctica que instala el conocimiento científico como el único válido, considerando como subalternas otras prácticas y conocimientos, que son reenviados al status de folklore, curandería, saber tradicional, educación familiar, considerándolas en inferioridad material, ideológica y simbólica de condiciones.

Atendiendo a ello, puede reconocerse, recurriendo tanto al testimonio aquí citado de mujeres de clase media, como a lo identificado en estudios anteriores con mujeres de sectores populares (Juárez, 2015), todo un contínuum que caracterizaría a los encuentros con profesionales de la salud a los que subyace una intencionalidad dialógica. Un momento inicial que propician profesionales con un perfil dialógico es la escucha profunda y respetuosa al relato de las madres, la empatía hacia sus realidades de salud-enfermedad, la indagación dialógica sobre lo que ellas plantean, aspectos percibidos por las madres quienes, a su vez, realizan una especie de voto de confianza en el/la profesional, como un depósito de seguridad y esperanza en que van a poder atender el caso por el que se consulta. Así se va erigiendo toda una “dimensión pedagógica-educativa” del encuentro basada en la construcción de un marco significativo común sobre lo que acontece, caracterizada por un diálogo que va entramando los conocimientos científicos de los profesionales con los conocimientos legos de los que disponen las madres (Juárez, 2015, p. 269).

El ultimo relato expresa con nitidez un momento clave en este ciclo, cuando la entrevistada expresa que, en un suceso sobre cuidado de la salud de su hijo vio confirmados sus propios saberes del caso por parte del profesional al que consultaba, que, efectivamente, siguió las pistas de sus aportes. Se entiende así que, un profesional que da confianza a una mujer es aquel que acude, desde el respeto y la necesidad de conocer, a los saberes construidos por ellas, sus propias intuiciones y reflexiones. A partir de la mirada de la madre y sus conocimientos el profesional procede en consecuencia, ampliando y profundizando instancias de diagnóstico y tratamiento articulando esos saberes legos de las madres con los propios científicos. En este sentido, se reconoce que se trata de mujeres intuitivas, estudiosas y reflexivas del estado de salud propio como de sus hijos e hijas, que registran dudas, son guardianas de sus estados y procesos, demandan la atención y la escucha de sus relatos, y, en la medida que los profesionales actúan en consecuencia de sus preocupaciones, sus saberes e intuiciones van siendo confirmadas.

Volviendo a los términos de Radi y Pérez (2019, p. 129) se construyen escenarios de “justicia epistémica” donde el conocimiento producido por los usuarios es alentado, incluido (no expulsado) y reconocido (no apropiado). Se trata de lo que los autores recuperan de Dumasque como un sistema de escucha horizontal por el que se reconoce los saberes de cada una de las partes y ofrece la oportunidad de producir conocimiento “de ambos para ambos”, siendo esto posible porque se considera que los saberes aportados por las comunidades pueden ser válidos y contribuir al proceso de comprensión del caso y al tratamiento.

En el caso analizado, el encuentro entre el conocimiento práctico y experiencial de la madre, con las teorías y procedimientos de los que dispone el médico, ha sido exitoso en tanto ella caracteriza un proceso de escucha a ese saber y de actuación en consecuencia. Las interpretaciones médicas, sustentadas en conocimiento científico, le otorgan razones a la madre que le permiten justificar sus conocimientos intuitivos (Polanyi, 1967) transformándolas, de este modo, en conocimientos que le permitieron orientar sus acciones de manera acertiva y segura.

En términos de Villoro (1986, p. 222) lo que se da en el diálogo de esta madre con el médico se reduce a las formas de conocimiento “del saber y del conocer”. En el médico el saber del modelo de la ciencia, cuya garantía de acierto es la justificación objetiva (*“ahí nomás me hizo hacer una placa”*), saberes que comparte con una comunidad epistémica científica, integrado por teorías y proposiciones fundadas. En la madre, la garantía de acierto está en el conocer desde su experiencia personal e intransferible, siendo un conocer cuyo modelo es el de la sabiduría donde sus enseñanzas provienen de sus experiencias.

Por su parte, las *mujeres en situación de pobreza*, así como mencionaban conocimientos provenientes de profesionales de la salud -relatos en los que no especifican sobre esos intercambios y construcciones-, también remitían a mujeres de la comunidad portadoras de conocimientos valiosos para ellas fundamentados en algún tipo de formación desde la medicina occidental. Se reconocen mujeres que han realizado cursos de primeros auxilios, de cuidado y de enfermería, años de estudio en la carrera de enfermería, cuidado de enfermos y de adultos mayores, trabajo como enfermeros en hospitales, entre otros. Algunos testimonios expresaban:

M: *yo en el hospital aprendí varias cosas (...) el tiempo que estuve en el hospital bajando como limpieza (...) y en la clínica (...) fui conociendo médicos, enfermeras (...) yo antes no sabía mucho (...) antes no entendía y varios médicos y enfermera me explicaron* (MC1. M. 31 años. 4 hijos. RHGC-TCC. BJN. RC).

(...) ella (se refiere a su madre) solamente estudio dos años (se refiere a enfermería), pero ella trabaja cuidando abuelos hace más de 20 años, ella sabe ponerte inyecciones, ella sabe todo, qué tomar para el dolor de qué cosa, todo, *ella sabe muchas cosas (...) yo la llamé y ahí no más me dice si tengo que ir al médico, si no tengo que ir al médico, o qué solución tengo que darle* (...) (MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC.VLC.RC).

(...) mi suegra (...) era enfermera, está jubilada ahora, ella me ha enseñado sobre la salud, que no les dé tanto ibuprofeno que les va a dar taquicardia, ponele, yo eso no lo sabía, o de (...) ponerle un pañito calentito en el pecho que se le va a pasar, para la tos, cosas así (...) (MC1. T. 30 años. 3 hijos. RHGC-TCC.BJN. RC).

Son personas valiosas para su entorno por ser capaces de orientarlos, contenerlos e informarles sobre cómo proceder frente a cuadros de enfermedad. Se trata de referentes que en distintas situaciones ayudan a dilucidar: si consultar a un profesional o no, si medicar qué y cómo, si no medicar, entre otras. Estas personas, por algún acontecer particular de sus vidas (muerte o enfermedad de un hijo o familiar) se han visto interpelados y a partir de ese hecho se han formado y asumido un rol activo con relación a la salud, cuidado, enfermedad y atención de sus propias familias y de sus comunidades. Los testimonios aluden a personas y contenidos puntuales de esos conocimientos, pero no a las características de dichos procesos.

Conocimientos que provienen de medios de comunicación como TV, web o redes sociales

La procedencia de este tipo de saberes emergió desde mujeres de ambos grupos sociales. En este sentido, las *mujeres en situación de pobreza* mencionaban:

(...) el saber la mayoría me la rebusco, *yo miro internet* (MC1. P.37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN. RC).

(...) he aprendido mucho Informándome yo personalmente, *formándome con el internet, con doctores que hoy en día hacen videos que te explican, que te dicen lo que hay, en las redes* (MC1. V.32 años. 2 hijos. RHGC-TCC-TCC.BJN. RC).

(...) Igual que cuando te duele la panza, te agarran esos retorcijones de panza viste cuando estamos indispuestas (...) agarras, te pasas un poco de limón, te pones una

toalla con vinagre, al otro día amaneces nuevita... (esa lo aprendí) con *los vídeos que veo (en YouTube)* (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

Por su parte, *mujeres de clase media* expresaban:

(respecto del cuidado de la propia salud) (...) qué ventajas que tiene uno, que herramientas, por ahí en el mismo contacto con los amigos, la posibilidad de acceder a un psicólogo, la posibilidad de acceder no sé, *hasta páginas de instagram*. (MC2. N.25. RH-Estudiente Universitaria. BB.RC)

(...) *en internet* (...) los cursos que hay ahora (...) de golpe un día me hizo un clic de querer hacer algo diferente a lo que estoy haciendo. *Empecé (...) en esta aplicación que estoy estudiando, llevo 92 días consecutivos sin parar de aprender y de esos 92 días hay días que estuve entre 4 y 5 horas metida, estoy a full* (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular- Jubilada. BC.RC).

Actualmente, la consulta en la web por cuestiones de salud-enfermedad refiere a una práctica extendida en distintos grupos sociales (Marin-Torres, et al. 2013). Podría anticiparse que, en general las consultas en internet pueden versar sobre diversas cuestiones, tales como diagnósticos médicos recibidos, cómo tratar alguna enfermedad a través de medicamentos o de prácticas paliativas, entre otras. Pudo advertirse que, las mujeres recurren a internet para indagar en torno a remedios caseros sustentados en una medicina popular, la búsqueda de testimonios de profesionales sobre temas de salud de interés, así como el uso de aplicaciones que refieren a programas informáticos diseñados como herramientas para realizar funciones específicas. En el caso aludido lo refiere una mujer de clase media para aprender idioma, pero las hay inherentes al cuidado de la salud para la nutrición, hidratación, el ejercicio físico, entre otras, pudiendo ser gratuitas o rentadas.

Cuestiones diferenciadas en la procedencia de los conocimientos sobre SECA

En lo que sigue se consignan testimonios que aluden a orígenes diferentes de conocimientos en los grupos sociales de mujeres.

Procedencia de conocimientos en mujeres en situación de pobreza

Se advierte que mujeres en situación de pobreza mencionan un tipo de conocimiento que no fue referido por las de clase media vinculado a conocimientos procedentes de integrantes de comunidades étnicas.

Conocimientos procedentes de comunidades étnicas

Se detectaron saberes inherentes a prácticas de cultivo provenientes de ancestros de pueblos originarios (se estipula que pueden haber sido comechingones, sanavirones o ranqueles por ser nativos de la prov. de Córdoba), así como a prácticas de curación enseñadas por integrantes de comunidades gitanas.

(...) yo cuando abrí los ojos mi mamá tenía animales (...) los chanchos, las ovejas, yo amo los animales (...) tengo (...) como 60 pollos (...) y bueno me gusta (...) fui aprendiendo de mi mamá, de mi papá (...) como ellos criaron los animales (...) sobrevivíamos con eso (...) sus padres, que serían mis abuelos, tenían caballo, chanco, ovejas, chivos (...) y un campito chico (...) mi papá era hijo de indios (...) nació acá en Córdoba (...) él siempre me dijo 'nosotros somos raza india por eso somos duros para el trabajo'... (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RCC. 2daE. IM.RC).

(...) a mí cuando me duele el cabeza corto un pedazo de ruda y me lo pongo en la cabeza (...) se ve que el olor me quita el dolor de cabeza (...) (me lo dijo) (...) un gitano ...un día vinieron y estaba atacada del hígado (...) "corta un gajito de ruda y ponete detrás de la oreja ya vas a ver que te va a quitar el dolor de cabeza" y vos sabes que yo me puse el gajo de ruda y me quito el dolor de cabeza (...) (MC1.B, 64 años. 5 hijos. RCC. 2daE. IM. RC).

Procedencia de conocimientos en mujeres en situación de clase media

En mujeres de clase media se identificó un tipo de conocimiento que no se reconoció en el grupo de mujeres en situación de pobreza y que se denominó conocimientos sobre SECA habilitados por las posibilidades de clase.

Conocimientos sobre SECA habilitados por las posibilidades de clase

Esta subcategoría emergente reviste de interés para el estudio en tanto permite aproximarnos a pensar manifestaciones de las desigualdades en salud, vinculadas a la construcción de conocimientos sobre SECA.

En este sentido, Charlot (2007) considera que las posiciones sociales, enlazadas a una historia, cultura, vínculo con el sistema escolar y el lugar en el mercado del trabajo, son necesarias para comprender la relación con el saber de los sujetos. Desde la perspectiva del estructuralismo constructivista, el sociólogo francés Pierre Bourdieu (2001) consideraba que las prácticas inherentes al saber/aprender/conocer deben valorarse de acuerdo a las normas de las prácticas consideradas legítimas y sus usos sociales, los cuales se organizan en sistemas diferenciados que reproducen las desigualdades sociales de clase. Para el autor, la relación con el saber se construye dentro del conflicto social y de las relaciones de poder o de fuerza entre los grupos sociales, por lo que implica una posición social en un sistema de desigualdades y jerarquías en el acceso al saber común.

Desde una apuesta por la articulación dialéctica del objetivismo (estructura) y del subjetivismo (sujeto), Bourdieu proponía los conceptos de campo, habitus y capital, los que permiten captar la realidad como el producto de una construcción histórica, donde las estructuras objetivas son capaces de orientar o de coaccionar las prácticas o representaciones de los agentes, quienes desde sus esquemas de percepción, pensamiento y de acción -constitutivos del habitus- son capaces de transformarlas (Bourdieu, 2007).

Para el autor la construcción de un espacio social se manifiesta como una estructura de posiciones diferenciadas. Entiende que las clases sociales refieren a "el conjunto de agentes que ocupan posiciones semejantes y que, situados en condicionamientos semejantes y sometidos a condicionamientos semejantes, tienen todas las probabilidades de tener disposiciones

e intereses semejantes y de producir, por lo tanto, prácticas y tomas de posiciones semejantes” (Bourdieu, 1990, p. 284).

Benza (2014) considera que existen diversos grados y formas en que las clases inciden sobre las oportunidades materiales de vida, las que dependen también de los contextos sociales e históricos. La autora señala la relevancia de conocer lo que acontece en las clases medias para pensar la problemática de las oportunidades de vida, en tanto estas clases contarían con mayores recursos que las clases trabajadoras ya que, su población puede negociar su situación en condiciones más favorables, accediendo a mayores ventajas derivadas de su inserción en el mercado laboral (Benza, 2014).

Atendiendo a lo planteado, el estudio ha identificado dos cuestiones ligadas a las mujeres de clase media y la procedencia de los conocimientos que ellas construyen sobre SECA. Por un lado, ha sido posible identificar menciones que algunas de las entrevistadas realizan a sus trayectorias educativas relacionadas a la generación de conocimientos sobre SECA, mientras que, por otro, pudo reconocerse testimonios ligados a conocimientos sobre SECA contruidos a partir de su posibilidad de acceso a determinados bienes, servicios y profesionales de la salud.

Se considera que ambos aspectos expresan realidades ligadas a oportunidades derivadas del ingreso socioeconómico y de origen familiar de las entrevistadas en situación de clase media, que da cuenta de un aspecto diferencial en la procedencia de los conocimientos sobre SECA respecto del grupo de mujeres en situación de pobreza.

Es importante aclarar que, la cuestión sobre la propia formación educativa y su incidencia en la generación de conocimientos sobre SECA no fue una pregunta realizada en el estudio dado que no se trató de un propósito inicial del estudio. No obstante, ha podido reconocerse que algunas entrevistadas en situación de clase media dan cuenta de una valoración a sus trayectorias educativas enlazadas a la posibilidad de haber aprendido sobre SECA. Estas expresaban:

“(...) le hago preguntas al médico y *me llevo una lista escrita de lo que le quiero preguntar* (...) eso lo incorporé como periodista que soy para que no se me escapé nada.... (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

(en relación a conocimientos sobre SECA) (...) *me ha ayudado que yo en la uni he cursado varias carreras (...) no terminé ninguna, de todas aprendí un poquito, transite profesorado de inglés y trabajo social (...) ahí vimos psicología (...) me sirve, yo cada cosa que voy haciendo voy pensándome yo en eso* (...) (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GC-CP-Alfabetizadora. BC. LH).

(...) estoy estudiando psicología (...) yo creo que la Salud Mental (...) es un campo amplio (...) esto de (...) poder hablar de lo que uno siente (...) con un psicólogo o una psicóloga (...) que nos dé alguna herramienta, alguna estrategia para resolver problemas cotidianos (...) (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Se advierte cómo las mujeres otorgan sentidos que expresan valoraciones en relación a los aprendizajes y conocimientos realizados sobre SECA en el marco de sus trayectorias formativas y educativas, principalmente en la educación superior. Se percibe así, cómo el nivel de escolaridad logrado puede interpretarse como un indicador de oportunidad/posibilidad en la vida de mujeres de clase media. Lo analizado, conduce nuevamente a Bourdieu (1998) para pensar su concepto de capital cultural como aquel que implica representaciones, habilidades,

actitudes, aptitudes que posee una persona y que de algún modo, caracterizan su posición en la sociedad, pudiendo la persona por ello, o ser excluida o bien apropiarse de los recursos y oportunidades que la sociedad le ofrece.

De acuerdo al autor, el capital cultural se manifiesta de tres formas: la primera en estado incorporado al propio cuerpo (por ejemplo, prácticas de habla, saber leer y escribir), la segunda en estado objetivado en bienes culturales que se poseen y disfrutan; y la tercera en estado institucionalizado, que es el que se advierte en los testimonios de las mujeres. Incluso esta valoración al capital cultural institucionalizado emerge en mujeres de clase media que no han culminado estudios en la educación superior, pero que aprecian su trayectoria de formación en la misma. El estado institucionalizado del capital cultural, comprende las certificaciones como un reconocimiento institucional que se hace a una persona de acuerdo a su trayectoria en el ámbito de la educación formal; que le ha permitido la apropiación de saberes, habilidades y destrezas que se desarrollan, trayendo por ello a su portador, beneficios materiales y sociales apoyados en el título obtenido.

Relacionado con ello, un relato permite identificar otro significado asignado por familias de clase media a la educación formal, se advierte cuando una de las entrevistadas comenta que el mensaje que recibió en su hogar fue “(...) *para el estudio hay plata*, para esas cosas me dicen que sí, siempre, *porque consideran que son cosas que hacen que uno esté sano*” (MC2, L. 22 años. Estudiante universitaria, BB. RC). Se manifiesta así una apreciación a la educación por parte de integrantes de familias en situación de clase media permiten inferir el sentido de un “imaginario construido (...) acerca del saber como vía directa para el ascenso y la movilidad social” (...) (Falavigna y Arcanio 2011, p. 12). Vinculado con ello, Bourdieu (1987) consideraba que el contexto familiar provee elementos primarios para transmitir, reproducir y perpetuar sus poderes y privilegios a través de estrategias educativas destinadas a mantener el orden social predominante. Para el autor, el capital cultural es un referente fundamental en la formación, reconociendo que, a mayor capital cultural, mayor será la formación del sujeto.

Respecto al otro sentido, identificado al conocer sobre SECA ligado a las posibilidades de clase, el análisis ha permitido reconocer un conocimiento que resulta propio de este grupo de mujeres de clase media, y depende de la posibilidad de ser construido de acuerdo a la oportunidad de consumo de ciertos servicios y bienes de salud (el acceso a determinados profesionales de la salud, médicos, odontólogos, psicólogos entre otros; servicios o bienes de uso como gimnasios, modalidades de alimentación, acceso a aplicaciones informáticas, entre otras).

(...) Aprendí (...) que soy una persona sana, y me enseña mi mamá. Me llevó a todos los médicos, siempre tuve presente el ir al dentista, a psicóloga, a todo, cómo que *todo eso estuvo cubierto, ir al gimnasio, comer bien, como que todo eso yo aprendí qué es salud y siempre fue así, que ellos -mis padres- me posibilitaron siempre, dijeron “para la educación física hay plata, para el estudio hay plata”, para esas cosas me dicen que sí, siempre, porque consideran que son cosas que hacen que uno esté sano.... me enseñaron siempre eso. De chicas, comer bien está bueno para el cuerpo, hacer actividad está bueno, “quiero psicólogo”, está bueno porque ellos siempre fueron a terapia desde chicos y es como que lo tengo re aprendido a eso...* (MC2. L. 22 años. RH-Estudiante universitaria. BB. RC).

(...) *depósito mucha confianza (...) en los médicos que yo elijo, me inspiran esa confianza. Yo cambio de pediatra por cuestiones de diagnóstico que no me han cerrado (...)* (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

(creo que sé sobre mi salud) (...) *yo me considero sana (...) voy mucho al médico (...) me hago chequeos, en eso soy muy responsable, (...) me hago chequeos de sangre cada seis*

meses, no me los hago cada un año (...) he leído algunos artículos donde recomendaban que (...) mientras hubiese la posibilidad de hacerlos en un período más corto estaría bueno (...) cualquier cosa que pueda aparecer (...) para poder detectar antes (...) de llegar al año (...) Creo que el hecho de aprender sobre salud mental para mí fue re importante, y fue como "(...) hay profesionales de la salud para esto" (...) (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) en esta aplicación que estoy estudiando, llevo 92 días consecutivos (...) de aprender (...) hay días que estuve entre 4 y 5 horas metida, estoy a full, (...) pero me pasó algo muy especial, cuando vos te sacas la traba y te das cuenta (...) lo podés aprender (...) este es un año donde decidí hacer otras cosas de salud solo para mí (...) me hace bien (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

La condición de clase media supone un ingreso y disponibilidad económica que permite a las mujeres de este grupo decidir y efectivizar el acceso a distintos especialistas y profesionales de la salud -en las respectivas instituciones en que se desempeñan, sean públicas o privadas-, así como la realización de actividades recreativas ligadas a una salud física y al deporte, la adquisición de insumos para una alimentación acorde a dietas determinadas, el estudio y la formación académica en distintos niveles e instituciones, entre otras.

El punto de partida de este análisis permite considerar que la situación socioeconómica de este grupo se expresa enlazada a condiciones de oportunidad inherentes a la posibilidad de clase de poder escoger las instituciones y los profesionales que las atenderán a ellas como a sus hijos e hijas, siendo posible, en el escenario que las expectativas no sean colmadas, recurrir y cambiar de centros o profesionales.

Otro aspecto posible de reconocer refiere a los consumos en salud que ellas realizan. Priego Álvarez (2006) define al consumo en salud como todo un proceso de adquisición y utilización de los bienes y servicios de salud a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejora del nivel de bienestar. Se advierte de los testimonios de las mujeres, una especie de mandatos que provienen familiarmente, que se inculcan y aprenden desde la crianza a los fines de proteger y mantener la salud y el bienestar personal. Los padres y las madres, quienes ya han recibido ese mensaje en sus familias de origen -habiendo podido acceder a determinados usos y consumos de salud-, enseñan a sus hijas, ahora entrevistadas, que existe una disponibilidad económica para ello.

Por otro lado, uno de los relatos permite inferir la idea que saberse sano es posible si se recurre asiduamente a un profesional (*"me considero sana (...) voy mucho al médico (...) me hago chequeos, cada seis meses"*). Se identifica una valoración a la certificación bioclínica efectuada por un profesional que confirma la condición de bien o mal estar. Al respecto, Gervás y Pérez Fernández (2013) consideran que existe una insatisfacción permanente de los pacientes con el estado de salud que los lleva a un consumo exacerbado de las ofertas preventivas, provocadas por la medicalización de la vida en un escenario económico neoliberal en los tiempos que corren. Para los autores, ello conduce a una demanda insaciable como consecuencia de las ofertas médicas que imponen la idea que todo malestar es evitable, creando necesidades y temores, bajo la premisa de una perfección sanitaria, que es imposible. Aspecto que puede identificarse ligado a la población de clase media, clase media acomodada, y una clase alta privilegiada en recursos económico-políticos.

Por otro lado, los testimonios emergentes, permitirían pensar en otros consumos de SECA afines a la clase media, que no emergieron propiamente de la muestra de mujeres del estudio, pero que sí podrían pensarse que surgirían en otros grupos de mujeres en esta misma

condición social. Se piensa en consumos inherentes a SECA referidos a cuestiones como: implementos que permiten la realización de actividad física (desde vestimenta a otros); suplementos nutricios (vitaminas y productos formulados para la incorporación de nutrientes en dietas); aplicaciones informáticas disponibles en dispositivos móviles (celulares, tablets, PC portátiles o de escritorio) que consisten en programas diseñados como herramientas para realizar operaciones específicas (aprendizaje de idiomas, práctica de actividad física, nutrición, hidratación, entre otras); medicina estética no invasiva (tratamientos corporales y faciales, cremas, uso de toxinas, rellenos, vitaminas, y muchas otras técnicas), medicina estética invasiva (supone intervenciones quirúrgicas en el cuerpo). Traemos a la interpelación el hecho de la pertinencia o no de considerar estos dos últimos consumos como inherentes a la SECA.

Lo analizado permite una aproximación a considerar cómo grupos sociales diferenciados, desde desiguales condiciones de posibilidad, se vinculan a determinados bienes y usos que suponen carriles que se bifurcan vinculados a trayectorias educativas realizadas, accesibilidades en los servicios de atención de la salud pública y privada, instancias que derivan en modos y contenidos específicos que generan un tipo de conocimiento propio de mujeres pertenecientes a un grupo social u otro.

Al respecto, es sabido que las desigualdades sociales se expresan de múltiples maneras y a partir de la configuración de diversas tramas (Jelin, et.al 2020). Haber identificado desde el estudio que es posible construir determinados tipos de conocimientos de acuerdo a la clase de pertenencia y las oportunidades que la misma supone, permite reconocer realidades de injusticia y vulneración de derechos.

Si bien se señalan conocimientos que se han construido ligados a la posibilidad de ciertos consumos vinculados a la salud o bienestar, es la accesibilidad a la educación y el sostener trayectorias educativas, así como la accesibilidad a los profesionales, y con ello la atención de los procesos de salud y enfermedad, lo que resuena. Ello, porque se trata espacios fundamentales en la vida de las personas, inherentes al desarrollo humano integral (Saforcada, et al, 2015) que habilitan a construir conocimientos vinculados al cuidado y preservación de la propia salud, conocimientos que evitarían que se instale la enfermedad, o bien que la misma se propague. Allí donde el desconocimiento hace mella porque el Estado no ha llegado a proveer educación, ni salud, puede emerger la enfermedad y su amenaza a la vida. Allí es donde alertamos cuando las condiciones de existencia imposibilitan la construcción de conocimientos necesarios para el sostenimiento de la vida.

En este sentido, la identificación durante el estudio de algunos testimonios de mujeres en situación de pobreza que referían a la muerte de familiares y de vecinos, o la amputación de determinadas partes de sus cuerpos, por el avance de situaciones de enfermedad y la falta de atención, entre otras realidades de crudeza -no identificadas en el grupo de mujeres de clase media-, calan con dolor. Se visibiliza así la importancia de generar condiciones de justicia y de igualdad por parte del Estado en términos de acceso público a la educación y a la atención de la salud, y desde ahí redoblar la apuesta por la generación de escenarios de “justicia epistémica” en los ámbitos de salud (Radi y Pérez 2019, p. 129), tal como lo hemos analizado anteriormente en este apartado, no sólo como espacios para construir conocimientos sobre SECA como derecho de las poblaciones, sino también como encuentros en los que debe primar la validación al conocimiento producido por las comunidades en un genuino diálogo con los saberes profesionales.

Reflexiones de síntesis

“la imagen más adecuada de nuestro conocimiento sería la de una compleja red, en la que cada saber remite a conocimientos personales y a otros saberes, y cada conocimiento personal, a su vez, a otros saberes y conocimientos. Sería difícil, en todos los casos, seguir la urdimbre de relaciones que constituye la justificación completa de cada saber, pero la red entera descansa, en último término, por unos cuantos puntos, en experiencias directas de varias personas” (Villoro, 1986, p. 216).

Tal como hemos mencionado desde el inicio de este trabajo, históricamente las mujeres han sido las principales responsables del cuidado de la salud de sus familias y comunidades. La asignación de este lugar ha sido resultado de un mandato histórico del patriarcado enlazado a la división sexual del trabajo, que las ha conferido a un quehacer cotidiano de puertas adentro. En estos espacios, ellas han construido aprendizajes, saberes y conocimientos inherentes a esas prácticas de cuidado y atención de la salud. Ellas son las que saben y conocen sobre salud. Saberes y conocimientos que han sido tradicionalmente invisibilizados, así como sus prácticas.

En este escenario, este capítulo, nos ha permitido visibilizar y revalorizar los aprendizajes y conocimientos sobre SECA, reconociendo que las mujeres no protegen la salud en un mero “hacer por hacer”, sino que son protagonistas cognoscentes activas de sus procesos de salud por el hecho de construir conocimientos valiosos sobre salud, enfermedad y bienestar.

Llegada esta instancia partimos de reconocer la preeminencia de aspectos comunes inherentes a los conocimientos sobre SECA y las características de sus construcciones semejantes a ambos grupos de mujeres, dado que ellas:

- *Construyen un conocimiento sobre SECA que es personal/interpersonal, tácito e intuitivo y práctico.* El filósofo y polímata húngaro-ingles Michael Polanyi (1967) proponía el concepto de “conocimiento tácito” para referirse a que las personas saben más de lo que pueden explicar, y que ese conocimiento tiene una raíz corpórea que no puede ponerse en palabras (“yo sentí que yo sabía”, decía una de las mujeres), sin embargo, habita en el cuerpo y envuelve la personalidad de quien lo sostiene. Cuando ese conocimiento entra en diálogo con otras mujeres, habilita la construcción interpersonal de un nuevo conocimiento sobre SECA.
- *Construyen un conocimiento que se caracteriza por sustentarse en una lógica y finalidad de uso* orientado hacia la resolución de situaciones prácticas, problemáticas y necesidades de la cotidianidad ligadas a acciones de protección, promoción, prevención, cuidados y atención personales, familiares y comunitarias. Macchiarola (2022, p. 5) refiere a un “conocer desde”, como aquel conocimiento al que se accede sólo cuando se está en el contexto donde se ejerce cierta práctica. A diferencia de un conocimiento proposicional como el científico que les ofrecen los profesionales de la salud -a los que ellas demandan y consultan- los conocimientos de las mujeres de ambos grupos sociales se basan en *razonamientos prácticos*. En otras palabras, se trata de *conocimientos* que responden a problemáticas y necesidades de la vida cotidiana y que activan a partir de allí modos de acción: atender el malestar propio, como de los hijos, hijas, familiares, amigos, vecinos, decidir cómo hacerlo, si recurriendo a la autoatención desde saberes personales, el pedido de ayuda a un lego cercano, la consulta a una curandera, el recurrir a consulta profesional, el considerar la interconsulta si lo esgrimido por un primer facultativo no convence, así como el activar conjuntamente varias de las opciones precedentes.

- *Estos conocimientos consisten en construcciones socioculturales enraizadas a un tiempo, realidad y contexto*, que se realizan de modo permanente en las vidas de las mujeres, que se construyen en contacto con otras, en el escenario de su rutina familiar, barrial y comunitaria, e influidas por sus trayectorias en el sistema de salud y educación. Sus conocimientos sobre SECA se configuran como un marco que les permite interpretar sus circunstancias siendo capaces de decidir desde razones que justifican sus prácticas. Así, sus experiencias han sido organizadas y registradas en esquemas de pensamiento y marcos de referencia que les permiten predecir y guiar sus acciones en base a patrones más o menos prototípicos y rutinarios (Macchiarola, 2006) acerca de cómo actuar frente a situaciones de SECA.

Lo planteado permite pensar en la sabiduría construida por estas mujeres madres a lo largo de sus vidas. Al respecto, Villoro (1986) consideraba que la sabiduría descansa en muy pocos saberes compartibles, supone, en cambio, conocimientos directos, complejos y reiterados sobre las cosas. Podría pensarse desde los aportes del autor, en madres llenas de sabiduría, como aquellas que han sido instruidas por “la observación personal, el trato frecuente con otros (...) el sufrimiento y la lucha, el contacto con la naturaleza, la vivencia intensa de la cultura” (Villoro, 1986, p. 226). Para el autor las verdades de la sabiduría pueden comunicarse aún sin palabras, mediante el ejemplo de una vida. Esta puede reconocerse en personas mayores, que han sobrevivido múltiples experiencias vitales y han sabido aprender de ellas.

Estos conocimientos, que identificamos como elaborados y transmitidos generacionalmente, a través de la experiencia, la intuición y la práctica cotidiana, han sido y son fundamentales para sostener las vidas de las mujeres y las de los suyos. En una sociedad donde los sistemas formales de salud, mediante sus profesionales y técnicos priorizan un enfoque biomédico, las mujeres construyen conocimientos desde enfoques integrales, comunitarios y humanizados, en muchos casos sopesando, interpelándose y resistiendo a la medicalización, considerando y promoviendo formas alternativas e integrales de abordaje a sus requerimientos.

Labor que exige expresiones de justicia epistémica, desde una revalorización del conocimiento que nace desde lo sentipensante en torno al cuerpo propio y de los otros y otras, el cuidado y la vida cotidiana. Reivindicamos con este trabajo el protagonismo político de las mujeres en la construcción de conocimientos sobre salud.

Capítulo 10

CREENCIAS SOBRE SECA

“La sabiduría de un pueblo (...) forma parte de creencias compartidas sobre el mundo y la vida, que se integran en una cultura. (...) las verdades de la sabiduría pueden abrazarse con una convicción intensa, aunque no se funden en razones universalmente compartidas, la experiencia personal que la sustenta basta para concederles una seguridad a menudo más firme que cualquier justificación objetiva, sobre todo cuando se refieren a temas de importancia vital para el ser humano” (Villoro, 1986, p. 227).

La finalidad de este capítulo se centra en el análisis de resultados del estudio orientado por el objetivo de *“analizar comparativamente los contenidos y sustentos de las creencias que expresan e invocan frente a episodios de SECA mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto”*.

Para ello, algunos interrogantes que orientan el análisis plantean: *¿qué tipos de creencias sobre SECA sustentan mujeres en situación de pobreza y de clase media? ¿a qué refiere el contenido de esas creencias? ¿a qué se aferran por cuestiones sobre SECA personales, familiares o comunitarias? ¿qué fundamentos sustentan esas creencias? ¿cómo se caracterizan? ¿qué similitudes y diferencias muestran las creencias sobre SECA en ambos grupos de mujeres?*

Con el propósito de presentar los componentes de análisis que surgen de esta dimensión se consigna la siguiente tabla (Véase tabla 11).

Tabla 11: Creencias sobre SECA.

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS CRITERIOS DE COMPARACIÓN		SUBCATEGORÍAS
CREENCIAS SOBRE SECA	Creencias comunes sobre SECA		Creencias en el catolicismo y sus santos
			Creencia en curanderos y sanadores populares
			Creencias en relación a la propia familia frente a situaciones de SECA
	Creencias discrepantes sobre SECA	Mujeres en situación de pobreza	Creencias populares en personajes paganos
			Creencia en iglesias y pastores evangélicos
			Creencias en “brujerías”
		Mujeres de clase media	Creencias en la psicología y la psicoterapia
			Creencias que van de la meditación, al coaching, el reiki y la biodescodificación
			Creencias que van de la marihuana, a las tintas de flores y los psicofármacos
			Creencias en contenciones inesperadas de la medicina occidental

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

La dimensión “*creencias sobre SECA*” refiere a todas aquellas expresiones de asentimiento, convicción, certeza, devoción y convencimiento que las mujeres de ambos grupos sociales enuncian en relación a cuestiones, fenómenos, ideas, personajes y referentes populares o vinculados a la doctrina/religión que profesen en relación a que ello incide/incidirá favorablemente en su bienestar, protección, atención, cuidado, restablecimiento, mantenimiento de la propia salud y la de los suyos. Pudiendo reconocerse una amalgama de creencias sobre SECA de las que se derivan prácticas consecuentes de SECA.

Esta dimensión se organiza atendiendo a categorías y subcategorías. La categoría *creencias comunes sobre SECA en ambos grupos de mujeres*, se integra por las subcategorías: *creencias en el catolicismo y sus santos; creencia en curanderos y sanadores populares; y creencias en relación a la propia familia frente a situaciones de SECA*. La categoría *creencias discrepantes sobre SECA en ambos grupos de mujeres*, se organiza en: *creencias de mujeres en situación de pobreza: creencias populares en personajes paganos; creencia en iglesias y pastores evangélicos; creencias en “brujerías”*. Mientras que las creencias de mujeres de clase media expresan: *creencias en la psicología y la psicoterapia; creencias que van de la meditación, al coaching, el reiki y la biodescodificación; creencias que van de la marihuana, a las tintas de flores y los psicofármacos y creencias en contenciones inesperadas de la medicina occidental*.

Comprender como las mujeres de ambos grupos sociales construyen los sentidos que ellas asignan a lo que les ocurre y cómo valoran sus creencias en tanto recursos psicoespirituales que muchas veces las conducen a actuar y generar prácticas sobre SECA, es la intencionalidad de este capítulo atendiendo a características y dinámicas propias de los grupos sociales y contextos donde se encuentran.

Construyendo sentidos en torno a las creencias sobre SECA

Saforcada et al. (2010) consideran que, desde la psicología sanitaria, uno de los aspectos centrales a comprender es que el individuo y la sociedad son parte de una dialéctica constructiva permanente, donde la sociedad produce sujetos sociales portadores de ideologías, visiones, valores, normas y creencias, propias de los contextos en que han sido socializados, y a la vez estos sujetos reproducen y recrean el contexto social del cual son emergentes. Ello hace imposible concebir a los individuos fuera del marco social que los determina y, recíprocamente, es imposible pensar los contextos en que las personas viven, sin las dinámicas intersubjetivas que los construyen y sostienen.

Esta perspectiva resulta clave para la psicología sanitaria, en tanto su objeto de intervención es la salud entendida en su plano colectivo, ubicándose su accionar en el campo psicosocial atendiendo a las interacciones sociales a partir de las que se construyen valores, percepciones, creencias, representaciones sociales, culturas, prácticas sociales, formas de organización y participación, redes, espacios de poder así como procesos intersubjetivos que, por un lado, configuran estilos de vida y, por otro, modelan los ambientes en los cuales los grupos humanos viven (Saforcada, et al. 2010).

En este escenario, las creencias consisten en universales culturales en tanto rasgo común presente en todas las culturas en el mundo, en todos los tiempos y espacios, que dan cuenta propiamente de la condición humana. Algunos autores consideran que las creencias se expresan como condición ontológica del ser humano, en tanto proceso vital que propicia el desarrollo de la especie a través del aprendizaje del mundo, siendo constitutivas de las conductas humanas. El campo de conocimiento de la psicología social, junto con la antropología y la filosofía se han abocado al estudio de las creencias y sus relaciones con los conocimientos, los

comportamientos y las actitudes en el ser humano (Arteaga 2007; Melguizo Herrera y Alzate Posada, 2008; Silva Bautista y Corona Miranda, 2020; Villoro, 1982, entre otros y otras).

Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) consideran que la cultura es desarrollada por los seres humanos y a la vez ella influye a las personas en su pensar y en su actuar. Entienden que, dentro de la cultura, las creencias orientan (pero no siempre condicionan) las prácticas, y éstas a su vez pueden modificar las creencias.

Silva Bautista y Corona Miranda (2020) consideran que, a medida que las personas inician el proceso de socialización e interacción, van desarrollando sus facultades cognitivas dentro de su entorno; se comienzan a abastecer de información social y cultural, que les es proporcionada por sus propias experiencias y por los otros. En este escenario, las creencias son evaluaciones que se construyen a partir de experiencias cotidianas y de la transmisión sociocultural; son versiones de la realidad que poseen una estructura y un nivel de organización que se encuentra relacionado con situaciones específicas orientadas al comportamiento y a la construcción del conocimiento. El ser humano a través de su experiencia forma un sistema de creencias sobre objetos, acciones y acontecimientos.

Para los autores las creencias son ideas ya asumidas por la sociedad y con las que el sujeto, en su desarrollo, se encuentra y adopta como interpretación de la realidad. Se trata de marcos de referencia que determinan la forma de ser y estar en el mundo, son un conjunto de reglas que permiten evaluar las situaciones, a los otros, a uno mismo y la forma en que se interactúa. Se mantienen más o menos inmutables frente a las contradicciones causadas por la razón, el tiempo, la enseñanza o la experiencia; se adquieren a través de procesos de aprendizaje asociativo; pero también, tienen un origen cultural, en tanto se construyen en formatos de interacción social; son producto de la construcción del mundo; y el ser humano las utiliza para tomar decisiones, recordar, interpretar, predecir y controlar sucesos.

El filósofo español Ortega y Gasset (1968) consideraba que el ser humano vive en las creencias, se mueve a partir de ellas y él mismo es las creencias que porta. Para el autor la importancia de las creencias reside en que se trata de convicciones que no siempre son conscientes, sin embargo, le permiten al ser humano manejarse en el mundo, dando sustento a su vida, constituyéndose en el terreno sobre el que las creencias acontecen.

El filósofo mexicano Luis Villoro (1982, p. 15) entiende que creer “quiere decir tener algo por verdadero, pero sin estar seguro de ello, ni contar con pruebas suficientes”. Para el autor la creencia no siempre es verdadera, ni se corresponde con la realidad y puede estar desprovista de razones que la justifiquen. Cuando cumple con estas condiciones - correspondencia con la realidad y justificación- la creencia se transforma en saber. El saber, entonces, es “una creencia verdadera y justificada” (Villoro, 1982, p. 17). Para el autor, el saber implica creer, aunque creer no implica saber. Además, el saber, a diferencia de la creencia, orienta la acción en forma acertada y segura, porque está anclada en razones y en la realidad.

Villoro (1982) propone dos concepciones sobre creencia. La primera se refiere a la *creencia como ocurrencia mental*, en tanto creer es un sentimiento o un acto de una cualidad específica que ocurre en la mente; por lo tanto, sólo es accesible a ese sujeto que la posee. De este modo, las ocurrencias mentales sólo se muestran a un sujeto, como una cualidad privada e indescriptible. La segunda concepción corresponde a la *creencia como disposición*, en tanto éstas, estado interno del sujeto, operan como guías de la conducta que orienta las acciones ante situaciones que disponen al sujeto a responder de una determinada manera y no de otra.

Albert Pepitone (1991), referente de la psicología social norteamericana, consideraba que las creencias consisten en estructuras estables que representan lo que existe para el individuo

más allá de su directa percepción. Para el autor, muchas de las creencias que las personas poseen refieren a fenómenos, aspectos o entidades no reales en cuanto a una presencia y forma material. El autor proponía cuatro funciones básicas de las creencias: la primera referida a lo emocional en tanto las creencias sirven para manejar las emociones; la segunda alude a lo cognitivo, en tanto las creencias conforman una estructura de conocimiento que proporciona cierto control sobre la propia vida; la tercera remite a un sentido moral, donde las creencias funcionan regulando la responsabilidad entre la persona y el grupo; y finalmente, la función grupal, ya que las creencias al darle a las personas una identidad común promueven la solidaridad del grupo.

El ya mencionado inicialmente, psicólogo social francés Serge Moscovici, posicionado en la psicología sociocultural, considera que las creencias se hallan en la categoría de representaciones sociales, trabajadas en el capítulo sobre concepciones de salud y enfermedad. Para el autor las representaciones sociales consisten en un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones, así como constructos cognitivos, originados en la vida cotidiana en el marco de las comunicaciones e interacciones que proporcionan a las personas de un entendimiento de sentido común (Moscovici 1981 en Perera Pérez, 2003, p. 10).

Perera Pérez (2003) entiende que toda representación social constituye una unidad funcional estructurada que, en términos de contenido está integrada por otras formaciones subjetivas como opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos. Desde esta perspectiva, las creencias se configuran como sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede dependiendo de variables culturales históricas, individuales y ecológicas.

Según Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) en la teoría de las representaciones sociales las creencias surgen y evolucionan de la interacción social, siendo un intento individual y colectivo por comprender, controlar y mantener, no solo el entorno que les rodea sino también el propio ambiente interno de cada individuo.

Silva Bautista y Corona Miranda (2020) consideran que las creencias son construcciones mentales de la experiencia que permiten dar sentido a la realidad, integradas en esquemas que se mantienen como verdaderos, pero que pueden ser cuestionados en el futuro. Abarcan aspectos acerca de los cuales no se dispone de un conocimiento seguro, pudiendo no tener fundamento científico que justifique esas creencias, pero en las que se confía como para actuar de acuerdo con ellas.

Para los autores las creencias poseen un aspecto relacional que refiere a la propensión de los sujetos a actuar. El creer en algo y el aceptar que ese algo forma parte del mundo real, constituye la disposición del sujeto a actuar de manera coherente con ese estado interno del sujeto. Al ser portadoras del sentido de la interacción humana, las creencias se forman a través de procesos que desde la interioridad del sujeto se proyectan a las relaciones con los demás y desde ese ámbito, vuelven a moldear lo creído, generando secuencias inacabadas y recursivas.

Creencias y grupos sociales

Atendiendo a que el estudio se definió a partir de una perspectiva que contempla la situación social de clase de las mujeres, desde la intencionalidad de leer el fenómeno de la construcción de concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre SECA como aquél que debe atender, entre otros aspectos, a un condicionamiento socioeconómico, es que interesa aquí considerar la relación entre las creencias y las posiciones sociales de las mujeres del estudio.

Vinculado con ello, distintos autores y autoras reflexionan acerca de cómo aquello en lo que las personas creen expresa, entre otros aspectos, el propio estado sociocultural y la posición social que revisten, advirtiendo que las diferencias socioeconómicas que caracterizan a los distintos grupos sociales influyen en el tipo de creencias que se construyen y en las que se creen.

Al respecto, Quintana Cabanas (2001) considera que la formación de las creencias responde a particularidades entre las que señala el estado socio-cultural de la persona, destacando que los sujetos llegan a las creencias por la mediación de la cultura y la función de aculturación.

Balleza Reyes, González Fuentes y Rosas Juárez (1994) atienden a los procesos sociales que intervienen en la formación de las creencias colocando atención a las diferencias culturales y económicas que viven las personas. Entienden que éstas influyen desde el momento en el que los habitantes de una sociedad no cuentan con las mismas posibilidades de acceso a informaciones, a servicios que la sociedad ofrece; así como a los grupos ideológicos y a la vivencia de ciertas necesidades e intereses de grupo, aspectos que conducen y condicionan la construcción de determinadas visiones de la realidad.

Relacionado con ello, Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) entienden que las creencias surgen y evolucionan dentro del contexto social del individuo, siendo esperable que cada persona elabore, conserve y utilice un repertorio de creencias de cuidado de la salud que dependerá de su posición social.

Arteaga (2007) considera que las creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad se ligán a las estructuras socio- económicas y al estilo de vida de las personas, en un interjuego con creencias cosmológicas y religiosas.

Lo señalado nos ofrece un sustento para acceder a las significaciones construidas en torno a las creencias sobre SECA de mujeres en situación de pobreza y de clase media atendiendo a sus experiencias signadas por la pertenencia a grupos sociales determinados, reconociendo semejanzas, así como diversidades entre las mismas.

Antecedentes de estudios sobre creencias en salud

Investigaciones halladas en torno a la temática de las creencias y la salud permiten reconocer diferentes abordajes para su análisis. Se advierten, estudios en torno a las creencias que mujeres construyen inherentes a sus propios procesos de salud, especialmente ligadas al plano de una salud sexual y (no) reproductiva⁸¹ atendiendo a distintos grupos sociales, poblacionales y etnias (Alarcón y Nahuelcheo, 2008; Araya Pezoa, Saavedra y Aravena, 2019; Gajardo y Urrutia, 2017; Gutiérrez Corona et al. 2022; Hernández-Márquez et al. 2016; Lanero y Lanero, 2020).

81 Brown (2008) considera que el término “derechos reproductivos”, introducido por las Naciones Unidas (ONU) en 1980, empleado en nuestra región a partir de 1990, fue objeto de críticas por las mujeres y feministas. Por un lado, en relación al silenciamiento de la cuestión de la sexualidad y las personas no definidas como heterosexuales, y por el otro lado, la referencia a la reproducción y la ausencia a su contracara, la no reproducción (tanto anticoncepción como aborto). La autora propone la denominación, -popularizada entre los feminismos a lo largo de los últimos 15 años- de “derechos (no) reproductivos y sexuales” (Brown, 2008, p. 272) -que aquí se recupera- dónde, al consignarse el (no), entre paréntesis se intenta visualizar ambas significaciones de los Derechos, a la reproducción como a la no reproducción.

Otro grupo de estudios se vinculan a lo que autores como Cabrera, Tascón y Lucumí (2001), así como Morales Calatayud (2016), entre otras y otros, refieren como “modelo de creencias en la salud (MCS)”. Este modelo, desarrollado en la década de los años 50’ en Estados Unidos, desde una perspectiva psicosocial influenciada por las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva, tiene el propósito de explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud como resultado de la interacción de ciertas creencias que las personas tienen. Se trata de un modelo vigente cuyos estudios aportan a la investigación e intervención comportamental para prevención de la enfermedad, la protección y promoción de la salud.

Otro grupo de investigaciones sobre creencias en salud está ligado a la perspectiva que asume el análisis de la dimensión que aquí desarrollamos, relacionada a aquello a lo que las mujeres se aferran frente a la vivencia de procesos de SECA. En ellas, se puede advertir que los autores y las autoras identifican relaciones en torno a cómo las creencias encuentran cierto correlato con las prácticas de salud que realizan las personas que las sustentan (Arteaga 2007; Cabrera, Tascón y Lucumí 2001; Idoyaga Molina, 2007; Kalinsky y Arrue, 1996; Meda Lara et al. 2004; Melguizo Herrera y Alzate Posada 2008; entre otras y otros).

En este sentido, desde perspectivas más socioculturales en el abordaje de la salud, como la enfermería transcultural, Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008, p. 117) entienden que las creencias sobre el cuidado de la salud se expresan desde las ideas que las personas tienen sobre cómo conservan o recuperan su salud hasta lo que expresan en torno a ello. Identifican que tanto las creencias como las prácticas de cuidado de la salud se originan y desarrollan dentro del contexto social, influyéndose mutuamente y siendo parte del carácter dinámico que permite a la cultura favorecer la adaptación de la persona a su entorno. Para las autoras, cada cultura implica un repertorio distinto de creencias y de prácticas de cuidado de la salud. Haciéndose, la cultura de cada persona, evidente a través de las creencias que portan y las prácticas de cuidado que consecuentemente desarrollan.

Desde la antropología de la salud, Kalinsky y Arrue (1996) hacia mediados de la década de 1990 consideraban que la interpretación que las personas hacen de su estado de salud, enfermedad o malestar, cómo lo significan y lo perciben, es lo que define los recursos y los caminos terapéuticos disponibles para emprender la curación. Las personas como pacientes, y sus grupos de cuidado, son sujetos que conocen y aún en momentos de gran sufrimiento y desorganización vivencial, conservan su capacidad de conocer y decidir acerca de la conducción de sus procesos de recuperación. Para los autores, las creencias y comportamientos sobre salud y enfermedad recrean estructuras cambiantes de poder, siendo “el uso de los servicios de salud producto de un cálculo operativo que revalúa creencias, conflictos, complementariedades y disponibilidades, historias y perfiles” (Kalinsky y Arrue, 1996 p. 269).

Arteaga (2007) considera que las creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad se ligan a creencias cosmológicas y religiosas, así como a las estructuras socio-económicas y al estilo de vida de las personas. Sobre la primera década del siglo XXI el autor advierte que, en el seno de las sociedades occidentales las creencias y prácticas en medicinas tradicionales no sólo se mantuvieron vigentes, sino que parecieron expandirse, posiblemente sustentadas en el hecho de que las personas prefieren prácticas terapéuticas más suaves y delicadas frente a la invasión y dolor de las técnicas propias de la biomedicina.

Los estudios citados nos acercan a un escenario en el que las creencias son dinamizadas en el campo de la salud. Sin embargo, dejan sin responder cuestiones inherentes a cómo se presentan esas creencias en la vida de mujeres de grupos sociales diversos, lo que da cuenta de un vacío de investigación que el presente estudio intenta reponer.

Creencias sobre SECA en mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media

A continuación, se presenta el análisis comparativo de cada una de las categorías emergentes que integran la dimensión creencias sobre SECA. Atendiendo a ello, analizaremos inicialmente las creencias comunes sobre SECA que expresan mujeres de ambos grupos, para, seguidamente adentrarnos en aquellas que parecen sustentarse diferenciadamente en cada grupo social.

Creencias comunes sobre SECA en mujeres de ambos grupos

Pudo advertirse que mujeres en situación de pobreza como de clase media expresan creencias comunes sobre SECA ligadas al catolicismo y sus santos, a curadores y sanadores populares, así como creencias en relación a la unión de sus familias como convicciones a las que se aferran en pos de la restitución y restablecimiento de procesos de salud y enfermedad, personales y familiares.

Creencias en el catolicismo

En ambos grupos de mujeres puede reconocerse una adhesión espiritual al catolicismo y a sus santos y referentes frente a situaciones de SECA. Esquerda, López-Tarrida, Lorenzo y Bofarull (2023) refieren a las creencias espirituales y/o religiosas como aquellas inherentes a la trascendencia, la conexión y el significado, que habitualmente se canaliza en una religión, la creencia en un Dios, en unas normas y ritos determinados. Los autores reconocen que corrientes como la psicología humanista y la psiquiatría existencial consideran a las creencias espirituales y/o religiosas como un elemento y característica más de la salud esencial.

Vinculado con ello, algunas mujeres expresaban:

(en relación a la salud de su hija) (...) *la verdad que yo todos los días doy gracias cada vez que la veo reírse a carcajadas (...) agradezco a Dios, a la virgen (...)* (MC2. S. 55 años.2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN. RC).

(...) *soy muy creyente, rezo, prendo velitas, le pido a la Virgen de San Nicolás a San Expedito y bueno, y todos los días y todas las tardes pido por toda la familia, porque es una necesidad (...) entonces vos le pedís a Dios y a San Expedito y a la virgen que te dé un poco más de tranquilidad (...)* (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

(la pandemia) (...) *fue una referencia de Dios para cuidarse. Si, esto es (...) esto lo que nos hizo la pandemia fue una prueba de Dios porque (...) ahí había (...) metido la pata el diablo (...) pero Dios nos dio una prueba para que se cuidaran (...)* las familias que (...) las madres que cuiden a los hijos (...) (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

Los testimonios expresan referencias a situaciones que enlazan el estado de salud y bienestar, personal, familiar o sociocomunitario, a la presencia de un Dios o divinidades del cristianismo. Incluso se piensa en un fenómeno sociosanitario histórico como fue la pandemia por la enfermedad de Covid-19 como un mensaje o prueba de Dios para “recordarle a la humanidad”, según el testimonio de la entrevistada, “que debían cuidarse”. La denomina-

ción de “cristianos” integra a todas las comunidades e iglesias que siguen las enseñanzas de Jesús, mientras que la de “católicos” alude a un tipo de cristianos que toma como precepto la interpretación que de ello realiza la Iglesia católica. La creencia básica es en la existencia de un único Dios y en la resurrección de Jesucristo, sustentada en la doctrina de la Santísima Trinidad (Dios es uno solo, pero se manifiesta en el Padre, el Hijo y el Espíritu Santo). En esta creencia la Virgen María es reconocida y venerada por la Iglesia católica como Madre de Jesús y de Dios. Uno de los testimonios alude a la creencia en una determinada manifestación de la virgen, graficando cómo las creencias de las mujeres se enlazan a diferentes advocaciones que dan cuenta de misterios, apariciones, presencias, dones o atributos de la virgen ligadas a circunstancias históricas o geográficas que rodean la devoción de una imagen determinada de la virgen.

Las mujeres argumentan ideas que refieren a expresiones de culto como el dar gracias a estas deidades o santos, o bien realizarles súplicas que se sienten como necesidades de vida. Se invocan por motivos de salud y bienestar propio y de familiares, se prenden velas frente a estatuillas o imágenes de estos referentes a quienes se les atribuye sentido en su capacidad de poder sanar o resolver situaciones que acontecen en sus realidades cotidianas en planos de salud, personales como sociales.

Kalinsky y Arrue (1996, p. 256) consideran que las creencias muchas veces actúan “como factores protectivos, como formas de enfrentar problemas, desapoyos y crisis. Anclajes protectores donde hacer descansar nuestra vulnerabilidad y nuestra forma última de ser- en- el-mundo”:

Éramos un montón en una súper pileta (...) al haber tantas personas, no había nadie, mi sobrina se me ahogó, llegó al punto de ahogarse, de no tener brillo en los ojos, mi desesperación de tirarme (...) de un salto, la sacamos de la pileta, le entré a hacer respiración boca a boca, a hacer el RCP (respiración cardio pulmonar), yo no lo había aprendido, “¡que Dios me ayude!”, decía, “¡que Dios me ayude!”. (se emociona, llora). 12 años tiene ahora, y bueno (...) decís “¡que Dios me ayude, que Dios me ayude!”, y me ayudo por suerte (...) ahí en el hospital ¡las cosas que me dijo mi hermana! (...) me decía “(...) yo tenía en las manos de Dios a mi hija” (MC1. P. 37 años.4 hijas. RH-GC-RCC-Trabajadora en un hogar de ciudadanos. BJN.RC).

El testimonio expresa con vehemencia la creencia en un dios cristiano que vino en auxilio de la vida de la niña. Tanto la entrevistada como su hermana, expresan esa creencia en Dios para aludir a la salvación de su vida, como a la eventual muerte, en tanto para el cristianismo supone el paso a una nueva vida que implica el reencuentro con el Padre.

Creencia en curanderos y sanadores populares

Ambos grupos de mujeres expresan creencias vinculadas a la restitución de sus procesos personales, familiares y comunitarios de salud y enfermedad, ligadas al papel de curadores populares. Saforcada (2001) considera, entre las vertientes que componen el subcomponente de los saberes en salud, al saber de efectores populares como sanadores, curadores o protectores, personas que ofrecen prestaciones en salud a los miembros de la población, en las que ellos creen, por ser reconocidos y desarrollar acciones de salud protectiva, preventiva y/o curativas. Algunos testimonios de mujeres de ambos grupos daban cuenta de ello:

(...) *mi mamá cura la ojeadura (...) supuestamente no se puede enseñar a familiares directos (...) A ella se lo enseñó una señora a la que siempre le llevaba mi hermano (...) a que lo curara, entonces un día (...) se lo enseñó (...) y eso te lo enseñan un día Santo (...)* (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) *de más chica me ha llevado mi mamá a curarme los empachos (...)* (MC1. G. 22 años. 1 hija. RHGC. IM. RC).

(...) *yo curo el empacho (...) uno de los nietos varones más grandes me pide que le enseñé (...) y yo lo veo muy chico todavía (...) tampoco cree mucho y hasta me pone a prueba (...) yo creo que eso es una cuestión de fe, yo me tengo fe y me llaman y curo el empacho (...) (mi tía) vivía curando, los nervios, el empacho (...) por eso yo tengo fe, por eso no me animo a enseñarle a mis nietos qué son medios vivarachos y no me gusta que una cosa que para mí es importante, porque todo se basa en la religión (...) es rezar (...)* (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

(...) *mi abuela sabía hacer todo, curar el empacho, curar la “ojeadura”, los nervios (...) al nenito de acá al lado, cuando era bebé, yo lo cure, le sabía curar la “ojeadura” (...) no es difícil, tenés que tener mucha fe (...) eso lo tiene que enseñar a alguien de tu familia que sepa (...)*. (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

Se reconoce la figura del curador o curadora popular como personas de la comunidad a las que por tradición se les confía y cree en sus saberes. Los testimonios dan cuenta que, lo que subyace como meollo de la efectividad de estas curaciones se vincula a la fe y al orar, oraciones que sólo pueden ser enseñadas y aprendidas por personas de la misma familia y en fechas específicas del calendario religioso cristiano, en las que esos saberes deben propagarse entre personas que comulgan esa misma fe (Juárez, 2021). Vinculado con ello, desde la antropología médica, Disderi (2001) a partir de un estudio sobre la ojeadura con campesinos en Santa Fe (Argentina), advierte que la cura a través de la palabra implica la repetición de fórmulas que convocan al poder de deidades y al imaginario mítico del catolicismo siendo las palabras y fórmulas secretas sólo posibles de ser transmitidas en Viernes Santo y Nochebuena.

(...) *cuándo mamá se enfermó (...) la médica me aconsejó llevarla a una psicóloga, entonces (...) salía de la psicóloga y la llevaba a un señor que curaba (...) de palabra, no te daba más que unos tés (...) era un señor (...) muy conocido (...) vos te pedías turno y vos ibas, te sentabas delante de él y le hablábamos con mi mamá y el anotaba unas cosas en un papel, y te daba unos tés, y no cobraba (...) hacía mucho bien (...) ahí fuimos como 15 veces (...) yo creo que a mi mamá eso le daba un poco de tranquilidad, o sea vos llegabas a la conclusión que ese señor coincidía con lo que le decía la médica (...)* (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

(...) *Yo lo único que te puedo decir es que la ojeadura de mi vieja es clavado qué se te pasa el dolor de cabeza (se refiere a su madre que cura), lo otro lo hago, me piden (...) yo no sé si tengo tantos poderes (...) pero lo curo (...) vos tenés que creer en Dios o en alguien que es el que lo va ayudar, yo por ejemplo, yo creo que a mí, cuando mi mamá me cura, me hace bien, entonces es como que (...) uno cree que el otro (...) yo creo que mi mamá me cura, es lo mismo que cuando mi abuela me curaba la panza, yo le decía “che cúrame” yo sabía que a la media hora me sentía mejor, son creencias de creer o reventar (...) si vos lo crees y lo querés (...) yo soy de las que cree en eso y también cree en la medicina, las dos cosas son buenas* (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

Kalinsky y Arrue (1996) consideran que las familias adoptan más de una creencia acerca del tipo de problema de salud que está en juego y de sus formas de abordaje, a partir de lo cual aceptan, comparan, llegando a veces a mantener una dualidad de diagnósticos provenientes de distintos conocimientos y de creencias. Dualidad de diagnósticos a los que se agrega, consecuentemente, dualidad de creencias y prácticas consecuentes que de ellas se derivan en torno a la curación o restablecimiento de la salud. En algunos casos, dicen los autores, se reconoce más de una creencia, cumpliéndose formalmente con lo que el médico o profesional de la salud prescribe, añadiendo a ello, a partir de las propias creencias, procedimientos del saber popular.

(...) (mi hijo) tenía mucho problema de oídos y lo llevamos a una señora y nos dio también un rezo que yo lo hago (...) era ir al médico que nos decían “bueno esto va a pasar hasta que crezca y madure el oído” (...) hicimos la parte médica e hice el rezo (...) después se curó, *si es por el rezo o por el médico no me importa, a mí me interesa que se cure* (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) en casa curar el empacho era una cuestión popular (...) acá a dos cuadras (...) vivía una señora qué curaba el empacho, después cuando estuve de novia (...) la madre me curaba el empacho (...) también (...) una amiga de mi mamá curaba los nervios (...) *a veces creía y a veces no, a veces llamativamente a los tres días (...) se me pasaba y vos no sabías si era por el “Actron”* (nombre del analgésico) (...) *o era por la curandera (...) yo soy más de la medicina (...) pero (...) yo no cierro las puertas porque la verdad (...) a veces no sabes si te curaste por el remedio, por la casualidad o la sugestión de saber que alguien te está curando y te hace sentir bien* (...) (MC2.A.52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

Kalinsky y Arrue (1996) consideran que cuando se apela a una institución oficial como alternativa elegida para el abordaje de una cuestión de salud y enfermedad, las personas no abandonan, incluso en ese momento, los conocimientos y representaciones portadoras de otras creencias médicas. Para los autores, en estos espacios pueden generarse, instalarse, reforzarse, o no, “conflictos de creencias” entre los usuarios de los diferentes servicios de salud y los proveedores (Kalinsky y Arrue, 1996 p. 272), ya que por un lado los usuarios arman sus estrategias de uso múltiple, mientras que, los proveedores pueden percibirse o bien como rivales, emergiendo este conflicto, o bien manifestando flexibilizaciones y entendimientos orientados a trabajar conjuntamente para enfrentar y resolver problemas.

La creencia en la propia familia como forma de contención frente a situaciones de salud

Algunos relatos de mujeres de ambos grupos expresan un aferrarse a la creencia en la propia familia como un medio que contribuye al propio cuidado, protección de la salud y sanación frente a la enfermedad. Los testimonios resaltan la importancia de ocuparse de los integrantes de la familia y el permanecer unidos.

(cuando me enfermé de cáncer) *a mí me salvó un poco la cabeza el pensar en organizar la fiesta de 15 de mi hija* (...) ella estaba tan ilusionada con esa fiesta, por Dios (...) entonces lo mío ya había pasado a segundo, tercer plano, entonces (...) creo que eso me ayudó un poco a mí, a olvidarme de esa historia digamos, porque yo ya estaba re podrida de ir a médicos, ir a controles, de pinchazos, estaba cansadísima de esa situa-

ción (...) aferrarme al cumpleaños de 15 de mi hija me predispuso de otra manera para ir a la tercer cirugía (...) (MC2.S. 55 años. 2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN. RC).

(que en la familia estemos unidos) te da fuerza para seguir, cuando uno está enfermo en la familia (...) todos le damos fuerza para que él se levante y tenga fuerza (...) de la parte de mi papá cuando se tuvo que operar de una pierna estábamos todos juntos, mi mamá lo acompañaba a todo momento y nosotros todos mis hermanos estábamos juntos, ahí había mucha unión (...) por ahí lo que se siente cuando se está enfermo, de las cosas cuando se entera (...) es un sentimiento que ellos deben sentir de estar juntos, de juntarse la familia para darse fuerza (...) no me gustaría ver ni a mi familia enferma, ni a mi madre, ni a mi padre (...) a mí me hace mal (...) empiezo a estar mal (...) es un sentimiento (...) un miedo, miedo de perderlos (...) que le quiere dar fuerza para que salga adelante (...) (MC1. G. 22 años. 1 hija. RHGC. BIM. RC).

Se advierte de los relatos la creencia en la familia como núcleo que genera contención y protección frente la enfermedad, como sostén y andamiaje para enfrentarla. Se piensa en la familia y sus integrantes desde el lugar de quien cree y se aferra a ella en el transitar de una enfermedad, así como desde el lugar de familiar de alguien convaleciente al que se le da acompañamiento, cuidado y protección desde el círculo familiar. Gervas y Pérez Fernández (2015) consideran que para la población la enfermedad representa sufrimiento, amenaza y preocupación ante la presencia de síntomas y signos inconvenientes. Frente a ello, los autores destacan que el apoyo social que dan el matrimonio, la familia y la religiosidad permiten a las personas enfrentarse a graves problemas de salud de mejor forma y con ánimo templado y sereno.

Creencias discrepantes sobre SECA en mujeres de ambos grupos

Pudieron reconocerse testimonios que dieron cuenta de diversos tipos de creencias en torno a los procesos de SECA propios de los diferentes grupos de mujeres. En este sentido, en mujeres en situación de pobreza se reconocieron: *creencias populares en personajes paganos, creencia en iglesias y pastores evangélicos, creencias en "brujerías"*. Mientras que, en mujeres de clase media se identificaron: *creencias en la psicología y la psicoterapia, creencias que van de la meditación, al coaching, el reiki y la biodescodificación, creencias que van de la marihuana, a las tintas de flores y los psicofármacos, creencias en contenciones inesperadas de la medicina occidental*.

Creencias de mujeres en situación de pobreza

A continuación, se reúnen testimonios que conforman categorías que dan cuenta de las creencias propias de mujeres en situación de pobreza.

Creencias populares en personajes paganos

Se reconocen en el grupo de mujeres en situación de pobreza creencias arraigadas a una devoción popular practicada principalmente por personas ligadas al catolicismo que se aferran a personajes paganos. Se identifican figuras e historias de referentes de culto como la Difunta Correa y el Gauchito Gil, una especie de santos paganos cuyas historias surgen de las clases populares del Noroeste y el Litoral argentino, y se expanden en diversos grupos poblacionales del país.

(...) Acá en el barrio, para curarse o pedir cuando hay enfermedad muchos le piden al Gauchito Gil, acá lo quieren todos mucho (...) acá en la punta hay una casa de una porteña (...) que tiene un altarcito, también hay un chico que lo tiene 'en el bajo' (...) y también la Difunta Correa (...) el altar grande de él [Gauchito Gil] está allá en Corrientes, y se hace una procesión cada 8 de enero (...) he ido una sola vez (...) fui de curiosa a conocer (...) y así mi devoción era cada vez más por el Gauchito Gil (...) (MC1.S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

Testimonios como el consignado dan cuenta de cómo, frente a situaciones de enfermedad, algunas mujeres expresaron devoción por este tipo de personajes a los que se les pide y se les encomienda la propia recuperación o la de sus familiares.

Creencia en iglesias y pastores evangélicos

Algunos testimonios de mujeres en situación de pobreza dan cuenta de trayectorias en las cuales se inician en creencias evangélicas a partir de la vivencia de situaciones de enfermedad, accidentes o traumas, frente a los cuales buscan ayuda o la reciben de allegados, vecinos, amigos u otros familiares que ya practicaban estos cultos y que se acercan trayéndoles este mensaje.

Algranti (2010) considera que el movimiento evangélico constituye actualmente uno de los grupos religiosos más dinámicos del mundo por su capacidad de entramarse a las distintas culturas. Se los suele identificar como "evangélicos", mientras el mundo académico los denomina bajo el término de neo-pentecostalismo. Se trata de expresiones que dan cuenta de un cambio en la ética y la estética religiosa que se vuelca al mundo secular a partir de la utilización de códigos de los medios de comunicación, la adopción de una estructura empresarial, la participación en política y la construcción de redes transnacionales.

(...) después que mi marido (...) se cayó de un andamio y un tumor se le formó ahí en el brazo (...) empezamos a ir a una iglesia evangélica, conocimos un pastor a través de un chico que es amigo de mi marido y *nos empezó a llevar a la iglesia evangélica y cuando entrás a la iglesia evangélica es como que te cambian los pensamientos (...) tenés que dejar todo lo que es Santos (...) ellos creen en Dios y en su hijo Jesucristo, nada más (...) nos ayudó un montón, empieza a cambiar la mente (...) vos sola empezás a tener otra visión (...) yo pienso que es Dios el que te cambia (...) te 'limpea' y vos dejás todo lo malo atrás (...) Eso nos ayudó en ese momento difícil (...) porque a él lo levantó (...) porque no quería salir, y a llorar, llorar (...) no quería que lo vieran. Y bueno, lo levantó un pastor (...) lo hablo (...) y le dije 'vos tenés que salir, vos tenés que mostrarte, los chicos te quieren ver (...) hablar con la gente (...), entonces a él le sirvió porque él se levantó al otro día, anduvo afuera (...) se llenó de chicos, los vecinos venían a verlo (...) para nosotros Dios vive, está vivo y a donde estamos nosotros él está (...) le tenés que pedir con fe, con fuerza para que lo que vos pedís se cumpla, la fe por sobre todas las cosas (...) yo siempre invocándolo a él, cuando mis hijos están enfermos, cuando mis hijos se van de mi casa, cuando se van a trabajar, estoy siempre orando, pidiéndole (...)* (MC1.S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

El relato citado, da cuenta de creencias que suponen un tipo de fe que implica renunciar a devociones anteriores ligadas al catolicismo y que produce un cambio de creencias y por consiguiente de comportamientos en sus fieles. Al respecto, Jiménez Becerra (2014) entiende que el sistema de creencia del evangelicalismo, como movimiento dentro del protestantismo, reconoce como únicos sacramentos al bautismo y la eucaristía, y rechaza la devoción a la Virgen

María y a los santos, la autoridad del papado, las indulgencias, el purgatorio, el sacrificio de la misa y la intersección de los difuntos. Silva Bautista y Corona Miranda (2020) consideran que, para el ser humano cambiar sus creencias para dar cabida a otras nuevas exige no sólo desarrollar nuevos comportamientos, sino generar nuevas certidumbres, así como abandonar las creencias ya establecidas, lo que puede conducir a la desorientación y frustración. Aspectos que no se perciben de la vivencia relatada por la entrevistada, que expresa la adopción de creencias nuevas que parecen incorporarse satisfactoriamente en su vida.

(...) yo voy a la iglesia “Río de Agua Viva”, yo soy muy creyente de Dios y *fui a la iglesia, porque van todos en mi casa* (...) mi mamá, mis hermanos, todos, y yo pedí tanto por ella (se refiere a su bebé) y yo me enteré cuando estaba embarazada de ella (...) porque me hacían ir a Córdoba cada un mes para controlar el embarazo, y *me dicen “tengo una buena noticia, la hidrocefalia de tu bebé se paró, tiene hidrocefalia pero (...) estacional, quedó ahí, no le creció más la cabeza”*. En mi panza (...) ellos veían que la cabeza le iba creciendo, *“así que te tengo esa buena noticia, ¿vos sos creyente?” -me dice (se refiere al médico)- “sí yo voy a la iglesia”, “muy bien lo que hiciste, porque mirá, esto es un milagro”*. Acá en Río Cuarto me habían dicho que ella no iba a saber lo que es reírse, que ella no se iba a poder mover, no iba a poder comer por sí misma, y gracias a Dios (...) lo que me habían dicho acá a lo que me dijeron en Córdoba (...) nada. *Nosotros pasamos algo con una hermana que tuvo un cáncer, también es como te digo, fue por ella que nos acercamos a esta iglesia*, porque ella empezó, estaba muy mal ella, no quería comer, no quería hacer nada, ella como que en una parte se había dado por vencida. Una vez llegaron estos pastores acá al barrio a “Las 130” a festejar el día del niño y ahí fue cuando conocimos a ellos y *mi hermana empezó esa iglesia y le habían dicho que el tumor era maligno, que iba creciendo mucho, mi hermana empezó en esta iglesia y el tumor se detuvo y le sacaron el pecho, pero gracias a Dios ella está bien (...)*. *Nosotros íbamos a la iglesia común a la San Pantaleón, y en vez en esta iglesia nosotros sentimos, no sabes, es una presencia que nosotros nunca sentimos en otras Iglesias*, no sé, para mí vos estás orando y lo sentís a él presente, por más que no lo puedas ver, él sí existe y está presente. A mí me dijo el pastor *“es un milagro lo de tu hermana, es un milagro lo de tu hija”, y son milagros que hace él solamente él*. *“Nosotros somos pastores, pero todo lo hace él”*, Dios y para nosotros fue una gran bendición que llegaron a nuestra casa (...) Por eso mejoraron varias cosas, porque por ejemplo yo (...) me separé porque me pegaba y ahora me puse con un hombre que nada que ver, es bueno conmigo (...) Mi hermana por ejemplo el marido se drogaba, también le cambió la vida en eso porque lo dejó (...) *todo gracias a Dios, llegó Dios y fue una gran bendición, nosotros hace 4 años que estamos yyendo* () (MC1. M.31 años. 4 hijos. RHGC-TCC. BJN. RC).

Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) consideran que las creencias se dinamizan por la fe de las personas como una poderosa fuerza interna que las materializa y las lleva a la práctica. Para las autoras, las creencias son algo distinto de aquello que conocemos o sabemos y aunque no se pueda explicar desde la lógica de aquello que se acepta como verdad, la fe en aquello en lo que se cree lleva a las personas a actuar en consecuencia.

Silva Bautista y Corona Miranda (2020) consideran que la interacción social juega un papel central en la formación de las creencias. Entienden que se puede asumir como verdadero lo que otra persona interprete, sin embargo, no basta que sea cualquier persona, sino un otro significativo en función de la posición percibida, de su poder, carisma o rasgo que proporcione autoridad. En este sentido, los relatos dan cuenta de cómo personas significativas para las entrevistadas, como los pastores y los propios familiares, se constituyen en referentes que los aproximan a las creencias en torno a la iglesia evangélica. En relación con ello, se identifica la

figura del pastor como un individuo influyente en la vida de las estas mujeres y sus familias, personaje al que se respeta, se sigue en sus principios y consejos, así como se valora su cercanía, su proximidad, el llegarse hasta los barrios y hogares de sus creyentes a ofrecer una palabra de aliento. Se especifica una forma de prédica sustentada en la fe y la invocación impetuosa a un único Dios frente a situaciones de enfermedad y se ofrecen argumentos que intentan dar cuenta de la idea de milagros como hechos que se presentan en la vida de las entrevistadas a partir de comulgar con dichas creencias, denotando sucesos a los que se les atribuye una intervención sobrenatural de origen divino.

Para Silva Bautista y Corona Miranda (2020) las creencias tienen un rango valorativo, que hace que se constituyan en una ética que justifica y enjuicia prácticas sociales. Se asumen por conformidad; no se duda de ellas y para defenderlas se repite una argumentación aprendida; aspectos que generan una certidumbre psicológica en las personas.

(...) si usted hubiera venido hace un tiempo atrás (...) yo (...) comía todo el día (...) tenía diabetes (...) y la tensión alta (...) por el exceso de peso (...) era la ansiedad, me di cuenta de eso (...) porque yo estoy yendo a la iglesia 'Río de Dios, Jesús en Movimiento' (...) llegué ahí cuando (...) una chica me invitó de acá del barrio, que conoce mi situación y bueno, (...) son reuniones que se hacen a veces de mujeres por un lado, los hombres por otro (...) *vamos ahí para corregir nuestra vida* (...) *en ese momento había ido para sanar el alma porque en el alma se guardan muchos dolores, sufrimientos, soledad, angustia y en esas reuniones es el paraíso para poder sanar el alma y poder corregir y (...) ayudar a otras personas* (...) *yo ahí he podido perdonar* (...) porque muchas veces si uno no perdona, también el *perdón acarrea todo eso, toda esa enfermedad y todo esto tiene que ver con la salud y si yo no hubiera ido a esa iglesia (...) no estarían mis hijos conmigo* (...) *ya ha sido sanada mi vida, mi alma ha sido sanada porque yo con este varón con el que estaba juntada, el papá de los seis más chicos* (...) *tenía una vida* (...) *de mucho maltrato* (...) yo y todo el grupo familiar (...) tuvimos que hacer la denuncia (...) una de las nenas recibió manoseo, uno de los varones había sido abusado por él (...) *Por eso digo, que al lado nuestro estuvo un grupo de gente de la iglesia que nos ayudaba y nos contenía* (...) Entonces (...) *cuando hay perdón hay sanidad, porque se sana el alma, por sanarse el alma se sana el cuerpo* (...) (MC1.C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSFLH).

Respecto al fenómeno del movimiento evangélico, Jiménez Becerra (2014) explica que Colombia ha experimentado un crecimiento vertiginoso de las iglesias evangélicas a partir de cambios constitucionales a inicios de la década de los años 90' que implicaron libertad religiosa y establecieron distancia entre el Estado y la Iglesia católica. Para el autor, se trata de un culto y una práctica religiosa que en ese país ha ingresado a sectores de la sociedad que vivencian necesidades sociales insatisfechas, como personas en situación de pobreza y exclusión, pero también, ha logrado una incidencia en personas que integran sectores de la clase media. Para el autor, en estos grupos sociales, el estilo de vida metódico, el mérito espiritual y el estado de gracia, se convierten en una opción de vida para personas que buscan restablecer una relación con Dios desde su propia cotidianidad.

Los relatos dan cuenta de momentos de sufrimiento, dolor, enfermedad e incluso de soledad, donde reciben una invitación por parte de personas que ya concurren a estas iglesias, que practican estos cultos e intentan sumar a más personas. Estas invitaciones llegan en momentos de vulnerabilidad en la vida de ellas donde se reconoce que es necesario transformar, "corregir" algo, y ese es el propósito que se encara en estas participaciones de culto. En su testimonio, una de las mujeres liga estas creencias a la salud reconociendo que es necesario sanar el alma, como lugar espiritual en el que se "guardan muchos dolores, sufrimientos, soledad,

angustia”. Se cree en las reuniones de estas iglesias como un espacio en el que sólo algunos elegidos pueden participar. Los testimonios aluden a la creencia en el perdón y en el pecado como elementos ligados a la enfermedad, así como el no perdonar a otros, o no perdonarse a uno mismo, como inherentes a la presencia de la enfermedad. Como contraparte, el poder perdonar aparece como una instancia relacionada con la recuperación de la salud, mientras que los milagros se interpretan como una curación divina e inesperada.

Para Algranti (2010) el neo-pentecostalismo implica un trabajo sistemático con la Biblia, como un instrumento de expresión de lo sagrado desde donde se retoman narraciones bíblicas como modelos de acción que deben orientar la vida cotidiana de sus creyentes. Jiménez Becerra (2014) reconoce dos doctrinas que sustentan este movimiento, “la teología de la prosperidad” y “la súper fe”. La primera, se basa en “donar” mediante “ofrendas voluntarias”, con la finalidad de recibir la bendición divina. Sus líderes reconocen un tipo de “gobierno divino”, estipulado en la Biblia, que se subsidia a través del diezmo, el que se utiliza para la construcción de templos y el fortalecimiento del movimiento⁸². La segunda, consiste en valorar el poder de las palabras como un poder mágico, tanto dentro del culto como en la vida cotidiana.

Por otro lado, se advierte así que los testimonios dan cuenta de creencias que permiten reconocer cómo estas mujeres relacionan la salud con cuestiones espirituales ligadas al movimiento evangélico. Asimismo, se enuncia en uno de los relatos que conservar la salud está relacionado a una autovaloración de sí mismo, lo que supone un aprendizaje del orden del amor propio, la autoestima, la auto confirmación. Vinculado con ello, Esquerda et al. (2023, p. 29) consideran, a partir de diversos estudios, los efectos positivos de las creencias espirituales y religiosas en diferentes áreas de la vida y su vinculación con la salud, como, por ejemplo, una mayor longevidad, una mayor calidad de vida en diferentes enfermedades crónicas y en el final de la vida, una mejor adaptación a enfermedades, menor incidencia de ansiedad, depresión o suicidios entre otras. Plantean que es imprescindible abordar las creencias espirituales y religiosas desde una perspectiva más humanista e integrativa del cuidado en ámbitos de la salud.

Creencia en “brujerías”

Otros testimonios de mujeres de este grupo social dieron cuenta de la creencia en curaciones específicas frente a supuestas maldiciones o “magias oscuras” que dicen recibir de otros y que, cuando son percibidas por quienes las padecen, los lleva a solicitar los servicios de curadores populares desde la creencia de ser víctimas de un mal, una brujería o “brujería de muerte”.

(...) el nene mío viviendo acá (...) no me dormía de noche, no me quería entrar a la casa (...) de chiquito decía que ‘en la ventana veía el cuco’ (...) y no nos dejaba dormir (...) se transformaba, tenía un año (...) y se tiraba para atrás así y no lo podíamos tener (...) y tuvimos una curandera, amiga de mi suegra, yo no sabía si creerle o no porque en una situación así vos no sabes ya qué hacer, y fuimos y la mujer nos dijo que nos habían hecho

82 Distintos autores señalan la vinculación de estas iglesias con la política. Según Algranti (2010) en Argentina, para estas iglesias el universo político resulta de interés por lo que alientan la generación de líderes jóvenes con la finalidad de destacarse profesionalmente. De acuerdo al autor, van captando voluntades individuales dispuestas a actuar su potencial político en las estructuras existentes, no desde la inserción partidaria, sino en los márgenes de las instituciones democráticas. A diferencia de lo que sucede con la Iglesia Universal del Reino de Dios en Brasil o desde el movimiento “Iglesia de Dios” en Colombia donde el vínculo religioso deviene en apoyo político y las sedes religiosas operan como escenario de proselitismo, apareciendo diputados y diferentes figuras políticas pertenecientes expresamente a estas iglesias.

como una 'brujería', que nos querían separar a mí y a mi marido (...) ella me lo curó gracias a Dios. Y después, cuando nos fuimos a vivir el año pasado al campo a mi marido lo habían agarrado del cuello, pero cuando yo me desperté ya no había nadie y él se estaba asfixiando y era porque había una 'brujería de muerte'. Fuimos con esa señora y nos ayudó [refiriéndose a la curandera]... era un espíritu de muerte que habían dejado en esa casa y gracias a Dios no lo mató (...) y mi cuñada no sé qué lo que es, pero es como que ella presente, entra cómo con agua bendita a la pieza y se le pone toda la piel de gallina y se pone eructar, como con ganas de vomitar, como que había algo malo en la pieza (...) nos costó muchísimo volver a dormir (...) vivimos una experiencia muy horrible (...) nos ayudó la misma curandera (...) nos dijo que nos iba ayudar, que todo iba a salir bien, que ya estábamos fuera de peligro, que estuviéramos tranquilos, que abriéramos la Biblia (...) cerca de la cama y que todas las noches rezáramos, oráramos (...) gracias a Dios pudimos salir adelante (...) pero el miedo se me queda (...) (MC1.T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

Viotti (2003) considera que el daño existe como categoría clasificatoria en la región del Noroeste de Argentina para hacer referencia a un desequilibrio vital atribuido a una intencionalidad maligna, ya sea causada por un brujo, un curandero o un lego, conocedores de los procedimientos y las técnicas para realizar este tipo de trabajos. Para el autor “la brujería” puede definirse, en términos genéricos, como “una relación interpersonal que literalmente se refiere al uso del poder que brinda la manipulación de lo sagrado para causar diferentes tipos de mal entre miembros de una misma comunidad” (Viotti, 2003, p.118).

El relato de la entrevistada, da cuenta de una familia joven que ha experimentado situaciones en su propia vida cotidiana, que los conducen a recurrir a una curandera. Respecto del primer episodio, la entrevistada refiere que la curandera les informa que han sido víctimas de una brujería cuyo propósito era la separación de la joven pareja, lo que parece manifestarse en el niño pequeño. Al relatar un segundo episodio, la entrevistada alude a “una brujería de muerte”, su narración, cargada de angustia, da cuenta de un impacto tal de la vivencia que parece haber tensionado el estado de salud de los integrantes del grupo familiar.

Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) consideran que, con frecuencia las creencias que se ubican en el plano de lo mitológico son denominadas supersticiones. En este sentido, el relato refiere a maldiciones o magias oscuras que se reciben de otros, y qué al ser captadas se cree en ellas y en sus efectos nocivos para el bienestar integral personal y familiar, lo que conduce a demandar servicios de curadores populares desde la creencia en sus saberes y poderes para resolver la situación por la que se consulta.

Idoyaga Molina (2000, citado en Viotti 2003, p.122) entiende a la brujería o al daño, como un taxon de enfermedad originada en las tensiones, los conflictos sociales y personales para explicar el origen de los males. Esas afecciones son resultado de sentimientos interpersonales en el interior de una comunidad, debido a lo cual tanto la acción maléfica como las acusaciones se circunscriben al espacio social cercano de los actores, y son generalmente entre amigos o parientes. Viotti (2003) considera que la envidia, los celos, la venganza y los malos deseos son fundamento de las acciones de daño en el contexto familiar y vecinal. Para el autor, las nociones sobre brujería cumplen un rol en la construcción de sentidos sobre experiencias límites vinculadas a la enfermedad, la muerte o el infortunio.

El autor analiza que, el padecimiento de daño es vivido por los actores como tratable solamente por las personas que comparten una determinada visión del mundo y de la vida, la enfermedad, la salud, la terapia, el cuerpo. Advierte que, las técnicas de daño más recurrentes son la maldición de palabra, el contagio a través de entidades corrompidas (paquetes de daño,

sal, tierra de cementerio), la manipulación del nombre, el rastro, las vestimentas, materia fecal, orina o cualquier entidad vinculada a la víctima.

El relato de la mujer entrevistada pone en valoración la ayuda de la curandera y el haberse aferrado a partir de su consejo, como familia, a la religión y a elementos de culto como la biblia, centrándose en la oración. Respecto de ello, Viotti (2003) considera que las prácticas de los curanderos para resolver problemas de daño suponen: o bien la acción de contradaño, que implican la manipulación ritual copiando el accionar maligno pero invirtiendo el signo del poder y la intención, así como las prácticas diagnóstico-terapéuticas que involucran elementos que absorben el malhecho y permiten conocer el origen del mal y eliminarlo, así como rituales destinados a resolver la acción del mal a través de la intervención de figuras míticas positivas como santos y almas de muertos, o de personajes ambiguos como el diablo y otros demonios, que funcionan como auxiliares del curandero.

Creencias de mujeres en situación de clase media

A continuación, se reúnen en diversas categorías expresiones de mujeres que remiten a sus creencias en cuestiones de SECA.

Creencias en la psicología y la psicoterapia

En mujeres de clase media pudieron identificarse creencias en torno a terapias psicológicas. Borda (2015a) entiende que las sociedades occidentales expresan una tendencia hacia la prevención y la conservación de la salud, en un clima donde conviven el perfeccionismo tecnocientífico y la proliferación de una oferta psicoterapéutica diversificada. Para el autor, en el ámbito psicoterapéutico, el psicoanálisis fue consolidando su influencia y hegemonía desde su arribo a la Argentina en la década de 1930. Plantea que luego, en un contexto de modernización cultural en nuestro país alrededor de 1960 la clínica psicoanalítica se fue constituyendo en el ejercicio terapéutico por excelencia de los sectores sociales medios y altos urbanos, convirtiéndose en la psicoterapia convencional más difundida de la psicología argentina.

(...) me di cuenta que (...) sola no podía, y ahí entonces ... *mi mamá me hizo el puente con esta psicóloga de ahí fue como de nuevo, confiar en mi vieja "sí mi mamá me trae acá, esta mujer me va a poder ayudar"* (...). Yo ni sabía lo que era la psicología (...) dije *"bueno si me va a poder ayudar le cuento todo (...) con tal de solucionar este problema"* porque (...) *yo sola efectivamente no podía... Ya de grande (...) creo que el hecho de aprender sobre salud mental para mí fue re importante (...) Eso me lo enseñó o me lo mostró mi mamá también en un momento en que yo necesitaba efectivamente acudir a terapia psicológica* (...) fue como *"wow yo no sabía que existía esto"* ... *a mí me marcó mucho porque fue también, lo que después fui construyendo para llegar a la profesión que he elegido hoy* (...) (MC2. I. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB).

(...) *hay que (...) estar atento a cuestiones de como uno quiere vivir* (...) *hay que pensar en la parte psicológica más* (...) antes no pensaba tanto en mi salud psicológica (...) (en la pandemia) *acudimos con mi hija del medio a la psicóloga por un tema de que ella no puede dormir sola, lo que está mejor, dentro de todo, creo que justo ahí* (...) se profundizó, y ahí hizo sesiones virtuales, siento que (...) fue buenísimo porque lo necesitaba ella, todos digamos, porque fue una situación (...) que nos superaba, cómo que la profesional que en ese momento nos ayudaba y nos está ayudando, nos

transmitió tranquilidad (...) bajó sí un poco la ansiedad, todo eso la psicóloga hablaba con ella y con nosotros (MC2.V.42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN. RC).

(...) siempre tuve presente el ir (...) a la psicóloga (...) cómo que todo eso estuvo cubierto (...) como que todo eso yo aprendí qué es salud y siempre fue así, que ellos mis padres me posibilitaron siempre (...) para esas cosas me dicen que sí, siempre, porque consideran que son cosas que hacen que uno esté sano (...) me enseñaron siempre eso (...) “quiero psicólogo”, está bueno porque ellos siempre fueron a terapia desde chicos y es como que lo tengo re aprendido a eso... (...) psicológicamente empecé terapia acá (se refiere a Córdoba) y cada vez que me agarran pensamientos, pensamientos, pensamientos, aplico un poco lo que vemos en terapia (...) siempre, siempre voy (...) ahí nomás que siento algo voy, y más con lo psicológico que para mí es lo que peor me pone (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC)

Las mujeres refieren a consultas que realizan ellas o sus propios hijos o hijas. Incluso algunas entrevistadas jóvenes argumentan con naturalidad el hecho de que sus propias madres y padres han asistido en algún momento de sus vidas a terapia, y ahora les recomiendan a ellas el realizarlas. Tanto para referirse a sus propias experiencias, como para aludir a la de hijos e hijas, expresan que el haber realizado psicoterapia -o estar haciéndola actualmente- les resultó provechoso o significativo en sus propias vidas. Se destacan de los procesos psicoterapéuticos vivenciados la ayuda, la transmisión de tranquilidad, la construcción de procesos que marcan la vida, la confianza y la creencia en este tipo de terapias en tanto el reconocimiento a una dimensión que refiere a la atención de la salud en este tipo de espacios.

(...) (después de mi enfermedad) en octubre 2012, pensaba que en febrero de 2013 ya volvía (se refiere a su trabajo) y no, cuando salió todo esto que me quedaban dos cirugías (...) el médico me dijo (...) “yo no voy a permitir que vos aparezcas por la universidad este año”, eso te juro que me hizo bosta, y bueno y volví acá y *a seguir la terapia acá con mi psicóloga. En el tiempo que estuve en Córdoba hice terapia con una gestáltica de allá, un acompañamiento que me fue muy bien, muy bien, y con una psico oncóloga también que me hizo muy bien, acá en Río Cuarto, yo trataba de cubrir todos los frentes porque yo sabía que tengo una tendencia a la depresión, a la ansiedad (...) entonces no quería que se desequilibrará ningún otro lado...* (MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH-Docente Universitaria. BN.RC)

(...) qué mi hija tenga salud (...) lo asoció al bienestar porque justamente *hubo una pérdida de todo ese bienestar que llevó a que no tuviera ganas de estudiar, estuviera mucho tiempo en la cama, tuviera que pedir asesoramiento o ayuda psicológica* ella por su cuenta, la buscó a esa ayuda a raíz del miedo a contraer enfermedades (...) hubo un período de tiempo en que un día era el lunar, al otro día le ardía la panza, entonces fue a la ginecóloga (...) un estudio, otro estudio, otro estudio, como distintos médicos que le iban diciendo “no tenés nada” (...) desde que mi mamá fallece en diciembre del 2020 (...) Entonces eso empezó como una fobia, cómo ataques de pánico con ansiedad (...) yo sabía que lo mejor era justamente la búsqueda de un profesional (...) en diciembre hizo la consulta con una psicóloga, después la misma psicóloga la derivó en junio a una psiquiatra y la atienden las dos juntas (...) combinado, pero es un paso a paso (...) (MC2.A.52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

Los testimonios permiten identificar que las mujeres, así como integrantes de sus familias, han recurrido en algún momento de sus vidas, o se encuentran realizando en el tiempo presente, tratamientos psicoterapéuticos con profesionales de la psicología. Se especifican situaciones, motivos o estados psicoemocionales que movilizaron a las entrevistadas a efectuar las consultas e iniciar los tratamientos. Se señalan: dificultades en la crianza y acompañamiento de situaciones de malestar en los propios hijos e hijas, presencia de fobias o ataques de pánico en hijas adolescentes, situaciones de enfermedad propia, se alude a tendencias a la depresión, a la vivencia de situaciones de ansiedad, entre otras. Las mujeres remiten al recurrir a la psicoterapia como un recurso para abordar malestares específicos que se van presentando en las propias trayectorias de vida. Algunas especifican las perspectivas psicoterapéuticas de los abordajes realizados, se mencionan enfoques gestálticos y psico oncológicos.

Atendiendo a lo planteado, Borda (2015b) advierte cómo la proliferación de técnicas terapéuticas evidencian que el lenguaje psicológico se ha diversificado y se entrelaza con los imperativos culturales contemporáneos de la búsqueda del bienestar y la autoconfianza, configurando toda una oferta que, tal como seguiremos analizando en lo que sigue, da cuenta de un escenario ecléctico que articula psicoterapias con aportes terapéuticos alternativos.

Creencias que van de la meditación, al reiki, el coaching y la biodescodificación

Kalinsky y Arrue (1996) consideran que las personas crean continuamente nuevas creencias, establecen nuevas tradiciones, así como dejan de lado y en desuso otras, estableciendo los propios límites entre ellas, los que pueden ser flexibles, entremezclados e inestables. En el mismo sentido, Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) consideran que las creencias de una persona o de un grupo social son dinámicas, pueden cambiar parcial o totalmente a través del tiempo dentro de una misma cultura o entre culturas.

Vinculado con ello, pudo reconocerse en mujeres de clase media relatos que expresan que sus iniciativas de cuidado para la protección o restitución de la salud, así como para el logro de objetivos de bienestar personal, se sustentan en creencias a principios de corrientes como el coaching o la meditación, así como del reiki o la biodescodificación.

Respecto de ello, Borda (2015b), analiza un escenario en el que se dinamiza un imperativo en torno a la salud que se configura como un verdadero mandato cultural y moral sobre las prácticas que los individuos deberían adoptar para mejorar su calidad de vida y mantener un buen estado de salud física y equilibrio psico-emocional, en tanto responsabilidad personal. Para el autor se trata de un mandato que se enmarca en un contexto social signado por la búsqueda de autenticidad, la fascinación por el éxito, el rendimiento y la felicidad, los cambios constantes, el riesgo, la inseguridad y la incertidumbre. En consonancia con ello, algunos testimonios de las entrevistadas expresaban:

(...) qué importante es la salud y sostenerla en el tiempo, preocuparse por uno (...) la paz mental (...) entreno la mente como entreno el cuerpo, para entrenar la mente se necesita de buenos pensamientos, que sean convenientes (...) trabajar (...) el entrenamiento de la mente con meditación, relajación, tan solo respirando ya estás meditando (...) escuchando música y estar acostada, el momento propio, introspectivo, solitario necesario (...) (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

(en relación a la salud de su hija) (...) hasta hicimos reiki, hicimos esto de la biodescodificación. Bueno yo acudí a todo, lo que pedía me daba una esperanza de estar mejor, así

como estaba, yo tenía que pedir ayuda, pedía ayuda y la encontré, gracias a Dios, eso fue un trago amargo que ojalá nunca, nunca nos toque volver a vivir (MC2. S. 55 años.2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN. RC).

Las mujeres refieren a convivir y evocar frente a sus estados de SECA, a un repertorio amplio de creencias. El testimonio inicial alude a la meditación como una especie de entrenamiento orientado a la paz mental, la relajación y el estado introspectivo. Ursa Herguedas (2018, p. 48) define a la meditación como “una actividad intelectual en la que se busca lograr un estado de atención centralizada en un pensamiento o sentimiento, un objeto, latidos, respiración, etc., y así liberar la mente de pensamientos nocivos”. Para el autor la práctica de la meditación se realiza desde hace varios milenios, implicando diversos sentidos según la creencia de la que provenga. En el mundo oriental a través del budismo se plantea la meditación con la finalidad de la evolución espiritual, mientras que las religiones monoteístas a través de sus libros sagrados (la Torah, la Biblia, el Corán) refieren a la meditación asociada a la oración. Actualmente se reconoce que el tipo de práctica más extendida es la meditación tipo *mindfulness* con fines preventivos y para mejorar la salud en determinadas patologías. En el contexto contemporáneo, el empleo de técnicas de neuroimagen ha permitido constatar que la meditación produce cambios en las estructurales cerebrales asociadas a la memoria, las emociones y la ansiedad generando bienestar preventivo y curativo (Ursa Herguedas, 2018, p. 50).

Uno de los relatos de las entrevistadas, alude a recurrir, para la restauración de la salud perdida de su hija, a técnicas como el reiki y la biodescodificación, expresando el haber transpuesto un cierto límite respecto de las formas habituales de buscar y hallar respuestas frente a cuestiones de salud-enfermedad. Billot et al. (2019) consideran que la terapia Reiki, se clasifica como una terapia energética de biocampo que consiste en que persona emisora a través de sus manos transmite energía vital a una persona receptora, con el fin de paliar o eliminar molestias y/o enfermedades. El método reiki se basa en la creencia hinduista de que el correcto fluir de la energía vital a través de los distintos chakras⁸³ es lo que asegura un buen estado de salud en el organismo. Distintos autores coinciden en que el reiki es un método eficaz para disminuir los niveles de dolor, depresión, ansiedad y sus correlatos psicológicos, así como mejorar la calidad de vida en varias afecciones (Billot et al., 2019; Dogan 2018; entre otros y otras).

(...) también fui a hacerme la ‘video decodificación’ (se corrige) ¡biodescodificación!, no me sale cómo era, *a mí no me llegó esa forma, es una cuestión de creer* (...) tomé algunos puntos pero todavía sigo sin agarrarla, viste, a lo mejor tome puntitos qué dicen “Bueno, bueno, esto tengo que cambiarlo”, pero no el 100%, *pero hay gente que le hace re bien, totalmente entendible y está bien que lo ayude, me parece perfecto, todas las terapias me parecen bien* (...) *cualquier cosa que uno crea ayuda* (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

Algunas entrevistadas aluden a haber recurrido a la técnica de la biodescodificación, especificando en un caso que, si bien le aportó a su bienestar, este tipo de abordaje no llegó a resultarle del todo aportante. Caballero-Orduño y Berenguer-Gouarnaluses (2016, p. 49) consideran que la “biodescodificación relaciona los síntomas o enfermedades de una persona con una emoción o conflicto muy específico, a través de códigos biológicos propios de los seres humanos y de la naturaleza”. Las autoras consideran que la biodescodificación o desco-

83 Según la doctrina hinduista los chakras son centros de energía situados en el cuerpo humano. (<https://es.wikipedia.org/wiki/Chakra>)

dificación biológica de enfermedades permite averiguar a través de los síntomas cuál puede ser el origen emocional de una enfermedad. Pudiéndose aplicar a las emociones que se viven en: enfermedades agudas, crónicas, cancerígenas, disfunciones orgánicas, trastornos alimenticios, problemas de fertilidad, dolor muscular o articular, fibromialgia, alergias, compulsiones, adicciones, fobias, estrés, ansiedad, depresión.

(...) estoy haciendo (*jockey*) (...) (me siento) ¡¡Bárbara!! (se ríe) (...) *me pude hacer un espacio para hacer algo distinto (...) me da la pauta de que lo que te propones, no importa el momento (...) se puede si se tiene ganas (...) esto de la pandemia (...) me generó (...) salir de zonas cómodas o conocidas (...) si cambiás algo podés tener otros resultados (...) esto lo aprendí con capacitaciones que tienen que ver con el mundo de las empresas (...) con el coaching...* (MC2. V. 42.3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN. RC).

(...) *mi mamá vive conmigo, tiene Alzheimer, mi tiempo no es muy libre pero trato de (...) hacer reflexología, yo (...) en esto de la salud tomo todas las (...) terapias alternativas, yo todo lo que sume le veo un valor muy importante, yo dinero que tenga y tiempito que tenga lo pongo ahí, si es reiki, reflexología, “terapia de alma” para que te pongan energía, los (...) aceites (...) necesito tener energía y pasar buenos momentos que me alimenten para poder soportar esto otro (...) yo tenía una conexión especial con mi papá él me hacía cosquillitas en los pies (...) después me enteré que estaba la reflexología (...) entonces al lugar donde yo voy la chica es divina (...) baja la luz, pone música, un aroma, entonces yo me acuesto en la camilla, me pone algo en los ojos (...) yo le dejo los pies y (...) es una relajación, es un placer (...) me hace bien todo, y yo de la reflexología algo sé que las partes del cuerpo se representan en las plantas del pie, entonces cuando haces masaje en la planta del pie es como que al órgano lo activaras, lo limpiaras, lo desestresaras, lo acariciaras, lo calmaras (...) yo recurro a todo, por eso te digo, yo consumo todo (...) después que me separé se me abrió mucho el panorama (...) siempre fui muy de la casa del marido de los hijos (...) entonces como que vas (...) abriendo a otras posibilidades, a la reflexología, al reiki, a la terapia de alma, de energía...* (MC2. V.49 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB. RC).

(...) *la terapia del alma (...) obviamente que tenés que creer para ir, a mí me costó ir, me invitaban las chicas (se refiere a sus amigas) y una vez que fui, en momentos difíciles de mi vida, me hizo tanto bien qué bueno, es como cuando te curan el empacho, yo no sé si el que lo hacía lo hacía o no, pero que el chico se compone, se compone (...) esto es más o menos parecido. Yo confío, la persona esa tiene el don desde chica de hablar con los maestros, ella les llama “maestros”, y bueno entonces hablas con ella, ella pide una oración, siempre por intermedio de Dios, para qué bueno, para que puedas salir de lo que estás viviendo, de lo que te hace sufrir, no hay magia, no hay nada, entonces ella después como Jesús que ponía las manos arriba tuyo, cómo hace un poco el reiki, pero es a través de música de fondo, vos cerras los ojos y ella como si te (...) sacara un peso, yo digo como lo que ya a uno no le sirve, cómo la carga, lo pesado, la mala energía. Podes nombrarlo como quieras, yo me lo imagino como cosas oscuras que me está sacando (...) esa es la sensación que a mí me da, y me hace sentir liberada (...) en paz (...) relajada y es una de las cosas que me hacen sentir bien para seguir (...) estoy yendo cada 15 días (...) Cuando estoy muy cansada y siento que me desbordan las cosas, y qué hay decisiones que no voy a tomar como por ejemplo poner a mi mamá en un hogar entonces, esa idea la tengo que salvaguardar con cualquier cosa (...)* (MC2. V.49 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB. RC).

Borda (2015b, p. 125) denomina como “consumo emocional” a aquel que realizan sectores medios y altos urbanos con amplios niveles educativos formales (características que presentan el grupo de mujeres en análisis), a partir de tomar como valor central la responsabilidad individual en el cuidado de la salud. El autor analiza el dinamismo que adquieren las experiencias y prácticas de cuidado de sí en relación a un sujeto contemporáneo predispuesto a descifrarse a sí mismo en un contexto donde se impone un “ideal de vida saludable” que lleva a la ampliación y entrelazamiento del lenguaje psicoterapéutico con los imperativos de las sociedades occidentales referidos a la exacerbación de la felicidad, el culto al rendimiento y la maximización productiva en la vida, la confianza en el potencial interior y la creencia en la capacidad de autorrealización.

En este sentido, para el autor, el consumo emocional recae sobre “terapias alternativas” (Borda 2015b, p. 136) entendidas como instancias de autoconocimiento y autotransformación que promueven la autonomía del paciente, su protagonismo en la sanación y una reducción del rol del terapeuta. Aspiran a que el individuo se encuentre consigo mismo, minimizando sentimientos de culpabilidad y valorizando la conexión con la naturaleza como motor de la salud y transformación, tanto individual como colectiva.

El autor identifica cómo la perspectiva holística del cuidado de sí fue consolidando un proceso de integración entre psicoterapias y prácticas espirituales. Identifica al *New Age* como una “innovación religiosa moderna” (Borda 2015b, p. 137) que desde sus premisas filosóficas y prácticas terapéuticas promueve una fe en la autosanación y la autorrealización personal a través de la creencia de que dentro de la persona existe un “ser interior perfecto” que podría conducirla a una transformación espiritual. Para el autor el movimiento *New Age* toma ciertos valores culturalmente aceptados (libertad, autosuficiencia, paz, creatividad, individuo como autoridad) y los transpone en un lenguaje religioso, configurándose en un marco interpretativo desde el cual emergen principios para desplegar múltiples prácticas terapéuticas y religiosas, siendo sus ideas centrales: la búsqueda permanente como estado de “apertura” espiritual, la experimentación personal, la transformación personal como fin deseable y la sacralización de la autonomía (Borda, 2015b, p. 137)

En consonancia con ello, Hijós y Alvaro (2022) analizan lo que denominan “espiritualidad Nueva Era” en el marco de novedosas propuestas en las que identifican su carácter mercantil orientado al empoderamiento femenino, desarrollo, bienestar y transformación personal. Para los autores en el contexto actual la espiritualidad se vuelve una dimensión de la vida que parece posible de gestionarse en pos de la llamada autosuficiencia de las mujeres. Con el propósito de indagar en procesos de gestión afectivo-emocional, búsquedas de bienestar y cuidado de sí en mujeres relacionadas con las nuevas espiritualidades, los autores realizan un estudio etnográfico a partir de implicarse en una experiencia ofrecida por un movimiento autodenominado “Peregrinas 5.0” de “activación e integración de energía femenina” orientado al liderazgo como modo de vida, sustentado en perspectivas del *coaching* ontológico, el *mindfulness* y la inteligencia emocional.

Puntualmente, respecto al *coaching* ontológico, Alvaro (2021) lo entiende como “una práctica conversacional que cuenta con métodos y procedimiento (...) cuyo objetivo (...) consiste en aportar a sus clientes las herramientas (...) para que estos se transformen, inventen o reinventen a sí mismos de acuerdo a sus metas de vida” (p. 16). En un contexto de mercado de culturas terapéuticas, el autor reconoce que el *coaching* ontológico forma parte de un espíritu de época signado por principios que sustentan que todo orden social e individual son administrables, y en el intento de gestionar el ser se inscribe la propia posibilidad de reinención ante los conflictos cotidianos.

Hijós y Alvaro (2022), advierten cómo las propuestas de nuevas espiritualidades femeninas ponen implícitamente en circulación un tipo de feminismo centrado en los valores de autonomía, libertad y autosuficiencia de las mujeres, desde una lógica neoliberal en contraposición a los tradicionales principios de los feminismos críticos vinculados a la igualdad de derechos, la emancipación y la justicia social. Fenómeno al que Rottenberg (2018, citado en Hijós y Alvaro, 2022) denominó “feminismo neoliberal” como aquel que convoca a mujeres de clase media y acomodada, blancas y heterosexuales, que se alzan en un discurso que reconoce las desigualdades entre varones y mujeres, pero desconoce y omite el origen social de estas desigualdades.

Algunas expresiones de los relatos de las entrevistadas que resuenan en esas lógicas expresan: “*me pude hacer un espacio para hacer algo distinto*”, “*lo que te propones con ganas lo lograrás*”, “*hay que salir de las zonas de confort*”, “*si cambiás algo podés tener otros resultados*”, “*dinero y tiempo que tengo lo pongo ahí*”, “*es necesario ‘que te pongan’ energía y pasar buenos momentos*”, “*fui en momentos difíciles*”, “*tenés que creer*”, “*yo confío*”, “*cuando siento que me desbordan las cosas, tengo que salvaguardar con cualquier cosa*”. Estos enunciados nos conducen a pensar cómo van imprimiendo en las necesidades de las mujeres las nuevas espiritualidades que calan desde discursos neoliberales. Estos instalan promesas que reducen a muchas de ellas a pensar que un desembolso de dinero o el libre empleo del tiempo ocupado en un trabajo interior y espiritual, redundará en un ansiado bienestar, cuando subyacen a estas propuestas intereses mercantiles que tienden a profundizar la opresión más que favorecer la emancipación (Hijós y Alvaro, 2022).

En este escenario, es interesante considerar cómo muchas de las diferentes actividades y propuestas en las que invierten estas mujeres, ponen de manifiesto una capacidad de agencia que expresa una disponibilidad en términos económicos, como un rasgo propio de las clases medias y acomodadas, que resultan inaccesibles para una gran mayoría de mujeres en situación de pobreza.

En relación con ello Hijós y Alvaro (2022) entienden que las prácticas de *inversión en una misma*, de trabajo individual, psicologizado y despolitizado⁸⁴ expresan cierta continuidad con lo que décadas atrás representaron los encuentros del tipo *Tupperware* como modelo de venta de empresas internacionales que promovían el emprendedurismo y el liderazgo femenino. Para los autores, a diferencia de ello, en la actualidad, cursos o metodologías como las analizadas agregan un giro de época al promover el trabajo espiritual, de conocimiento interior y resiliencia, utilizando momentos difíciles de la vida de las mujeres como eje del negocio.

En consonancia con ello, para Crawford (2006, citado en Borda 2015b, p. 142) el holismo terapéutico consistiría en un aspecto más de la medicalización de la vida cotidiana que estaría logrando que la salud se convierta en un “asunto de creencia, generando que el logro de bienestar y equilibrio emocional se transforme en una responsabilidad individual sumamente exigente”. Borda (2015b) entiende que la perspectiva crítica de Crawford sobre las prácticas terapéuticas alternativas permite comprender que la vivencia del fracaso en el logro de una buena salud y bienestar se indilgue a una incapacidad que las personas se atribuyen para dominar las propias emociones o para apreciar las dimensiones espirituales del ser.

84 Medina Vincent (2020) alude a la expresión de “identidades despolitizadas” para referir a un proceso de despolitización de las mujeres que debe leerse de forma interconectada con lo que denomina “la psicologización de la sociedad y la cultura”, que simultáneamente busca la autoresponsabilización individual de problemas que son sociales y estructurales. En este panorama, los discursos sobre el pensamiento positivo y la felicidad resultan funcionales al neoliberalismo en tanto la consecución de la justicia e igualdad social es reemplazada por felicidad personal e individual.

El autor, intentando no caer en interpretaciones univocas sobre estos consumos terapéuticos insertos en la realidad social de nuestra época, coincide con Giddens en cuanto a que las terapias pueden fomentar tanto la dependencia y la pasividad (desde la reproducción de las configuraciones subjetivas dominantes), como el compromiso y la reapropiación de sentidos (Giddens 1995, citado en Borda, 2015b, p. 140).

En relación con ello, Borda (2015b) apuesta por pensar desde una perspectiva orientada a la comprensión de la agencia humana y su relación con los procesos de subjetivación contemporáneos. Esta mirada permite pensar a los agentes sociales como individuos que no aceptan pasivamente las condiciones culturales, sino que las reconstruyen e interpretan desde sus circunstancias y en relación con sus contextos sociales. En este sentido, para el autor no habría un efecto único de las terapias (alternativas o convencionales) en el contexto cultural contemporáneo, sino más bien un uso de ellas relacionado con la capacidad de agencia y el despliegue creativo de cada sujeto. Convirtiendo sus prácticas terapéuticas en espacios promotores de la reflexividad y desarrollo de su subjetividad, habilitando nuevos sentidos y capacidades para adquirir destrezas de cuidado de su salud psico-emocional posibilitando la generación de nuevos sentidos que pueden llevar a una modificación de sus proyectos vitales. Aspectos que para el autor serán alcanzables en tanto que las prácticas terapéuticas se afirmen sobre “una lógica del reconocimiento del otro, la renuncia a la propia particularidad como forma de satisfacción y la aceptación de nuestras limitaciones constitutivas” (Borda, 2015b, p. 144).

Creencias que van de la marihuana, a las tintas de flores y los psicofármacos

Mujeres de clase media expresaron también creencias en torno al consumo de la marihuana, las tintas de flores y los psicofármacos como alternativas que contribuyen a su bienestar y salud.

Kalinsky y Arrue (1996) consideran que las personas no creen en forma ciega e irreflexiva, sino que van y vienen adaptando y rechazando entre propuestas terapéuticas distintas, según malestares, tiempos y posibilidades. También los autores reconocen que las creencias son vagamente relativas dado que parece permanecer un resquicio desde donde se des-cree y se pone en tela de juicio o entre paréntesis.

(...) consumía marihuana para poder descansar y para la relajación, creo que al principio hice un mal uso de la marihuana (...) digo “fumar marihuana para estudiar”, “fumar marihuana para tejer”, que ya era un mal uso, que no lo considero como salud, ni como una forma de relajación. En exceso nada es bueno, pero después sí la utilicé, la probé para descansar (...) como bajar esos niveles de ansiedad, pero bueno, no me dio resultado a mí (...) yo decidí usarla por (...) leer que la marihuana relajaba, que te llevaba a otro plano y podía relajarte un poco para salir de esa estructura que a veces uno tiene, salir de la preocupación... ¡pero a mí no me dio resultado! (...) No todos podemos usar la marihuana con un fin terapéutico (...) Después otro recurso fueron (...) las tintas, se hacen con flores, no son las flores de Bach (...) es un método, no sé mucho, lo hacen terapistas floristas, lo utilizan mucho personas que viven en la sierra, que preparan las tintas de ciertas flores (...) en base a (...) una entrevista como si fuera un terapeuta (...) y en base a tu sintomatología te van armando ciertas tintas, te las dan en un frasquito y vos las podés tomar, es bien líquido, vos las podés tomar, es verde oscura, (...) éstas tintas creo que vienen de la medicina oriental, no te sabría explicar bien, pero están buenas, se consumen por ejemplo todos los días 20 gotitas, 30 gotitas, depende... esto no es la homeopatía, te dicen de dónde son extraídas las tintas, te hacen llenar un cuestionario (...) te dan un listado de flores (...) por ejemplo insomnio dolores de

panza, ataques de pánico, ansiedad, depresión, hay como diferente flores como para calmar (...) supongo que van todas mezcladas por eso del color negro oscuro, eso se pone en un vasito con un poco de agua y “tiki” te lo tomas, en frío y eso después tenés un descanso, lo podés hacer 20 días o 30 días, yo lo he consumido un mes, dos meses (...) pero en algún momento me relajaba, pero (...) mi nivel de ansiedad era muy elevado y era para un fármaco. (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

(...) yo trabajé durante mucho tiempo en una feria (...) había muchos artesanos que vivían en la sierra, cerquita de Córdoba, entonces todos me tiraban algún dato para que yo vaya probando, así como probé la marihuana, como probé la pasionaria, la valeriana. La pasionaria es una planta que se compra en una dietética o si tenés la planta genial, y te haces un té, este té se deja reposar y te lo podés tomar durante el día, ¡ese sí me dio resultado! (...) realmente eso me relajo, me calmó, me hizo dormir en ese momento. Después, cuando son los picos de ansiedad es otra cosa, y lo aprendí ahí en la feria, y que tiene que ver también con cómo cada contexto, cada comunidad tiene su visión de salud, de enfermedad (...) en caso de la feria en ese momento era por plantas, eran flores, también lo de las flores de Bach que también es como una terapia alternativa que creo que es oriental (...) en realidad mi hermana probó las flores de Bach yo no, qué son gotitas que van debajo de la lengua, que también es igual que las tintas, te hacen una entrevista, y también son flores, estas son blanquitas, son como transparentes, parecen agua y las pones abajo de la lengua y de repente mucha gente nota resultados (...) la gente que prepara esto son floristas, se hacen cursos o seminarios, son terapistas de flores, es una medicina alternativa (...) está bueno (...) (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

La entrevistada enuncia un consumo de marihuana considerando que ésta tiene propiedades terapéuticas vinculadas al buen descanso, la relajación y la disminución de niveles de ansiedad. Explicita el haber construido esta idea a partir de información recibida por artesanos con quienes se compartía en ferias para comerciar productos, así como lecturas realizadas en ese período de su vida. La mujer interpreta este espacio como una comunidad que posee una concepción de salud y enfermedad muy propia con la que se identificó y construyó conocimientos sobre salud. No obstante, se advierte un correlato cuya práctica, derivada de la creencia que el consumo de marihuana podría traerle bienestar, la alejó de ese anhelo. Menciona haber realizado un exceso de dicho consumo, reconociendo que la misma no le trajo buenos resultados.

Pereira de Sousa, Drumond de Brito y Pedroso Tomasi (2022) consideran que el uso de drogas en diferentes culturas y sociedades siempre ha estado presente, en rituales, para alejarse del sufrimiento, para la diversión, socialización y ocio de diferentes grupos sociales, caracterizándose su uso, no siempre como problemático.

Maffia, Colace y Lerena (2011) consideran que la experiencia de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas es diferente a la de los varones. Mientras físicamente las primeras poseen una biología que experimenta diversas capacidades de absorción de las sustancias, también psíquicamente son distintas las motivaciones al consumo, así como la percepción de riesgo y el estado de vulnerabilidad frente a ellas. Relacionado con ello, Romo-Avilés y Pérez Sánchez (2013) entienden que las mujeres mantienen una percepción y acción diferente frente al riesgo que las protege de los consumos de sustancias más abusivos y dañinos y las acerca a aquellas que se perciben socialmente como “menos dañinas”, tal como se refiere en los testimonios consignados.

Del mismo modo, Maffia et al. (2011) advierten que en relación a los consumos de drogas se ofrecen las mismas interpretaciones y respuestas para hombres y mujeres, a pesar de que los motivos de consumo, los patrones, los comportamientos de consumo, las consecuencias o las necesidades que se presentan no siempre son coincidentes.

Calderón Botello et al. (2024) realizan un estudio sobre el consumo de marihuana en mujeres embarazadas del Estado de Zacatecas (México), desde el que consideran que el consumo de marihuana de las mujeres está influido por las creencias que adquieren en sus contextos personales y sociales. Advierten que un porcentaje significativo de mujeres embarazadas de su estudio consumen marihuana para reducir los dolores que provoca el parto, en el contexto de una práctica de moda entre gente que lo realiza porque le resulta útil, generándose una conducta de aceptación entre las mujeres que la consumen y la recomiendan a otras. El estudio, más allá de que advierte que algunas reconocen las consecuencias negativas de este consumo, identifica también cómo otras argumentan consecuencias positivas sustentadas en la idea de que, al ser una droga de origen “natural”, no tendrá secuelas para ellas ni para sus embarazos o bien que sólo se trata de un riesgo leve.

Por su parte, Pereira de Sousa et al. (2022) desarrollan una investigación cualitativa, desde la cual entrevistaron a mujeres de la ciudad de Belo Horizonte (Brasil) consumidoras de marihuana recreativa, indagando en los significados que surgen de sus experiencias. En un contexto de naturalización del uso de la marihuana como la droga ilícita más consumida en Brasil, aunado al rasgo de una sociedad patriarcal donde las obligaciones domésticas y el cuidado familiar recalcan como responsabilidad en las mujeres, los autores identifican que éstos, junto con otros factores, resultan en desencadenantes de consumo en las mujeres brasileñas.

A partir de los testimonios de las mujeres de su estudio, los autores identifican cuatro categorías vinculadas a los significados atribuidos al consumo de marihuana: 1) la sociabilidad, relaciones afectivas y el sexo; 2) la relajación y el descanso; 3) su uso como calmante y medicina; 4) y el autoconocimiento.

En relación a la categoría de “relajación y descanso”, que relacionamos a lo surgido en torno a la creencia de una de las entrevistadas de nuestro estudio, los autores advierten que las mujeres hacían referencia a la búsqueda de sentimientos de desconexión de las obligaciones, descanso de los asuntos cotidianos y disminución de la tensión de la rutina. “El efecto relajación, para estas mujeres, representa un contrapunto a las actividades consideradas obligatorias, es una forma de alcanzar un estado mental (...) ante todas las presiones y multitareas que existen en la vida de las mujeres contemporáneas” (Pereira de Sousa, et al. 2022, p.259).

En nuestro trabajo, la entrevistada enuncia “*consumía marihuana para poder descansar y para la relajación (...) bajar esos niveles de ansiedad*”. Se expresa la creencia en un consumo atravesado por la búsqueda de la relajación frente a una realidad de estrés y presiones, ya sean por cuestiones laborales, domésticas, sociales y/o personales.

Asimismo, aparece la referencia a la ansiedad. En este sentido, Pereira de Sousa, et al. (2022) también enuncian desde su estudio el surgimiento de una categoría que refiere al significado del consumo de la marihuana como “calmante” y medicina. Consideran que la ansiedad, los sentimientos depresivos, así como los problemas y sufrimientos físicos en el cuerpo provocan deterioro funcional en las rutinas de las mujeres; por lo tanto, el uso, casi a diario, de la marihuana les ayuda a reducir esos efectos y desarrollar de una mejor manera sus vidas (Pereira de Sousa, et al. 2022, p. 262).

De acuerdo a los autores, existen estudios que describen la reducción del dolor neuropático a partir del uso de cannabis. Ello en un contexto en el que, en Brasil, existe una resolución

de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) que aprobó en 2019 nuevas regulaciones para el uso de productos a base de cannabis con fines medicinales.

La entrevistada comienza refiriéndose a un “consumo terapéutico” de la marihuana, pero luego reconoce (...) ¡a mí no me dio resultado! (...) No todos podemos usar la marihuana con un fin terapéutico (...). El cannabis en Argentina está regulado por el Código Penal, que prohíbe su posesión, cultivo y suministro, excepto para fines médicos autorizados (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, s/f. a). El cannabis medicinal se legalizó en 2017 (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, s/f. b), y las regulaciones han evolucionado paulatinamente. A partir de enero de 2024, los pacientes autorizados pueden poseer y cultivar cannabis, y existe un sistema de licencias para el suministro de cannabis medicinal (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, s/f.c)

Por otro lado, la entrevistada refiere al consumo de las tintas de flores a partir de conocer sobre su uso en el contexto de las comunidades de personas en ferias de artesanías. Enuncia el haber incursionado en la creencia en plantas y hierbas como insumos que aportan al bienestar y la salud. Saforcada (2001), entre las vertientes que componen el subcomponente de los saberes en salud, identifica la de los saberes vinculados a medicinas tradicionales como la acupuntura, la herboristería, entre otras. La herboristería como práctica cultural de la medicina natural y las hierbas medicinales ha sido utilizada por los seres humanos desde tiempos remotos, teniendo auge en el siglo XV en Europa.

Lauro y Saz Peiro (2023) plantean que la terapia floral, basada en el uso de esencias de flores ha sido objeto de estudio en el campo de la medicina alternativa durante las últimas décadas. Estas esencias fueron creadas por el médico británico Edward Bach en la década de 1930, quien postuló que ciertas flores silvestres poseían propiedades curativas que podían contribuir a equilibrar las emociones y mejorar el bienestar de las personas. Desde entonces, la terapia floral ha sido utilizada en diversas partes del mundo para abordar una amplia gama de condiciones físicas y emocionales, desde el manejo del estrés y la ansiedad hasta el alivio de síntomas asociados con enfermedades crónicas.

Junto con ello, del testimonio de la entrevistada se advierte que, reconociendo que tanto el consumo de marihuana, como el de hierbas como la valeriana, la pasionaria y las tintas de flores, no fueron suficientes para calmar sus situaciones de ansiedad, puede advertirse el haber recurrido a psicofármacos. Al respecto, Maffia et al. (2011) advierten que los psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) consisten en una de las sustancias de mayor consumo entre las mujeres argentinas. Su uso se encuentra vinculado a la conflictividad que supone el rol tradicional femenino-familiar impuesto por la sociedad, en consonancia con lo planteado por Pereira de Sousa et al. (2022) en cuanto al consumo de marihuana. Refiere a un escenario en el cual las motivaciones de las mujeres para consumir psicofármacos se relacionan con el evitar sintomatologías como el estrés, la angustia, el nerviosismo, la tristeza o las dificultades para dormir, vinculadas a sus responsabilidades familiares y/o la compatibilidad del trabajo dentro y fuera del hogar, la sobrecarga física y emocional, situaciones de incomunicación, aislamiento social, ausencia de reconocimiento, de valoración social, la carencia de proyectos y espacios para la realización personal.

Los autores expresan que los psicofármacos son una de las sustancias preferidas por las mujeres argentinas, cuyas prevalencias de uso son casi el doble que entre los hombres, existiendo en nuestro país una población femenina con una tendencia de consumo superior a la media mundial.

Creencias en contenciones inesperadas provenientes de referentes de la medicina occidental

Pudo identificarse a partir de algunos testimonios de mujeres de clase media un tipo particular de creencias que emergen casi sorpresivamente en el marco de encuentros de atención de la salud (en consultas o guardias médicas) a partir del contacto de ellas como consultantes con profesionales del componente formal. Enuncian que en esos encuentros recibieron, desde las médicas/médicos o demás profesionales, mensajes de contención y calidez en torno a una situación de salud que estaban atravesando -propia o de allegados-, en los que creyeron por la profunda empatía y apoyo recibido en ese momento, que las tranquilizó y devolvió la confianza logrando su restablecimiento emocional.

(...) (refiriéndose a una de sus hijas jóvenes) cuando ya estaba internada a mí me dio un pico de tensión (...) de 21 (...) *terminamos en una guardia en la clínica (...), eran como las 11 de la noche, me atiende una médica que me dice “¿está pasando algo que sea significativo en tu vida?”, en este momento yo ahí me largué a llorar como hacía días no lloraba, y mi marido le contó... Fijate vos (...) está médica tenía con su propio hijo una situación similar que ya había pasado y me dio hasta el teléfono de los médicos que habían atendido a su hijo en Córdoba. Me habló, mira te digo que ni una psicóloga me hubiera dicho y hubiera hecho lo que está mujer hizo con tanta precisión, justamente una madre qué pasó exactamente lo mismo con su hija (...) con decirte que yo me fui con la tensión 14.08 porque me pude descargar, porque me lleno de esperanza, porque ella me dijo “(...) yo lo he pasado y lo he pasado sola (...) vos imagináte, tenés a tu esposo, a tu otra hija”, como que me hizo entrar en esta situación y valorar en qué se había cambiado (...)* (MC2. S. 55 años. 2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN. RC).

El relato da cuenta del carácter espontáneo, ocasional y hasta excepcional que la entrevistada parece atribuirle a la vivencia con una médica, a quien coloca -dando cuenta del aprecio de su accionar- por encima de la figura de profesionales de la psicología, debido a la calidad del mensaje recibido y lo que en ella generó desde el sentirlo próximo, en coordenadas psicoemocionales próximas en torno a lo vivido por ambas como madres con sus hijos. Su testimonio expresa confianza y creencia en el mensaje por ella ofrecido, manifestando cómo ello logró correrla de su eje de sufrimiento y reencauzarla en un bienestar.

(...) cuando me puse un poco más grande (...) ya me quedo en casa, soy muy hogareña, demasiado (...) *una médica que me decía que cuando uno se siente medio angustiado (...) por las cosas de la vida, si vos te vas al lugar que en el que mejor te encontrás, en tu casa, si estás sola mejor y te recubris y pensas que todo va a tener solución y haces una especie de mirada para dentro te sentís mejor, y es verdad, es verdad, eso, eso lo aprendí de una médica que me lo enseñó y que me atendió hace mucho... es muy agradable, muy simple...* (MC2.O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

Esquerda et al. (2023) consideran que la aproximación al cuidado de la dimensión espiritual por parte de la medicina está mostrando las limitaciones que la misma ha tenido al no tener en cuenta esa faceta de la persona, así como su complejidad. Los testimonios permiten reconocer el aspecto de lo inesperado de los encuentros de la medicina con los consultantes. Intentando avanzar en ese sentido, podríamos atribuir al hecho de que se trata de mensajes propiciados por profesionales de la medicina occidental, representantes en general, de un modelo médico clínico-restrictivo, usualmente atendido al intercambio básico de un interro-

gatorio acotado y prescriptivo sobre salud-enfermedad, siendo inhabitual que trasciendan a la indagación de un plano más psicosocioemocional y cultural en el encuentro con consultantes (Juárez, 2015). En este escenario predominante, generalmente los y las consultantes no esperan este tipo de comportamientos en la atención, y cuando sucede resultan gratamente sorprendidos por el carácter aliviador y contenedor, al recibir un mensaje que se abraza en el dolor, acogiendo con profundo respeto y sentir aquello que transmiten los profesionales, creyendo en ellos, incorporándolos y recordándolos a través de diversos comportamientos posteriores en sus vidas, dando cuenta de un haberse aferrado a sus palabras.

Reflexiones de síntesis

“Las creencias no son irreducibles (...) lo que se confronta no es solo una pluralidad de creencias (científicas y no científicas, expertas y legas), sino la intención de participar en el debate sociocultural sobre la enfermedad, la cura, la salud, la vida y la muerte”. (Kalinsky y Arrue 1996, p. 280).

Este capítulo nos ha permitido *interpretar comparativamente los contenidos y sustentos de las creencias* que mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto expresan e invocan frente a episodios y procesos de SECA, a los fines de propender a un estado de salud integral. Hemos podido construir respuestas a los interrogantes *¿qué tipos de creencias sobre SECA sustentan mujeres en situación de pobreza y de clase media? ¿qué similitudes y diferencias muestran?*

En este sentido, la interpretación comparativa de los contenidos y sustentos de las creencias sobre SECA que mujeres de ambos grupos manifestaron nos permitió advertir: *creencias comunes* referidas al catolicismo y sus santos, curadores populares y la idea de la familia como sostén frente a situaciones de SECA. Así como *creencias disímiles*, hallando en mujeres en situación de pobreza aquellas vinculadas a personajes paganos, a iglesias evangélicas y a “brujerías”. Mientras que, mujeres de clase media expresaron creencias en la psicoterapia, la meditación, el coaching, el reiki y la biodescodificación, creencias en la marihuana, las tintas de flores y los psicofármacos.

El análisis realizado desde una mirada interseccional del fenómeno en estudio, consideró cuestiones como género, pertenencia social y la alusión a situaciones del ciclo vital en que las mujeres refieren sustentar dichas creencias. Estos aspectos nos permitieron identificar cómo las creencias de las mujeres se diversifican condicionadas por sus posiciones sociales desiguales, las diferencias socioculturales de sus grupos de pertenencia, y consecuentemente la heterogeneidad de experiencias que vivencian, y cómo se conjugan en ellas las creencias de las que disponen. Pudimos advertir contenidos de creencias más espirituales -religiosos o no-; psicoterapéuticos, mágico-míticos, vinculados a medicinas integrales, holísticas y naturistas, así como otras más oficiales y/o tradicionales. Aspectos que nos permitieron coincidir con los estudios inicialmente consignados (Arteaga, 2007; Melguizo Herrera y Alzate Posada, 2008; Balleza Reyes, González Fuentes y Rosas Juárez 1994; Quintana Cabanas, 2001) que reconocen el condicionamiento sociocultural y la posición social en la configuración de las creencias que las personas portan.

Junto con ello, los resultados advierten que, los testimonios de las entrevistadas no muestran una preferencia exclusiva por una única creencia en relación a cuestiones de SECA, sino la convivencia de *múltiples creencias* a las que adhieren. En este sentido, reconocemos *cierto eclecticismo*, entendido como la combinación de elementos de diversas creencias, así como

la conciliación entre ideas que podrían parecer antagónicas, y que, sin embargo, conviven con otras al comulgarse desde ambos grupos sociales de mujeres, e incluso, en una misma mujer simultáneamente. Ejemplo de ello, es el caso de mujeres en situación de pobreza que, pronunciándose evangélicas (religiosidad que no cree en santos, ni en imágenes que aludan a vírgenes o deidades) expresaron creer en santos populares como el Gauchito Gil, habiendo viajado incluso a su altar en Corrientes (Argentina) para venerar su imagen. O bien mujeres de clase media que, siendo psicólogas, creyentes en la potencia de la psicoterapia, enuncian recurrir al consumo de marihuana o psicofármacos frente a situaciones conflictivas. Patrones que muestran la versatilidad y el carácter acomodaticio de algunas de las creencias que las mujeres adoptan para sobrellevar sus vidas.

Estos aspectos nos permiten reconocer la configuración de una especie de *plataforma móvil de creencias* que se activa a partir de su capacidad de sentir y reflexionar introspectivamente en torno a lo que vivencian y creen, y cómo ellas van asiéndose de esas creencias como insumo para la contención en el transitar cotidiano frente a situaciones particulares.

En este sentido, reconocemos dinámicas en las que: hay *preeminencia de alguna u otra creencia* sin solapamientos, encontrándose vigente en ciertos momentos de sus vidas, siendo paulatinamente reemplazadas por otras, o bien, momentos *de convergencias*, que refieren a instancias en las que las mujeres expresan creencias distintas que conviven y se interconectan al ser convocadas frente a determinadas situaciones, constituyéndose *tramas de creencias* que operan simultáneamente en ellas.

Aspectos que encontramos en sintonía con las reflexiones de Borda (2015b) quien analiza las prácticas terapéuticas -que se derivan de creencias-, como fenómenos que manifiestan reconstrucción permanente de sentidos, reflexividad y capacidad de agencia que favorecen procesos de subjetivación que habilitan el cuidado de la salud psico-emocional, cuestiones sobre las que profundizaremos en el apartado de prácticas de SECA.

Otra de las cuestiones identificadas, de interés central para este estudio, es que *las creencias se enlazan a las concepciones y conocimientos* sobre SECA sustentadas por las mujeres. De esta manera, las creencias se van engarzando a conocimientos generacionales, personales, prácticos e intuitivos, como así también inherentes a una medicina occidental, que se van validando a través de las propias experiencias de las mujeres, y las conducen a asumir posicionamientos para significar dichos acontecimientos para, finalmente, actuar como corolario de estas construcciones cognitivas.

En este sentido, los resultados analizados nos permiten coincidir con lo planteado por Silva Bautista y Corona Miranda (2020) en tanto las creencias de las mujeres del estudio se manifiestan como construcciones mentales que surgen de sus experiencias y que les permiten otorgar sentido a sus realidades, siendo móviles, pudiendo mantenerse como verdaderas por un tiempo, pero también, ser cuestionadas y removidas en el futuro.

Por otro lado, un aspecto interesante que advertimos como rasgo epocal del contexto neoliberal en el que se dinamizan estas creencias refiere a *similitudes que revisten la espiritualidad New Age*, que algunas mujeres de clase media expresaron adherir, y *las ideas del neopentecostalismo*, que mujeres en situación de pobreza manifestaron suscribir. Aspectos identificados como: la vulnerabilidad de las mujeres frente a situaciones conflictivas de sus vidas; el mérito espiritual y la exigencia de una responsabilidad individual para el logro de un equilibrio psicoespiritual demandado por estas creencias; la valoración al poder de las palabras en el orden de lo psico-mágico (denominadas por estos movimientos como invocaciones, pedidos, manifestaciones o decretos, que se realizan tanto en momentos de la vida cotidiana como en instancias de cultos o rituales específicos); una realidad de consumo psico-espiritual por parte de

las mujeres con un correlato económico (ya sea a través del diezmo en el neopentecostalismo, como en premisas de autonomía y capacidad de agencia económica del New Age). Aspectos que caracterizan este tipo de creencias que, si bien suponen contenidos diferentes, expresan convergencias en sus modos de desenvolverse, que se traducen en principios y modos de hacer que recalcan en las vidas de las mujeres de ambos grupos sociales que las propugnan. Reconocimientos emergentes de este estudio que avanzan respecto de las reflexiones de las investigaciones de Algranti (2010) y Jiménez Becerra (2014) así como de Hijós y Alvaro (2022), centrados particularmente en los fenómenos del neopentecostalismo o la espiritualidad New Age, sin abrir a diálogos que analicen articuladamente los contextos y las manifestaciones comunes de estos modos de espiritualidades contemporáneas.

Nos interesa en esta instancia reflexionar sobre el interrogante ¿qué sentido ha tenido conocer en torno a creencias sobre SECA de mujeres? ¿cómo dialogan los Sistemas de Atención de la Salud con estas creencias?

Consideramos que construir conocimiento en torno a las creencias circulantes entre mujeres de diversos grupos sociales ofrece una información valiosa sobre la amalgama de ideas y principios que ellas construyen y sostienen de sus procesos de SECA personales, familiares y comunitarios. Ello permitiría comprender las razones y las decisiones que motivan sus acciones y comportamientos en torno al cuidado y la atención en salud y enfermedad, y sus vínculos con el Sistema Formal de Salud. En este sentido, atendiendo a los trabajadores de la salud, se considera que conocer sobre las creencias que mujeres construyen sobre SECA permite promover una sensibilización en torno a las diferencias culturales y la búsqueda de empatía en el respeto a las tramas cognoscitivas que ellas construyen (Kalinsky y Arrue, 1996), sobre todo reconociendo el papel activo que revisten las mujeres en la protección, promoción y prevención de la salud.

Pensamos que el conocimiento producido en torno a esta temática, desde una perspectiva humanizadora y relativista cultural, podría constituirse en fundamento para el diseño de políticas públicas, proyectos y programas de salud centrados en mujeres, en sus creencias, conocimientos, pensamientos y acciones, como recursos y fortalezas con que cuentan las comunidades para afrontar sus problemáticas sociosanitarias. Ello evitaría una centración en saberes y creencias médico-hegemónicas como sustento de proyectos y políticas públicas, muchas veces enlazadas a “sesgos de género” (Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell, 2015, p. 17) centrados en una dimensión androcéntrica en el campo de la salud, obturando toda posibilidad de comprender el universo femenino en los procesos de SECA.

La apuesta es entonces por promover un diálogo entre los sistemas de salud con las creencias como intermediadoras entre lo que se piensa y lo que se hace, desde los comportamientos y respuestas que las mujeres construyen sobre la salud, asumiendo los profesionales de la salud una mirada abierta, empática y contenedora hacia las mujeres, sus familias y comunidades.

Atendiendo a lo planteado, el apartado que sigue profundiza en ese plano en que las creencias, amalgamadas a las concepciones y conocimientos, dan cuenta de su dimensión relacional, de su propensión a la acción. Analizaremos cómo a través de lo que creen, conciben y conocen las mujeres dinamizan en sus realidades prácticas de SECA que efectivamente llevan a cabo.

IV PARTE

Mujeres que hacen en salud

CONTEXTO CONCEPTUAL PARA CONSTRUIR SENTIDOS EN TORNO A LAS PRÁCTICAS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN

“Todos los seres humanos cuentan con un legado de creencias y prácticas de cuidado de la salud que son heredadas de generaciones que les precedieron y que ellos a su vez usarán, adaptarán, desarrollarán y transmitirán a la generación venidera. Esta herencia cultural merece ser objeto de estudio y consideración por parte de los profesionales del cuidado de la salud, para no desconocer y desaprovechar la sabiduría popular desarrollada a través del tiempo, así como la tecnología apropiada que usan los distintos grupos de personas, con el fin (...) del cuidado” (Melguizo Herrera y Alzate Posada, 2008, p. 121).

Con este capítulo damos inicio a la cuarta parte del libro inherente a las prácticas de SECA. Atendiendo a ello, es imperante atender a cómo en el capítulo precedente finalizábamos advirtiendo una relación dinámica entre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas.

Distintos autores y autoras refieren a cómo esto implica una articulación entre entidades o aspectos abstractos o ideacionales, inherente al mundo de la conceptualización, manifiesta en pensamientos, saberes y creencias adquiridas por las personas a través del aprendizaje, con la dimensión de lo concreto, lo material, lo inherente a los comportamientos, las prácticas, conductas y hábitos que las personas realizan (Alarcón et al., 2003; Melguizo Herrera y Alzate Posada, 2008; Saforcada, 2001; Saforcada et al. 2010; entre otros y otras).

Para los autores y autoras, este articulado de conocimientos, concepciones, creencias y prácticas se influyen mutuamente imprimiendo su carácter dinámico en la cultura, permitiendo a los seres humanos, integrantes de grupos sociales, ajustarse y desarrollar las condiciones de su vida cotidiana.

En este escenario, la intencionalidad de esta cuarta parte del libro, mediante los cuatro capítulos que la componen se vincula a la interpretación de resultados de nuestro estudio guiados por los objetivos que expresan: *describir prácticas de SECA que mujeres en situación de pobreza y de clase media enuncian poner en acción frente a procesos personales y familiares; así como identificar prácticas de SECA que las mujeres refieran frente a necesidades comunitarias.* Intencionalidades en las que se han tenido en cuenta los contextos habituales de la vida de las entrevistadas, como aquellos propios de la época de pandemia.

Las preguntas que animan el análisis que presentamos expresan: *¿qué prácticas en relación a SECA -personales y familiares- explicitan llevar a cabo las mujeres en situación de pobreza y de clase media en sus vidas cotidianas? ¿se identifican prácticas comunitarias que las mujeres refieran frente a cuestiones de SECA? ¿de qué tipo? ¿enuncian prácticas de SECA con características propias a la etapa en que transcurrió la pandemia? ¿qué similitudes y diferencias muestran las mujeres de ambos grupos en lo referido a sus prácticas de SECA? ¿qué fundamentos sustentan esas prácticas? ¿qué características expresan? ¿cómo se entran esas prácticas de SECA identificadas con las concepciones, conocimientos y creencias que las mujeres expresaron en el plano ideacional?*

A los fines de dar cuenta de los componentes de análisis que emergen de esta dimensión se elaboró la siguiente tabla (Véase tabla 12).

Tabla 12: Prácticas de SECA

DIMENSIÓN	CATEGORÍA CRITERIOS DE COMPARACIÓN			SUBCATEGORÍAS
PRÁCTICAS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN	Prácticas personales de SECA	Prácticas personales comunes		Prácticas personales de SECA basadas en la actividad física y la alimentación
				Prácticas personales de SECA basadas en el autoconocimiento
				Prácticas personales de SECA basadas en el pragmatismo
				Prácticas personales de SECA basadas en el encuentro con otras mujeres
			Cuestiones diferenciadas	Mujeres pobreza
	Prácticas familiares de SECA	Prácticas familiares comunes		Raigambre performativa subyacente a prácticas familiares de SECA
				Prácticas familiares de SECA basadas en el encuentro con otras mujeres
				Prácticas familiares de SECA como dispositivo de reflexión/acción
				Prácticas familiares de SECA basadas en el pragmatismo
				Prácticas familiares de SECA en torno al uso de medicación
			Cuestiones diferenciadas	Mujeres Clase media
	Prácticas basadas en creencias sobre SECA	Prácticas comunes		Prácticas basadas en creencias espirituales del catolicismo
		Prácticas diferenciadas	Mujeres pobreza	Prácticas basadas en creencias espirituales evangélicas
			Mujeres clase media	Prácticas basadas en creencias en la psicoterapia
				Prácticas basadas en creencias en el New Age
	Prácticas populares de SECA	Prácticas populares de SECA comunes		
	Prácticas de SECA emergentes en pandemia	Prácticas de SECA comunes en pandemia		Prácticas de cuidados en pandemia como incorporación de nuevos hábitos
				Prácticas de cuidados en pandemia como prescripción de lo que hay que hacer
				Prácticas de cuidados flexibles en pandemia.
				El aislamiento social como una paradójica práctica de cuidados
				Cuidados personales con sentido colectivo en pandemia
				Prácticas de cuidados que posibilitó la pandemia
				Prácticas de cuidados que imposibilitó la pandemia.
	Prácticas de atención y acceso al componente formal de la salud: visibilizando trayectorias sociosanitarias diferenciadas.			Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad económica
				Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad geográfica
				Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad administrativa
				Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad cultural
				Prácticas de atención que expresan violencia obstétrica, sesgo racial y de género
	Prácticas comunitarias de SECA enunciadas por mujeres en situación de pobreza			

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

En el marco de las entrevistas, en los encuentros con las mujeres participantes del estudio, algunas de las preguntas que nos permitieron ahondar en las prácticas de SECA expresaban: *¿qué haces por tu salud?, ¿qué haces para seguir estando sana y no enfermarte? ¿a quienes recurris por cuestiones de salud? ¿qué haces para que tus hijos/hijas sigan estando sanos y no enfermen? ¿a quienes recurren frente a sus problemas de salud? ¿qué han hecho frente a cuestiones de SECA que han surgido en la comunidad? ¿cómo fueron los cuidados y la forma de preservar su salud en pandemia? ¿tuvieron que recurrir a atención médica en este tiempo? ¿cómo fueron esas experiencias?* De sus respuestas, surgen testimonios que nos invitan a pensar en términos de las prácticas, acciones y comportamientos que ellas realizan en torno a los procesos de SECA. Estos interrogantes permiten identificar a través de sus enunciados, las prácticas cotidianas de SECA, así como conocer sus trayectorias sanitarias manifestando diversidad de formas de cuidado y atención que emplean para resolver sus problemas de salud.

Para organizar el análisis, hemos denominado a esta dimensión prácticas de salud, enfermedad, cuidados y atención (prácticas de SECA) la que será expuesta en esta cuarta parte, integrada por cuatro capítulos. Este primer capítulo 11 está destinado a presentar el entramado conceptual para comprender las prácticas de SECA. En el capítulo 12, desarrollaremos múltiples planos de las prácticas de SECA, atendiendo a prácticas personales, familiares, basadas en creencias y populares, así como a prácticas que se dinamizaron en la pandemia. En el capítulo 13, se analizarán prácticas de atención y acceso al componente formal de la salud, mientras que en el capítulo 14 se desarrollarán prácticas comunitarias de SECA. En cada una de las categorías que se desarrollan en los capítulos mencionados, se atenderá a cuestiones comunes y diferenciales entre los grupos sociales de mujeres del estudio.

En este apartado, el desarrollo de la dimensión prácticas de SECA tiene por finalidad conocer, describir y analizar qué prácticas ponen en acto mujeres madres como referentes de las familias ante problemas de salud personales, familiares y comunitarios. Cómo se atiende a estos procesos en el hogar, cómo se protegen o intentan prevenir, cómo actúan y se comportan en escenarios de malestar, qué procedimientos, estrategias, técnicas y dispositivos de resolución ponen en acto frente a ello. Aspectos que serán analizados en los capítulos que siguen. Para ello, nos interesa desarrollar en el capítulo inaugural de este apartado el contexto conceptual que da sustento a las categorías emergentes que desarrollaremos consecuentemente.

Construyendo sentidos en torno a las prácticas de SECA

Saforcada (2001) considera que la comunidad estructura la forma de reconocer y el modo de vivir los fenómenos de salud. Las nosografías y comportamientos legos están condicionados por significaciones, valores y prácticas histórico y culturalmente determinadas. En este escenario, para el autor la psicología sanitaria resulta esencial en el trabajo protectivo y promocional en salud, debido a que la salud se protege y se fomenta en el ámbito de la subjetividad y el comportamiento humano, siempre orientados a la propensión de ambientes humanos salutógenos.

El autor convoca a una complementación de la medicina y la psicología en el plano concreto de las prácticas y acciones cotidianas de atención de la salud de las personas y los colectivos sociales, como una apuesta para alcanzar la eficacia y eficiencia en el afrontamiento de los graves problemas de salud integral de la humanidad, complementación que entiende como “un imperativo de la razón y un requerimiento de la ética” (Saforcada, 2001, p.148).

En el marco del análisis pormenorizado que Saforcada (2020) realizaba en relación a los contextos fundamentales de la Salud Pública, reconocía que particularmente en el contexto de los conocimientos, concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad, la estrategia

tecnológica y sociopolítica de la Atención Primaria de Salud (APS) propuesta por la OMS a partir de la Declaración de Alma-Ata (1978) resulta esencial para el logro de un buen soporte en este plano de la salud de las poblaciones. No obstante, el autor reconocía una distorsión y obstaculización en torno a la APS, advirtiendo que “el desafío se encuentra en la posibilidad de transformar la APS en lo que realmente se quiso que fuera: “cuidado integral de la salud para todas y todos y por todas y todos” (Saforcada, 2020). Para reflexionar sobre ello, el autor traía las reflexiones de David Tejada de Rivero, médico peruano quien fue Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, celebrada en Kazajstán, el 6 de setiembre de 1978.

“‘El cuidado integral de la salud para todos y por todos’ -la mejor forma de expresar la genuina ‘atención primaria de salud’ de Alma-Ata- es una necesidad no sólo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día más injusto. [...] Tal vez sea necesario convocar a una Alma-Ata II para relanzar, sin distorsiones, los conceptos que dieron origen a esa conferencia en 1978. Por supuesto, con las debidas actualizaciones derivadas de los grandes cambios mundiales y de las experiencias de estos 25 años” (Tejada de Rivero, 2003, citado en Saforcada, 2020).

En sintonía con ello, Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) reflexionan acerca de algunos trabajos que emplean una concepción de cuidado ligada a la Atención Primaria de la Salud, vinculada a la idea de atención integral que se hallaba presente en los planteamientos originales de la APS, donde, como expresaba Tejada de Rivero en la declaración de Alma-Ata el término cuidado -*care*- refería a una concepción del quehacer en salud más allá del de la atención. Los autores también recuperan a Tejada de Rivero (2003, citado en Michalewicz et al., 2014 p.5) en un pasaje que agrega:

“la versión original en inglés usó el término ‘cuidado’ (*care*) y no ‘atención’. El ‘cuidado’ denota relaciones horizontales simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no solo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos”

Para Michalewicz et al. (2014 p.221) la corriente de la medicina social/salud colectiva propuso un cambio del término “atención” por el término “cuidado” como su objeto de reflexión. Ello supuso ciertas transformaciones en la conceptualización misma de la salud propuesta por este movimiento. El dejar de dicotomizar la salud y la enfermedad y pensarla en torno al *buen vivir* y el ejercicio de los derechos de las personas, configuran un escenario donde la noción de atención no resulta adecuada para describir las prácticas de salud en toda su complejidad. Atendiendo a ello, los autores proponen salir del uso restringido del término “atención”, para pensar los cuidados más allá de la salud en tanto condición humana fundamental, no solo necesarios para la supervivencia sino caracterizando a los seres humanos.

Como referente del llamado Paradigma en salud comunitaria latinoamericano, Saforcada (2001) considera que el saber popular en salud genera prácticas legas en este campo las cuales tienen una incidencia decisiva en la dinámica del proceso de salud-enfermedad y en las condiciones de salud de la sociedad. El autor reflexiona sobre los aportes al análisis del Sistema de salud realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) referida a la conceptualización del *Modelo de Prestaciones de Servicios de Salud* (MPSS), el *Modelo Social de Prácticas de Salud* (MSPS), el *Modelo de Prácticas de Salud Pública* (MPSP), las *prácticas*

formales y las prácticas no formales, (Análisis de la prestación de servicios de salud (1989-1990) en Saforcada 2001, p.25) para la construcción de su análisis sobre el Sistema Total de Salud y los paradigmas en concepciones y prácticas profesionales de la salud. Profundizando en dicho sentido indagamos en el texto de la OPS publicado a inicios de los 90' denominado "Modelo social de prácticas de Salud" (OPS 1992) que resulta clave para advertir la mirada de dicho organismo en dicho momento histórico en relación a las prácticas de SECA de las poblaciones, foco de análisis de este capítulo.

Con la intención de ampliar la perspectiva sobre el Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS), en tanto acciones concretas que el sistema de servicios de salud brinda a las personas; el análisis de la OPS reconoce una interfase entre el sistema de servicios y la población que evidencia la existencia en la sociedad "de un conjunto de prácticas, hábitos y conductas que tienen una influencia decisiva en la salud de la población y los individuos y que conforman una nueva realidad (...) definida como el Modelo Social de Prácticas de Salud" (OPS, 1992, P.7).

El análisis realizado por la OPS hace un llamado a pensar el Modelo de Prestación de Servicios de Salud en consonancia con el Modelo Social de Prácticas de Salud, atendiendo a las necesidades *sentidas*, representaciones e ideales de salud de las poblaciones, como enfoque epidemiológico que toma como piedra angular de la promoción a la revalorización social de la salud en el continente, siendo lo planteado, algunos de los principios centrales en los que se fueron encolumnando enfoques en salud comunitaria y colectiva latinoamericanos en las últimas décadas.

Indagando en documentos más contemporáneos de la OPS como el "*Plan Estratégico 2020-2025*" (OPS, 2020, p. 20) no se identifican menciones al entonces denominado "Modelo Social de Prácticas de Salud", sino que se infieren en algunos pasajes del documento reflexiones que tangencialmente podrían relacionarse a aquella concepción, pero que no la inspiren principalmente. Tal es el caso del apartado "*Perspectivas futuras con respecto a la salud*", donde se considera que "los Estados Miembros requieren (...) fortalecer sus sistemas de salud y (...) responder a las necesidades de salud (a partir de) recursos -humanos, tecnológicos y financieros- imprescindibles para la transformación institucional (...) para desarrollar *modelos de atención basados en las personas, las familias y las comunidades* (...) *abordar las necesidades de salud de la población* y (...) financiar el desarrollo de un *modelo de atención basado en condiciones de equidad* [Se añaden las cursivas](OPS, 2020, p. 26).

Atendiendo a lo que el documento mide a nivel del impacto de sus ejes centrales menciona respecto al "*acceso a servicios de salud integrales y de buena calidad*" (p. 64) que una de las prioridades estratégicas será mejorar la capacidad de respuesta en el Primer Nivel de Atención, para lo que "se fortalecerán las medidas para empoderar a las personas y las comunidades *para que posean más conocimientos sobre su estado de salud, así como sobre sus derechos y responsabilidades, a fin de que puedan tomar decisiones fundamentadas* (...) *Se promoverán la participación y el compromiso de las comunidades y las personas por medio de la capacitación, el autocuidado y el acceso a la información* (...) de manera de *que puedan asumir un papel activo en las medidas para abordar los determinantes sociales de la salud y en la promoción y protección de la salud para que puedan mantener su salud*" [Se añaden las cursivas] (p. 65). Planteos que parecen distanciarse de aquella idea de la revalorización social a las prácticas, hábitos y conductas que las poblaciones ya disponen y han construido teniendo influencia decisiva en su salud (OPS, 1992), dado que, en contraposición el documento parece proponer una mirada más bien centrada en aquello que hay que enseñar porque aparentemente las poblaciones carecen, mediante capacitaciones realizadas desde los agentes formales de la salud hacia ellas. No se identifican en el documento menciones a la necesidad de conocer sus prácticas existentes o una consonancia

entre los modelos de prestaciones de los servicios de salud con modelos sociales de prácticas de salud de las poblaciones.

Por otro lado, volviendo al análisis de desarrollos ofrecidos por autores desde perspectivas culturales de la salud, Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) refieren al concepto de *prácticas de cuidado* como aquellas que se remontan al origen mismo del ser humano cuando fue indispensable cuidar la vida para sobrevivir. Entienden que los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que las personas aprenden y utilizan el medio de vida que les rodea. Advierten que las prácticas de cuidado de la salud responden a la realidad que vive la persona, se moldean de acuerdo con su sistema de creencias, y se dan dentro de un contexto cultural que les confiere a las prácticas, acciones o comportamientos de salud, un significado particular. Los autores atribuyen a la práctica la característica de ser un hecho deliberativo que implica la posibilidad de decidir entre varias opciones, involucrando la intervención del entendimiento, siendo otra cualidad buscar el bien para el sujeto y la sociedad.

Los autores consideran que dentro de una cultura la relación entre creencias y prácticas es dinámica, permanente y cambiante a través del tiempo, reconociendo que las creencias influyen en las prácticas y éstas a su vez pueden modificar a las creencias. Un aspecto interesante que plantean, atendiendo a modelos de creencias desarrollados desde la psicología de la salud (para predecir prácticas de cuidado a través de las creencias de las personas), que también es posible reconocer en algunas oportunidades una falta de relación entre las creencias y los comportamientos de salud consecuentes, ya que las personas pueden expresar conocer lo que hay que hacer y cómo actuar, y sin embargo no ponerlo en práctica.

Antecedentes en el estudio de prácticas de SECA: del viraje de la atención a los cuidados en el campo de la salud

Interesa consignar en lo que sigue, antecedentes centrales en relación a investigaciones sustentadas en desarrollos conceptuales y empíricos sobre aquello que distintas comunidades y grupos humanos realizan para proteger, mantener y restaurar los procesos de salud y enfermedad, así como realizar prácticas de cuidados y atención. Se trata de estudios realizados desde la antropología de la salud, la interculturalidad crítica en salud, la sociología de la salud, la psicología de la salud, sanitaria y comunitaria, las perspectivas en salud comunitaria y en salud colectiva latinoamericanas, así como desde distintos enfoques del feminismo centrados especialmente en las mujeres y en la categoría de los cuidados en el contexto contemporáneo.

Estos campos de conocimiento se han abocado al estudio de la dimensión de lo práctico o comportamental de la salud, y han denominado de diversas maneras su objeto de reflexión, desde comportamientos de salud, conductas de protección de la salud, prácticas de salud, hábitos de salud, prácticas de autoatención, prácticas de cuidado, entre otras.

Michalewicz et al. (2014) consideran que el movimiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana inicialmente definió como objeto de reflexión al proceso de salud-enfermedad-atención, reconociendo, pasada la 1ra década del año 2000, un viraje a partir de cuál reemplazó el término atención por el de cuidado en dicho proceso. Los autores mencionan que este movimiento advierte en este primer escenario el riesgo en la denominación “cuidado” en tanto privatiza dicha función responsabilizando a los individuos y las familias por cuidar o descuidar, desligando dimensiones históricas, políticas, económicas y de construcción colectiva, eximiendo a los Estados en su responsabilidad por el cuidado de las personas.

Basado en esa crítica, referentes de este movimiento proponen el concepto de “autoatención” con la intencionalidad de diferenciarlo de “autocuidado”. Tal es el caso de Eduardo

Menéndez (2003, p. 199) quien plantea que el término “autocuidado” se utiliza muchas veces como sinónimo de autoatención, para referirse a las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer aspectos de salud positiva, generalmente empleado desde la biomedicina y desde el salubrísimos a partir del concepto estilo de vida. Para el autor, el uso de este concepto por el sector salud es individualista, y está ligado a la biomedicina, diferenciándose del de “autoatención” por su carácter grupal y social. No obstante, el autor considera que el concepto de autocuidado constituye una variante del de autoatención impulsado a través de ideologías técnicas y sociales. En este escenario, para el autor las actividades de automedicación y autocuidado resultan parte del proceso de autoatención, pero no son equivalentes ya que autoatención refiere a un concepto y un proceso más inclusivo.

Dirimiendo en torno a estos constructos, Menéndez (2003) aclara que, mientras para algunos autores el “autocuidado” tiene implicaciones preventivas o de potencializar la “salud positiva”, y la “autoatención” referiría a acciones de tipo más bien asistencial; para la corriente de la medicina social/salud colectiva la “autoatención” como el “autocuidado” pueden desarrollar ambos tipos de actividades, y su diferencia radica en el énfasis en lo individual propugnado por las políticas de “autocuidado”, mientras el concepto de “autoatención” refiere a la concepción de salud colectiva.

Para Menéndez (2003) “la autoatención” implica representaciones y prácticas que la población usa a nivel individual y grupal para explicar, diagnosticar, atender, curar y prevenir procesos que afectan su salud. Es realizada por los grupos humanos como parte necesaria de sus procesos de reproducción social y biológica. Considera que se trata de una práctica basada en la capacidad de agencia de los sujetos y micro grupos. Para el autor lo que ocurre en los procesos de autoatención se constituye en una de las principales guías para entender la interculturalidad en salud y para orientar posibles intervenciones en este campo.

Menéndez (2016) considera que los procesos de autoatención a los padecimientos que los grupos familiares llevan a cabo resultan decisivos y se expresan en procesos normalizados en los comportamientos de la vida cotidiana de los diferentes grupos a través de los cuales, se articulan, se integran o se mezclan con saberes tradicionales, biomédicos y de otras formas de atención. El autor expresa que, estos procesos de autoatención, centrados en un nivel macrosocial de análisis, permiten observar los usos simultáneos de formas tradicionales y biomédicas de atención y curación, más allá de las diferencias culturales y epistemológicas que se presentan entre las mismas.

Atendiendo a lo planteado y volviendo a Michalewicz et al. (2014) consideran que las prácticas en salud son uno de los ámbitos privilegiados en que la condición de los cuidados caracteriza a los seres humanos en tanto cuidadores y cuidados. Proponen definir las “prácticas cuidadoras” como prácticas enmarcadas en un tipo de vínculo que se caracteriza por el buen trato, el miramiento y la empatía (Michalewicz et al., 2014, p.223).

Para Michalewicz et al. (2014) en un escenario donde la instauración de una atención en salud con una fuerte tendencia prescriptiva donde el vínculo humano aparece secundario e irrelevante, la noción de cuidado es clave en tanto se instituye siempre en un vínculo intersubjetivo. En este sentido, plantean una ética del cuidado como aquella que permite postular una orientación o marco de las prácticas siendo el cuidado aquello que debería preceder y presidir la acción en salud.

En consonancia con ello, de Carvalho-Mesquita Ayres (2002) considera que en el campo de la salud pública “cuidar” requiere pensarse en términos de un “tratar que sea”, siendo su sentido más rico que el de curar o controlar, y la necesaria vocación por excelencia de las prác-

ticas de salud pública. El autor insiste en revalorizar la sabiduría práctica reconociendo cómo en esa transición del “tratar” al “cuidar” ha dejado a muchos profesionales y técnicos presos de un racionalismo instrumental. Para el autor, cuidar de la salud de las personas, requiere, más allá del uso de técnicas o tecnologías específicas que fuesen necesarias, considerar el lugar privilegiado del cuidado en las prácticas de salud como actitud y espacio de reconstrucción de intersubjetividades, de ejercicio abierto de construcción compartida de proyectos para la salud, apoyada en la tecnología, pero sin reducirse a ella. El cuidado es esa actividad realizadora en la cual el camino y la llegada se engendran mutuamente.

Por su parte Stolkiner y Ardila Gómez (2012) situadas en la perspectiva del pensamiento de la medicina social/ salud colectiva analizan el escenario de prácticas de salud como un terreno de luchas simbólicas acerca de las formas de aproximarse al modo en que las personas viven, enferman, padecen y mueren, considerando necesario un análisis crítico para pensar las prácticas en el campo de la salud. Desde esta perspectiva las autoras reconocen que gran parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos.

Para las autoras el proceso de salud-enfermedad supone reconocer las formas instituidas de “respuesta social” como fuerzas productoras de dicho proceso atendiendo a dimensiones concretas y simbólicas en que el mismo se expresa. Plantean que esta perspectiva transitó de la idea de “proceso de salud- enfermedad-atención” a la de “salud-enfermedad- cuidado”, en tanto “cuidado” supone una connotación más integral que la de “atención”, al expresar relaciones horizontales, simétricas y participativas, quitándole foco al papel de las instituciones y agentes de salud.

Por su parte, la antropóloga argentina Diana Weingast (2021) realiza un estudio en una localidad periurbana del Gran La Plata (Buenos Aires, Argentina), donde analiza y reconstruye prácticas de autoatención e itinerarios de atención desplegados por familias ante eventos respiratorios de niños y niñas menores de cinco años. La autora advierte que cuidar y atender son dos actividades que las madres realizan frecuentemente, a pesar de que se visibilice que ellas solo cuidan y que la atención recae de manera exclusiva en el campo de lo profesional. En el discurso materno ante los problemas de salud infantil, atender y cuidar, remiten a esas actividades invisibilizadas que se realizan cotidianamente y que tienden a generar y propiciar condiciones necesarias para alcanzar el bienestar de los otros (Weingast, 2021, p. 103). Advierte que las maneras en que los sujetos y los grupos enfrentan sus padecimientos y enfermedades está en relación con condiciones económicas, políticas, técnicas y científicas, como también por sus adscripciones religiosas, étnicas, que dan lugar al desarrollo de modalidades diferenciadas de cuidado y atención que pueden ser utilizadas de forma complementaria; sin embargo, en algunas oportunidades, suelen ser consideradas como opuestas y/o contradictorias.

Weingast (2021) adscribe al término de autoatención al pensar que la potencialidad de este concepto radica en que permite articular el cuidado y la atención como partes de un mismo proceso y evita caer en la dicotomía cuidado y atención como eventos que involucran a distintas personas. Remite a los conocimientos, las prácticas y recursos que utilizan y articulan de manera complementaria y conflictiva los sujetos/grupos dentro y fuera del ámbito doméstico ante los padecimientos.

Linardeli y Anzorena (2021) realizan un estudio cualitativo flexible, de carácter etnográfico, sobre experiencias de salud, enfermedad y cuidados de mujeres migrantes trabajadoras agrícolas en la localidad de Ugarteche (Mendoza-Argentina), desde un enfoque teórico que articula las perspectivas del feminismo y de la medicina social latinoamericana. Desde la primera perspectiva toman la temática de la división sexual del trabajo, los procesos migratorios

y las prácticas de cuidado realizadas por las mujeres. Mientras que, desde la medicina social conciben a la salud, la enfermedad y los cuidados como procesos sociales que expresan las condiciones en las que las personas producen y reproducen la vida. Refieren a “prácticas de cuidado de la salud” que ellas despliegan en contacto con el sistema de atención médica y en la cotidianidad, como estrategias que ponen en juego para preservar su salud y la de sus grupos (Linardeli y Anzorena, 2021, p. 207). Las mujeres migrantes activan entramados de apoyo, movilizan recursos, al tiempo que comparten entre sí conocimientos y realizan aprendizajes que les permiten lidiar con las instituciones sanitarias (discriminadoras y racistas sobre ellas) y facilitar en la vida diaria de las sociedades de acogida prácticas de cuidado.

Ceminari y Stolkiner (2018, p. 38) consideran que los cuidados formales e informales forman parte del proceso de salud- enfermedad- cuidado, entendido como proceso dinámico y como construcción histórica. Adhieren a la idea de la noción de “cuidado” desde una connotación más integral que la de “atención”. Entienden que la categoría de cuidado incluye actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, garantizando los elementos materiales y simbólicos que posibilitan vivir en sociedad.

Para las autoras el cuidado incluye dimensiones como el autocuidado, el cuidado directo de otras personas en tanto relación interpersonal de cuidado, la provisión de condiciones para que se realice el cuidado como la limpieza del hogar y la compra y preparación de alimentos y, por último, la gestión del cuidado incluye la coordinación de horarios y supervisión de tareas de cuidado.

Distintas autoras coinciden en que socialmente ha existido, y existe actualmente, una naturalización del cuidado como femenino, atribuido a la capacidad de las mujeres para cuidar, fuertemente arraigado al rol de madre como cuidadora, expresado como una cualidad vinculada a la maternidad y con virtudes referidas al hecho de ser mujer. La idea social imperante es que las mujeres tienen mayor capacidad que los hombres para cuidar, a partir de una diferencia biológica (el hecho de parir y amamantar de las mujeres). Se considera a esta capacidad biológica propia de las mujeres, como un saber instintivo, que las dota de capacidades para otros aspectos del cuidado (como higienizar a los niños y las niñas, preparar la comida, limpiar la casa, organizar las diversas actividades de cuidado necesarias en un hogar). Se trata de una construcción social sustentada históricamente por las relaciones patriarcales de género, a través de mandatos de cuidados asignados a las mujeres desde niñas, que se expresa en la división sexual del trabajo reproductivo (Ceminari y Stolkiner, 2018; Esquivel et al., 2012; Linardeli y Anzorena 2021; Rodríguez Enríquez, 2015; Vega Solís, 2019; Weingast, 2012; entre otras y otros).

Se advierte así como esa construcción social, sustentada y promovida por el patriarcado, se ha sostenido por valoraciones culturales reproducidas por mecanismos como la educación, la comunicación, la tradición, las prácticas domesticas cotidianas, las religiones, las instituciones, que han asignado a las mujeres como las responsables de desarrollar un cúmulo de destrezas social e históricamente aprendidas que se ha instalado a través mandatos patriarcales de cuidados, siendo las portadoras de la idea social de su habilidad para cuidar de la salud como un saber innato. Escenario en el que, las familias, las comunidades y las instituciones se hacen eco de ello dando por supuesto que las mujeres-madres se encargarán de las tareas de cuidado, sin necesidad de reconocer su valor social, ni la condición de trabajo impago en su realización; perpetuado el poder de una parte de sus destinatarios y propiciando una resistencia a su visibilización (Linardeli y Anzorena 2021; Rodríguez Enríquez, 2015; Vega Solís, 2019; entre otras).

En este escenario, Vega Solís (2019, p. 53) considera que, el trabajo de subsistencia de las mujeres, al igual que la naturaleza y las colonias, fue subsumido bajo una lógica patriarcal-capitalista, implicando un proceso de “domesticación” en el que los trabajos reproductivos pasaron a considerarse “trabajo de amor”, separándolo de su dimensión material. Se idealizaron y naturalizaron, tornándose invisibles en el mundo productivo moderno, dominado por el proyecto patriarcal. La autora plantea que, el sistema socioeconómico ha dependido de la privatización de la reproducción, siendo los cuidados, en cuanto comunes relacionales, aquello que reproducen personas a través de vínculos materiales, afectivos y culturales.

Pensar los cuidados desde los aportes de los feminismos

Lo planteado nos invita a seguir indagando aquí en la perspectiva feminista para analizar los cuidados. En este sentido, tal como se acuña en nuestra dimensión analítica “prácticas de SECA” tomamos la denominación de cuidado considerándola como una categoría empírica y conceptual que ha recalcado con protagonismo desde principios de siglo en Latinoamérica debido a los prominentes estudios y debates que los movimientos feministas han realizado, como expresión de perspectivas de pensamiento y acción ligadas a las Ciencias Sociales (Juárez, 2024).

Éstas han señalado especialmente en los últimos años, cómo a partir del fenómeno socio-sanitario de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 se visibilizó una práctica que permaneció oculta por décadas y que exige una revalorización pública de los cuidados, destacando la insuficiente distribución de esas responsabilidades entre los géneros y el papel que los mismos cumplen en la escena de la productividad social en tanto trabajo que aporta al bienestar físico y emocional de la población y al crecimiento económico, demandando tiempo, esfuerzo, recursos y competencias que le otorgan un carácter material a la provisión de cuidados (Batthyány y Araujo Guimarães, 2022; Jelin 2022; Kessler y Benza, 2020; Martelotte, 2022; Segato, 2022, Svampa, 2021; entre otros y otras).

Esquivel et al. (2012, p. 12) consideran que, en términos macrosociales, cada momento histórico y cada sociedad responde y refleja patrones sociales y culturales de relaciones entre géneros y entre clases sociales. Entienden que, con el desarrollo capitalista la atención estaba centrada en el hogar-familia como la institución social a cargo de la organización de la vida cotidiana y la reproducción, siendo el modelo de familia instalado el patriarcal donde el trabajador hombre, con su salario, aportaba a los recursos monetarios requeridos para el mantenimiento de la familia, mientras que la labor doméstica quedó en manos de las mujeres, implicando un sistema de subordinación de ellas en la familia y en la comunidad doméstica.

Las autoras conciben a la “labor doméstica” como el conjunto de tareas, habituales y repetitivas en su mayor parte, que asegura la reproducción social en la cotidianidad en tres sentidos: la reproducción biológica, que en el plano familiar significa gestar y tener hijos; tareas de la reproducción cotidiana, que permiten el mantenimiento y la subsistencia de los miembros de la familia que, en tanto trabajadores asalariados, reponen sus fuerzas y capacidades para poder seguir ofreciendo su fuerza de trabajo; y la reproducción social, o sea, las tareas dirigidas al mantenimiento del sistema social, especialmente en el cuidado y la socialización temprana de los niños, que incluye el cuidado corporal pero también la transmisión de normas y patrones de conducta aceptados y esperados (Esquivel, et al., 2012, p. 16).

Distintas autoras (Ceminari y Stolkiner, 2018; Esquivel, et al., 2012; entre otras) reconocen el aporte de la investigadora iraní Shahra Razavi, quien propone un esquema analítico para pensar la participación de cuatro pilares que intervienen en la provisión del cuidado: la familia, el Estado, el mercado y la comunidad, denominando Razavi a la conformación que

emerge de la provisión multisectorial del cuidado ubicada en regímenes de bienestar como “diamante de cuidado”.

Para las autoras son múltiples las combinaciones que pueden asumir estos cuatro ámbitos. Siendo necesario reconocer el rol del estado como proveedor de cuidado, como regulador de las responsabilidades que deben asumir otras instituciones y como garante de los niveles de calidad y respeto a los derechos que esas instituciones tienen que cumplir. Al respecto, Faur (2009) considera que, en la realidad, el cuidado es el resultado híbrido de la acción de agentes de estas instituciones, en combinaciones y mezclas específicas, por lo cual, cuando se intenta aplicar a situaciones concretas, lo que se encuentra es una multiplicidad de diamantes según lugares (rural-urbano), clases sociales, orientaciones específicas del estado hacia la provisión de servicios de cuidado, que normalmente tienen implícitos modelos de relaciones de género tradicionales, que cargan la tarea sobre las mujeres.

Ceminari y Stolkiner (2018) consideran que la incorporación del cuidado como categoría de análisis inherente a las políticas sociales fue impulsada por la corriente feminista de las ciencias sociales en los países anglosajones y significó un avance al dimensionar el papel de las familias como mecanismo de protección social, señalando que debe combinarse con las acciones del mercado y del Estado. Las autoras reconocen que estos estudios fueron transitando por un primer momento en el que se lo abordó como “trabajo del cuidado”, luego se configuró “la economía del cuidado” y más recientemente “la organización social del cuidado” (Ceminari y Stolkiner, 2018, p.39).

Al respecto Rodríguez Enríquez (2015) considera que la perspectiva feminista acuñó la denominación de “economía de cuidado” para referir a todas aquellas prácticas y actividades necesarias para la supervivencia de las personas en la sociedad, que generalmente son asumidas por las mujeres dentro de los hogares. Vinculado con ello, Batthyány y Araujo Guimarães (2022) consideran que la economía feminista permitió reconocer que el trabajo no pagado del cuidado representaba una economía prospera ejercida por mujeres en los dominios invisibles de sus hogares. En consonancia con ello, tal como anticipábamos anteriormente, Esquivel et al. (2012) consideran que existe una justificación instrumental que pone el énfasis en el significado del cuidado para el crecimiento y dinamismo económico, como contribución al capital humano visto como eje de la “inversión social”. En este sentido, se reconoce que el cuidado de las personas es en sí necesario para su mejor participación en el desarrollo económico y social de sus comunidades. Lo que se vincula a la idea de cómo se producen estos seres humanos que luego van a integrarse al sistema, lo que permite reconocer como opera la lógica de la reproducción en el interior de la economía capitalista.

Por otro lado, Ceminari y Stolkiner (2018, p.39) señalan que en Latinoamérica se utiliza la categoría de “organización social del cuidado”, para referir a la forma en que interrelacionadamente la familia, el estado, el mercado y las organizaciones comunitarias producen y distribuyen cuidados, reconociendo que se trata de una configuración dinámica con una continuidad de actividades, trabajos y responsabilidades, caracterizada por una diversidad de actores que participan. Esta categoría ubica al cuidado como dimensión central del bienestar y profundiza la crítica sobre la función del Estado en el acceso al cuidado.

Feminismos, perspectiva de clases sociales y prácticas de SECA

Distintos autores y autoras han considerado que, al ser los cuidados tradicionalmente signados como una responsabilidad esencialmente privada, asumida por las familias, y en ellas por las mujeres, queda condicionado al status económico, político y social de las mismas (Batth-

yány y Araujo Guimarães, 2022, Del Valle y Ramella 2011; Esquivel et al., 2012; Rodríguez Enríquez, 2005; 2015; entre otros y otras).

Del Valle y Ramella (2011) reconocen cómo las familias asumen comportamientos que responden a diferentes estrategias de subsistencia vinculados a un conjunto de necesidades y limitaciones impuestas por el contexto en que se desenvuelven. De manera que, para abordar la falta de acceso a prestaciones sociales, las familias se organizan de diferentes maneras, dando cuenta de una interacción entre la situación social particular en que se encuentran y su organización para poder vivir.

Batthyány y Araujo Guimarães (2022) consideran que las desigualdades de clase refieren a un aspecto clave en los estudios sobre cuidados en tanto visibilizan alternativas de cuidado diferenciados entre quienes viven en extrema pobreza y quienes no, resultando los circuitos de atención como “profesión” o como “obligación”.

Por su parte, Rodríguez Enríquez (2005, 2015) entiende que la organización social del cuidado en Latinoamérica da cuenta de una experiencia socioeconómicamente estratificada, generado que su resolución varíe de acuerdo a las diferentes clases sociales, expresando un vector de reproducción y profundización de la desigualdad.

La autora advierte que las mujeres que viven en hogares de ingresos medios o altos cuentan con la oportunidad de contratar servicios de cuidado privados en el mercado (salas maternales o jardines de infantes privados) o de pagar por el trabajo de cuidado de otra mujer (una empleada de casas particulares) pudiendo acceder a prestaciones de determinada calidad y frecuencia por tener una inserción laboral asalariada. Esto alivia la presión sobre su tiempo de trabajo de cuidado no remunerado, posibilitando una inserción laboral más plena y mayores ingresos, y liberándolo a su vez para otras actividades (autocuidado, de educación o formación, de esparcimiento). Opciones que se encuentran limitadas o inexistentes para la mayoría de mujeres que viven en hogares de estratos socioeconómicos bajos, que no cuentan con inserción laboral formal pudiendo acceder a prestaciones de cuidado probablemente de baja calidad, lo que conduce a las mujeres a la no inserción o a una inserción precaria en el mercado laboral.

Esquivel et al. (2012) advierten una disparidad entre hogares y personas de diferente nivel de ingreso en la capacidad de asumir tareas de cuidado. Agregan que, en sectores populares es habitual hallar escenarios de co-residencia con la familia extensa donde se hace habitual que las abuelas, hijas mayores, tías y madres compartan el trabajo doméstico y de cuidados. Mientras que un patrón que reconocen en las clases medias urbanas de los países periféricos, es la contratación de servicio doméstico con remuneración, que tiende a reproducir, por un lado una lógica de trabajo (mal) remunerado a las mujeres que se hacen cargo de esas tareas de cuidado, y por el otro permaneciendo la lógica que expresa que sigue siendo la mujer-madre-trabajadora quien delega y tiene a su cargo la responsabilidad de la organización de esas tareas, así como es responsable de ofrecer respuestas cuando esa cadena de cuidados se ve alterada o cuando se enferman los hijos.

Por su parte, Martínez Franzoni (2008) identifica lo que denomina un “sistema de cuidados dual” donde el papel de las mujeres y de las familias como productoras del bienestar varía según su ubicación en la estructura socioeconómica. Reconoce un sistema mercantilizado para los estratos medios y altos y, otro familiarizado para los sectores vulnerables. Expresa que, cuanto más alto se ubica la familia en la estructura social, mayor es su capacidad de delegación de trabajo no remunerado al mercado, a través del servicio doméstico, y cuanto más bajo se ubica la familia en la estructura social, menor es su capacidad de delegación al mercado y mayor es el peso relativo de la familia extensa.

Lo aquí analizado nos aproxima a los escenarios cotidianos en materia de prácticas de SECA que realizan las mujeres del estudio atendiendo a sus realidades de clase social.

Recapitulando y posicionándonos

En nuestra investigación, tal y como hemos definido desde las instancias iniciales, denominamos a la dimensión “prácticas de SECA” para dar cuenta de un articulado dinámico que entrama y combina prácticas de protección y promoción de la salud, pero también de atención y cuidados frente al padecimiento, el malestar, el daño y la enfermedad instalada, personal, familiar y comunitaria. Prácticas que dan cuenta de procesos que se integran en un todo imposible de escindir. Advertimos, en consonancia con los autores y las autoras analizados, una idea de cuidados y atención integral, no limitada sólo a espacios de servicios formales de salud, sino a todo el cúmulo de acciones que se ponen en acto para resolver episodios de enfermedad y malestar que llevan a recurrir a diversidad de personas y también de efectores formales e informales a los que se consulta en pos de la restitución de la salud.

A partir del diálogo que venimos estableciendo con diversos autores y autoras del campo de la salud, de corrientes en salud comunitaria y en medicina social/salud colectiva, junto con los aportes del pensamiento feminista, nos interesa recuperar, a los fines de precisar la concepción de cuidados a la que adherimos, la definición ofrecida por el documento ONU Mujeres y CEPAL (2020, p. 2) que da cuenta de una amalgama de las perspectivas trabajadas y refleja cómo entendemos al proceso de cuidados dentro de la trama de prácticas de SECA. Dicho documento entiende los cuidados como:

“el amplio conjunto de actividades que regeneran diaria y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas. Incluye las tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida, como el *mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, el cuidado de los cuerpos*, la educación y formación de las personas, el mantenimiento de las relaciones sociales o el *apoyo psicológico a los miembros de la familia*. Hace, por lo tanto, referencia a un amplio conjunto de aspectos que abarcan los cuidados en salud, el cuidado de los hogares, el cuidado a las personas dependientes y a las personas que cuidan o el autocuidado” [se añaden las cursivas] (ONU Mujeres y CEPAL, 2020, p. 2).

Tal como la definición lo expresa, se hace indudable el hecho que las prácticas vinculadas a los procesos de salud, enfermedad y su atención realizadas por mujeres, se involucran dentro del amplio espectro que reconoce el constructo teórico de cuidados propuesto por ONU Mujeres y CEPAL (2020) en tanto engloba la extensa posibilidad de realizar diariamente acciones, comportamientos, hábitos, actividades, tareas y quehaceres que emergen en un plano de puesta en acto con la intencionalidad de propender a restituir en demás personas (hijos, hijas, progenitores, familiares, vecinos, entre otros) un bienestar físico-corpóreo y psicoemocional-espiritual, en otras palabras el sostenimiento y reproducción de la vida en pos de una salud integral.

Nuestro estudio reconoce la importancia de las investigaciones y los desarrollos conceptuales aquí consignados los cuales se constituyen en la trama conceptual que da sustento a la dimensión de análisis que aquí desarrollamos. En los capítulos que siguen a continuación, integraremos estos aportes atendiendo al desafío de estudiar comparativamente prácticas de SECA significándolas a partir de lo que expresan mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media del Gran Río Cuarto.

Capítulo 12

MÚLTIPLES PLANOS DE LAS PRÁCTICAS DE SECA

Este capítulo desarrolla un análisis comparativo de las categorías prácticas personales, familiares, prácticas basadas en creencias, prácticas populares, así como prácticas emergentes del tiempo de pandemia por Covid-19, referidas por las mujeres de ambos grupos sociales, las que conjuntamente componen un primer eje de la dimensión prácticas de SECA. Las mismas se presentan a continuación considerando en primer lugar prácticas comunes de SECA, para, posteriormente considerar aquellas diferenciadas entre los grupos sociales.

Prácticas personales de SECA comunes a mujeres de ambos grupos

Esta categoría, alude a todo lo que las mujeres refieren como prácticas que ponen en acción cotidianamente en sus vidas y que les permiten actuar en un doble sentido: o bien mantenerse sanas, pudiendo por ello reconocerlas como prácticas de protección, promoción y prevención de la salud, así como prácticas de cuidado como aquello que las mujeres realizan cuando enferman o se encuentran en una situación de malestar. Weingast (2021) emplea en ese sentido el concepto de autoatención como aquel que se orienta desde prácticas que apuntan tanto a la prevención, o a la potenciación de la salud, como a la asistencia o moderación, para solucionar daños a la salud.

Prácticas personales de SECA basadas en la actividad física y la alimentación

Entendemos por prácticas personales de salud a aquellos comportamientos que las mujeres de ambos grupos sociales llevan a cabo para mantener y proteger su salud, así como para prevenir malestar o enfermedad, que se configuran como hábitos que surgen como prácticas de cuidado, o emergen por haber vivenciado una situación de enfermedad o malestar. Refieren a la alimentación, a realizar actividad física como deportes, caminatas, andar en bicicleta, correr, entre otros.

Mujeres de *clase media* expresaban:

(hago) *10 minutos de bici fija por día*, ahora mismo estoy por comenzar *un plan de alimentación que me permita bajar por lo menos 10 kg antes de la cirugía* (...) (MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH- docente universitaria, BBN.RC).

(...) trato de hacer ejercicio, de caminar, de *jugar al hockey* que es algo que incorporé ahora (en) la pandemia (...) como para hacer algo que me haga bien desde lo físico (...) otra actividad que también hago es ir a caminar al parque ... (esas actividades me hacen sentir) ¡¡Bárbara!! (...) le pongo mucha actitud (...) si no tuviera ganas y

voluntad sería imposible.... (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC- Comunicadora Social, BBN.RC).

(para mantenerme sana) *no me desespero por la comida, es natural, trato de hacer casi todo lo que como en casa (...)*, soy muy observadora de los contenidos de los alimentos, no hay etiqueta que no lea, sé lo que quiero y lo que no quiero, rechazo los edulcorantes y los azúcares (...) eso hace que en la semana hay días que coma determinadas cosas y días que no, tratando de mantener un equilibrio en cuanto a lo que es alimentación (MC2. B. 64 años, 2 hijos. RH- docente nivel medio, BC, LH.RC).

(...) *siempre hay comida, fruta, verdura, carne, pan, leche (...)* trato de pensar y tener una alimentación sana, y de implementar cosas dentro de la rutina, algunas cosas puedo y otras no, me gustaría más planificar (...) como mi prima que ya tiene huerta y planifica con las comidas saludables (...) por ahí terminó comiendo (...) lo que no comería, las harinas (...) (MC2. V.42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN. RC).

Respecto de las prácticas de salud propias del grupo de mujeres de clase media, se reconocen aspectos tales como la posibilidad de llevar a cabo cotidianamente una dieta nutricia variada y saludable gracias al acceso a determinados alimentos que la posibilitan como una constante de la vida diaria, la vivencia del tiempo libre y el ocio expresada en la práctica de caminatas, la realización de determinados deportes que se practican en clubes sociales, la actividad física en el hogar, el acceso a gimnasios o incluso, algunas mencionaron la posibilidad de viajar a destinos turísticos y cómo eso recalca en su salud y bienestar, cuestiones que podrían interpretarse como condiciones de vida propias de esta clase, algunas que se vivencian habitualmente y otras que se propiciaron a partir de la vivencia de la pandemia.

(para mantenerme sana) (...) voy al gimnasio, soy de salir a caminar (...) trato de tener una dieta balanceada, mucha verdura, mucha fruta, no soy de tomar alcohol (...) y juntarme con gente que me hace bien (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GC-CP-Alfabetizadora. BC. LH).

(...) *tenemos un sistema de viandas ... qué nos consiguió mi hija, todos los medios días nos traen la comidita, sin sal por supuesto, y entonces a la noche con cualquier cosa nos arreglamos (...)* con el tema comida estamos mejor que antes de la pandemia (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada, BBN).

(...) *hago ejercicio, estoy con gente... (...)* andar en bici o cosas que tengan que ver con más naturales... (...) voy al médico cuando siento que tengo algo, por ejemplo, si tengo miedo del corazón voy al cardiólogo, rápido, psicológicamente empecé terapia. (...) ante cuestiones de salud no me quedo sin hacer nada (...) no, no, siempre, siempre voy (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) *es raro que uno tenga tiempo para la contemplación, y lo bien que eso hace a la salud, cuando he ido a alguna playa me gusta estar hasta el último momento en que el sol se esconde adentro del agua (...)* con una amiga que fuimos en el año 2020 a Jamaica (...) hasta que el sol no le decía chau al agua en el horizonte nosotras no nos movíamos de ahí (...) (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

(...) para mantener mi salud, además de ir al gimnasio, yo me alimento saludable, también voy a la nutricionista, voy al psicólogo (se ríe), leo cosas que me parecen interesantes, por ejemplo, en este momento estoy leyendo unos libros que tienen que ver con

todo lo referido a la sexualidad (...) (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Las *mujeres de clase media* dan cuenta de cierta integralidad de acciones para mantener y proteger su salud que van desde la actividad física, la alimentación, así como una práctica que abona a su bienestar como el hecho de reunirse con gente. Al respecto, Weingast (2021) plantea que la idea de autoatención permite visibilizar la capacidad de acción, la síntesis creativa y la búsqueda de soluciones por parte de las personas. Tal como se advierte en los testimonios, donde las mujeres de clase media remiten a diversas apropiaciones creativas, y a las que pueden acceder y que dinamizan en pos de una vida saludable.

Las *mujeres en situación de pobreza* se referían respecto a la actividad física y la alimentación:

(para mantener mi salud) No tengo motivos para estar mal (lo que hago es) vivir el día a día, con mi pareja, mis hijos, mis nietos, para seguir estando sana *me cuido de las enfermedades (...)* de todo (...) *lavándome las manos, si vas a comprar, venís, lavarte las manos*, vos viste que los billetes van y vienen (...) lavarte las manos con jabón (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

(...) camino, salgo a caminar... bueno ahora mirá mi hijo está jugando en un campeonato de fútbol y ya me anoté para querer jugar al fútbol (...) también voy a caminar hasta abajo del puente colgante y vuelvo, cada dos días así. Si no, cuando voy a la escuela... por la costanera, todo por abajo por la costanera y vuelvo despacito (NC1.36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC)

(...) *lo que me fijo de mi salud, la corporal, la física, es cómo me alimento (...)* también me preocupo mucho por mi salud mental, digamos, por estar bien de la cabeza para poder trabajar, estudiar y criarlos a ellos. (para mantener mi salud) en estos últimos años aprendí sobre alimentación saludable, yo tenía mucho sobrepeso y bajé de peso, y bueno, trato de alimentarme bien en la medida de lo posible (...) *yo en los tiempos que puedo ando en bici, salgo a caminar (...)* por ahí me agarra ansiedad, estrés (...) siempre estoy pensando lo que puede pasar (...) pero trato de ahí nomás acomodarme a las ideas o pensar para bajar, pero hay veces que me agarra mucho (...) que no me puedo dormir (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

(...) yo soy muy deportista, camino una hora y media por día (...) *es mi vida, yo sin el deporte no sería nada, y hago tres veces por semana*. Hago AVE, me gusta bailar arriba de la goma (...) *Yo siempre fui de comer sano porque tengo problemas (...)* estoy operada de intestinos (...) y después se me hizo una fisura y tuvieron que volverme a operar (...) después me salió (...) una intolerancia a las harinas (...) por ahí hago desarreglos, pero es la situación económica (...) por ahí no tengo para comprar mis cosas y (...) uno (...) tiene que alimentarse (...) (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

Los testimonios aluden a prácticas de SECA referidas a la alimentación y la actividad física como rasgos comunes a las mujeres de ambos grupos sociales. Sin embargo, tal como se advirtió en el capítulo sobre los conocimientos sobre SECA, en lo concreto estas prácticas comunes se expresan con características propias. En esa instancia, analizábamos cómo las mujeres construyen un determinado tipo de conocimiento que se deriva de la posibilidad de consumo de ciertos bienes y servicios de salud, que suponen el acceso, y en consecuencia prácticas determinadas de SECA (el acceso a servicios o bienes de uso como gimnasios, modalidades de

alimentación, entre otras). Aspecto que vuelve a identificarse aquí en relación a esas prácticas de SECA que, en un plano resultan comunes -al referirse a la actividad física, la alimentación- pero que se materializan diferencialmente ligados a las condiciones y posibilidades concretas de cada grupo social.

En este sentido, otro aspecto a considerar que resulta interesante para pensar las prácticas de salud, es el que señala el Informe del Foro Universitario del Futuro en Argentina, sobre *Pobreza, desigualdad y exclusión social*, en relación al uso del tiempo y la desigualdad. Refiere a que las personas de clase media, media alta y alta pueden dedicar menos tiempo a las tareas del hogar y contratar para que lo realicen a servicio doméstico, en general mujeres en situación de pobreza, pudiendo emplear ese excedente en el reloj económico para realizar actividad física, cuidado del cuerpo, de la salud y actividades recreativas. Mientras que, quienes se encuentran en situación de pobreza, en consonancia con lo que advierte nuestro estudio, las realizan en menor medida, o, directamente no las realizan. Para estos autores “La disponibilidad de tiempo de los ricos y la sobreexplotación horaria de los pobres –sobre todo de las mujeres– funcionan como un complejo reloj social (...) *La diferencia entre empleadas domésticas y quienes emplean ese tiempo de trabajo ajeno para liberar su propio tiempo se llama desigualdad*” (Kessler y Assusa, 2021, p.7).

Por otro lado, se advierte cómo *mujeres en situación de pobreza*, en relación a aspectos que hacen al cuidado de la salud desde la alimentación se advierten algunos aspectos significativos que contrastan con la realidad de mujeres de clase media.

(...) me salió en el último análisis hace un par de años una alteración, una intolerancia a las harinas (...) la mayoría de veces no como harinas, pero *por ahí hago desarreglos, pero es la situación económica porque tiene mucho que ver, bueno por ahí no tengo para comprar mis cosas y a veces uno hace desarreglos porque tiene que alimentarse* (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

Gavidia Catalán y Talavera (2012) interpelan el término “estilo de vida”, usualmente empleado en el campo de la salud para remitir las conductas que conforman el modo de vida en el que intervienen factores como la dieta, alimentación, el ejercicio físico, el posible consumo de sustancias, entre otros. Entienden que el mismo focaliza en la responsabilidad individual, omitiendo los contextos sociales, económicos, culturales y políticos en los que se toman decisiones que hacen a los procesos de salud y enfermedad.

En este sentido, el testimonio de la entrevistada requiere justamente ser leído trascendiendo el constructo de “estilo de vida” incluyendo el papel del ambiente, la sociedad y las instituciones en el origen de la enfermedad y de su desigual distribución (Gavidia Catalán y Talavera, 2012, p. 172). En este sentido, las elecciones o decisiones que hacen a la salud no son libres, sino condicionadas por estructuras de desigualdad, ligadas a procesos históricos y relaciones de poder donde el Estado, el mercado, las industrias alimentarias y/o farmacéutica, y los modelos de desarrollo económico, tienen su influencia.

En este sentido, tanto en los planos personales, como familiares, y cuando se desempeñan como responsables de merenderos y comedores comunitarios, las limitaciones económicas impactan en las posibilidades de alimentación de las mujeres en situación de pobreza. Vinculado con ello, en un pasaje donde se reflexionaba sobre esta cuestión más allá de la salud personal, atendiendo al trabajo comunitario en un merendero, una de las mujeres reflexionaba:

(...) (refiriéndose a su trabajo en el merendero) *el tema de la buena alimentación nuestro trabajo es darles de comer, sí le llenas del estómago, pero no le puedes dar un buen alimento, porque nosotros no tenemos de dónde sacar verduras, más que papas, zanahoria y cebolla, zapallo, no le podemos dar (...) Nos gustaría hacerles una comida sana, porque nosotros sabemos, podemos, pero no tenemos los materiales de trabajo, no los tenemos, ¿y qué es lo que hacemos?, un estofado, un guiso de arroz, un guiso de fideos, fideos con salsa, y está bien, te llenas, pero no te alimentas (...)* (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

Para Gavidia Catalán y Talavera (2012) un estilo de vida saludable no sólo depende de la voluntad (“querer”), sino también del conocimiento (“saber”) y de la accesibilidad al mismo (“poder”). El último testimonio consignado, junto con el anterior, dan cuenta que las mujeres conocen acerca de una alimentación saludable, los insumos necesarios y las preparaciones que requieren, pero señalan que no disponen de los mismos debido a la realidad socioeconómica que atraviesan.

Prácticas personales de SECA basadas en el autoconocimiento

Algunos testimonios de las mujeres dan cuenta de poner en acción comportamientos de salud a partir del autoconocimiento, el que parece provenir de una especie de autovigilancia en torno a sus sentires y cómo, de acuerdo al bien o mal estar, poder restaurarlo. En el capítulo sobre conocimientos sobre SECA identificamos conocimientos provenientes de la lectura de la propia salud. Analizábamos testimonios de mujeres de ambos grupos sociales que aludían a aquello que han conocido a lo largo de sus vidas acerca de su propia salud, más allá de lo que saben sobre cómo se debe mantener una salud física, o cómo se debe sanar o curar frente a determinados cuadros. Ellas referían a lo aprendido sobre sí mismas en relación a sus vivencias, sus sentires y sus cuerpos. Aquí reconocemos cómo, esos conocimientos y aprendizajes se constituyen en los fundamentos de sus prácticas de SECA.

(Para recuperar mi salud) Depende lo que sea, si es algo mal del hígado, mal del estómago, trato de cuidarme en las comidas y tomar el agua con limón, *todas esas cosas que vos sabes que te hacen bien, al hígado sí es acidez me como una banana, todo ese tipo de cosas, si estoy cansada o tengo una contractura me tomo un miorrelajante, temprano trato de descansar, trato de buscar cosas que me relajen, películas, (...) no miro cualquier cosa, entonces voy viendo mucho como estoy, cómo estoy, como me siento físicamente, emocionalmente y en base a eso decido qué como, qué hago a dónde voy todo en base a eso (...)* (MC2.V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

(...) *cuando tu mente es bastante positiva, no digo que no te vas a enfermar (...) pero no estoy tan ocupada pensando en las cosas malas que me van a pasar (...) tenemos una amiga que tiene una mentalidad bastante de que todo lo malo le va a pasar (...) está llamando a los problemas (...) por eso pienso que el pensamiento atrae un poquito (...) yo (...) (veo) la parte positiva, de todo (...)* (MC2. B.63 años, 4 hijos. RH- docente, BC.RC).

(para preservar mi salud y seguir manteniéndome sana) (...) *trato de ser lo menos tóxica posible emocionalmente (...)* (MC2. A. 42 años. 1 hija. RGHC. BC. LH.).

Algunas mujeres enuncian a nivel psicoemocional una actitud vinculada a intentar asumir una mirada positiva de la vida reconociendo que el ejercicio contrario, es decir pensar negativamente, contribuiría a su malestar.

(...) Lo fui aprendiendo de chica (...) mi cuerpo me lo pide, yo cuando estuve enferma (...) estaba desesperada (...) ayer fui al gimnasio a la mañana y (...) salí a la noche a caminar una hora y media, te tiene que gustar si no, no lo haces (...) ahora estoy caminando a paso atletismo (...) el secreto es (...) tu respiración (...) te juro que salgo y vuelvo a mi casa nueva (...) (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

(...) he aprendido mucho informándome yo personalmente, formándome con el internet con doctores que hoy en día hacen videos que te explican (...) en las redes (...) yo creo que (...) aprendí el valor de cuidarte, de que (...) tu cuerpo es importante (...) yo estuve depresiva, me vi un día muy mal, en el espejo, físicamente, y mal de la cabeza y dije “no (...) basta, si yo no me preocupo por mí, nadie se va a preocupar por mí”. Y aparte yo los tenía ellos, y ellos me estaban viendo a mí sumergida en eso, entonces (...) ahí empecé a cambiar todo en mi vida, como el cuidarme, alimentarme, de las personas, tomé la decisión de separarme del papá de ellos que fue algo que me hacía muy mal, la relación que tenía (...) empecé a tomar decisiones por mi salud física mental. Todo cambió, mi vida cambió y cambió la vida de ellos (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

Las mujeres de ambos grupos dan cuenta de un reflexionar sobre su salud en un plano mental y psicoemocional, realizando, a partir de ello, prácticas para regular y mantener su bienestar.

Prácticas personales de SECA basadas en el pragmatismo

Si bien algunos testimonios de las mujeres de ambos grupos sociales han dado cuenta de realizar sostenidamente el ejercicio de conocerse, reflexionando sobre qué beneficia a su salud, reconociendo el cuerpo y realizando prácticas cotidianas, paradójicamente, la instancia de la entrevista permite reconocer cómo otras mujeres no reflexionan acerca de lo que hacen por su salud, cómo la preservan o qué significa para ellas en sus vidas.

(...) es como que uno no lo piensa tanto “ay voy a hacer esto, esto y esto”, pero para mantenerme sana, esteeee yoga, yoga es por mi salud (...) por la columna (...) tomar aire y disfrutar también es por salud (...) lo que estoy haciendo es yoga, porque dije “tengo que hacer algo por el tema de la columna” y lo hago porque me gusta (...) yo salgo feliz de yoga y bueno (...) no sé si lo hago por salud o por mantenerme por la cabeza, lo que pasa que cuando vos hablas de salud pensás poquitas cosas y en realidad salud es todo, despejar la cabeza, es salud, disfrutar de tus hijos también, es salud (...) entonces disfrutar y hacer esas cosas que a uno le hacen bien, qué las disfrutas, te da salud (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. RHGC-Administrativa en empresa familiar. BB.RC).

Cuando reflexionan intencionadamente en torno a qué hacen por su salud, manifiestan que no es algo en lo que piensan frecuentemente, que se orientan más a una puesta en acto que a atender al motivo que sustenta esa puesta en acto, en una especie de pragmatismo que busca consecuencias prácticas o inmediatas colocando el peso en la eficacia y valor que esa acción puede tener para la vida (*estoy haciendo yoga... porque dije ‘tengo que hacer algo por el tema de la columna’*). Probablemente inmersas en una lógica propia de este tiempo de acele-

ración de la vida, las mujeres no se detienen a pensar porqué lo hacen, para qué lo hacen, qué les genera, cómo les beneficia o repercute en su salud.

Prácticas personales de SECA basadas en el encuentro con otras mujeres

Muchas mujeres refirieron al encuentro humano como generador y restaurador de la salud. En ese sentido, se destaca aquí la mención que las mujeres hacen al encuentro con otras personas, en general otras mujeres, dando cuenta que la conciben como una dimensión protectora de la salud y el bienestar.

(también recorro a) (...) *a mi vieja, capaz por ahí me duele la panza o me duele la cabeza y me duele la garganta y yo levantó el teléfono y ella está ahí “ma qué puedo tomar, ma qué hago” (...) me siento cómo muy guiada por ella... yo siento que me trae alivio porque busco una respuesta, una solución media rápida para calmar el dolor (...) yo sé que mi vieja va a tener la solución para poder ayudarme (...) en un punto me da alivio (...) “¿che que tomo?” o “Cómo hago esto” (...) más allá de que ella no me pueda recetar una pastilla me dice “mira llama este médico, esta clínica, anda a tal”, siempre me hace mucho de puente mi mamá (...) si bien tengo 20 años (...) estás cuestiones que tienen que ver con la salud (...) son cosas que dan un poco más de miedo, entonces al menos tengo (...) su apoyo moral, su palabra que me da cierta tranquilidad (...) (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).*

(cuando me enfermo recorro a) mi hermana, a mi mamá, a mi suegra. Mi suegra es enfermera, así que siempre que, no sé, me duele la muela, está ahí mi suegra le pregunto. No me he enfermado, por decir que tener que estar en cama, no gracias a Dios (...) (MC1. T.30 años. 3 hijos. RHGC-TCC.BJN. RC).

(...) todo suma (para aportar a la salud), *y entre eso está la salida con las chicas, un café, una caminata, hoy en día disfrutar de las chicas, de mis amigas (...) bueno nos juntamos de vez en cuando y las mujeres tenemos esas cosas de llorar, de reír juntas en una misma noche, hasta en la cola del supermercado hacemos esta “cosa de terapia”, está bueno, yo estoy disfrutando de eso, más hoy en día en época de pandemia que se están dando a conocer tantas cosas es cuando más tenemos que unirnos en esto en esas emociones. (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).*

En el capítulo anterior, analizábamos la creencia reconocida en ambos grupos sociales en relación a la unión de la propia familia frente a situaciones de SECA. El encuentro humano, el bienestar familiar, el estar para los otros y otras frente a trances de enfermedad de los miembros del círculo familiar. En este análisis, se advierte cómo para muchas mujeres es el encuentro con otras mujeres familiares -madres, tías, abuelas, hermanas, nueras, suegras, primas- o amigas, donde se encuentra sostén, contención, así como acompañamiento y se generan espacios en los que se aprende. Oblitas Guadalupe (2008) considera que diversos estudios provenientes de la psicología positiva revelan que la cantidad y calidad de relaciones interpersonales resulta el factor que más a menudo aparece asociado a un mayor nivel de bienestar psicológico percibido.

(...) con mi hermana por ahí hablamos de las cosas sanas que ella consume tipo el colágeno, y otras cosas (...) entonces ahora es como que le estoy dando bola (...)

en este sentido es recurrir a alguien allegado en salud... (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

(...) Busco compartir con un otro lo que me pasa. Es muy importante la palabra para mí. La palabra es sanadora. Soy de hablarme mucho a mí misma. Poder verbalizar lo que me pasa, con mi psicóloga, con amigos, familiares, con compañeros de trabajo etc. (...) (MC2. L.40 años. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente Universitaria. BN.RC).

(...) estoy con el proceso de duelo por lo de mi papá, como que tocas el fondo (...) *busque amigas que pasan por lo mismo*, ahí tengo una amiga en particular que ya pasó por lo mismo (...) siempre teniendo apoyo de amigas de la familia, de mi marido, mi hija (...) entonces paciencia (...) (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

Las mujeres de ambos grupos mencionan que son otras mujeres, familiares, vecinas o amigas, las que, en determinados encuentros promueven contención, sostenimiento y la restitución de cierto bienestar. Vinculado con ello, Brey, Gómez y Domínguez Pérez (2023) realizan un estudio en el que analizan estrategias que las mujeres de barrios vulnerables de Madrid despliegan en el contexto de la vida cotidiana para hacer frente a diferentes situaciones, posibles dificultades y problemas de supervivencia, mediante el análisis de sus redes de apoyo y arraigos territoriales. Advierten que, frente a ello las mujeres hacen uso de dichas redes de interacción informal que se articulan en torno a familiares, a vecinas, a amigas e incluso a asociaciones locales. Se reafirman en su apego y sus vínculos con el espacio en el que residen y en la importancia de los encuentros con vecinas con las que han compartido cotidianidad, vivencias y experiencias, tal como hallamos en los testimonios analizados. Estas autoras reconocen la importancia de relaciones, vínculos locales y redes de apoyo de distinta intensidad que apuntan hacia una atmósfera de confort y bienestar al cumplir un papel fundamental como amortiguador de la vulnerabilidad, apareciendo las redes de apoyo como herramienta de resiliencia social y marco para la vida cotidiana de las mujeres.

Cuestiones diferenciadas respecto de prácticas personales de SECA identificadas en mujeres en situación de pobreza

Se consigna aquí una cuestión que emerge, como rasgo diferencial referido a las prácticas personales, específicamente desde los testimonios de mujeres en situación de pobreza.

El reconocimiento de la “no realización” de prácticas personales de SECA

Esta categoría identifica relatos de mujeres en situación de pobreza que reconocen explícitamente no emplear, ni desarrollar intencionadamente prácticas que les permitan mantener o proteger su salud personal.

Para seguir estando sana no hago nada (...) no me cuido porque digamos comida cosas así, no, nada. (MC1. J. 26 años. 4 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

(...) la verdad que nada, porque no soy de... no me cuido en nada, la verdad (...) por ahí si me enfermo, pero, no, no la verdad que no (...) (MC1. S.30 años. 3 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

Nada, no hago nada. Y eso es lo que más me frustra, porque no tengo tiempo, porque quisiera ir al gimnasio, porque quisiera adelgazar y no adelgazo, porque yo había adelgazado mucho y quedé embarazada de mi tercer nena, había hecho un lindo descenso de peso de 19 kg., me re cuidaba, iba al gimnasio, estaba en mi mejor momento y con mi tercer nena no pude retomar más nada (...) volvieron mis kilos y volvió el estrés de vuelta, y que yo no sé cómo hacer, yo tengo tres y ella me hizo vivir todo lo que no me hacen vivir los otros, todo, todo (...) (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

Los testimonios de las mujeres refieren a no realizar un cuidado hacia sí mismas en lo inherente propiamente a sus cuerpos. Ello puede interpretarse en un escenario en el que probablemente se trata de mujeres abocadas exclusivamente a sus jornadas de trabajo, fuera y dentro del hogar, centradas exclusivamente en el cuidado y atención de hijas e hijos, así como a su dedicación laboral y en algunos casos, mujeres dedicadas al cuidado comunitario por ser referentas y trabajadoras de centros y comedores del barrio.

Fournier (2022, p. 12) considera que en la Argentina las mujeres son las principales proveedoras de cuidado, “sobre ellas recae la responsabilidad de sostener el bienestar físico y emocional de las personas, muchas veces a costa de su propio bienestar y de su inserción en el mercado de trabajo”. En consonancia con ello, Lagarde (2003, p. 2) advierte que el uso del tiempo de las mujeres, de sus energías vitales, afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y la inversión de sus bienes y recursos, encuentra como principales destinatarios a los otros y sus necesidades, reconocido socialmente como “abnegación femenina”. En este escenario, la autora emplea la expresión el “descuido para lograr el cuidado” para aludir a la organización genérica que hace que las mujeres estén subsumidas, subordinadas y en posición de inferioridad en relación a la supremacía de los otros sobre ellas. Contexto que propicia el hecho de que no reconozcan sus propias necesidades de salud, o bien que las signifiquen enlazadas a las exigencias del patriarcado, tal como da cuenta uno de los relatos en relación a su imagen y su peso, para pensar en relación a su propia salud.

Cómo advertíamos inicialmente cuando analizábamos las historias de vida de las mujeres en situación de pobreza vinculadas a los ciclos de trabajo, pobreza y enfermedad, éstas dinámicas muchas veces dan cuenta de la ausencia de prácticas de autocuidado que las preserve de la enfermedad, así como el transitar enfermedades desoyendo sus propios cuerpos, malestares y sentires, en el marco de una estructura social y un sistema económico que las subordina y cosifica en tanto son consideradas sólo como fuerza de trabajo.

(...) siento que al no tener muchas posibilidades de cambiar eso (se refiere al funcionamiento del sistema de salud) es como bueno, *se vive en el día a día, enfermos o como sea (...) la gente acá vive igual (...) hay mucha gente que no tiene posibilidades de decir “no, no voy a trabajar porque hoy estoy enfermo”, sigue viviendo (...)* (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

Como planteábamos en publicaciones anteriores en el marco de este estudio:

“(...) las mujeres dan cuenta de lo difícil que se les hace pensar en la posibilidad de que la persona enferma pueda eludir su responsabilidad laboral para permanecer en reposo o en tratamiento (...) en los sectores de pobreza donde se desempeñan en trabajos precarios e informales, con ingresos económicos esporádicos e inestables, el parar para reponerse cierra la posibilidad de ganar el dinero diario para la subsistencia.

Es así como en situación de pobreza y necesidad extrema, estando enfermo se trabaja igual (...)” (Juárez, 2019, p. 277).

Como un correlato de esta realidad, muchas veces las mujeres construyen argumentaciones a las que subyace una concepción negacionista de la enfermedad, tal como analizábamos inicialmente en este trabajo, siendo habitual hallar frases que expresan “*no me enfermo nunca*”, como un no registro de la enfermedad.

En analogía con Fournier (2022) es clara la paradoja de la “cuidadora que se descuida por cuidar”. Mientras en los capítulos iniciales algunas entrevistadas valoraban que hay que cuidar la propia salud para cuidar a los hijos, otras, en la exigencia de ese cuidado niegan la propia enfermedad o la consecución del propio bienestar.

Por otro lado, podría pensarse que las expresiones que remiten al “no me cuido” pueden estar vinculadas a una idea o preconcepción del cuidado inherente a la posibilidad de acceder a cierta alimentación, determinada actividad física, consumo de ciertos productos, habiendo introyectado una idea de “cuidado” sujeta a reglas impuestas por un mercado de la salud/enfermedad destinada a grupos sociales de clase media o acomodada. Idea impulsada por medios de comunicación que instalan a través del marketing del cuidado de la salud una ideología propia de la biomedicina que impone consumos determinados que suponen que, de esa manera, la salud y el bienestar están siendo “cuidados”. Prácticas sustentadas en las lógicas del vivir bien del capitalismo, imposibilitadas para comunidades empobrecidas. Considerar que la propia salud no es cuidada por no poder acceder a estos cánones de prácticas de cuidado marcha de la mano de los argumentos del “vivir mejor” del capitalismo (Boff, 2012). En línea con ello, el razonamiento que supone “los cuidados son algo a lo que no se puede aspirar porque no se puede costear” amenaza toda posibilidad de concebir por parte de éstas mujeres a la salud desde una perspectiva integral del ser humano, lo personal aprendido en pos de su mantenimiento en lo cotidiano, y como eso se entrama también con lo comunitario, con lo construido con otras y otros, que siguiendo las lógicas del “buen vivir” del *abya yala*, supone pensarnos fuera de la impronta de los cuidados del vivir mejor, sino inmersos en los principios de los cuidados dentro de una gran comunidad terrenal que incluye al ser humano en comunión con la Pachamama y con las energías del universo (Boff, 2012).

Prácticas familiares de SECA comunes

Esta categoría reúne testimonios que aluden a prácticas que las mujeres de ambos grupos desarrollan para proveer cuidado y atención frente a procesos de salud-enfermedad, bienestar y malestar principalmente destinadas a sus hijos e hijas. En sus relatos, las mujeres van colocando distintos énfasis: por un lado, prácticas orientadas a la protección, promoción y prevención de la salud desplegadas para mantener sanos a sus hijas e hijos, por otro prácticas que ponen en acción para atenderlos y proveerles cuidados cuando atraviesan situaciones de enfermedad y malestar pudiendo identificarse desde prácticas de cuidado en el hogar hasta el diligenciamiento a referentes populares o a instituciones con profesionales a las que recurren frente a episodios de enfermedad y malestar.

En un estudio realizado con mujeres sobre los procesos de salud, enfermedad y atención Rangel Esquivel (2011) advierte cómo el rol que asumen las entrevistadas y los integrantes del grupo doméstico a través de prácticas terapéuticas permiten destacar la función de la familia como proveedora de bienestar social. Principalmente cuando el Estado no aporta los satisfactores necesarios, es la familia en su rol de institución base quien dedica los tiempos, atenciones y cuidados a quienes enferman.

Para pensar las prácticas de SECA familiares nos resulta pertinente atender a algunos aspectos que hacen a cómo están conformadas las familias que integran las mujeres del estudio.

Se advierte en el grupo de mujeres en situación de pobreza familias con niños y niñas pequeños (de las 20 entrevistadas⁸⁵, 15 tenían niños en edad preescolar, escolar y preadolescentes), mientras que, en las familias de las mujeres de clase media, de las 17 entrevistadas sólo cuatro tenían hijos en edad escolar y preadolescentes. Si bien esta consideración no pretende extender generalizaciones sobre las formas que asumen las constituciones familiares en un grupo social u otro, la misma permite aproximarnos a características que asumen las prácticas de cuidados de la salud llevadas a cabo por las mujeres de la muestra, ligadas también a la dimensión de clase como condicionamiento de esas prácticas.

Al respecto, Esquivel et al. (2012) proponen pensar en las limitaciones y posibilidades de la organización del cuidado en los hogares atendiendo a los niveles socioeconómicos y al tamaño de los hogares, lo que supone diferentes escenarios. Las autoras expresan que, mientras el tamaño medio de los hogares es mayor en los sectores de ingresos más bajos, donde debe considerarse mayor fecundidad y la presencia habitual de otras generaciones en el hogar (una abuela o abuelo conviviente), los hogares de clase media se configuran como familias numéricamente más reducidas.

En el caso de las entrevistadas adultas jóvenes de clase media (entre los 20 y 40 años) se advierte que éstas no tienen hijos, y en las restantes mujeres de este grupo se registran entre 1 y 4 hijos, y la convivencia en el hogar se circunscribe a la familia nuclear, siendo excepcional la convivencia con otras generaciones, como en dos casos donde se registró convivencia con las madres de las entrevistadas con motivo de proveer cuidados al encontrarse éstas en situación de enfermedad.

Atendiendo a ello, antes de desarrollar esta categoría, consideramos pertinente detenernos en algunos relatos que nos aproximan a una caracterización de las dinámicas familiares propias de los escenarios en que las mujeres del estudio dispensan y/o han dispensado cuidados y prácticas de atención.

Reconociendo escenarios sociofamiliares de cuidados

Pensamos en la posibilidad de traer esta reflexión a partir del reconocimiento de testimonios que permiten considerar escenarios sociofamiliares de vida en que estas mujeres dinamizan y han dinamizado prácticas de SECA. Consideramos relevante atender desde una perspectiva feminista a estos testimonios que dan cuenta de realidades cotidianas, habituales para ellas y que se extrapolan a situaciones que probablemente han vivido y viven muchas otras mujeres de ambos grupos sociales, con más o menos matices.

En este sentido, hemos hallado relatos de mujeres de ambos grupos que se enuncian cuidando solas a hijos pequeños y adolescentes, algunas incluso a sus nietos, otras cuidan a sus propias madres adultas mayores en situación de enfermedad. En mujeres en situación de pobreza se identifican relatos que expresan que desde pequeñas han visto alterada su vida escolar por cuidar a sus hermanitos, incluso una mujer de este grupo reseña una infancia de servicio a adultos familiares que expone la crueldad del arbitrio masculino adultocentrista que expresa la paradoja en relación a personas que deberían haber cuidado a infancias a las que exigen atención y servicios.

85 Recordemos que si bien se realizaron 22 entrevistas, las entrevistadas de este grupo social fueron 20, 2 de las cuales volvieron a ser entrevistadas en período pospandemia.

(...) Yo estoy sola con los chicos hace 15 años y los he criado sola, así que ellos han aprendido a valorizar eso yo soy padre, madre, amiga, de todo un poco (...) yo salgo todos los días a las 7 de la mañana de mi casa y no vuelvo hasta el mediodía (...) y hay que trabajar porque si no trabajamos, en mi casa es así, yo banco a todos (...) mi hija con los tres hijos no puede, porque son chiquititos y no puede salir a trabajar (...) yo le cedí una parte de mi casa para que se haga una piecita y allá vive ella. Ella se separó (...) tiene uno de 9 meses, la nena de 3 años y medio, y el varoncito que va a primer grado, tiene chicos muy chiquitos y yo estoy siempre presente (...) si les hace falta algo voy (...) llamo a los chicos, los chicos vienen “nona” y yo siempre les hago las tortas fritas, ellos vienen, saben que en mi casa siempre algo hay (...) (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

(...) yo estoy acá con mi mamá que tiene Alzheimer, vivo en la casa de ella que es una casa ya de muchos años y se están rompiendo un montón de cosas (...) ahí está el tema de la plata, hay que ver cómo hacer (...) estoy encargada de todo esto (...) estoy muy cansada y siento que me desbordan las cosas, y qué hay decisiones que no voy a tomar, como por ejemplo poner a mi mamá en un hogar (...) la línea es muy finita, te lleva decir “basta no doy más” (...) tengo que cuidar las energías para trabajar porque son muchas horas, para atender la casa, para llevar adelante y acompañar a la mami en todas las decisiones que sean de ella (...) yo vivo con mis hijos, el de 25 vive acá en la casa (...) en el patio hay un departamento que es el que vivíamos cuando yo los crie a los chicos y es donde vive el más grande de 28 (...) Entonces (...) las chicas que me ayudan (...) también para poder moverme y tener mi libertad y no perder los contactos porque por ahí cuando hay una enfermedad así y vos sos el familiar directo terminás perdido, porque la verdad que a veces a tu casa mucho no quieren venir (...) yo sé que en mi casa hay olor a pis, olor a caca, es mucho lo que se vive ¿entendés? (...) mi madre tiene 77 años (...) (MC2. V. 49 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

(...) yo siento que las situaciones por las que fuimos atravesando ella y yo juntas a lo largo de la vida (se refiere a su madre), toda la situación que viví yo con el papá de mi hija (...) siento que parte de eso tiene que ver con su enfermedad (...) toda la época que estuve cuidando a mi mamá (...) en plena pandemia (...) mi mamá estaba con quimio, yo iba de manera permanente a la clínica X (...) de repente un día para el otro dejó de regar las plantas, dejó de hacer la comida y dejó de hacer las compras (...) sí mi mamá estaba en la cama entonces yo tapaba la cámara, iba a su habitación y le preguntaba “¿querés un te? ¿Necesitas algo?” (...) todo paso muy rápido (...) yo le hacía la comida se la llevaba a la cama, se la daba en la boca (...) además no dormía de noche porque a ella se le empezaron a hinchar las piernas (...) cada 10- 15 minutos (...) me decía “me das vuelta” (...) mucho cansancio y dolor de piernas (...) ella tampoco dormía bien (...) (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente del nivel medio y universitaria. BC.RC)

Los testimonios permiten caracterizar realidades de cuidados y atención que se extienden a muchas mujeres. El matenar, el criar y el cuidar solas. Algunas desde la responsabilidad asumida desde muy jóvenes en torno al cuidado de los propios hijos e hijas, el atravesar situaciones de enfermedad y malestar con ellos, y el asumir simultáneamente, para poder subsistir, un trabajo. Mujeres que sostienen cuidados a sus propios hijos e hijas, a sus nietos y nietas, e incluso algunas a sus propias madres ya mayores en situación de enfermedad, también se reconoce a abuelas que cuidan y son las proveedoras de sus hijas y sus nietos, en una cadena intergeneracional de cuidados.

Esquivel et al. (2012, p 22) consideran que en el mundo contemporáneo se reconoce un aumento en las tasas de separación y divorcios, cuyas consecuencias derivan en hogares uni-

parentales y/o “ensamblados”, donde, según las autoras, cuando se trata de niños y niñas, lo habitual es que convivan con su madre. Las autoras reconocen la conexión personal y emocional que involucra el cuidado entre las cuidadoras y las niñas y niños, así como personas que están siendo cuidadas en un vínculo social y afectivo intrínseco a la condición humana que se expresa en tiempo y compañía.

Paperman (2019, p.32), desde una perspectiva basada en la ética de los cuidados de Carol Gilligan, considera que el registro de los sentimientos y la sensibilidad es constitutivo de la perspectiva del cuidado, al colocar en primer plano los nexos de interdependencia, siendo la sensibilidad y los sentimientos, el sustrato de las relaciones de cuidado.

La perspectiva de la autora propone atender a los sentimientos enlazados a las situaciones y representando una orientación moral para con los otros. En este sentido, comprendidos dentro de las relaciones y de las actividades prácticas de cuidado, los sentimientos como el amor, la atención, la compasión, el respeto, la preocupación se tornan sensatos y comprensibles dado que, emergen de y atañen a, la vida de todos los días (Paperman, 2019).

Por otro lado, algunos de los testimonios visibilizan el lugar que asumen estas mujeres en el desempeño como “cuidadoras informales de la salud” o “cuidadoras familiares”, en tanto apoyo que en general denota una distribución no homogénea al ser la mujer, el perfil típico de la cuidadora, que por su proximidad y vinculación con el trabajo doméstico-reproductivo en el hogar, se encuentra inmersa en una suerte de deber, debido a las relaciones afectivas y de parentesco directo (por lo general, madre, hija o esposa) con la persona enferma -temporal o crónica- a la que cuida y con la que convive (de la Cuesta Benjumea, 2004; Belli, 2024c, p.5; Sánchez Reinón, 2012).

Las entrevistadas caracterizan prácticas de cuidado que las interpelan cotidianamente, expresan, junto con el afecto que sienten por las personas a las que cuidan, lo complejo que resulta el cuidado, y que las conduce a sentimientos de cansancio, agotamiento y abatimiento. Si bien uno de los relatos alude a la idea de “las chicas que me ayudan”, dando cuenta que la entrevistada de clase media puede costear ayuda contratada, sigue identificándose su lugar como responsable de esos cuidados. Se reconoce el impacto en la salud y bienestar de la mujer que lleva adelante esta tarea, quien se ve expuesta a responsabilidades de difícil manejo y que debe sortear sola y de la mejor manera.

Todas estas situaciones, sumadas al escaso tiempo de descanso, la interrupción de su actividad social y el agotamiento emocional, impactan sobre su salud corriendo el riesgo de experimentar el “síndrome del cuidador” (*Informal Caregiver Burnout*) (Lee y Singh, 2010) o el también llamado “sobrecarga del cuidador” (Vinacour et al. 2018). Cuadro que incluye un conjunto de alteraciones y consecuencias físicas, psíquicas y psicológicas -emocionales y de estrés-, problemas laborales, familiares y económicos que se generan en un familiar cuidador, generalmente mujeres, dedicadas a la atención y cuidado de un paciente con enfermedad crónica.

Por otro lado, al respecto, puede reconocerse que en sectores populares es habitual la co-residencia con la familia extensa donde mujeres abuelas, hijas mayores, tías y madres conviven y comparten sus responsabilidades de cuidado y trabajo doméstico. La realidad muestra, y distintos estudios expresan que, frente a la necesidad de la salida laboral de mujeres-madres, una estrategia habitual que se emplea es asignarle responsabilidades de cuidado a las mujeres jóvenes o adolescentes del hogar, hijas mayores, algunas incluso no habiendo ingresado en la preadolescencia, son quienes se hacen cargo del cuidado de sus hermanos o hermanas menores, limitando sus posibilidades de educarse o incluso a veces abandonando la escuela para hacerlo (Esquivel et al. 2012; Rodríguez Enríquez, 2005; entre otros y otras).

(...) siempre fuimos gente humilde, mi mamá siempre trabajó y somos siete hermanos (...) mi hermana mayor y yo siempre nos dedicamos a mis hermanos (...) ella tenía que salir a trabajar y después nosotros nos manejábamos (...) si los teníamos que llevar al médico ella sacaba el turno y después lo llevábamos nosotras (...) si yo llevaba a los chicos a la escuela, mi hermana se quedaba limpiando y después hacíamos de comer entre las 2, y mi mamá venía y tenía la comida en la mesa, siempre fue así, yo estudiaba a la tarde en el secundario y mi hermana no (...) ya en segundo dejó (...) fui aprendiendo a cuidar a mis hermanos y llevar el hogar día a día (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCC.BJN.RC).

(..) los tres más grandes (se refiere a ella y sus hermanos) hemos sido criados por abuela y estaban los tíos que muchas veces a las 5 o 6 de la mañana, con las heladas levantarnos, con 9 y 10 años, a hacerles el té, prenderles el fuego en un brasero (silencio prolongado), nosotros hacerles el té a ellos en lugar de ser al revés, ellos nos tendrían que haber “cuidado” a nosotros, levantarse ellos, hacerse el té ellos (...) y no (...) levantarnos a nosotros en plenas heladas (...) y después nosotros ir a la escuela (MC1.C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSE. LH).

Castilla, Kunin y Blanco Esmoris (2020) destacan el carácter intergeneracional del cuidado, atendiendo a realidades donde niños y adolescentes colaboran realizando tareas de la casa para sostener la cotidianidad familiar, siendo pensados como sujetos que cuidan. Desde una perspectiva antropológica, las autoras buscan desplazar la mirada de reflexiones con base a un “deber ser” de los cuidados para observar la realidad de los accesos desiguales al cuidado y, la complejidad intergeneracional que revisten los arreglos de cuidados en la cotidianidad.

En este sentido, los testimonios consignados, visibilizan realidades atravesadas por estas mujeres, recuperando vivencias que ellas traen de distintas etapas de su ciclo de vida, que grafican contextos, situaciones, y permiten pensar en muchas otras mujeres, más allá del estudio. Los relatos expresan situaciones complejas y dolorosas vinculadas al deber de cuidar, con huellas de carencia que han calado más o menos profundo, de acuerdo a las condiciones concretas de existencia de ambos grupos, pero que, más allá de ello muestran realidades y circunstancias que las tiene por protagonistas en la provisión de cuidados en tiempos en los que incluso, muchas de ellas deberían haber sido las personas cuidadas y no lo fueron.

Realizada esta reflexión sobre características de las realidades de cuidado reconocidas en los grupos de mujeres, en lo que sigue, desarrollaremos las cuestiones comunes halladas en ambos grupos sociales respecto a las prácticas familiares de SECA.

Raigambre performativa subyacente a prácticas familiares de SECA

A partir de algunos testimonios se advierten conocimientos construidos sobre SECA que dan sustento a prácticas que las mujeres enuncian desplegar, y cómo, cuándo reflexionan sobre ellas vuelven a remitirse al origen de esas prácticas desde saberes, aprendizajes y conocimientos que fundamentan por qué hacen lo que hacen frente a determinadas situaciones, episodios y procesos de SECA.

(...) de mi mamá que me crio y después (...) bueno, de toda mi familia, te hablaban, te decían (...) me enseñaban (...) que tenía que cuidar a los chicos, que (...) por ahí no tenía que estar retándole, pegándole (...) y así (...) voy aprendiendo lo que me enseñó mi cuñada, cómo criar a mis hijos, cómo protegerlos, cómo amarlos, cómo darle cariño (...) ella se crio a siete (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

(...) mi mamá siempre trabajó y somos siete hermanos (...) mi hermana mayor y yo mí siempre nos dedicamos a mis hermanos (...) ella tenía que salir a trabajar y después nosotros nos manejábamos (...) si yo llevaba a los chicos a la escuela, mi hermana se quedaba limpiando y después hacíamos de comer entre las dos, y mi mamá venía y tenía la comida en la mesa, siempre fue así, yo estudiaba a la tarde en el secundario y mi hermana no (...) ya en segundo dejó (...) fui aprendiendo a cuidar a mis hermanos y llevar el hogar día a día (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC- TCC.BJN.RC).

Tal como analizamos en el capítulo inherente a la construcción de conocimientos sobre SECA, emerge en este sentido, la ligazón en torno a esas acciones y comportamientos con enseñanzas recibidas, en general por otras mujeres, madres, abuelas, tías, suegras, sobre prácticas y procedimientos destinados a proveer cuidados y atención a la salud y la enfermedad, reconociendo cómo ese papel está enlazado a su condición de género. En sintonía con ello, otros estudios con mujeres como el de Linar deli y Anzorena (2021) señalan cómo el cuidar de la salud resulta una práctica que requiere de cualificación y pericia que las mujeres adquieren en etapas tempranas de la vida.

Junto con lo planteado, en ninguno de los testimonios de las mujeres de ambos grupos sociales se advierte que refieran a prácticas de SECA que desplieguen conjunta o coordinadamente con sus parejas, maridos o compañeros de vida, siendo el protagonismo de ellas absoluto en este tipo de prácticas.

Interesa en esta instancia, a partir de lo emergente, analizar cierto carácter performativo que se vislumbra en esos aprendizajes y conocimientos, y cómo impactan posteriormente en las puestas en acto sobre SECA que las mujeres realizan en su realidad cotidiana.

Butler (1998) considera que el género refiere a una identidad instituida, construida por una repetición de actos corporales específicos en el tiempo. Se trata de un resultado performativo llevado a cabo por sus propios actores que realizan prácticas comprendidas como procesos que vuelven, muchas veces, las posibilidades en determinaciones y constreñimientos de las convenciones históricas y culturales vigentes.

El acto que uno hace, el acto que uno ejecuta, es, en cierto sentido, un acto que ya fue llevado a cabo antes de que uno llegue al escenario. Por ende, el género es un acto que ya estuvo ensayado, muy parecido a un libreto que sobrevive a los actores (...) pero que requiere actores individuales para ser actualizado y reproducido (...) como realidad (Butler, 1998, pp. 306-307).

Para Butler (1998) una acción social requiere una performance repetida. Esta repetición es a la vez reactuación de un conjunto de significados ya socialmente establecidos que se van legitimando en el tiempo con el propósito estratégico de mantener al género dentro de un marco binario femenino/masculino.

Granados Cosme, Hernández Ramírez y Olvera Muñoz (2017) consideran que el género representa una actuación que se asigna con un sistema de reconocimientos y sanciones sociales, siendo una representación de las exigencias sociales. Para los autores, la incorporación del género requiere del aprendizaje de las prescripciones y proscripciones que integran la normatividad del género, las que son impuestas mediante instancias disciplinarias que saturan al cuerpo de normas para la “correcta” representación del género a través de la adopción de estereotipos y roles. Así, “los actos performativos expresan el apego a la normativa de género, marcan el cuerpo por la aspiración de ser aceptado o por el temor a la exclusión. En esta

performatividad, el sujeto nunca es dueño de su género, sino que se ve obligado a ‘actuar’ el género que le imponen” (Granados Cosme et al. 2017, p. 639).

Lo planteado, nos permite pensar que la activación de procesos de construcción de conocimientos y de aprendizajes sobre SECA realizados y demandados por mujeres con la finalidad de sostener intergeneracionalmente la provisión de cuidados y la realización de prácticas orientadas a mantener o restituir la salud de los demás, pone en evidencia cierto carácter performativo de esos conocimientos y aprendizajes.

Al respecto, Angelino (2014, p. 47) considera que “el cuidado, por sí mismo, es un medium performativo que anuncia una de las dimensiones de nuevos tipos de relaciones sociales”. En su estudio sobre mujeres, cuidados y discapacidad, advierte que las mujeres que cuidan ancladas en el registro de la maternidad, no expresan un actuar aislado de cualquier lógica, sino que en su cotidianeidad y su reiteración podría residir su carácter performativo. En este sentido, la autora reconoce que la performatividad de los discursos biologizantes de la discapacidad y la performatividad de los discursos esencialistas de lo materno femenino, configuran una malla densa en la que muchas mujeres construyen sus vidas cotidianas, y que las fija en una posición que perpetúa el papel de “mujeres- madres- responsables-del-cuidado” (Angelino, 2014, p. 193).

En este escenario, consideramos que se hace posible pensar cómo el papel de la mujer en su rol de enseñante y también de aprendiz sobre cuestiones de SECA, se incorpora en tanto acto de género repetitivo y sostenido desde la infancia, apareciendo la incorporación de disciplinamientos y prescripciones sobre el cuidar a otros y cuidarse que se incorporan en la normatividad del género femenino a través de la adopción de roles.

(...) muchas cosas las *aprendí mirándolas* en mi casa, que *soy la única hermana mujer* (...) cuando yo *estaba por menstruar mi mamá me dice que me iba a pasar tal cosa y que me debía higienizar* (...) *me dio el elemento escueto*, pero nada más (...) en mi casa se hablaba con el nombre correspondiente, si bien no decían vagina, sí decían pene (...) (MC2. B. 64 años. 2 hijos. RHGC- Docente de nivel medio. BC. LH).

El testimonio consignado aparece como paradigmático de un aprendizaje performativo sobre SECA. Nótese la información acotada sobre la experiencia biológica de la menstruación, y la impronta de un mensaje centrado en el cuidado de la higiene personal. Un relato que explicita el sentido de responsabilidad inculcado/asumido/ naturalizado por la entrevistada por el “hecho de ser la única hija mujer”. El testimonio agrega un escenario doméstico en el que “se hablaba con los nombres correspondientes”, donde “no se mencionaba la palabra vagina, pero sí pene”. Nuevamente el relato naturaliza que el hecho de hablar con las palabras correspondientes significa mencionar solamente al órgano masculino, no pudiendo la entrevistada tensionar el silenciamiento a la denominación del órgano femenino, lo que lo niega en su entidad existente. Aparece la enseñanza de cuidados a la mujer en un clima de hermetismo y disciplinamiento del cuerpo. Se percibe una crianza diferenciada a la mujer, basada en el discurso de la higiene, el aprendizaje de los cuidados, desde mandatos de control del cuerpo y la inculcación de una responsabilidad femenina (Llona, 2007).

Testimonios como los consignados nos conducen a pensar en esa cadena intergeneracional de enseñanzas y aprendizajes, en donde las mujeres van asumiéndose como las responsables de enseñar y aprender determinadas cuestiones con la finalidad de cuidar y atender en relación a la salud. A partir de lo considerado, cuando pensamos en el carácter performativo de esas enseñanzas y aprendizajes nos referimos a algo que produce un efecto por el hecho de ser enunciado (ej. quién enseña sobre SECA, a quién dirige esas enseñanzas, es decir quien

aprende, sobre qué contenidos y temas puntuales), teniendo esa expresión, esos contenidos, la capacidad de convertirse en acción, de ser incorporados como precepto a los que se ajustan las prácticas de SECA como actos de género. Butler (1998) plantea que la performatividad reitera una norma o conjunto de normas y tiene sentido en tanto que provoca consecuencias. Atendiendo a ello, pensamos en el carácter efectista de esos aprendizajes, cuando sus resultados se expresan en prácticas concretas que se instauran tal y como fueron enseñadas, con consecuencias y comportamientos reales, y un efecto significativo en la realidad de vida de las mujeres, encarnándose y visibilizándose desde el mandato de género que expresa “las mujeres son las que cuidan”.

En este escenario, interesa volver al planteo de Butler, del que Angelino también se hace eco, para pensar en la dinamización de performances posibilitadoras de otros actos de género. Desde estas apuestas Angelino (2014) identifica el poder de agencia de las mujeres que cuidan, entendiendo que cotidianamente transforman la vida de sus hijos y la propia, advirtiéndose cómo esas prácticas de cuidado podrían funcionar como espacios de performance transformadora posibilitando el surgimiento de disputas de sentido, performar corrigiendo esas pretensiones de determinación que los discursos e ideologías de género han instaurado en torno a la maternidad y la discapacidad.

En consonancia con ello, pensamos desde este estudio acerca de cómo promover performances subversivas de prácticas de SECA, que supongan oposiciones y resistencias para transformar las formas de cuidar naturalizadas, ejerciendo nuevas maneras y posibilidades, que impliquen rupturas para transformar el género y sus actos/prácticas y procesos de SECA naturalizados. Como ejercicio incipiente se piensa en mujeres que, en el quehacer de la crianza promuevan procesos de enseñanzas sobre prácticas de SECA simultáneamente con hijos e hijas; mujeres que no cuidan solas sino que colectivizan sus experiencias de cuidados con otras y desde ahí integran, convocan y demandan en pos de reformas de cuidados que apelen a políticas públicas, que se reúnan en movimientos sociales de pacientes/consultantes que demandan por distintas cuestiones a los servicios de atención de la salud; así como también pensamos en mujeres que comparten tareas de cuidados con sus compañeros varones que van asumiendo papeles más activos en relación a prácticas de SECA en los tiempos que corren.

Prácticas familiares de SECA basadas en el encuentro con otras mujeres

Al igual que en relación a prácticas personales, se advirtió que las mujeres de ambos grupos ofrecen testimonios que dan cuenta de prácticas de SECA a partir de recurrir a otras mujeres para sanar, curar o iniciar procesos de atención a miembros de sus familias, tanto para orientarlas a efectores populares como institucionales.

(...) *Mi mamá es casi enfermera* porque estudió enfermería (...) 2 años, pero trabaja cuidando abuelos hace más de 20 años, ella sabe ponerte inyecciones (...) *ella sabe todo* (...) *yo la llamo y ahí no más me dice si tengo que ir al médico, si no tengo que ir, o qué solución tengo que darle, todo el tiempo* (...) (MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

(...) *mi suegra me ayuda con los chicos, cuando se me enferman, me acompaña* (...) *ella era enfermera, está jubilada, ahora ella me ha enseñado sobre la salud, que no les dé tanto ibuprofeno que les va a dar taquicardia, yo eso no lo sabía, o de curarla así, ponerle un trapo en el pecho que se le va a pasar, para la tos, un pañito calentito, cosas así* (...) *me da muchos consejos siempre* (...) (MC1. T. 30 años. 3 hijos. RHGC-TCC.BJN. RC).

(...) todas esas recetas que siempre se comparten entre mamás, la cebolla adentro de una olla con el vapor es mejor que el nebulizador (...) después tenía una amiga en Salta que ya había pasado ella lo de la pandemia, entonces nos decía “no tomen medicación, no se automediquen” y (...) nos tiraba esto de hacer vahos de eucalipto (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

(...) mi mamá cura la ojeadura (...) a mí me lo enseñó (una) tía (...) (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) mi mamá que me ha dicho “tenés que hacer esto con los nenes” o “tenés que hacer aquello”, yo cuando tuve mi primer hija, tenía 17 años, no entendía nada (...) me largué a llorar cuando se le cortó el pupo porque yo pensaba que yo le había hecho mal, y ella me decía “no, es normal hija (...) pupito se cae porque se tiene que formar bien” (...) o la veía paspada y me decía “ponele esta cremita” (...) (...) mi mamá siempre es la que estuvo (...) yo tengo problema y recurro a mi mamá (...) o a mi hermana más grande que siempre tuve más afinidad (MC1.M.31 Años. 4 hijos. RHGC-TCP- TCC. BJN.RC)

Weingast (2021) considera que, en lo cotidiano, los grupos domésticos establecen vínculos con vecinas, vecinos, parientes y amigos que ante situaciones específicas se constituyen en relaciones sociales que ofrecen intercambios informales de ayuda mutua y de apoyo emocional. Se trata de redes sociales, entendidas como aquellas que expresan interacciones en situaciones de intercambios no institucionalizados y que permiten hacer frente a problemas. Las redes sociales se caracterizan por condiciones como la cercanía física, la confianza, la reciprocidad en el dar y recibir de quienes participan.

Así como se identifican prácticas personales basadas en el hecho de contactar a otras mujeres para abordar cuestiones de SECA, también se halla este rasgo en relación a prácticas de SECA familiares, como un primer eslabón de una cadena de acciones de SECA. Tal como hemos analizado en capítulos precedentes, se dinamiza aquí un cúmulo de aprendizajes y conocimientos que circulan entre estas mujeres que se enseñan, que aprenden, y que, a partir de los saberes contruidos desde el contacto con otras mujeres, ponen en acto en sus prácticas de SECA.

Prácticas familiares de SECA como dispositivo de reflexión/acción

Se reúnen aquí testimonios de las mujeres de ambos grupos sociales que refieren a quehaceres cotidianos de cuidado, atención y asistencia que ellas activan desde la reflexión en tanto instancia de pensamiento atento y detenido sobre sus procesos de SECA. Ejercicio que propende a la mantención o restablecimiento de la salud y bienestar de sus hijos e hijas.

(...) mi hija es celíaca y cuando (...) se le diagnosticó mi compañero dijo “vamos a Córdoba” (...) yo tengo una historia de niña (...) tengo un hipotiroidismo, entonces mi mamá (...) *cuándo yo era chica (...) me llevó a todos los médicos, médicos (...) yo agotada, entonces por mi hija (...) empecé a estudiar (...) a interiorizarme (...) no es nada grave, es tratable, así que nos tranquilizamos (...) hoy por hoy así, una dieta sin gluten y está re bien, siempre tomándolo como aprendizaje (...) es depende de cómo se mire la cosa (...)* (MC2. N. 42 años, 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

(...) los cuido del frío (...) tenés que estar pendiente, porque él juega mucho, está todo el día activo y transpira mucho entonces se saca la ropa, se desabriga (...) tenés que ir buscarle pantalón corto por ahí si vos no estás atenta sale descalzo y agarra frío (...) (MC1. J.26 años. 4 hijos. RHGC-TCC. VLC. RC).

(...) Yo quiero que estén bien y bueno uno porque ama a sus hijos, yo lo llevo a todos los controles y yo le pongo todas las vacunas y lo veo que, si tiene fiebre, no duermo y le hago todos los pañitos, le doy el remedio y si veo que no mejora salgo a cualquier hora (...) (MC1. S. 28 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

Se identifican prácticas como llevarlos a controles pediátricos, vigilar la periodicidad de las vacunaciones por edad, atender a su alimentación, vestimenta acorde al clima, depositar un miramiento y actitud de vigilancia pendiente hacia ellos/ellas, sus necesidades, su salud/bienestar, su enfermedad/malestar, y en consecuencia proveerles atención y cuidados acordes a sus requerimientos, suministrarles las medicaciones pertinentes a los tratamientos que se realicen, llevarlos ante la inmediatez de una urgencia a una guardia médica en una institución de salud que provea atención, entre otras.

Los testimonios dan cuenta de poner en acción todo un dispositivo reflexivo intencionado y focalizado en torno a sus hijos/hijas como seres integrales a los que se les busca procurar bienestar, captando sus estados y viviendo en advertencia respecto de ellos/ellas. Weingast (2021, p. 89) reconoce que existen “modos propios de actuar” que expresan estrategias curativas y preventivas de acción familiar junto con itinerarios de atención que se desarrollan. Plantea que la descripción de lo que se realiza ante el reconocimiento de los primeros signos de enfermedad, permite visibilizar las formas de actuar antes, durante y después de la consulta con un profesional. Pero también va mostrando cómo, en el cotidiano, las prácticas curativas biomédicas van adquiriendo autonomía propia, utilizándose en situaciones que se interpretan como similares, en las que se las resignifica y recrea, en relación a sus usos, los que no siempre resultan acordes con lo prescripto por la medicina oficial.

(para que ellos sigan estando sanos) lo que hago es cuidarlos, acompañarlos, llevarlos a los controles. Con T (...) estamos ahí al pendiente a ver si tiene algo (...) a ella la internaban cada tres meses (...) por el tema de la tiroides, porque tenía las defensas bajas y se agarraba cualquier peste (...) (MC1. T.30 años. 3 hijos. RHGC- TCC.BJN. RC).

Lo común que expresan los relatos de las mujeres de ambos grupos sociales que se encuentran al cuidado de hijos e hijas en distintas etapas del ciclo vital es un miramiento intencionado, a cómo están viviendo y desenvolviéndose en su presente. Se advierte un posicionamiento reflexivo sobre las situaciones en que estos están inmersos, las que indicarán, de acuerdo a su mirada de las situaciones que acontecen, si actuar y cómo hacerlo, pensar en a quien recurrir y cómo, capitalizando y resignificando experiencias anteriores vividas que permiten afrontar las situaciones presentes.

(...) lo que me fijo (...) cómo les enseño a mis hijos a alimentarse (...) enseñarles a ellos a comer más saludable (...) no consumimos gaseosas, azúcar (...) tienen ese hábito de tomar agua, hacen ejercicio, van a fútbol (...) (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

(para que mis hijos sigan estando sanos y no se enfermen) trato de que coman, que tengan una rutina, en el horario de las comidas trato de que incorporen algo bueno,

siempre hay comida, fruta, verdura, carne, pan, leche, toman leche todos los días (...) trato de pensar y tener una alimentación sana, y de implementar cosas dentro de la rutina (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

Las madres expresan que esos cuidados muchas veces se traducen en un miramiento sostenido (me fijo), en enseñanzas como formas de instruir, educar y formar, preparando a sus hijos e hijas para la vida, explicándoles situaciones, mostrando lo que implican, dando advertencias sobre el riesgo de determinadas conductas, del descuido, la no preservación, y la necesidad de incorporar hábitos y comportamientos que preserven su bienestar y promuevan su salud. Se infiere que, con ello, la finalidad está en que ellos lo aprendan, lo incorporen como hábito o costumbre.

(para mantener la salud de ellos) les enseño sobre su alimentación, hábitos, cómo lavarse los dientes (...) que sean limpios, ordenados (...) mientras (...) ellos estén sanos, es lo más importante, pero (...) no solamente lo físico, en la emocional, siempre les pregunto cómo están, por ejemplo, hoy salieron de la escuela y yo les pregunto “cómo les fue” “¿qué hicieron?” “¿están bien?” “¿les pasa algo?” “¿necesitan algo?” “¿me quieren contar algo?”. Yo estoy separada del papá de ellos y siempre que ellos vuelven de la casa del padre yo les pregunto “¿cómo se sintieron?” “¿estuvieron bien?”, cuido mucho esa parte de su cabeza (...) los cuido mucho, por ahí es difícil por la edad que tienen, porque por ejemplo yo les digo abríguense, y no se quieren abrigar (...) (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

Algunas mujeres insisten en la idea de cuidar integralmente la salud de sus hijos/hijas, y aluden a contemplar el plano psicoemocional y afectivo. Expresan recurrir al diálogo como fuente de intercambio con ellos, a las preguntas por sus vivencias, situaciones, estados anímicos. El indagar desde el interés por lo que les sucede puede revelar un conocimiento clave para orientar las prácticas de cuidado consecuentes.

Prácticas familiares de SECA basadas en el pragmatismo

Así como algunas mujeres dan cuenta de un ejercicio de prácticas reflexivas sobre SECA, intencionadas y orientadas con claridad por ellas en un plano familiar, otras manifiestan no haber pensado con anterioridad en torno a ello:

Para que mis hijos se mantengan sanos, ¿qué hago? No sé... no me doy cuenta... ¿que se yo? no sé... la comida la hago, lo mismo, pero no es que pienso en la salud, porque no me dan mucha bola con la comida, vos me dijeras que te doy una alimentación saludable, pero no, les doy “una alimentación”, las vacunas, las visitas” al médico, sí eso (...) sí, sí, sí, ¿pero después a ver qué otra cosa hago? hago que hagan actividad, que no tengan sedentarismo (...) (MC2. J. 41 años, 2 hijos, administrativa. BB.RC).

En consonancia con el hecho de que algunas mujeres expresan no pensar en qué hacen por su propia salud en el plano personal, se advierte cómo para algunas el accionar cotidiano frente a la demanda de cuidados que va presentándose, propicia que ellas “vayan haciendo”, en una especie de piloto automático cargado de pragmatismo resolutivo que las aleja de una instancia más reflexiva de su quehacer. Si bien los testimonios surgen en mujeres de clase media, esta realidad puede pensarse también para mujeres en situación de pobreza.

La idea de lo *pragmático* intenta aquí dar cuenta de un carácter que privilegia la solución a los problemas desde estrategias de acción que intentan ser eficientes frente a lo que se presenta aquí y ahora. Las preguntas *¿porque hago lo que hago? o ¿para qué lo hago? ¿frente a qué?* parecen estar ausentes en algunas mujeres que, probablemente en la vorágine de sus días no encuentran marco para esas reflexiones y que, parecen encontrarlo en la instancia del diálogo en la entrevista del presente estudio, como posibilidad de pensarse y poner en tensión sus quehaceres de SECA. Se permite así, hacer conscientes prácticas que en muchos casos permanecen invisibilizadas por ellas mismas.

Prácticas familiares de SECA en torno al uso de medicación

Esta categoría reúne aquellos testimonios en los que las mujeres han manifestado prácticas frente al malestar que activan -o no- usos y costumbres en torno al consumo de fármacos empleados en sus prácticas de sanar/curar (personales y familiares). En este sentido pudo reconocerse:

Mujeres provistas de medicación

Se identificó una práctica vinculada al acopio de fármacos que mujeres de ambos grupos sociales han ido realizando a través del tiempo y que las encuentra con medicaciones disponibles para afrontar situaciones cuando reconocen síntomas de malestar y enfermedad de sus hijas/hijos, así como de demás familiares, convivientes, y vecinos y vecinas.

(...) en la heladera tengo una farmacia ¡de todo tengo! (...) ibuprofeno, dipirona, budesonide, salutamol, fruticort, fruticasona, difedrinamida, betametasona (...) son cosas que sé cuándo las tengo que usar, cómo las tengo que usar (...) (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

(...) tengo una farmacia armada acá en mi casa (...) todos los remedios que bajan la fiebre, siempre tuve (...) creo que una sola vez tuve que salir a las 3:00 de la mañana a buscar un antifebril y nunca más (...) en el botiquín a dónde vaya, a la sierra llevo el botiquín con Pervinox, curita, me parece importante si estás en la sierra tener un analgésico, un corticoide por si les pica un bicho, he ido de vacaciones con antibióticos que nunca use por las dudas. (MC2. V. 42. 3 hijos. RHGC- Comunicadora Social, BBN.RC).

Los testimonios de mujeres de ambos grupos, dan cuenta de que ellas cuentan con una especie de proveeduría, resultante de un acopio de medicaciones, que parece ofrecerles cierto reaseguro frente a un eventual escenario de enfermedad. Sus usos y costumbres en relación con ello parecen tranquilizarlas en tanto les ofrece la sensación de cierto control frente a episodios de salud de sus seres queridos. Aparece la idea de anticipo ante los peligros que asolan con la enfermedad y el malestar. Una de las entrevistadas alude a eventos en los que de imprevisto tuvo que salir a adquirir algún tipo de fármacos, agregando que no quisiera vivenciar eso nuevamente.

Por otro lado, los testimonios dan cuenta que las mujeres, al reflexionar sobre el uso y consumo de dichos medicamentos, expresan haber construido cierto conocimiento específico en torno a la farmacología que disponen y en qué casos o situaciones emplearlos (*“son cosas que sé cuándo las tengo que usar, cómo las tengo que usar”*). La anticipación parece ser el factor propulsor de la estrategia de abastecerse de medicación como recurso para evitar un daño mayor

y generar un cambio favorable la salud. Sin embargo, esa anticipación no se enlaza necesariamente a la consulta médica por el cuadro y la medicación disponible, sino que se resignifica la información sobre indicaciones médicas pasadas ante nuevos escenarios.

Mujeres anticipadoras de la consulta médica para acceder a medicación

La idea de anticipación sustenta estas prácticas, que en búsqueda de la restitución de la salud antes que se instale la enfermedad, el daño o malestar, buscan acceder a la consulta con un profesional que indique qué hacer.

(...) tengo esa idea de que (a la salud) hay que cuidarla o ir al médico a tiempo, que nada te sorprenda, ya sabes a quién lo vas a llevar, cómo le vas a hablar al médico (...) Mi hija mayor tuvo una infección urinaria y nos fuimos a Uruguay y viste que por ahí son distintos los remedios, unos días antes le pregunté al médico que le tenía que dar si le seguía doliendo, cómo que me gusta tener previsto anticiparme, qué tengo que hacer si sucede tal o cual cosa (...) (MC2. V. 42. 3 hijos. RHGC- Comunicadora Social, BBN.RC).

(...) siempre estuve cuando mis hijos eran chicos, muy, muy presente, (...) llegaba el jueves o viernes y yo veía que estaban mal y que venía el fin de semana entonces yo ese día lo llevaba al médico, no me arriesgaba al fin de semana, entonces con fiebre, con moco, con dolores de oído, nos íbamos de vacaciones, entonces yo lo llevaba cómo para ver cómo estaban, para evitar cosas (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaria Administrativa. BB.RC).

Las mujeres aluden a la posibilidad de viajar y de que, en ese contexto emerja una eventualidad, para lo cual comentan el haber efectuado una consulta médica previa para viajar provistos de medicación que podrían necesitar como recaudo.

(...) siempre que voy al dispensario le pido al doctor las gotas de los oídos, siempre he tenido porque a mis hijos siempre le duelen los oídos (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC)

(cuando ellos se enferman) los llevo al dispensario (...) la pediatra (...) que está ahora (...) es buenísima, pero (...) yo la he tenido con fiebre, con la garganta, y uno por ahí, te da ibuprofeno, pero el ibuprofeno es para fiebre, no es para la garganta, no te da antibiótico, nada (...) (MC1. N.36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC).

En el grupo de mujeres en situación de pobreza se reconoció que muchas de ellas demandan o esperan que los profesionales de los CAPS de sus barrios les entreguen medicación acorde al cuadro puntual por el que suelen transitar sus hijos e hijas. En este grupo social, es habitual que las instituciones de salud sean las proveedoras de medicación, por lo cual se constituyen en los espacios donde se los solicita y se dispensan, acompañados de prescripciones médicas donde se detallan dosificaciones, horarios y pautas de tratamiento con esos fármacos.

Mientras que, las mujeres de clase media, aluden a consultas con los profesionales que les permiten, a partir de prescripciones, adquirirlas en farmacias, y referenciar de esa manera como se conforman sus botiquines con determinadas medicaciones.

Mujeres que realizan prácticas de automedicación

Las mujeres de ambos grupos señalan la práctica de adquirir en farmacias remedios como antiinflamatorios, analgésicos, protectores hepáticos, entre otros, que no requieren de prescripción médica para su compra (no obstante, estar estos autorizados para su venta bajo receta por el ANMAT -Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de Argentina-).

(...) o por ahí cuando compro en la farmacia, sé comprar 'Tafirol' para el dolor de cabeza, compro 'Actron' (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

(...) yo tomo la 'Milanta' porque si tomo mate con pan me agarra la acidez (...) o el 'Sertal' para el hígado (...) (MC1. B. 64 años, 5 hijos, IM.RC).

(...) por el tema de las cervicales soy muy de ir a la farmacia, o sea, me automedico (...) cómo que una más o menos sabe lo que tiene (...) (A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

(...) yo más que un Ibupirac o un Tafirol (...) más que eso un Sertal esas cosas, sino no, antibiótico no (...) (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

Linardeli y Anzorena (2021) reflexionando sobre experiencias de mujeres migrantes que relatan prácticas de cuidados cotidianos a la salud, advierten que las mujeres refieren a haber aprendido a hacer uso de la automedicación asistiendo al centro de salud, lo que emerge como una opción para reemplazar el tener que acudir a la salita, lo que se reserva para el tratamiento de ciertas dolencias y circunstancias.

Menéndez (2003, p.199) considera “la automedicación como la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello”. Para el autor esta práctica no refiere sólo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la industria farmacéutica, sino a todas las sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etc.), y actividades (cataplasmas, ventosas, masajes, etc.), usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres. El planteo del autor, nos remite a considerar una de las categorías analizadas en el capítulo precedente en torno a la creencia en la marihuana y las tintas de flores -herboristería-, especialmente reconocida en mujeres en situación de clase media como práctica de autoatención, vinculada a la búsqueda del restablecimiento de la propia salud psicoemocional, pero también como paliativo frente al dolor.

(...) consumía marihuana para poder descansar y para la relajación (...) bajar esos niveles de ansiedad, (...) salir de la preocupación (...) Después otro recurso, fueron (...) las tintas, se hacen con flores (...) te las dan en un frasquito y vos las podés tomar (...) por ejemplo insomnio dolores de panza, ataques de pánico, ansiedad, depresión (...) en algún momento me relajaba, pero (...) mi nivel de ansiedad era (...) para un fármaco. (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

Fournier y Brutus (2018) entienden que la automedicación consiste en la utilización de uno o más medicamentos sin la intervención de un médico ni, necesariamente, el consejo de un farmacéutico, con el objetivo de cuidarse de forma autónoma. Representando una práctica extremadamente frecuente que concierne a un 50 y 75% de la población.

En el capítulo precedente, analizábamos cómo, en mujeres en situación de clase media es habitual la creencia en los psicofármacos, de lo que se deriva la práctica de su consumo. Destacábamos que, en Argentina, los psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) consisten en una de las sustancias de mayor consumo (Maffia et al., 2011). Vinculado con ello, Stolkiner y Ardila Gómez (2012) consideran que la medicalización de la vida tiene particular desarrollo en el campo de la Salud Mental, donde procesos inherentes a la vida misma -malestares, padecimientos, singularidades- que escapan de las normas son nominados como enfermedades y frecuentemente sometidos a “cura” farmacológica.

Mujeres que comparten medicación con otras mujeres

Pudo reconocerse en el grupo de mujeres en situación de pobreza, una realidad de cooperación y de auxilio en momentos donde se requiere abordar con inmediatez una situación de enfermedad que requiere de atención inmediata.

(...) *“yo con las chicas que viven acá al lado... ¿no tenés algo para los oídos?, ¿no tenés alcohol?, ¿... gotas para el estómago?”*. (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC).

(...) me ha llamado a las 2 de la mañana mi cuñada “¿no tenés algo para la fiebre?” porque siempre van al ibuprofeno, Gripidol, al jarabe (...) (MC1. N. 36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC)

Cuando un determinado cuadro de enfermedad conduce a revisar sobre las opciones medicinales disponibles y se advierte que no se dispone de las mismas, las mujeres recurren a familiares y vecinas para afrontar dicha situación. Analizábamos anteriormente las redes sociales, como redes de apoyo que dada la cercanía física, la confianza y la reciprocidad propician intercambios, “a través de las redes circulan y se intercambian bienes materiales (incluido dinero), servicios (cuidado de niños/as, ancianos/as, alojamiento, etc.), información, conocimientos, apoyo emocional (compañía, consejos)” (Weingast, 2021, p.78).

Mujeres en contra de la automedicación

Se identificaron testimonios de mujeres que expresan posicionarse en contra de la automedicación.

(...) los remedios que uno compra (...) algunos son buenos y otros no tanto (...) *por ahí si tomas un antibiótico te cortan la infección, pero te hacen mal al estómago, te agarra diarrea (...) a mí me hacen mal al estómago los antibióticos* (...). (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC -RCC-Cría de animales. BIM.RC).

(...) *siempre gracias a Dios tuve chicos sanos, nunca les di antibiótico por mi cuenta y nunca tomé antibióticos por mi cuenta* (...) (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

(...) no tengo botiquín familiar o remedios (...) si alguno tiene fiebre o le duele algo (...) siempre uso lo básico (...) el ibuprofeno (...) si están con la garganta roja ahí lo llevó a la salita y *que le den el antibiótico que corresponda, no los automedico yo* (...) (MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSR.RC).

(...) yo de mí no puedo tomar medicamentos, me da asco, no los tolero, yo me recupero a medida que van pasando los días. Yo (...) *no soy de meterle medicamentos (...) me recupero así, a medida que van pasando los días, pasan las noches así* (...) (MC1. G. 22 años, 1 hija, IM.RC).

Este grupo de mujeres explicitan su posicionamiento de no estar de acuerdo en medicarse sin la indicación previa de un profesional. Manifiestan desconfianza en la efectividad de los fármacos, expresan que éstos les generan malestar, así como un efecto secundario patológico que los mismos pueden desencadenar. Dan cuenta de su creencia en el transitar la enfermedad para llegar luego a restablecerse, en el poder restaurador del organismo, cuyo sustento es aquel principio de la antigua medicina grecorromana de la “*vis medicatrix naturae*” que refiere al poder curador, restaurador de la naturaleza (Juárez, 2015 p.75; Saforcada, 2001, p.71).

Prácticas familiares de SECA diferenciadas identificadas en mujeres de clase media

Se analiza a continuación una práctica de cuidado que se identificó propiamente en el grupo de mujeres de clase media.

Prácticas familiares de SECA con hijas e hijos con padecimiento subjetivo

Así como en mujeres en situación de pobreza se reconocen cuidados predominantemente centrados en las infancias, en mujeres de clase media puede reconocerse la provisión de cuidados a hijos e hijas preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes, algunos de los cuales se hallaban transitando problemáticas inherentes al plano mental de la salud dando cuenta de padecimientos subjetivos.

(...) ahora con esto de mi papá (se refiere a la muerte de su padre) mi hija pidió una psicóloga, así que está yendo a terapia (...) *nosotros le preguntamos si quería*, primero dijo que no (...) y a los días después (...) a mí me dijo “sí mami quiero”. Así que empezó y viene bien, está bien, con eso siempre *estoy muy atenta, los dos con mi marido estamos muy atentos a lo que es salud mental y emocional, tratar de (...) por ese lado, de hablar mucho (...) es importante* (...) (MC2. N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-AL-fabetizadora. BC. LH).

(...) mi hijo mayor (...) tiene un trastorno obsesivo compulsivo (...) tiene fijaciones con determinadas cosas (...) rechaza la medicación, entonces *es complicado* (...) *cuando es el caso de una enfermedad mental o trastorno es más difícil* (...) *(como madre lo he acompañado con) atención médica desde hace 15 años* (...) *hace mucho tiempo que estoy pidiendo un diagnóstico correcto y nadie se pone de acuerdo* (...) ¿y yo que hago? medio que me cansé de escuchar médicos (...) *me gusta más el trabajo que hace el psicólogo*, el médico no hace más que entregar un medicamento y *es fundamental la conversación con él* (...) *conversar sus miedos, sus inconvenientes, sus problemas e incentivarlos* (...) *el apoyo es muy bueno y yo tengo una comunicación fluida siempre con los psicólogos que han atendido a mi hijo* (...) (MC2. B. 64 años, 2 hijos. RHGC-docente nivel medio, BCLH.LH).

Los relatos refieren a realidades frente a las cuales estas mujeres desarrollan prácticas de cuidados que buscan el acompañamiento y sostén a la salud mental de los hijos e hijas. Vinculado con ello, Fernández (2025) realiza un estudio en el que describe y analiza experiencias de familiares de personas con problemáticas de salud mental. La autora plantea que en el marco de la transformación de la atención psiquiátrica ocurrida en los últimos cincuenta años, se produjo una transición en el cuidado de personas con problemáticas de salud mental que implicó el pasaje de sistemas formales de cuidado a sistemas informales, caracterizados por ser provistos generalmente por familiares y de forma voluntaria.

(...) (mi hija) desde su 4 años para mí es una preocupación porque ella desde siempre estuvo haciéndole frente a la obesidad (...) un episodio marcó un antes y un después fue el tenerla internada durante todo agosto de 2018 en un (...) neuropsiquiátrico (...) hay que pasar por eso para darse cuenta cuánto importa la vida y la salud de los hijos (suspira) (...) (la psicóloga me dijo) “la depresión y la ansiedad, más el trastorno alimentario hacen una bola qué la lleva a no tener rumbo” (...) en dos meses venía tomando 9 medicamentos, cuando la psiquiatra nos propone la internación (...) tenía que estar sumamente controlada, vigilada, una semana lo hicimos nosotros tres, de turnarnos hasta darle la medicación cuando iba la universidad yo tenía el contacto de su amiga, iba comunicándome por si necesitaba algo (...) y no pasó nada, entonces (...) nos dijo de internarla (...) en lugar de 9 terminó con 12, entonces sale de ahí, donde estuvo bien unos 10- 15 días y empezó a estar mal otra vez; entonces (...) fuimos a otro Centro Médico (...) llegamos ahí y lentamente le fueron reduciendo la medicación (...) empezó con otro psicólogo (...) gracias a Dios enganchó re bien con el psicólogo (...) están haciendo videollamadas cada 15 días (...) control psiquiátrico permanente y está con dos medicaciones nada más (...) pero gracias a Dios todo el año pasado y lo que va de este lo supero, lo supero (...) (MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH-Docente Universitaria. BN.RC).

(...) mi hijo N (...) tiene sus idas y venidas con su estados anímicos, tiene que ver con un tratamiento psiquiátrico que hace y la vez pasada lo dejó y se vino abajo porque necesita su famosa “serotonina” (...) la vez pasada me llamo (...) se me largo a llorar, me di cuenta al toque que estaba hecho bolsa (...) me dijo “quisiera que vengas”, así que fui al día siguiente, estuve 1 semana, le hizo bien a él me hizo bien a mí (...) me parece que le lleve tranquilidad (...) esos días estuvo con compañía, volvía del trabajo y tenía alguien con quien hablar (...) yo tengo más comprensión, porque no lo juzgo, lo entiendo, le digo que puede hacer, cómo tiene que hacer (...) hay una glándula que no le produce esa cantidad de serotonina qué es la que necesita, qué es la que te levante la autoestima, que te da la alegría (...) él se viene abajo al punto de pensar que no se merece el sueldo que le pagan, que no se merece tener los amigos que tiene, él se siente lo peor, esos son los planteos que él hace cuando está en ese estado (...) Esa madrugada (...) me mandó un mensaje y me dijo “que bien que me hizo charlar” (...) yo me quedé toda una semana y a los dos días de que yo estaba ahí él me dijo “es increíble lo que he cambiado”, eso estuvo genial, a mí me encantó (...) (MC2.B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular- Jubilada. BC.RC).

En sus testimonios las madres relatan diversas problemáticas de salud mental que recalcan en la vida de sus hijos e hijas y las colocan como proveedoras de cuidados y acompañantes de sus procesos. En esta práctica enuncian la escucha, el diálogo, la vigilancia a sus estados de salud emocional y psíquica, la búsqueda de respuestas y de atención profesional, la preocupación en la construcción diagnóstica, así como en los procesos de tratamientos implementados, la vigilancia respecto de los consumos de medicación prescritos, sus valoraciones en torno a

las intervenciones de los profesionales de la salud, la importancia de otros familiares y amigos para sostener estas prácticas de cuidados, así como lo complejo y doloroso que han vivido en estas experiencias. En consonancia con ello, el estudio de Fernández (2025) advierte entre las categorías relevadas que, en la provisión de cuidados los familiares deben enfrentar la desorganización de la vida cotidiana de la familia, el dolor que produce el diagnóstico, la falta de información para organizar y proveer cuidados, la soledad, la culpa, la preocupación por el futuro del familiar, la falta de apoyo profesional y el contacto con los servicios de salud mental, entre otras.

La autora considera que, si bien, distintos referentes y organismos nacionales e internacionales de salud han destacado la importancia de los cuidados familiares en la recuperación de personas con problemáticas de salud mental, las familias siguen siendo invisibilizadas para el sistema, lo que exige ser repensado dado que la provisión del cuidado genera un impacto en la salud de los familiares que debe ser atendido.

Prácticas basadas en creencias sobre SECA

Esta categoría remite a todas aquellas expresiones de las entrevistadas que dan cuenta de la realización de prácticas de SECA que se desprenden de creencias que identificamos en capítulos precedentes ligadas a corrientes espirituales religiosas, así como vinculadas a corrientes del New Age, o a la psicoterapia, y que ponen en acción mediante prácticas concretas para propender al mantenimiento y restablecimiento de la salud personal como familiar. Se trata de prácticas algunas de las cuales emergen como comunes a ambos grupos y otras diferenciadas, y que, manifiestan una intencionalidad concreta hacia el bienestar, un trabajo interior que parece producirles un recambio en su estado psicoemocional que se percibe como restaurador para su propia salud.

Vinculado con ello, para pensar la salud Saforcada (2013) considera entre sus dimensiones, a aquella que refiere a lo psíquico, espiritual y mental, como aquella inherente al plano interior del ser humano. Para el autor lo espiritual en la definición de salud refiere a aquello que surge en el ámbito humano por el contacto entre el psiquismo, la cultura y el interrogante existencial del ¿por qué vivimos? Para Saforcada lo espiritual trasciende lo religioso e implica todas las actitudes y comportamientos que favorecen las relaciones interpersonales, todo lo que promueve la vida y lo que alimenta la subjetividad y la trascendencia hacia horizontes cada vez más abiertos y abarcativos de aquello en que la vida se manifiesta. Atendiendo a ello para Saforcada (2013) lo que se relaciona con el espíritu y lo que lo activa resulta una de las vías más fértiles para trabajar en protección y promoción de la salud. Atendiendo a ello, consideramos la importancia de conocer, así como las creencias que sustentan las mujeres, las prácticas en relación a la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención.

Prácticas basadas en creencias comunes sobre SECA

En lo que sigue se analizan testimonios comunes a mujeres de ambos grupos que dan cuenta de la realización de prácticas espirituales sustentadas en creencias al catolicismo.

Prácticas basadas en creencias espirituales del catolicismo

Se advierten prácticas espirituales de mujeres de ambos grupos derivadas de su creencia en el catolicismo y sus santos.

(...) rezo, prendo velitas, le pido a la Virgen de San Nicolás a San Expedito (...) (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

(...) siempre le pido a Dios que estemos bien, por todos mis hijos, siempre le pido a Dios yo (MC1.36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC).

Se enuncian prácticas como prender velas u orar frente a imágenes que se veneran en espacios de los hogares preparados para tal fin. Prácticas que se despliegan frente a necesidades asociadas a la restitución de la propia salud o de familiares allegados

Prácticas basadas en creencias diferenciadas sobre SECA

A continuación, se desarrollan las categorías que aluden a prácticas basadas en creencias diferenciadas entre los grupos de mujeres.

Prácticas basadas en creencias espirituales evangélicas de mujeres en situación de pobreza

Se identificaron en mujeres en situación de pobreza, relatos en torno a prácticas en iglesias evangélicas sustentadas en la creencia a esta iglesia:

(...) estoy yendo a la iglesia 'Río de Dios, Jesús en Movimiento' (...) son reuniones que se hacen (...) *había ido para sanar el alma* (...) *y en esas reuniones es el paraíso para poder sanar el alma y poder corregir y (...) ayudar a otras personas* (...) *al lado nuestro estuvo un grupo de gente de la iglesia que nos ayudaba y nos contenía* (...) (MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSELH).

(...) *en el día a día* (...) *voy a la iglesia porque tengo reuniones en la iglesia los domingos, acá desde limpiar el salón, eh* (...) *durante la semana tengo reuniones de mujeres, después hay una "casa de luz" se llama, para la gente, para ayudar, todo eso* (...) (MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSELH).

(...) (mi hija) nació en Córdoba, acá no le daban posibilidades de vivir (...) *yo soy muy creyente de Dios y fui a la iglesia (Río de agua viva), porque van todos en mi casa* (...) *y yo pedí tanto por ella* (se refiere a su bebita) (...) a los 5 meses me vuelvo a Córdoba (...) para controlar el embarazo y me dicen "tengo una buena noticia, la hidrocefalia de tu bebé se paró (...) quedó ahí, no le creció más la cabeza (...) "vos sos creyente" - me dice- "sí yo voy a la iglesia", "muy bien lo que hiciste, porque mira esto es un milagro" (MC1.M.31 Años. 4 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC)

Se enuncia la práctica en iglesias o templos de culto, la fe expresada en la puesta en acto a través de la presencia y participación en ceremonias, así como en reuniones periódicas en esos espacios orientados a cultivar la fe, en grupos de oración, de diálogos u otros. Se valora de esas prácticas el encuentro grupal con otros que acompañan y sostienen para poder salir, sobrellevar o sanar situaciones de malestar y/o enfermedad personal o familiar, así como se da cuenta de haber constatado la efectividad de esas prácticas de culto a través de haber experimentado lo que una de las entrevistadas denomina como "milagro", en tanto suceso extraordinario no explicable por la naturaleza, al que se le atribuye fuentes de origen divino. Algunos de los testimonios aquí considerados, ya analizados en la dimensión de creencias, dan cuenta del ca-

rácter multi-referencial de los relatos relacionados a la impronta de la temática en estudio, en el sentido que simultáneamente expresan que las personas hacen lo que hacen porque creen en determinadas cuestiones.

Prácticas basadas en creencias en la psicoterapia de mujeres de clase media

En consonancia con la creencia en la psicología y la psicoterapia, analizada en el capítulo sobre creencias, las mujeres de clase media enuncian la práctica de la psicoterapia como frecuente, aquella que activan frente a situaciones de malestar psicoemocional para restituir su bienestar interior.

Para mantener mi salud (...) *voy al psicólogo* (se ríe) ... (MC2. I. 20 años. RH-Estudiante universitaria. BB.RC).

(para mantenerme sana) *hago terapia* (...) (MC2. N. 42 años, 1 hija. RHGC-GC-CP-Alfabetizadora. BC. LH).

(...) Muchas veces nos enfermamos por cuestiones emocionales. *En mi caso es muy importante ir a terapia, es un espacio mío donde puedo pensarme* (...) psicológicamente *empecé terapia acá y cada vez que me agarran pensamientos, pensamientos, pensamientos, aplico un poco lo que vemos en terapia* (...) *ahí nomás que siento algo voy*, y más con lo de la psicóloga que para mí es lo que peor me pone (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiante universitaria. BB).

(para mantenerme sana) *hago terapia, sigo en tratamiento* (...) *yo empecé terapia a los 18 años*, pero después he cortado (...) ya hace un tiempito que estoy con la misma psicóloga (...) y volví (...) en enero del 2021, porque a principios de enero mi papá se suicida entonces bueno, eso fue como un cimbronazo ahí para retomar (...) *me ayuda porque yo soy de maquinar mucho*, pensar y el pensar hacía que solo no pudiera dormir, por ejemplo, y él no dormir no es saludable, y al otro día estaba mal, cansada y se fue haciendo una bola (...) *ha habido sesiones que entró de una forma y salgo de otra, así 45°* (...) *y esas son las intermitencias que he tenido entonces lo que uno va aprendiendo tiene que aplicarlo* (...) (MC2.N. 42 años. 1 hija. RHGC-GCCP-Alfabetizadora. BC. LH).

Los relatos evidencian una práctica que se activa para proteger o restituir una salud psicoemocional que se ve afectada frente a determinados episodios de la vida cotidiana y que cada mujer pone en acto mediante la psicoterapia. Remiten a dar continuidad prolongada en el tiempo a sus tratamientos de psicoterapia, mencionan interrupciones, el retomar por períodos, pero dando cuenta que recurren a ella para restaurar malestar emocional, lo que les permite emplear luego lo aprendido poniendo en práctica en distintos espacios y escenarios de sus vidas.

Podríamos entender así a la práctica de la psicoterapia como aquella que promueve un trabajo activo en una dimensión espiritual de las personas al orientarse hacia una indagación profunda de su yo, desde el ejercicio de la introspección, el autoconocimiento, la búsqueda del sentido de la vida, la comprensión del sufrimiento, el trabajo interior y la transformación personal.

Prácticas basadas en creencias en el New Age de mujeres de clase media

Mujeres de clase media expresan que realizan prácticas derivadas de creencias en la meditación y distintas terapias alternativas.

(...) es mi energía, son mis momentos (...) yo toco la guitarra, canto (...) gracias a Dios tengo esas cosas de disfrutar de un rayo de sol, de ver los animales, me voy, irme con la mente es disfrutar, al cerrar los ojos disfruto de eso que me llega (...) bueno y eso te ayuda a sostener después lo que tenés que sostener en la vida (...) (MC1. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

(...) mi vieja y mis hermanas salen a caminar, mi vieja hace terapias ecológicas u otras alternativas, como Reiki biodecodificación, registros akáshicos (...) creo que han podido resolver muchos problemas, encontrar muchas respuestas a cosas que por ahí las tenían medio mal, o les ha dado alivio en algún sentido a resolver cuestiones que por ahí para ellas eran importantes. (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

(...) ir a caminar, de hacer reflexología, yo también en esto de la salud tomo todas las alternativas, terapias alternativas, yo todo lo que sume le veo un valor muy importante, (...) reiki, reflexología, "terapia de alma" para que te pongan energía, las gotitas Just (...) las velitas (...) (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

Este grupo de mujeres realizan, desde distintas creencias del New Age analizadas anteriormente, diferentes prácticas que pueden tomar forma de meditaciones, rituales, diversidad de ejercicios de liberación o sanación espiritual, prácticas que pueden suponer encuentros bajo la modalidad de sesiones con referentes, gurúes o maestros/maestras de estas corrientes, en espacios determinados preparados a lo que se busca acceder a partir de momentos de vida complejos.

Se reconocen prácticas que, atendiendo a los relatos de las entrevistadas, las reestablece interiormente, emocionalmente, mencionan el carácter introspectivo de las mismas que les genera cierto autoconcomio, y que ellas, justamente por ello, ponen en acción y les contribuye a sostener su vida diaria. Cuando reflexionan sobre este tipo de prácticas hacen alusión a su propia paz mental o interior, a su energía, a lo que les hace bien, a brindarse momentos de su día para sí mismas, para hacer lo que les gusta hacer, aquello de lo que disfrutan.

Prácticas populares de SECA

Mujeres de ambos grupos sociales enuncian que para curar/sanar a sus hijos e hijas, así como a sí mismas, muchas veces, ante determinados cuadros, sintomatologías o diagnósticos, recurren a prácticas populares de curación. Éstas, que pueden implicar prácticas basadas en la preparación de remedios caseros que ellas mismas llevan a cabo, así como familiares o referentes sanadores populares.

(...) Yo a ellos (...) les pongo papa, para que le baje la fiebre (...) para curar usamos los típicos tés (...) cuando están así resfriados, (...) mi mamá me dice que le ponga trapitos calientes en el pecho o harina o maicena (...) se la frota así en el pecho o sino así con diarios (...) los ayuda (...) (MC1. S. 30 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC. RC).

(...) ponete un paño de agua con vinagre, con alcohol (...) le medís la fiebre, le ponés un paño con agua, con mucho vinagre y un paño en la panza, los míos yo, así, siempre, cuando no tengo ibuprofeno y Gripidol (...) (MC1. N. 36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC)

(...) en casa curar el empacho era una cuestión popular (...) acá a dos cuadras (...) vivía una señora qué curaba el empacho, después cuando estuve de novia (...) la madre me curaba el empacho (...) también (...) una amiga de mi mamá curaba los nervios (MC2. A.52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

Tal como analizamos en capítulos anteriores, estas prácticas y procedimientos que se ponen en acción y que provienen de saberes populares de salud transmitidos de generación en generación, por referentes u otras mujeres, o a los que se accede. Asimismo, también emergen como correlato de creencias sobre SECA que las mujeres han construido a lo largo de sus vidas y se expresan en relación a creencias en curanderos y sanadores populares, creencias populares en personajes paganos o creencias en brujerías (éstas últimas halladas en mujeres en situación de pobreza).

Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) plantean que todos los seres humanos llevan a cabo prácticas de cuidado, para cuidar de sí mismos como a quienes los rodean. Éstas provienen de antepasados familiares o de la comunidad y evidencian costumbres y usos de cuidado, así como un conocimiento popular que debe ser contemplado dentro de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural, aspectos que permiten pensar la multidimensionalidad de los comportamientos de salud.

(...) tés que a veces usa uno para curar (...) el té de paico es una hoja que vos la hervís, lo dejás enfriar (...) y se lo das a los chicos (...) para el dolor de panza, y para el dolor de cabeza tenés (...) el de orquídea (...), vos la hervís, también le haces el té (...) el té de ruda también (...) igual que con el laurel (...) viste, cuando vos tenés circulación de sangre, hervís el laurel, pones el agua con laurel, pones un poco de vinagre y te pones en los pies, te relaja tooooda la circulación (...) me fui a averiguarlo para qué eran los tés en Youtube (...) para qué era un té, para qué era otro té y así (...) *Resultados de 10, porque vos vas (...) pongámosle le decís a un doctor “me duele la panza” “que si, que pastillas, que tenés gastritis, que tenés esto...” Yo tuve gastritis, yo fumo y vos no sabes qué hice para que se me fuera la gastritis, no tenerla más (...) la aloe de vera, la pelas, le sacas toda la parte de la espinita, la metes en la heladera, después la pelas y te comes toda la parte del gel (...) 3 meses estuve así, yo fumo, tomo cuando salgo, como salsa, no sé lo que es dolor de gastritis (...) aloe vera es linda para las quemaduras, para la cara, para las soleaduras (...) el tomate también es lindo (...) el tomate te saca el fuego (...) Igual que cuando te duele la panza (...) viste cuando estamos indispuestas (...) agarras, te pasas un poco de limón, te pones una toalla con vinagre, al otro día amaneces nuevita...* (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

Arteaga (2007) realiza un estudio a partir del que considera que la medicina casera ocupa un lugar de importancia dentro de las ofertas del sistema médico tradicional criollo de la provincia de La Pampa. Ésta, al igual que el curanderismo, se constituye por un conjunto de saberes y conocimientos terapéutico-rituales que hacen de dicha medicina una de las más elegibles el momento de tratar diferentes enfermedades. Dentro de la medicina casera el autor reconoce al “autotratamiento” como práctica que incluye el consumo de fármacos de laboratorio hasta recetas tradicionales de la misma medicina casera que van desde infusiones, tés hasta cataplasmas, tal como lo consignan los testimonios analizados.

(...) (mi hijo) tenía mucho problema de oídos y lo llevamos a una señora y nos dio también un rezo que yo lo hago (...) era ir al médico que nos decían “*bueno esto va a pasar hasta que crezca y madure el oído*” (...) *hicimos la parte médica e hice el rezo (...) después se curó, si es por el rezo o por el médico no me importa, a mí me interesa que se cure* (MC2. J. 41 años. 2 hijos. Administrativa. BB.RC).

(...) *para curarse o pedir cuando hay enfermedad muchos le piden al Gauchito Gil (...) acá (en el barrio) hay una casa de una porteña (...) que tiene un altarcito, también hay un chico que lo tiene ‘en el bajo’ (...) y también la Difunta Correa (...) el altar grande de él [Gauchito Gil] está allá en Corrientes, y se hace una procesión cada 8 de enero (...) he ido una sola vez (...) fui de curiosa a conocer (...) y así mi devoción era cada vez más por el Gauchito Gil (...)* (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

(...) *el nene mío viviendo acá (...) no me dormía de noche, no me quería entrar a la casa (...) de chiquito decía que ‘en la ventana veía el cuco’ (...) y no nos dejaba dormir (...) se transformaba, tenía un año (...) y se tiraba para atrás así y no lo podíamos tener (...) y tuvimos una curandera, amiga de mi suegra, (...) nos dijo que nos habían hecho como una ‘brujería’, que nos querían separar a mí y a mi marido (...) ella me lo curó gracias a Dios.* (MC1. T. 21 años. 2 hijos. RHGC-TCC. VLC.RC).

Cómo considerábamos anteriormente, el estudio de Linardeli y Anzorena (2021) advierte que las enfermedades y padecimientos suscitan en las mujeres migrantes la consulta a curadores populares o el desarrollo de estrategias curativas como prácticas caseras para afrontar dolencias que tienen una adscripción cultural y, por otro, padecimientos reconocidos por la biomedicina. Análogamente los testimonios de las mujeres de nuestro estudio visibilizan cómo se recurre a estas prácticas frente a eventos reconocidos por la medicina oficial, así como por las creencias culturales a las que ellas adscriben, por ejemplo, cuando se manifiesta una práctica que se infiere de “ojeadura” recibida por una joven familia que condujo a sus integrantes a una curadora popular, o frente al dolor de oídos de un hijo se consulta al doble carril oficial e informal de la salud. De esta manera, recurrir a referentes sanadores que poseen saberes para afrontar situaciones habituales de malestar, así como frente a escenarios donde la vida cotidiana integral de un grupo familiar resulta afectada, deriva en prácticas de SECA que permiten hallar respuestas a situaciones puntuales para las cuales, incluso el acceso al sistema sanitario no podría ofrecer.

Vale hacer mención aquí nuevamente al carácter multi-referencial de los testimonios de las entrevistadas, en tanto puede advertirse que refieren no sólo a lo que creen, sino justamente cómo lo que creen se traduce en acciones, abonando así su riqueza a comprender la dimensión de las creencias y de las prácticas de SECA.

Prácticas de SECA emergentes en pandemia

Si bien en las distintas categorías de esta dimensión que compone la tercera parte de este libro se han recuperado testimonios que en distintos pasajes aluden a prácticas de SECA que refieren en algún sentido a la pandemia por la enfermedad de Covid-19, se reúnen aquí testimonios que dan cuenta de caracterizaciones de estas prácticas de SECA propias de este tiempo histórico. Asimismo, las narrativas de las mujeres de ambos grupos permiten advertir cómo las concepciones, conocimientos y aprendizajes sobre salud en pandemia se incorporan en sus vidas mediante puestas en acto de cuidado.

Prácticas de SECA comunes emergentes en pandemia

En lo que sigue se consignan aquellas prácticas emergentes en pandemia identificadas en ambos grupos sociales de mujeres.

Prácticas de cuidados en pandemia como incorporación de nuevos hábitos

Mujeres de ambos grupos sociales señalan la valoración a un nuevo modo de proceder en su higiene cotidiana que no habían desarrollado hasta antes de este fenómeno, como comportamiento de protección y prevención hacia el virus que fue instalándose por repetición en la rutina diaria.

(...) antes de la pandemia no tenía tan en cuenta (...) ahora con el tema de lavarse las manos, antes capaz salíamos del cajero y ni nos lavamos las manos (...) creo que en esta cuestión tomé mucha más conciencia que otras veces, todo cambió en cuanto a la salud después de la pandemia, yo creo que gran parte de estos hábitos llegaron, me incluyo en esta toma de conciencia (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC.).

(...) ya sabíamos cómo manejarnos nosotros con los cuidados con el alcohol, con el barbijo y bueno, ahí fue cuando uno más dice 'tenemos que tener conciencia a la salud' (MC1. C.51 años. 10 hijos. RHGC. VSELH).

(...) alcohol, todo el tiempo alcohol. Mi marido era, entraba alcohol y salía para el colegio alcohol y así (...) yo voy a la escuela me pongo el barbijo, voy a la estación me pongo al barbijo, no sé, voy al supermercado me pongo al barbijo y así (...) acá también traigo el barbijo (se refiere al centro comunitario) cuando vengo a dar el té o cocinar y todos me dicen "vos estás loca, ya pasó" sí pero no se olviden que la peste sigue, el virus sigue (...) (MC1. N. 36 años. 6 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC)

En el marco de una investigación transversal implementada en Argentina basada en el estudio "Covid-19 Snapshot Monitoring (COSMO)", desarrollado por la Oficina Regional Europea de la OMS, destinado a recolectar información sobre los distintos momentos de la situación epidemiológica ocasionada por la pandemia, Johnson, Saletti-Cuesta y Tumas (2020) identifican como consecuencia positiva para la sociedad, entre otras, una mayor limpieza e higiene adoptada, relacionada con las medidas de prevención de la Covid-19 que suponen un cambio de hábitos, como la importancia de la higiene de las manos, el control y la responsabilidad social a través de actitudes de obediencia, cumplimiento de normas y orden, el respeto a las reglas. Las autoras señalan que, en el segundo relevamiento de datos, esta tendencia a valorar positivamente el control, la responsabilidad así como la limpieza y la higiene disminuyó en el estudio.

Prácticas de SECA en pandemia como prescripción de lo que hay que hacer

Se advierten testimonios de mujeres de ambos grupos que aluden a prácticas atravesadas por pensar la exigencia de cuidados a manera de disposiciones a cumplir. Su correlato remite a cómo en lo concreto se corporifican esas ideas sobre salud desde acciones que promueven un tipo de cuidados prescriptivos.

(...) yo soy bióloga, hay tantas cosas que yo observó (...) yo (...) a raíz del cólera siempre use vinagre con todo alimento (...) y luego lo limpio, lo pongo a secar y lo consumimos (...) mi hijo no me permite que nada deje de pasar por la lavandina o el alcohol (...) es una normativa en mi casa (...) las normativas se cumplen porque hay razones y chau (...) pero también de los cuidados más habituales hacemos el uso del barbijo en el contacto con el otro (...) cuando tenía mi hermano chiquito, cuando tenía 6 años nosotros veníamos del primario y el pedido fue “al bebé lo tocan después de lavarse las manos, nunca lo tocan sin lavarse las manos”, y nunca rezongábamos (...) era así (...)(MC2. B. 64 años. 2 hijos. RHGC-docente de nivel medio. BCLH. LH).

(...) nosotros nos cuidamos mucho con el tema del alcohol, el tapaboca, cuando viajamos a Córdoba yo viajaba embarazada, me re cuidaba, me llevaba alcohol, todo, tapa boca, y (...) con el tema de mi bebé también ‘si la van a alzar se ponen alcohol, tapa boca’ (...) me empezó a gustar el alcohol (MC1. M.31 años. 4 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(...) ahora con la pandemia (...) acá en mi casa son re obsesivos (con cuidar la higiene), mi marido (...) ponía todo con alcohol 2 veces, hasta 3 veces, mi hija mayor súper obsesiva (...) la menor y yo también tuvimos que volver a nuestra psicóloga (...) muy fuerte esta cuestión de mi hija mayor y mi marido porque nos llenaba de ansiedad a nosotras también (...) (MC2. S. 55 años, 2 hijas. RH-docente universitaria, BBN.RC).

Se atiende a relatos de mujeres que refieren a que tanto ellas como integrantes de sus familias dispensan prácticas de cuidado imponiendo restricciones, como cuidados que intentan disciplinar a las personas respecto de qué y cómo hacer para mantener su salud, la de otros integrantes de la familia y no enfermar.

Se advierte cómo, a veces, algunos hábitos se incorporan a temprana edad ligados a pautas de crianza, signados por experiencias puntuales, que luego se conjugan con otros factores como la formación profesional en una de las entrevistadas, y un contexto determinado por la pandemia, por el mismo temor que engendraba la enfermedad, aparecía como catalizador de comportamientos que surgían como regla o precepto al que se debían ajustar las conductas y actividades de las y los integrantes del hogar.

(...) ‘lávate las manos, vení bañate, sácate la ropa, acostate limpio’ y así... los tenía (...) (a mis hijos los cuido) retándolos... (risas) que tengan cuidado en la escuela, que tengan cuidado en los baños más, que salgan del colegio y se laven (...) yo protegía a los chicos míos en la escuela (...) tenían que ir a la escuela con barbijo, que tenían que ir con alcohol, que. la ropa. Los dos míos (...) se llevaban 4 barbijos (...) se lo iban cambiando (...) yo les decía “llévense los barbijos, cuando salgan al recreo, se enjuagan uno o sino lo ponen en la mochila, cuando vengan a la casa, lavan la mochila, sacan todas las cosas y ventilan” (...) eso lo hacían todos los días (...) (MC1. C.45 años. 4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

(Los cuidados en pandemia) fueron como re estrictos. Mi hermana que es como re estricta, pero a su vez mi mamá que es médica. Entonces como con todo un conocimiento extra para transmitir con toda la ansiedad del mismo clima del hospital que creo que a veces se producía hasta el miedo. Y sí, la utilización del alcohol para todo lo que venía externo de la casa, la lavandina, el tema de no salir (...) inclusive en casa antes teníamos un mate cada uno, cada uno utilizaba su vaso, no se comía de la fuente (...) nosotros en mi familia no solo tenemos a mi vieja y a mi viejo que son grandes (...) la tenemos a

mi abuela (...) entonces es como una responsabilidad extra (N. 25 años. RH-Estudiante universitaria. BB).

Se advierte cómo estas formas de cuidados determinan comportamientos ajustados a una necesidad que se impone como una especie de ley que no admite interpelación. Se reproduce al interior del hogar una lógica del higienismo como mandato de orden y disciplinamiento. Vivir inmenso en esa realidad despierta temores que subyacen a la posibilidad de correrse de esa prescripción y caer en la irresponsabilidad poniendo en amenaza a los otros y las otras, familiares y allegados en condiciones de vulnerabilidad ante la enfermedad.

Prácticas de SECA flexibles en pandemia

Mujeres de ambos grupos sociales expresan haber asumido comportamientos de cuidado en pandemia con ciertos márgenes de libertad, alejados de una determinación de acatamiento, sino más bien plásticos en su implementación:

(...) no sé si es una negación, yo sé que estamos en pandemia, me cuido, nos cuidamos (...) pero no me ha limitado a hacer cosas (...) el primer tiempo que no sabíamos qué es lo que era me cuidaba más (...) Ahora ¡nunca, nunca, yo llegué a la puerta de mi casa y me descalcé y me descambié! (...) nunca limpié todo lo del supermercado, nunca lavé la verdura, sí me lavé las manos, pero yo nunca hice lo que hacían mis amigas de meterme a bañar cuando venía del supermercado (...) yo nunca tuve miedo, tenía cuidado, no hice grandes modificaciones de hábitos. (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

(...) yo no hice ningún cambio en pandemia (...) la verdad no, yo estaba con lo del alcohol con lo del barbijo fue como una modalidad que tuve que agarrar a la fuerza (...) no estuve ni un día encerrada en mi casa, más que los fines de semana, yo seguía normal el trabajo comunitario que hacía, lo seguí sosteniendo (...) por la gente (...) el día de mañana no sabés, si yo me estuve cuidando en toda la pandemia y después (...) me atropelló un auto (...) cuando el barba te quiere llevar te lleva, yo soy de pensar que vos tenés que vivir el día a día (MC1. P. 47 años, 4 hijos. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

(...) hay cosas que (...) lo de compartir ciertas cosas (...) eso me cuesta y no lo estoy haciendo (...) el hábito de compartir el mate (...) la verdad ya no lo estoy haciendo, en todo caso el tema de las manos, el barbijo que también uno modifica (...) pero nada más que eso y el tema de no salir de la casa la verdad que al principio y después me fui relajando (...)" (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BCLH.LH).

(...) no hacemos las cosas al 100%, pero bueno, cuesta, cuesta todos los días andar de barbijo, todos los días con el alcohol (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCC. BJN.RC).

Se advierte que estas mujeres expresan no haberse, ni haber impuesto a los integrantes de sus familias rotundas alteraciones en sus prácticas de cuidados diarias. Remiten al hecho de haberla vivenciado sin miedos, ni restricciones, reflexionando algunas sobre cierta negación a su dimensión de gravedad.

Aislamiento social como una paradójica práctica de cuidado

La pandemia impuso la impensada y desconocida práctica del aislamiento humano como forma de cuidado. El 20 de marzo del 2020 el Gobierno Nacional Argentino a cargo de Alberto Fernández decretó la cuarentena obligatoria, bajo la denominación de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) mediante un Decreto de Necesidad y Urgencia que dispuso el confinamiento social para evitar la circulación y el contagio del virus Sars Cov-2 transmisor de la enfermedad Covid-19 (Decreto 297/2020). En muchas personas, el respetar esa premisa impuesta por el Estado generó como correlato malestar, ansiedad, temores, angustia, tristeza, soledad y enfermedad.

(...) tenía más vida social y (...) para cuidarnos en general, la sociedad, la familia y los amigos se aisló. Eso fue como una forma de cuidado que también tiene su parte negativa porque (...) una parte de la salud que es importante es el contacto con el otro y eso creo (...) nos enferma este cuidado (...) (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

(...) el tema del aislamiento en la pandemia fue raro, no nos ayudó (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN.RC).

(...) me había agarrado mucho miedo viste eso, como qué habían metido mucha presión sobre el tema, miedo a ir a comprar, ir al cajero (...) los cuidaba a ellos, no los dejaba salir (...) (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

Broche-Pérez, Fernández-Castillo y Reyes Luzardo (2020) plantean que el establecimiento de cuarentena es de estricto cumplimiento y refiere a la separación y restricción de movimiento de personas que han sido expuestas a enfermedades contagiosas, o que se encuentran en riesgo de contagio, como una forma de reducir el riesgo de transmisión de una enfermedad. Las autoras consideran que el establecimiento de periodos de cuarentena al implicar la restricción de la libertad de las personas, trae consigo manifestaciones psicológicas que pueden impactar negativamente en el bienestar global de los individuos, no solo en el corto plazo, sino también luego de haber concluido la misma.

(...) antes salíamos (...) con un grupo de amigos a cenar, ahora todo eso desapareció (...) lo que me falta es el abrazo de mis nietos (...) esto nos cerró todo, a mi hermana (...) la he visto dos veces durante la pandemia, y (...) eso (...) a mí me ha afectado (...) (MC2. O. 77 años, 3 hijas. RH-Jubilada, BBN.RC).

(estábamos) todos con miedo, que no queríamos salir (MC1. C.45 años. 4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

(...) Yo soy muy cuidada (...) el alcohol a todos lados, no comparto vaso, nada, estoy más hipocondríaca que antes (...) ya me hisope como 7 veces, me da (...) miedo estar enferma (...) (el miedo) es algo que ya tenía en mí (...) antes sentía que se me iba a parar el corazón, ahora cómo que lo transforme un poco en la pandemia (...) por ejemplo mi prima nunca salió de la casa (...) yo salgo, estoy (...) con mis amigas (...) pero sí me da miedo, entonces cualquier cosa que tenga voy y me hisopo por las dudas (...) (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Los testimonios interpelan el hecho de cómo disruptivamente, la pandemia vino a romper con el encuentro humano subsumiendo a las poblaciones en la práctica del aislamiento y la soledad como forma de cuidado que, contrastantemente llevó a que personas enfermaran,

frente a la ausencia del contacto humano, como un componente social que es protector y promotor de salud integral. En este sentido, Broche-Pérez, et al. (2020, p. 7) mencionan como manifestaciones reportadas como efectos de la cuarentena por la enfermedad de Covid-19 a trastornos emocionales, depresión, estrés, apatía, irritabilidad, insomnio, trastorno de estrés postraumático, ira y agotamiento emocional. Las autoras relevan resultados de estudios que demuestran efectos en mujeres madres, infancias, adolescencias y en adultos mayores.

Cuidados personales con sentido colectivo en pandemia

Algunas mujeres de ambos grupos sociales insisten con la idea de prácticas de cuidado individual como una responsabilidad que parte de un plano más bien personal pero que deriva en un bien interpersonal del orden de lo social y colectivo.

(...) yo me re cuido con el tema de la pandemia cuando salgo, cuando estoy con gente (...) soy de la idea de que junto con la vacuna (...) el control personal que uno tenga, no esperar que el otro se cuide, cuidate vos, esa es la idea, y trato de (...) adquirir los hábitos que nos fueron impuestos a todos y que hoy ya se quedaron porque el tema del alcohol y de cuidarse y las manos ya lo tenemos como incorporado (...) antes a lo mejor no lo estábamos pensando... (MC2. B. 63 años, 4 hijos. RH-docente, BC.RC.).

(...) mi yerno y mi hijo en el trabajo se habían contagiado. Nos hacíamos los testeos y ellos habían salido positivo (...) los aislaron (...) la pandemia ayudó mucho en eso, en no salir (...) cuando uno está en aislamiento tenés que cuidar para no contagiar (MC1. C.51 años, 10 hijos. RHGC. VSELH).

(...) Todos podemos contagiarnos. Es extraño (...) como se está pensando ahora la importancia del contacto humano, el ser cocientes que cuidarme yo es cuidar al otro. (MC2. O. 23 años. RH-Estudiente universitaria. BC.RC.).

Los testimonios dan cuenta de conjugar reflexiones que suponen saberse vulnerables a ser infectadas con la responsabilidad de asumir las prácticas de cuidado tanto por el bien propio como por el de los demás. Castilla, Kunin y Blanco Esmoris (2020) consideran que, durante la pandemia, los discursos de legos y expertos manifestaron la importancia que cada una de las personas tiene en la responsabilidad de cuidar a otros, familiares, allegados o desconocidos con el fin de evitar ponerlos en peligro. Asimismo, se señaló que el bienestar de la población depende de todos y todas. Se comprendió en ese tiempo que el aislamiento y luego distanciamiento “social”, es una forma de proteger la salud y el bienestar.

(...) ¿Cómo podés salir con una enfermedad que sabes que vas a contagiar al otro y que ese se va a enfermar y que si hace lo mismo que hiciste vos va a contagiar al otro? (MC1. B. 64años. 5 hijos. RHGC-RCC-Cría de animales.BIM.RC).

(...) si la gente se cuida y hace caso (el virus) se tiene que ir (...) el cuidado es desde la casa y por el cuidado de los demás (...) (MC1. N. 36 años. 6 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

Para las autoras mencionadas, la pandemia evidenció con claridad que los cuidados implican un entramado de autocuidados, cuidados e interdependencias en el que: a) el autocuidado implica, a su vez, el cuidado del otro y viceversa; b) los cuidados se realizan en múltiples espacialidades y por diversos actores c) el cuidado de entornos barriales, comunitarios y ambientales se enlaza con los cuidados a “otros/as” y los autocuidados (Castilla, et al., 2020, p. 9).

Prácticas personales de SECA basadas en el autoconocimiento y el vínculo familiar

Así como pudo reconocerse en algunos relatos la idea de la pandemia como generadora de malestar por la ausencia y añoranza del vínculo humano, paradójicamente fue posible advertir en ambos grupos de mujeres una valoración hacia ese momento en términos de una oportunidad para replantearse los sentidos con que se venía “siendo y haciendo” en la vida, en las propias realidades de las mujeres, así como en relación la propia familia.

(...) más desde lo emocional en este sentido de la no autoexigencia, la necesidad de dedicar momentos para la relajación, para el encuentro con uno mismo, escucharse que es lo que pasa. Sí, es como que la pandemia para mí fue un momento de inflexión y que de ahí en adelante yo dije “bueno, no quiero volver a repetir estos patrones de exigibilidad... de correr atrás de una rutina” y también fue como (...) un momento para reflexionar sobre mis vinculaciones con mis amistades y (...) mis familiares. Y también creo que va a ser algo como que se proyecta pos pandemia en ese sentido (MC2. N. 25 años. RH-Estudiente universitaria. BB).

Surge en el estudio ya mencionado de Johnson et al. (2020), entre las consecuencias positivas de la experiencia de la enfermedad de Covid-19 para la sociedad, la oportunidad de reflexión entendida como toma de conciencia, introspección tanto individual como colectiva, la idea del crecimiento, la autoconciencia, el pensar, reconfigurar, el conocimiento personal, como aspectos que comienzan a tener prioridades para la vida diaria. Puede reconocerse cómo esta situación dinamizó reflexiones en términos de interpelar cómo se venía viviendo, preservando y cuidando la propia salud, trascendiendo el plano de los cuidados evidentes como el lavarse las manos o el usar barbijo, al pensarse desde la integralidad del ser.

(...) con la pandemia me puse como a observar qué importante es (...) preocuparse por uno (...) la paz mental (...) Yo creo que el trabajo mío propio para la paz mental es (...) el entrenamiento de la mente (...) Para entrenar la mente se necesita de buenos pensamientos, que sean convenientes, meditación (...) relajación (...) concentrándose en eso o escuchando música y estar acostada, el momento propio, introspectivo, solitario necesario (...) (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga, BBN.RC).

Se enuncia la vivencia de la pandemia como un cambio de sentido con el que se venía transitando la vida. Se menciona cómo esta experiencia condujo a valorar la propia salud y avanzar en prácticas de preservación a la misma desde un plano psicoemocional.

(...) ahora estamos todos más juntos, ninguno de los que le agarró Covid le pasó nada, he visto en otras familias del barrio que ha fallecido la madre o fallecía la hermana, a nosotros nos unió más (...) esa vivencia nos unió más y por eso la valoro más la salud y la vida (MC1. M. 31 años. 4 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(...) Lo llevo a mí y lo llevo a todos (...) muchas veces que uno (...) con la familia no compartía nada. No compartía. En cambio, la pandemia ayudó mucho en eso, en no salir, en la familia (...) por estar muy juntos (...) ahora vos ves que (...) (esto) salva la familia (MC1. C. 51 años. 10 hijos. RHGC. VSFLH).

Surge también en las mujeres una puesta en valor de los lazos familiares, cercanos, una *valorización a los afectos, unión y acercamiento a los seres queridos, coincidiendo con lo emergente del estudio mencionado entre las consecuencias positivas de la experiencia de la enfermedad de Covid-19 para la sociedad* (Johnson et al., 2020).

Prácticas de cuidados que posibilitó la pandemia

Una de las mujeres del grupo social de clase media expresaba que el permanecer en condiciones de aislamiento en su propio hogar a raíz de las medidas del ASPO le permitió estar cerca para poder cuidar a su propia madre que se encontraba atravesando una situación grave de enfermedad.

(...) mi mamá estaba con quimio...gracias a la pandemia pude acompañar a mi mamá desde el principio hasta el final por tener que estar en casa (...) entonces yo, estando mi mamá (...) en la cama (...) yo tapaba la cámara, iba a su habitación y le preguntaba (...) ¿Necesitas algo?” para mí en ese sentido la pandemia estuvo genial porque a mí no me hubieran dado la cantidad de días de licencia que yo necesitaba (...) (MC2. A. 52 años, 1 hija. RH- docente nivel medio y universitario, BC.RC).

El relato de esta entrevistada refleja quizás el de muchas mujeres trabajadoras jefas de hogar monoparentales y cuidadoras en tiempos de pandemia. Aquellas que, ejerciendo trabajo remoto, simultáneamente tuvieron que crear nuevas estrategias de organización de la vida familiar y laboral para poder, al mismo tiempo, cuidar a adultos mayores -enfermos o no-, a jóvenes, a infancias, posibilitándose un cuidado y una presencia que en un contexto habitual no hubiese sido posible. Estos escenarios, habitualmente significaron la experimentación de tensiones críticas para conciliar trabajo y cuidado (Arza, 2020). No obstante, la entrevistada valora el hecho de haber cuidado a su madre en condiciones de enfermedad ya que si ese cuadro se hubiese presentado en el contexto cotidiano en el que desempeñaba su trabajo no podría haber accedido a los días de licencia que hubiesen sido necesarios para esa dedicación.

Prácticas de cuidados que imposibilitó la pandemia

Así como posibilitó cuidados, la contracara de la pandemia la encontramos en aquellos cuidados de salud que imposibilitó. Su protagonismo dejó detrás y hasta invisibilizó otras cuestiones de salud y enfermedad preexistentes a ella, así como otros que surgieron en ese escenario.

(...) la pandemia fue un detonante para todo, para lo que es la enfermedad, antes tenías algo ibas al médico, y muchas veces tenían un cáncer en puerta y con un estudio enseguida te lo detectaban a tiempo, pero ahora con la pandemia se han atrasado cosas, se han perdido días, yo que estoy en la parte odontológica y personas que tratamientos de conducto no se los han podido realizar, o perdieron la muela que no es nada comparado con otra cosa entonces sí, a la pandemia la asocio con enfermedad... (MC2. V. 59. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB. RC).

(...) Yo fui una de las primeras en el barrio en tener Covid (...) no había una ayuda de la salud pública de ver si estamos bien, no, no (...) ni recibíamos atención (...) como 10 días encerrada (...) me avisan que a mi hija le da positivo (...) yo trato de lla-

mar al COE⁸⁶ para que la vinieran porque le había salido todo un sarpullido en el cuerpo, no me atendieron directamente, no me dijeron 'no podemos ir', nada, tuve que esperar a que ella le dieran el alta (...) para poder llevarla al hospital (...) no tenía nadie que me fuera a recurrir (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC.)

(...) yo antes ... tenía problemas de rodilla ... voy al médico, me hago los estudios todo ... pero ahora con esto de la pandemia no me animo ni ir al médico, porque de verdad tendría que hacerme controles, pero con todo esto qué hay tanto y qué te dicen que las clínicas por ahí no te atienden, entonces veo la salud más afectada.... (MC2. O. 77 años, 3 hijas. RH-Jubilada, BBN).

Los relatos de las mujeres ponen sobre la mesa una realidad que devino a raíz de la experiencia de la pandemia: el relego de la atención de la propia salud-enfermedad preexistente a la Covid-19 debido a las prescripciones del ASPO, y el pedido de las instituciones de salud de no frecuentarlas para evitar la multiplicación de la enfermedad. Ello planteó un escenario desolador para quienes transitaban otras situaciones de enfermedad y requirieron cuidados, disipándose controles y consultas con profesionales, entre otras situaciones. Vinculado con ello, Abdo-Francis, Bosques-Padilla, Gutiérrez-Castrellón y Sobrino-Cossío (2020) reflexionan sobre cómo las medidas utilizadas para combatir la pandemia por Covid-19 causan daño colateral. Advierten que si bien las acciones para disminuir la exposición, los contagios y la tasa de letalidad conllevaban un enfoque de reducción de la mortalidad, el colapso del sistema de salud provocó un número aún mayor de muertos que afectó a pacientes vulnerables como ancianos, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, oncológicos, entre otros.

Reflexiones de síntesis

Este capítulo ha realizado un análisis comparativo que nos ha permitido caracterizar y describir aquello que las mujeres llevan a cabo en el plano de la acción para resolver situaciones de SECA. En estas prácticas puede advertirse la relevancia sociocultural de los saberes y conocimientos construidos intergeneracionalmente entre mujeres, pudiendo reconocerse el sostenimiento de tradiciones de formas de cuidado y atención que expresan, así como la apropiación de recursos de la medicina popular, también la de la biomedicina, como prácticas que les permiten afrontar situaciones. Se conjugan con concepciones y creencias en salud y enfermedad conformando un entramado en el que confluyen dispositivos, herramientas y estrategias de acción que ellas revisitan, resignifican, pero también reinventan en pos del bienestar personal, de los suyos y sus comunidades.

En ambos grupos de mujeres ha sido posible hallar *prácticas personales de SECA* que son comunes ligadas a la alimentación, al ejercicio físico, o desplegadas en la rutina diaria, que en sus formas de concreción expresan contrastes en relación a posibilidades materiales de efectuarlas; se reconocen también prácticas comunes basadas en el autoconocimiento, el pragmatismo y el encuentro con otras mujeres. Como aspecto contrastante se advierte que algunas de las mujeres en situación de pobreza explicitan no realizar ningún tipo de práctica de cuidado o preservación de su salud personal.

86 La sigla COE significa Comité Operativo de Emergencias y se creó en Argentina en el año 2020 como un espacio en el que se coordinó y articuló la acción de los diversos sectores involucrados en la respuesta a la pandemia por Covid-19 en las distintas provincias. Allí se centralizó y analizó la información, se generaron protocolos y acciones concretas, en forma interdisciplinaria e interinstitucional.

Respecto a *prácticas familiares de SECA*, partiendo de una descripción y caracterización de los escenarios sociofamiliares y de las prácticas de cuidado que las mujeres dispensan en ellos, se avanzó en identificar categorías comunes a ambos grupos que permitieron: reconocer el carácter performativo que subyace a sus prácticas de SECA, advertir cómo el encuentro con otras mujeres es dinamizador de prácticas, reconocer como en sus prácticas conjugan la reflexión y la acción; el percibir un carácter pragmático en esas prácticas, el desarrollar prácticas de medicación, así como expresarse en contra de ello. Específicamente en mujeres de clase media una práctica propia hallada en este grupo a partir de sus testimonios fue la del cuidado a hijas e hijos en situación de problemáticas de salud mental y padecimiento subjetivo.

También ha sido posible advertir cómo las mujeres realizan *prácticas basadas en sus creencias*. En este sentido, las creencias en la psicoterapia y en el New Age se traducen en prácticas propias de mujeres de clase media, mientras la práctica del neopentecostalismo emanan de creencias en esas corrientes que sustentan mujeres en situación de pobreza. Por otro lado, se reconocen en mujeres de ambos grupos sociales prácticas ligadas al catolicismo derivadas de creencias en esa religión.

Respecto de *prácticas populares sobre SECA* éstas se identificaron en ambos grupos de mujeres y se condicen con la creencia en sanadores populares, así como provienen de la construcción de conocimientos populares que activan comportamientos de SECA en ese sentido.

Resulta interesante plantear aquí ciertas *diferencias que han podido reconocerse entre las mujeres de ambos grupos sociales respecto de la feminización de los cuidados* en salud analizados. Coincidiendo los resultados emergentes de este trabajo con lo que revelan algunos estudios de organismos internacionales (CEPAL 2020; ONU MUJERES y CEPAL; 2020), se advierte que parece configurarse un perfil bastante homogéneo en relación a la sobrecarga de cuidados a las infancias que vivencian mujeres en situación de pobreza. Por su parte, se advierte cierta heterogeneidad con que se instalan las demandas de cuidado y atención en la vida de mujeres en situación de clase media, para quienes el requerimiento de cuidados a infancias es mínimo, expresándose su realidad de cuidados en una pluralidad de características. Muchas son jóvenes estudiantes universitarias sin hijos, otras los tienen adultos, lo que las exime de esa responsabilidad, algunas los tienen jóvenes sin grandes exigencias de cuidados, otras cuidan a sus hijos adultos jóvenes con padecimiento mental subjetivo, mientras que otras cuidan a sus madres adultas mayores en condición de enfermedad. Se advierte una diversidad de situaciones que configuran sus tareas de cuidados en contraste al estudio de mujeres en pobreza.

Por otro lado, pudieron caracterizarse además *prácticas de SECA propias del tiempo de pandemia*, halladas en sintonía con las concepciones de salud y enfermedad atravesadas por el impacto de la pandemia que las mujeres ofrecieron inicialmente en este trabajo. Se advierten prácticas ligadas a la incorporación de nuevos hábitos, prácticas de cuidados sentidas como prescripción, puesta en acción de prácticas flexibles de cuidados, la valoración de la práctica del aislamiento como paradójica para el cuidado de la salud, el identificar el sentido colectivo de las prácticas de cuidados en pandemia, y el identificar tanto cuidados en salud que posibilitó la pandemia, así como prácticas de cuidado que imposibilitó.

En este sentido, advertimos cómo el fenómeno de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 vino a generar nuevas reflexiones a las mujeres del estudio, tensionando, resignificando y modificando la forma en que venían transitando su salud, los procesos de enfermedad, propios y de los suyos, así como procesos de atención y cuidado. En este sentido, hemos podido analizar características que las mujeres señalan que sus prácticas de cuidados fueron asumiendo como propias de este tiempo, consecuentes con sus concepciones de salud y enfermedad interpeladas por la pandemia.

En lo que sigue, continuamos en este IV apartado del libro analizando prácticas de SECA vinculadas al componente formal de la salud, reconociendo cómo estos procesos se dan diferenciadamente en ambos grupos sociales.

Capítulo 13

PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y ACCESO AL COMPONENTE FORMAL: VISIBILIZANDO TRAYECTORIAS SOCIOSANITARIAS DIFERENCIADAS

Este capítulo analiza una categoría que describe prácticas de atención y búsqueda de acceso al componente formal de la salud que mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media enuncian haber puesto y poner en acción para hacer frente a requerimientos, procesos y necesidades de salud y enfermedad personales y familiares, en contextos habituales de sus vidas como en tiempos de pandemia. Un aspecto clave identificado, es el lugar de la mujer en la responsabilidad de gestionar el acceso a la atención a los servicios de salud para ellas y los integrantes de sus familias, siendo una más de las tareas de cuidados que recalcan como “su” responsabilidad sobre ellas.

Saforcada (2001, p. 26) entiende por “componente formal” al conjunto de instituciones, profesionales y técnicos legalmente avalados que se desempeñan en espacios de salud como hospitales, sanatorios, consultorios, laboratorios, farmacias, encargados de brindar servicios de atención a la salud. De acuerdo con el autor, el componente formal se subdivide en dos sistemas: el de Atención de la Salud de las Personas y el de la Previsión Social⁸⁷. El sistema de atención de la salud de las personas, está integrado por tres subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado.

El *subsistema público de salud* involucra a todos los profesionales, técnicos y personal administrativo, de hotelería, de maestranza y de seguridad, como así también a las organizaciones en que trabajan -hospitales, centros de salud, etc.- que dependen del Estado en alguna de sus tres jurisdicciones: Nacional, Provincial o Municipal.

El *subsistema de la seguridad social* integra a las obras sociales y mutuales, que, de acuerdo al autor, en la medida en que no dan prestaciones por sí mismas -en su gran mayoría- operan como financiadores de las acciones efectoras requeridas por sus afiliados. Esta corriente financiadora está totalmente orientada al subsistema privado de atención de la salud.

Por último, el *subsistema privado* implica a todos los profesionales y técnicos que atienden en consultorios privados, como así también a las organizaciones privadas de atención de la salud (sanatorios, clínicas, entre otros). Tal como mencionábamos, Saforcada (2001) advierte que las organizaciones privadas de atención de la salud atienden tanto la demanda genuina del subsistema expresada a través de pacientes particulares, como la demanda proveniente del subsistema de la seguridad social.

En Argentina, la Oficina de Presupuesto del Congreso (OPC) en un informe publicado en 2021 expone que se estima que el subsistema que mayor población concentra es el de la

87 El sistema de previsión social refiere a un conjunto de medidas que protegen a los trabajadores y sus familias de riesgos sociales y económicos, aspectos que no serán abordados en este trabajo.

seguridad social que atiende al 61% de la población (lo que incluye a trabajadores formales y sus familiares directos, jubilados/as de PAMI y a quienes derivan aportes al sistema privado). El subsistema público es utilizado por el 36% de la población y el sector privado atiende al 14% de la población (Belli, 2025).

Para el análisis en torno al acceso al componente formal para la atención a la salud que las mujeres ponen en acto, recurrimos a la categoría de accesibilidad trabajada por la, ya mencionada en este trabajo, psicóloga argentina Alicia Stolkiner (2006), quien la define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, emergente de la combinatoria entre las condiciones y representaciones de los sujetos y la modalidad que adquiere la utilización de los servicios. Para la autora, puede pensarse desde una “accesibilidad inicial”, como posibilidad de ser atendidos desde lo que supone el ingreso al sistema propiamente dicho. Pero también, desde una “accesibilidad ampliada”, la que refiere a todo el proceso de atención en salud.

Landini, González Cowes y D’Amore (2014) analizan críticamente la noción de accesibilidad, entendiéndola como proceso conflictivo de articulación entre demanda y oferta en salud. Colocan el énfasis en la dimensión psico-socio-cultural de la accesibilidad, abordándola desde el concepto de interfaz social, en tanto espacio de actualización de discontinuidades sociales, en el que se encuentran actores que poseen diferentes racionalidades culturales o que forman parte de grupos sociales diferentes. En este escenario proponen pensarla como la articulación o relación (muchas veces negociada y conflictiva) entre las características del sistema de salud y sus profesionales, y las características y necesidades de la población, vínculo que se espera que permita una atención médicamente fundada a la vez que cultural y contextualmente apropiada, que genere beneficios en la salud y el bienestar de los pacientes.

En consonancia con ello, Linardeli y Anzorena (2021, p. 210) proponen una “mirada relacional sobre la accesibilidad”, donde ésta, más que la mera oferta de servicios es un vínculo de encuentro o desencuentro que se construye entre la población y los servicios de salud. Para las autoras este vínculo incluye las prácticas de vida de la población como parte constitutiva del acceso a la atención y se expresa en distintas modalidades de acercamiento y utilización de los servicios. Las autoras reconocen la existencia de contextos restrictivos de acceso a la atención médica, como aquel que alude al funcionamiento de un conjunto de barreras múltiples que afrontan, en el caso de su estudio, las personas migrantes para acceder a un sistema de salud.

Desde diversos abordajes distintos autores y autoras consideran que la forma en que las personas utilizan los servicios de salud puede expresarse atendiendo a distintos tipos o dimensiones de accesibilidad, entre las que se distinguen: la accesibilidad jurídica⁸⁸, la económica, la

88 Ferrara (1985) entiende que *accesibilidad jurídica* significa que cada comunidad ha desarrollado un conjunto de normas legales que aseguran a las personas la posibilidad de alcanzar los recursos sanitarios existentes en su medio. La declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, instituye en su artículo 25 el derecho a la salud como un principio de aceptación universal que exige a los Estados la responsabilidad de garantizarlo jurídicamente. Este derecho refiere a un nivel de vida adecuado que asegure, a la persona y a su familia, la salud y el bienestar, lo que incluye alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y a servicios sociales necesarios. Los movimientos latinoamericanos vinculados a la salud comunitaria y la medicina social/salud colectiva, se han encargado a lo largo de los años de visibilizar el contraste que se genera entre la declaratoria de esa garantía universal y la desigualdad concreta expresada en la realidad sanitaria cotidiana que atraviesan los pueblos. Corrientes que piensan el “derecho a la salud” como una integralidad de derechos sociales entrelazados, dan cuenta del carácter procesual y relativo de los procesos de salud-enfermedad-cuidados y atención. Conciben a la salud en el marco del proceso de desenvolvimiento de la vida misma de las poblaciones, en un escenario donde debe primar la promoción de condiciones que permitan una vida saludable desde una concepción integral de la salud basada en derecho a una vida digna y el derecho a no enfermar, y en ese caso a ser atendidos mediante el acceso universal a servicios de salud (Saforcada, 2001; Saforcada, de Lellís y Mozobanyk; 2010; Saforcada y Moreira Alves, 2015; Stolkiner y Ardila Gómez, 2012;

geográfica, la administrativa y la cultural o simbólica (Ferrara, 1985; Hamilton, 2000; Comes y Stolkiner, 2004; Stolkiner, 2006; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008; Landini, González Cowes, D'Amore, 2014; Linardeli y Anzorena, 2021; Savoy, Retamar, de Gracia y Chesini 2021; Carballo-Quesada, 2022; entre otros y otras). En lo que sigue, iremos tomando aportes de estas perspectivas para pensar la realidad de las prácticas de SECA de las mujeres del estudio.

Junto con ello, distintos documentos y declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), refieren a la cuestión del acceso a la salud de las poblaciones. La *Constitución de la OMS* (1º edic., 1946, 48º edic., 2014) establece en su preámbulo que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Constitución OMS, p. 1). El documento explicita que este derecho exige una articulación con otros derechos relacionados con la salud contemplados en las constituciones nacionales de los países y en tratados internacionales y regionales (Constitución de la OMS, 1º edic., 1946, 48º edic., 2014).

Otros documentos más actuales de estos organismos que abordan la cuestión del acceso a la salud son la “*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*” (OPS, 2014); “*Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*” (OPS, 2018); y el “*Plan Estratégico de la OPS 2020-2025*” (OPS, 2020), entre otros.

La “*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*” (OPS, 2014), insta a reducir las inequidades fortaleciendo los servicios de salud mediante la cobertura y el acceso universales. Este documento expresa que “la salud universal y el logro de la equidad en la salud dependen de la eliminación progresiva de los obstáculos geográficos, económicos, socioculturales, organizacionales y de género que dificultan que los diferentes grupos de la población tengan acceso universal a servicios de salud oportunos y de buena calidad que satisfagan sus necesidades” (OPS, 2014, p.27).

El documento define al “acceso” como la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan (OPS, 2014, p.6). Refiriendo a acciones cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud y prevenir enfermedades. El documento, en su punto 4 establece que el “acceso universal” se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. Insiste en que todas las comunidades tengan acceso, sin discriminación, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

Por su parte, la “*Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*” (OPS 2017) representa una respuesta regional a los “*Objetivos de Desarrollo Sostenible*”⁸⁹ (ODS) definidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2015. La misma se propone para el año 2030 como 1er objetivo “ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad (...)”, y en el 11vo establece: “reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio

Stolkiner, 2015; Menéndez, 1986; entre otros y otras).

89 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) refieren a metas y objetivos definidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2015 con la finalidad de alcanzar un desarrollo sostenible en el ámbito económico, social y ambiental constituyendo una Agenda a alcanzar para el año 2030 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>)

de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud” (OPS, 2017, pp. 29-30). De acuerdo al documento, los valores del acceso y la cobertura universal de salud, los sistemas de salud resilientes y servicios de salud de calidad guiarán la labor de la OPS en los próximos años, siendo contribuyentes al logro de los derechos humanos sustentándose para ello en enfoques transversales basados en la equidad, el género, la etnicidad y los derechos humanos.

Consideramos clave traer al análisis estos documentos contemporáneos de la OMS y de la OPS atendiendo a la realidad que atraviesa Argentina, país que fue estado miembro de la OMS y que a inicios del año 2025 quienes presiden el gobierno deciden su retiro, dando la espalda a acuerdos y normativas orientadoras de políticas cuyas intencionalidades refieren al logro del Acceso Universal a la salud. Ello en un contexto de país que política, económica y socialmente se encuentra convulsionado, donde la salud está siendo sistemáticamente golpeada mediante la reducción drástica del poder regulador del Estado, que ha llevado a la desprotección de los usuarios, en un escenario donde lo que prima es la ejecución de un modelo económico de gerenciamiento neoliberal de la salud, promotor de la liberación de precios y la competitividad del sistema, que va saturando al sistema público con la permanente migración de las personas que ya no pueden acceder a la seguridad social, deteriorando su calidad de atención y las condiciones de acceso público. Sumado a recortes, despidos de trabajadores y cierres permanentes de espacios de gestión de la salud pública, la baja de programas que dejan sin asistencia a pacientes con enfermedades graves, personas en situación de discapacidad, infancias, adultos mayores, sectores socialmente vulnerabilizados, agudizando las desigualdades en detrimento del derecho universal a la salud integral de sus poblaciones (Belli, 2025).

El escenario de atención de la Salud en el contexto local

Es necesario hacer mención aquí a la organización que asume la atención de la salud de gestión pública y privada en el escenario local del Gran Río Cuarto, puntualmente en las localidades de estudio de Río Cuarto y Las Higueras.

La institución de salud de principal referencia pública que tiene la zona de estudio es el Nuevo Hospital San Antonio de Padua, de jurisdicción provincial, situado al sur de la provincia de Córdoba (Argentina). Este hospital brinda atención de mediana y alta complejidad (en los niveles de prevención secundaria y terciaria), y en relación a los servicios que ofrece se destaca por ser un hospital polivalente⁹⁰, es decir ofrece unidades de servicios que atienden a usuarios con diversidad de patologías que requieren atención de distintas especialidades médicas. Este hospital se constituye en uno de los espacios de atención a la salud al que concurren, en relación a la población de estudio, preferentemente las mujeres en situación de pobreza y sus familias, frente a requerimientos de atención de mayor complejidad.

Mientras que, desde la jurisdicción municipal en la ciudad de Río Cuarto el trazado sanitario público se organiza actualmente a partir de una Subsecretaría de Salud, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Comunitario. Subsecretaría que tiene a su cargo una Maternidad, un Centro de Salud Municipal, ubicado en el microcentro de la ciudad, y que nuclea una red de 16 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), denominados usualmente dispensarios, junto con otros dos CAPS (llamados “Santa Clara” y “Casa del Sol”) y tres Centros de Atención las 24 horas (Salud24 -S24) distribuidos en distintos puntos geográficos de la mencionada ciudad para brindar atención durante el transcurso completo de la jornada, contando con guardias médicas frente a urgencias y emergencias. Los dispensarios destinados a la Atención Primaria de la Salud (APS) brindan atención médica básica a la comunidad, que

90 Información extraída del portal: <https://www.riocuarto.gob.ar/areas/salud>

consiste en un primer contacto de las poblaciones frente a sus requerimientos de salud, siendo sus funciones prevenir enfermedades, tratar algunas de ellas, rehabilitar a las personas, atender a las personas con paliativos, así como, si es necesario, derivar a los consultantes a hospitales de alta complejidad. Algunos centros disponen de especialidades como ginecología y obstetricia, odontología, medicina general, pediatría, psicología, psicopedagogía, funcionando estos servicios en algunos centros principalmente por las mañanas, y en otros a doble turno, por la mañana y por las tardes. Algunos cuentan con servicios de enfermería y especialistas en medicina general que atienden clínica, pediatría y ginecología. Espacios en los que también se brindan servicios de vacunación.

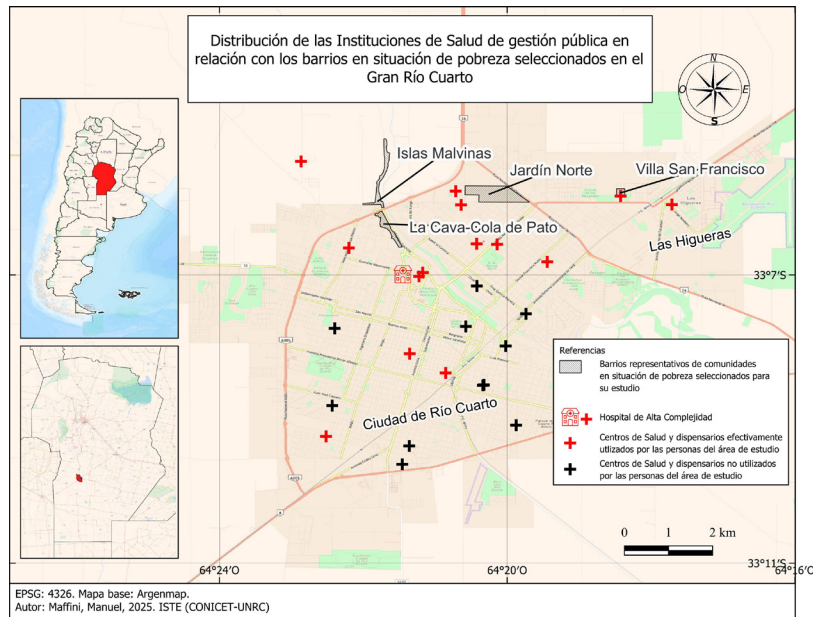
Por su parte, en la localidad de las Higueras, el municipio se organiza en un área de salud⁹¹ que cuenta con dos espacios destinados a ofrecer servicios de atención. Uno, es el Centro de Salud Municipal de dicha localidad, ubicado en el microcentro de dicha localidad, que ofrece distintos servicios de consultorio (medicina clínica, ginecología, cardiología, odontología, psicología y kinesiología, psicomotricidad, fonoaudiología, psicopedagogía, nutrición, y radiología), cuenta también con guardias médicas para la atención de urgencias y emergencias y servicios de vacunación. El otro espacio es un Salón de Usos Múltiples (SUM) del municipio local que fue acondicionado por el área de salud para la provisión de servicios de atención como pediatría, odontología, vacunación, y se sitúa en el centro mismo de la barrio San Francisco, en el que habitan las mujeres en situación de pobreza de dicha localidad participantes del estudio.

Los barrios del estudio presentan distintas distancias en relación a la zona de emplazamiento del Hospital, así como a los CAPS y Centros 24 hs. mencionados, representando diversidad en términos de tiempo/espacio para acceder a ellos.

En este sentido, de los cuatro barrios de estudio donde residen las mujeres en situación de pobreza, advertimos que solo Villa San Francisco -VSF- (Las Higueras) dispone dentro del mismo de un CAPS, dando cuenta de un acceso próximo. Barrio que, al Centro de Salud ubicado en el microcentro de dicha localidad reviste una distancia de 1650 m. De los barrios en situación de pobreza de la localidad de Río Cuarto, dos se encuentran a una distancia intermedia en relación a los CAPS más próximos, encontrándose Villa La Cava -VLC- a 1600 m. del dispensario más próximo, mientras el Barrio Jardín Norte expresa una distancia de 600 m. la que resulta en una distancia intermedia al dispensario más próximo. Finalmente, el Barrio Islas Malvinas se sitúa a una distancia lejana de los dos CAPS más próximos, siendo de 2000 m. al CAPS N° 5 y de 3600 m. al CAPS “Santa Clara” lo que pone en evidencia una compleja realidad en materia de accesibilidad geográfica a la atención de la salud para sus pobladores y pobladoras (Véase Figura 5).

91 Información extraída de https://www3.lashigueras.gov.ar/areas_del_gobierno

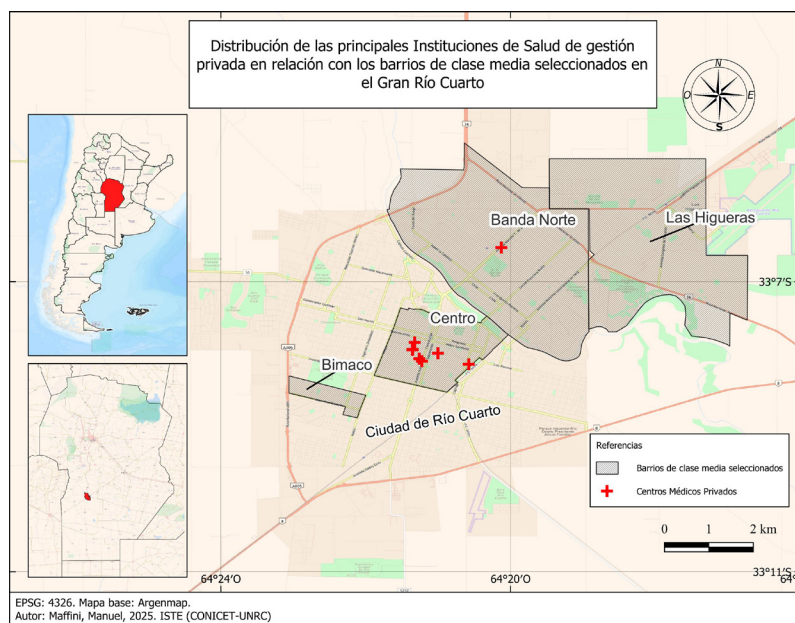
Figura 5: Distribución de las instituciones de salud de gestión pública en relación con los barrios en situación de pobreza seleccionados en el Gran Río Cuarto



Fuente: Maffini, M. (2025). ISTE (CONICET-UNRC), elaboración propia.

Las mujeres en situación de clase media, si bien refieren al acceso a instituciones de salud privadas a las que recurren mediante el subsistema de seguridad social, no especifican los nombres de estas instituciones, salvo la mención a algún que otro Centro en la capital de la provincia al que alguna de ellas ha recurrido frente a requerimientos de atención específicos. Tampoco refieren a cuestiones que aludan a su emplazamiento espacial. No obstante, las instituciones privadas de salud de la ciudad de Río Cuarto se encuentran en el radio microcentro de dicha localidad, y recurren a él también las mujeres del grupo social de clase media de Las Higueras (Véase Figura 6).

Figura 6: Distribución de las principales instituciones de salud de gestión privada en relación con los barrios de clase media seleccionados en el Gran Río Cuarto



Estos espacios de atención privada de la salud han experimentado en los últimos 10 años un crecimiento y expansión notable, como correlato del aumento poblacional de la propia ciudad, junto con la recepción de un masivo caudal de demandas provenientes de localidades vecinas que concurren a esta capital del interior provincial de Córdoba, traduciéndose en una cantidad relevante de usuarios que concurren a estas instituciones. Ello ha representado un crecimiento edilicio, un aumento de profesionales brindando atención y servicios a través de nuevos espacios que ofrecen consultorios externos organizados desde instituciones centrales, que en general son las más tradicionales e históricas de la ciudad, las que, a través de centros de atención más pequeñas dispensan servicios en distintas especialidades médicas.

Realizada esta contextualización, en lo que sigue, nos adentraremos al análisis de las prácticas de atención y acceso al componente formal que las mujeres de ambos grupos sociales despliegan. Para su abordaje recurriremos a la noción de accesibilidad y sus distintos tipos analizando cómo se significan a partir de sus relatos.

Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad económica

El ya mencionado médico sanitarista argentino Floreal Ferrara (1985) sostenía que el fenómeno sanitario es un proceso histórico social que surge de la estructura de las relaciones sociales. En él, las necesidades sanitarias son aquellas que pueden ser económicamente satisfechas. Para el autor, éstas requieren ser definidas por dos circunstancias relacionadas: nivel de ingresos de que disponen los individuos y su lugar en la estructura de clases sociales, y la calidad de los servicios disponibles. Aspectos que aproximan a la comprensión de la accesibilidad económica a los bienes y servicios de la Atención Médica. Para el autor “la accesibilidad económica se establece por el grado de facilidad que tiene el individuo o la comunidad, en utilizar los servicios de atención para la Salud y consumir los bienes que la producción sanitaria (...) conforme la capacidad económica que poseen” (Ferrara 1985, p 114).

Landini et al. (2014, p. 234) consideran que la accesibilidad económica refiere a la capacidad financiera de las personas en relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos, realización de estudios y otros costos derivados.

Los servicios y bienes para la atención de la salud otorgan una accesibilidad distinta a la población que varía en función de los costos de estos servicios y de la capacidad económica de la comunidad. Cuanto mayor es el costo de los bienes y servicios necesarios, menor será el número de miembros de la comunidad que puedan obtenerlo. En este sentido, Ferrara (1985) reconoce que esta accesibilidad es negativa cuando el individuo o la comunidad que requiere de atención no están en condiciones de solventar los gastos que la misma exige, y, por el contrario, tiende a ser positiva cuando la atención necesaria se entrega sin exigir pago alguno.

El documento de la OPS referido a la “Estrategia para el Acceso Universal de la salud y a la Cobertura Universal de la Salud” (OPS, 2014), anteriormente mencionado, establece en el punto 52 en relación a accesibilidad financiera y económica, la necesidad de avanzar hacia la eliminación del “pago directo” entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, lo que se convierte en barrera para el acceso a los mismos.

Vinculado con estas cuestiones, el grupo de *mujeres de clase media* expresaban:

(...) *recurso a los médicos, profesionales, siempre he ido eligiendo los médicos que me satisfacen, siempre los que me responden cuando tengo una necesidad de salud*, para mí o para los chicos, y he ido cambiando, pero trato de sostener los mismos profesionales porque me gusta construir la confianza (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC- Comunicadora Social, BBN. RC).

(relata cómo fue la atención que recibió en situación de enfermedad) (...) *volví acá y a seguir la terapia acá con mi psicóloga (...) en el tiempo que estuve en Córdoba hice terapia con una gestáltica (...) me fue muy bien (...) y con una psico oncóloga también que me hizo muy bien acá en Río Cuarto, yo trataba de cubrir todos los frentes porque yo sabía que tengo una tendencia a la depresión, a la ansiedad (...) entonces no quería que se desequilibrará ningún otro lado (...)* (MC2. S. 55 años. 2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN. RC).

(...) *yo empiezo reeducación postural, porque he hecho acupuntura, he hecho de todo, resonancias, y no sale nada (...) me hicieron además una audiometría dónde tengo un poco más bajo el volumen de escucha del oído izquierdo (...) que me explicó la neuróloga, porque todo esto me lo hace el otorrino, cuando yo voy a la neuróloga con esos estudios ella me dice, me explica (...) yo ya tengo una medicación para la previa de ese (...) síndrome vertiginoso (...)* (MC2. A. 52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC).

(en relación a los profesionales de la salud) (...) *muchas veces trato de no hablar con la secretaria porque como el médico a veces te da el WhatsApp es como que si hablas con la secretaria (...) ella te dice “no tengo turno (...)” en cambio cuando yo le hablo al pediatra y le digo “tiene fiebre”, “le duele mucho tal cosa”; puedo llevarlo enseguida o me responde “anda dándole...” me va dando una solución (...)* (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

(...) *acudimos con mi hija del medio a la psicóloga por un tema de que ella no puede dormir sola (...) creo que justo ahí (con la pandemia) se profundiza y ahí hizo sesiones virtuales. Siento que (...) fue buenísimo porque lo necesitaba ella, todos digamos (...) como (...) que nos superaba, cómo que la profesional que en ese momento nos ayudaba (...) nos transmitió tranquilidad (...) y a mi hija menor (...) le agarró dolor de muela, fuimos al dentista, eso fue igual a ver un astronauta (...) tuvimos que ir tres veces (...) porque la muela estaba bastante fea y tuvo que hacer un trabajo en tres veces que no nos dejamos de ocupar (...)* (MC2. V. 42. 3 hijos. RHGC- Comunicadora Social, BBN. RC).

Los relatos manifiestan un acceso a la atención de la salud que parece ligarse a condiciones y posibilidades de clase media. El poder asumir y solventar gastos en salud, el abonar el pago de consultas a profesionales, el poder viajar a otras localidades para interconsultas, el realizar determinados tratamientos o terapias complementarias que suponen cierto costo, el acudir a diversidad de profesionales frente a un mismo cuadro de salud, el acceder virtualmente a la atención en tiempos de pandemia, la oportunidad de contar con el contacto directo de un profesional de la salud a través de su número telefónico. Se trata de prácticas que se posibilitan para este grupo social, y que refieren a realidades que no se han identificado en el de mujeres en situación de pobreza. Los relatos dan cuenta de recibir la atención requerida, incluso un tipo de atención diferenciada a lo habitual en sus vidas cotidianas en el transcurso de la pandemia, a lo que otros grupos sociales no pueden acceder, no sólo en tiempos de pandemia, sino en escenarios habituales de su vida. En este sentido, se advierte una accesibilidad

que propicia un tipo de cuidados que marca condiciones de posibilidad para ciertos grupos sociales y no para otros (los que pueden y los que no pueden), lo que expone la salud en términos de tramas de desigualdad.

Surge también de este grupo de mujeres el tema de los *controles de salud*:

(...) *hago controles de salud preventivos y voy al ginecólogo (...) voy al dentista (...) a la dermatóloga* (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC-Comunicadora Social. BBN.RC).

(...) desde lo físico *hacer los controles, ir al médico y tratar de prevenir cualquier cuestión sobre todo cuando ya uno pasa a cierta edad a los 40 años, tenés que hacer un control (...) pero trato de prevenir (...) voy al ginecólogo, trato de hacerme controles una vez al año (...) para cumplir con la prevención, (...)* (MC2. A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

(...) voy mucho al médico (...) *me hago muchos chequeos*, en eso soy muy responsable (...) *me hago chequeos de sangre cada seis meses (...) soy como bastante constante en eso, me los hago porque he leído algunos artículos donde recomendaban que en realidad mientras hubiese la posibilidad de hacerlos en un período más corto estaría bueno (...) para poder detectar antes en vez de llegar al año* (MC2. I. 20 años. RH-Estudiente Universitaria. BB.RC).

(...) *me operé la vista, me hice el chequeo de la colonoscopia (...) salió perfecto (...) el tema de la vista que también no lo pensaba (...) cuando me fui a hacer el control me hablaron de las cataratas y de la posibilidad de operarme y dije al toque “¿Qué es lo que tengo que hacer para operarme?” (...) “bueno, dame el turno” (...) y estoy feliz, me cambió la vida la operación de la vista...* (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular-Jubilada. BC.RC).

(por cuestiones de salud) (...) los controles básicos que uno se tiene que hacer, como el chequeo y él que hago más que nada es el de la vista, lo hago una vez cada año, año y medio, *el ginecológico qué es el que hacemos todas y ahora ya viste que en el ginecológico te mandan a todos los análisis, todos, entonces como que le metes casi todo, y después dentista porque empiezan a tener problemas los dientes, nada más, pero hasta ahí llegó....* (J. 41 años. 2 hijos. RHGC-Administrativa en empresa familiar. BB).

(...) este mandato de “*hacerse los estudios*”, *quizás sin tanto fundamento (...) con un sentido más bien negativo como (...) esperando la enfermedad (...) yo creo que es importante que sea de otro lado el discurso (...) “hacerse controles” porque es la forma que tenemos de saber y de cuidar nuestra salud (...)* (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

Emerge de los testimonios de este grupo de mujeres la idea de los controles de salud. En algunos de ellos se expresa que se siguen y se cumplimentan a rajatabla, mientras otras ponen en tensión ese mandato. Se expone sí el ampliamente conocido precepto que exhorta al “cuidado de la salud en las mujeres”, promovido por los medios desde el “marketing de la enfermedad”, centrado en perspectivas patologizantes de la salud, en connivencia con grupos empresariales guiados por una industria de la enfermedad (Iriart, 2008; Saforcada y Moreira Alvez, 2014; Gervás y Pérez Fernández, 2015, entre otros y otras). Se propicia desde los medios un mandato que recalca en las mujeres, especialmente direccionado, y por ello impactan-

do más profundamente en las de clase media y acomodada, que son las que pueden acceder a esos servicios para cumplimentar con esos mandatos.

Algunas, incluso dan cuenta de acceder a prácticas de atención que por ellas mismas no perciben como necesarias de manera inicial, pero que cuando les son sugeridas por profesionales, no dudan en acceder a ellas y efectivizar esas prácticas sin ser, al menos en los casos analizados, la accesibilidad económica un impedimento.

Por su parte, una de las entrevistadas en *situación de pobreza* refería en relación a los *controles de salud*:

(...) como el sistema de salud es malo mayormente la gente no se hace controles, no se hace chequeos, es muy difícil que uno vaya, a mí me pasa que por temas de trabajo, lo que sea, ir al médico a hacerme un chequeo sé que es un lío (...) no es muy agilizado hacer un trámite de un análisis (...) yo veo gente que se hace chequeos por año y yo digo “no sé”, yo siento que la gente no, en general no, porque el sistema público es muy, no sé si precario, pero a la vez es malo, es malo, no te deja poder recurrir rápido, no puede sacar un turno para un control, a veces que te tarda casi tres meses (...) es muy lento todo, todos los procesos de salud son lentos, lerdos (...) el sistema de salud (...) no ha cambiado nada en años, sigue siendo igual (...) es público “bueno bancatela” (...) vas a un hospital y tenés casi 4 horas (...) vos (...) recurrís porque ves a tu hijo mal (...) hay que esperar (...) Por ahí uno espera que no, que no sea así, pero a veces dejás de llevarlos a la guardia. Yo, por ejemplo, ya sé si es una gastroenteritis, más o menos porque tiene 7 años, pero al principio me pasaba que los veranos le agarraba gastroenteritis y yo sabía que el hospital estaba lleno, “para qué voy a ir si yo sé que está lleno, me van a atender para darme esto, y esto, y esto” y bueno la terminaba medicando, o mismo he escuchado amigas que medican a sus hijos para no llevarlos a las salitas porque saben que tienen que ir a las 5 de la mañana con el bebé (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJA. RC).

(...) fui al médico, pero por h o por b siempre se me trababan para hacerme los estudios y tengo que hacermelos a los de ginecología, la nena más chica tiene 14 años y nunca me lo hice (MC1. C. 47 años. 10 hijos. RHGC. VSF. LH).

(...) tuve un accidente, me chocó un cadete y tuve problema en la rodilla y hasta hoy no puedo correr (...) Como no tengo obra social recién para el 7 de septiembre, desde hace del accidente 4 meses, me dieron (...) para la kinesióloga, por no tener para pagar, por no tener mutual (...) (MC1. G. 47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJA. RC).

El primer testimonio, que difiere con los hallados en mujeres de clase media, da cuenta de la complejidad que entraña el acceso a la atención pública de la salud, y cómo ello recae consecuentemente en la dificultad para sostener procesos de controles de salud, que contrastantemente resultan habituales para la clase media. Aparecen expresiones para caracterizar al sistema de salud como “malo”, “precario” y “lento” llevando a pensar en características de su estado que se expresan inherentes a lo postergado, deteriorado, nocivo, insuficiente, carente de recursos por tanto deficiente y dificultoso en su acceso. Algunas mujeres de este grupo social refirieron en relación a controles ginecológicos:

(...) me cuido (...) voy al ¿cómo se llama?, voy al ginecólogo una vez por año, cada un año me hago Papanicolau, me hice una mamografía, sí en ese sentido sí, todo marcha bien, por lo menos gracias a Dios (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

(...) Voy al dispensario (...) por ahora viene bien, el año pasado era un desastre (...) por ahí tenés pocos pediatras, o *por ahí hay una generalista para todos (...) te atiende consultas en general* (se refiere a consultas clínicas, pediatría y ginecología), *a mí (...) por mi salud (...) me gustaría que sea más específica, ginecóloga por el control para mi edad, yo tengo 47 (...) yo necesitaría que me atiendan cosas más específicas, porque no estaría bueno que la generalista te haga el Papanicolau o te lea la mamografía a mí me gustaría que me la lea un especialista en eso* (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.BJN. RC).

Los testimonios consignados expresan los contrastes que transitan las mujeres de ambos grupos sociales en aquello que hace al acceso a la atención de la salud. Lo que se percibe en sintonía con una de las tantas reflexiones del ya mencionado Informe del Foro Universitario del Futuro en Argentina, sobre *Pobreza, desigualdad y exclusión social* que expresa que, las personas en situación de pobreza pasan más tiempo sin controles preventivos y tienen una autopercepción de su salud peor que las personas con mejores ingresos, aspectos que, para sus autores lleva a considerar que “sin dudas las brechas sociales impactan en la salud de las personas: la desigualdad enferma” (Kessler y Assusa, 2021, p. 7).

Mientras una de las entrevistadas de clase media, refiriéndose a los controles ginecológicos expresaba lo que resonaba como una aseveración “(...) *el ginecológico qué es el que hacemos todas*”, dando cuenta de un procedimiento habitual en la vida de “todas las mujeres”, se trata de una afirmación, una expresión que podría leerse en términos de condición de clase. Ello permite interpelar a partir de la pregunta ¿quiénes son “todas las mujeres” para ella? infiriendo que a esa expresión subyace la idea de pensar sólo en mujeres como ella, por tanto, de clase media. Antagónicamente, a ese “todas las mujeres” de la entrevistada en situación de clase media, se enfrenta, la también taxativa expresión “*mayormente la gente no se hace controles*” que refiere la mujer en situación de pobreza, a raíz de su argumento de que el sistema de salud “es malo”. De cara a esa idea de “la gente”, podríamos preguntar ¿quién es “la gente” para ella? remitiéndonos a la posibilidad de pensar, en analogía con el caso anterior, a mujeres (y personas en general) que se encuentran en situación de pobreza. Se advierte en ambas un centramiento en lo conocido por ellas, es decir, a pensar la cuestión inherente a su propia realidad, a sus propios grupos sociales de pertenencia, a lo que a ellas y a sus pares les acontece.

Se advierte cómo, si bien el tema de los *controles de salud* se trató de un aspecto que en el grupo de mujeres en situación de pobreza fue escasamente referido, algunas aluden a las condiciones en que dicho servicio se presta en espacios de salud pública como los Centros de Atención Primaria de las comunidades, donde a veces la atención pediátrica y ginecológica suele estar a cargo de Médicos Generalistas o Médicos de Familia preparados para tal fin. Muchas veces en estos escenarios, la realidad de la demanda excesiva que estos profesionales reciben colapsa las posibilidades de dar respuestas y atención inmediata que las mujeres requieren.

En este sentido, en el último relato, se reconoce cómo impera en la reflexión de la entrevistada una lógica de “la especialidad médica” ligada a una concepción de salud propia del mercado, a partir del cual se organiza la atención de la enfermedad. En contraposición, otras concepciones de una medicina integral centran su atención en los procesos de la salud, así como en aquellas alteraciones normales o esperadas en el desarrollo de la vida de las personas, formando a sus profesionales desde la Medicina General o desde la Medicina de Familia en pos de un trabajo con las comunidades centrado en la protección y la promoción de la salud. Pudiendo desempeñarse desde allí, no sólo abordajes de la pediatría o de la ginecología, sino en distintos aspectos que hacen al ciclo vital de las personas como el control de enfermedades crónicas, el control de embarazos, ginecología entre otros. Se trata de profesionales de la salud

con una formación que los habilita para trabajar con distintos grupos etarios que componen las familias y poblaciones. Es importante traer estas reflexiones a partir de reconocer como subyace en los preconceptos de algunas mujeres, en el presente testimonio, pero que es recurrente en distintos pasajes de este trabajo, un preconcepto en torno a la medicina general, la impronta de una lógica de “la especialidad” como un servicio “mejor” de atención de la salud, apareciendo los profesionales generalistas como opciones de “segunda” (*“es generalista esta doctora, pero bueno, dentro de todo, también se hace lo que se puede”*). Se advierte así una dificultad para valorar, quizás por desconocimiento, la formación especializada que estos profesionales reciben para trabajar en los espacios de salud pública desde los procesos de la salud humana. Asimismo, es importante también hacer mención al hecho de que estos profesionales poseen el conocimiento suficiente como para identificar y sugerir cuándo los consultantes deben acudir a especialistas de acuerdo a los cuadros que se presentan.

Por otro lado, volviendo al análisis, como contrapartida a las definiciones y declaraciones en torno al deber ser de la accesibilidad económica, los testimonios emergentes del estudio nos permiten constatar que las entrevistadas expresan contrastes en relación a ella que grafican diferentes formas que asume el acceso a la atención para sus grupos sociales de referencia, atendiendo al subsistema al cual demandan.

En este sentido, los relatos dan cuenta de discrepancias en torno a la atención de la salud que se manifiesta en trayectorias sociosanitarias diferenciadas, visibilizando que, mientras las *mujeres de clase media* por disponer de mutual u obra social, realizan circuitos por instituciones que brindan servicios privados de salud, las mujeres en situación de pobreza centran sus posibilidades de atención en instituciones públicas.

En sintonía con lo hallado, desde un enfoque de indagación a partir de un estudio observacional y de corte transversal orientado a describir la accesibilidad a los servicios públicos de salud en la ciudad de Concepción del Uruguay, de la Provincia de Entre Ríos, Savoy et al. (2021) analizan la asociación entre las condiciones socioeconómicas de los usuarios y los servicios de salud elegidos para la atención. Los autores advierten una brecha en la accesibilidad que se expresa en que, a medida que mejora la posición social de los usuarios disminuye la elección de CAPS y aumenta la elección de servicios privados. Identifican que, los hogares cuyo referente tiene un nivel de educación medio alto y empleo estable concurren menos a los CAPS y más a servicios privados, en comparación con aquellos hogares cuyo referente posee un menor nivel de educación y empleo precario.

Vinculado con ello, hemos advertido cómo la práctica de los controles médicos visibiliza tramas de la desigualdad que se manifiestan en la vivencia de la salud de mujeres de ambos grupos y en su posibilidad de acceder económicamente a ella. Relatos que muestran realidades heterogéneas que hablan de desigualdades y aproximan a su comprensión.

Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad geográfica

(...) los vecinos están acostumbrados a que las enfermedades se pasan, hay una costumbre de eso ...el hospital es muy lejos... geográfica y existencialmente... Yo he estado en sepulturas de bebés que se ha pasado el parto... eso queda en la memoria de la gente, “que vamos a ir allá si no nos van a atender” ...yo recuerdo un caso ...él bebe nació muerto, se pasó el parto porque vinieron al hospital y en el hospital le dijeron que no, que tenían que ir a la maternidad, tuvieron que arreglárselas con sus propios medios, pedir remis ... una falta de contención o de capacidad de reacción por parte de los sistemas de salud (...) (Padre Carlitos).

Para abrir el análisis sobre la accesibilidad geográfica nos resultó atinado traer la voz de un Sacerdote, informante clave de este trabajo, que nos aproximó a la realidad en salud de varias de las mujeres y familias de algunos de los barrios en situación de pobreza del estudio. Su relato visibiliza una realidad y amalgama en este análisis, con las diversas cuestiones que surgen en torno a la atención a la salud por parte de las mujeres de ambos grupos y las posibilidades de acceder geográficamente a ella.

Al respecto, mujeres en situación de pobreza expresaban:

(...) lo veo que, si tiene fiebre, no duermo y le hago todos los pañitos, le doy el remedio y si veo que no mejora salgo a cualquier hora (...) yo soy mamá soltera de ella y usted sabe que yo me he ido caminando al hospital y no me importaba nada, gracias a Dios nunca me pasó nada, pero me iba (...) cruzaba los campos y me iba a cualquier hora, yo me acuerdo que una vez salí como a la 1:30 de la madrugada y ella habrá tenido tres años, chiquita (MC1. S. 28 años. 2 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

(...) yo por (...) un hijo enfermo salgo (...) he salido a las 4, a las 3 a las 2 de la mañana, nunca me quede a esperar que pasara algo, cuando han tenido fiebre, cuando les ha dolido la panza, cualquier cosa me iba al hospital regional (...) o al centro de salud que bueno (...) me quedaba lejos, pero de alguna forma u otra los llevaba (...) (MC1. S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC. RC.).

(...) los llevo al hospital, lo último que ha sido de noche, a la madrugada (...) a la bebé hace como 20 días la llevé porque había levantado fiebre (...) estuvo ese día con fiebre y yo pensé que estaba calentita y después la notaba muy, muy calentita y dije no, la vamos a llevar (...) era la garganta, así que le dieron un paracetamol porque no la podían medicar y después se le pasó (...) (MC1. N.36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC).

Se advierte cómo, en este grupo de mujeres, la cuestión sobre la accesibilidad geográfica surge cuando a partir de la valoración que ellas realizan del estado de salud en el que se encuentran sus hijos e hijas, y en función de su gravedad deciden recurrir a una institución para su atención. Cuando en esa evaluación su propio accionar en el hogar resulta ineficaz, las prácticas suelen reorientarse al emprendimiento de “itinerarios de atención” (Weingast, 2021, p.88) que suponen diferentes recorridos que las familias realizan en busca de una solución.

En este tipo de escenarios la accesibilidad geográfica se manifiesta. Ferrara (1985) entiende que ésta se considera atendiendo a la posibilidad que tiene la población para acceder a los servicios de salud según sea la distancia que la separa y las dificultades para llegar a ellos.

(...) desde que tenía 2 meses vivía internado, con neumonía, bronco espasmo, neumonía (...) en el hospital nunca me hicieron un estudio para saber porque se enfermaba tanto (...) Así que fui tuve que pelear en el hospital para que me entregaran la historia clínica (...) en el dispensario número 6 (...) la doctora (...) me dijo “pedí que te lo estudien” (...) un día me levanté y dije “me voy a Córdoba” salí a golpear puertas y a pedir, y me dieron los pasajes en el centro de salud (...) ¡Sola fui! sin derivación sin nada por eso tuve que pelear acá para que me entregará la historia clínica porque no me la querían dar (...) en una semana me hicieron todo lo que no me hicieron acá en el hospital me lo hicieron en una semana (...) (por su salud) yo anduve por todos lados, cuando decidí viajar hice rifas para poder juntar plata (MC1. S.30 años. 3 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

Para Ferrara, según cómo sea el acceso geográfico serán las percepciones de uso de los recursos y servicios de atención, según la facilidad en el tiempo o distancia de quienes los requieran. En este sentido, considera que generalmente quienes más necesitan de los servicios sanitarios son quienes no han podido elegir su destino geográfico, los que habitan donde pueden, donde no están los recursos de salud.

(...) del barrio (...) por ahí (...) uno que está enfermo, la ambulancia no viene, tenés que esperar (...) que llegue y cuando llega, ya los parientes lo han llevado al hospital (...) acá lo que haría falta es un dispensario (...) cambiaría un montón de cosas, porque tenemos que ir al Villa Dacar o sino al Calasanz, pero por ahí en el Villa Dacar no hay pediatra, en el Calasanz tenés que ir a las 7 de la mañana para las 10 de la mañana que venga la doctora. En cambio, si hay un dispensario en el barrio, con una pediatra, no pedimos mucho, pero, con una pediatra, una (...) que se yo, una dentista y un clínico, estaría de 10 el barrio (...) (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

Las madres enuncian haber pasado por situaciones de enfermedad, de urgencias nocturnas, de tener que llevarlos en la noche, de llamar a ambulancias y que no lleguen. Refieren a la atención a la enfermedad de un hijo o hija como algo imperioso a lo que se debe acceder más allá de las dificultades geográficas. Una de las entrevistadas señala la necesidad de un dispensario dentro del propio barrio, el que, tal como mencionábamos inicialmente, expresa una distancia extrema a los CAPS más próximos, siendo a uno de 2000m y a otro de 3600 m.

Para Ferrara (1985) la accesibilidad geográfica se ve influida por elementos de la realidad cotidiana, como el tipo de cobertura de la que se dispone, la comodidad, la complejidad de la prestación, entre otros. Para el autor, las personas con cobertura económica para la salud (obras sociales, mutuales o seguros), usualmente desestiman la posibilidad de atenderse en centros de atención médica con proximidad geográfica cercanos a sus domicilios, para utilizar aquellos que forman parte del sistema al cual se encuentran afiliados, siendo en general, en los testimonios del estudio, institutos, clínicas y sanatorios privados de la propia localidad de Río Cuarto, así como en la capital de la provincia.

(...) en 2001 que se me descubre otro quistecito, mi médico de acá me dice “no lo vamos a sacar” y yo dije “me voy a Córdoba dónde hay un médico muy reconocido Master, Master en mastología”, así que me fui a él y él me dijo “¡claro que hay que sacar!” (...) entonces yo ya me sigo atendiendo allá con este médico viejito, que después se puso tan caro (...) una consulta con él (...) (MC2. S. 55 años. 2 hijas. RH-Docente universitaria. BBN. RC).

En este sentido, las clases medias y acomodadas, en general se dirigen en búsqueda del servicio de salud considerado por ellos como imprescindible, dado que están en condiciones de solventarlo (posibilidad económica), despreocupándose por condiciones de tiempo y distancia, porque el valor de uso del servicio está influido por la necesidad (Ferrara, 1985). Como contrapartida, en los casos de los grupos en situación de pobreza, en consonancia con lo que plantea Ferrara (1985), al no contar con posibilidad económica para concretar determinadas atenciones, pueden, o bien apartarse del intento de acceder, o en el mejor de los casos, como en el analizado, golpear puertas de las jurisdicciones políticas de turno en pos de conseguir recursos económicos o subsidios, así como también, a través de algún emprendimiento puntual y personal como sorteos o venta de alimentos, apelan a la buena voluntad y solidaridad de familiares, amigos y vecinos que les permita reunir el dinero necesario para costear los traslados a los centros sanitarios, o solventar prácticas que el sistema público no cubre.

“...Por encima del acceso geográfico pesa (...) la cobertura que tiene el grupo social, por sus medios económicos o por las dificultades que le brinda el sistema (...) al que se encuentra adherido. En ambos casos la *accesibilidad geográfica deja paso a la inserción económico-social del grupo social demandante*” (La cursiva es nuestra) (Ferrara, 1985, p.44).

Se advierte así, cómo la accesibilidad geográfica a los servicios de salud se encuentra determinada por las condiciones de pertenencia a determinada clase social. En este sentido, si bien los aportes disponibles (Ferrara, 1985; Hamilton, 2000; Stolkiner, 2006, entre otros) señalan a la accesibilidad geográfica como un aspecto a tener en cuenta, ya que tiempo-distancia interceden en la posibilidad de recurrir a los servicios sanitarios, junto con ello se torna ineludible considerar la estructura socio-económica en las que se desarrolla una clase social considerada.

En nuestro estudio advertimos cómo las mujeres y familias en situación de pobreza experimentan dificultades en el plano de la accesibilidad geográfica, en los cuatro barrios de estudio (Villa la Cava, Islas Malvinas, Jardín Norte y Villa San Francisco) en lo que concierne a la realización de largos trayectos y viajes dentro de la propia ciudad o la ciudad vecina, en el caso de Las Higueras, para poder acceder a la atención de la salud. Si bien en algunos de esos barrios se dispone de CAPS próximos, estos poseen horarios de atención preestablecidos que no siempre coinciden con las urgencias en salud que se les presentan a las familias, por lo que deben redirigirse al Centro de Salud Municipal, a espacios de atención de la salud denominados “S24” o al Hospital Provincial. Enuncian diligenciarse en distintos medios, algunas comentan que lo han realizado caminando, mientras otras en motocicletas de uso personal, o en taxis, así como desde la ayuda de algún vecino solidario. Como contrapartida, mujeres en situación de clase media remiten a la atención de la salud en sanatorios de la capital provincial, lugar al que este grupo social usualmente recurre en automóviles privados o micros en búsqueda de una mejor calidad profesional de atención de la salud. En consonancia con lo planteado, Kessler y Assusa (2021, p. 6) consideran que “las brechas de desigualdad en Argentina también toman materialidad en la distancia y la lejanía con respecto al ejercicio de derechos”, donde las distancias geográficas para acceder a la salud relatadas por las entrevistadas en situación de pobreza, marchan en correspondencia con las distancias para acceder a las escuelas públicas, guarderías, jardines de infantes, las farmacias, el transporte urbano, entre otros.

Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad administrativa

Relatos de las mujeres en situación de pobreza reflejan escenarios administrativos que revisten gran complejidad:

(a la más chiquita) La llevo al dispensario 15 que está la doctora X que es muy buena doctora, acá no hay ni una sola madre o padre que se queje, porque es , o sea es ginecóloga, es de todo, pobre mujer (...) lo único que tenés que fumarte, es decir a las 5 de la mañana (...) para conseguir un turno, o sea, eso es lo peor de la atención, la atención de ella no, porque lo recalco (...) En definitiva ella te da 10 turnos, pero si yo voy a las 7:30, 8hs cuando está y le digo “doctora se me enfermó la nena, tiene fiebre”, ella me dice “dale, tráemela, tráemela antes de las 10”, y (...) entre tramo y tramo yo te puedo asegurar que en 3 horas te atiende (...) es muy buena doctora (...) (MC1.P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

(...) a mi marido le pasó que (...) se cayó en el trabajo y le sale un tumor (...) se cayó de un andamio, un tumor se le formó ahí en el brazo (...) fuimos al médico acá al hospital (...) no había los especialistas que él necesitaba (...) nos mandaron a Córdoba al hospital (...) allá le sacaron un pedazo (...) del brazo para estudiar (...) *cuando fuimos a buscar el resultado (...) nunca estaban (...) así estuvimos como 4 meses* (...) mi marido se enojó mal (...) llamó al Canal (...) salió en la radio reclamando (...) un día (...) llamaron por teléfono (...) y era el doctor M (...) nos sacó turno en el “Tránsito Cáceres de Allende” (Córdoba) (...) fuimos (...) el tumor de mi marido (...) con el peso que tenía no podía dormir, no podía andar (...) *ahí nos atendieron* (...) *pero ya era tarde* (...) *el doctor (...) le amputo el brazo* (...) (MC1.S. 43 años. 7 hijos. RHGC-RCC-Jornalera. VLC.RC).

Ferrara (1985) entiende por accesibilidad administrativa a aquella vinculada a la facilidad con que la comunidad puede llegar a resolver sus requerimientos de atención de la salud en cuanto a tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración de dichos servicios. Es también denominada accesibilidad organizacional o burocrática, por su referencia a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema sanitario.

(...) *si se enferman lo llevo al dispensario y si consigo turno, cuando es algo muy urgente* (...) *al hospital* (...) *en todos los lugares públicos lo que me mata es la espera, es la demora, si vas con un chico enfermo te tenés que ir a las 5 de la mañana y esperar* (...) a veces vas y hay más gente y tenés que esperar (...) el problema que tenemos que hay una sola doctora para todos, es generalista esta doctora (...) *en el hospital también es lo mismo, tenés demora* (...) *yo ahora lo llevé a un control y los tengo que llevar al oftalmólogo y no se consigue turno* (MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

(...) recurro al dispensario, al número 15, al 13, o al 12 y 6 (...) si por ahí una noche estuvo con fiebre (...) tengo que levantarme 5:30 de la mañana para ir a (...) conseguir un turno, porque nosotros tenemos una *médica generalista que atiende niños, es pediatra, obstetra, ginecóloga y aparte médica clínica o sea atiende todo en general*. (...) a veces tenés que ir muy temprano para conseguir turno para niño enfermo, igualmente ella si ve que el nene está muy mal te lo atiende (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC.RCC.TCP. BJN. RC).

(...) a él le agarra la fiebre y no se le baja y ahí nomás le agarran convulsiones y cada vez que iba con él (se viene refiriendo al hospital) me hacían esperar afuera (...) la última vez que fui ahí me quisieron meter presa, y de ahí fue porque *me mandaron hacerle análisis a él* (...) *yo estaba las 6:30 de la tarde en el laboratorio y eran las 10:30 de la noche y todavía no me habían atendido y yo lo tenía él con fiebre* y se escuchaba que estaban ahí y se escuchaba que se reían ahí adentro (...) yo me cansé y le agarré la puerta a patadas y salió una y se enojó “que yo era una mal educada, que era una negra, qué iba a llamar a la policía” (...) (MC1.S. 30 años. 3 hijos. RHGC-TCP. VLC.RC).

Ferrara (1985) entiende que los requisitos de la administración de los servicios de salud están relacionados con las características económicas de dichos servicios, siendo el nivel de exigencias de la estructura administrativa dependiente de las condiciones financieras para otorgar esos servicios. Para el autor, en el sistema privado de atención de la salud, donde las prácticas y servicios profesionales se corresponden con el pago de dinero, la accesibilidad administrativa resulta casi sin interferencias, siendo todo facilitado para el demandante, sin que se interpongan trabas en la ejecución.

Saforcada (2001) considera que, en Argentina, en el componente formal del sistema total de salud (STS) los intereses de quienes dinamizan el mercado de la enfermedad tienen una gran presencia, determinando todo el funcionamiento de los subsistemas públicos y de la seguridad social por la racionalidad de lucro, los que son opuestos a los intereses de los pueblos y se apartan de la racionalidad del bienestar común, que es lo que debe legitimar el espacio de la salud pública.

(...) teníamos problemas con el dispensario más cercano, que es el número 15 (...) Nunca funcionó como tendría que haber sido, en el sentido de que viene una sola generalista que atiende, que tiene que atender en teoría, a los 3 barrios. Una sola para 3 barrios, eso incluye niños enfermos, embarazadas, control del niño sano, control de adulto, dando 10 turnos por día (...) Trabajando de lunes a jueves (...) está con la enfermera y nadie más (...) La generalista (también) se dedica a la ginecología. (Doc II. MC1. P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en un hogar de cuidados. BJN.RC).

En la pandemia los dispensarios estaban cerrados (...) el 15 y el 13, los dos estuvieron cerrados. No recuerdo por cuánto tiempo, pero cuando se declaró la pandemia, que nos encerramos, cerraron. Había una mínima guardia, o el hospital. O el Alberdi que es las 24 horas. Cuando empezó el tema de la vacunación, se fueron rotando de dispensario en dispensario. Yo tuve que ir una vez durante la pandemia y estaban cerrados (...) no brindaban información, ni contención porque estaban cerrados. (Doc II. V. 32 años, 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN).

Landini et al. (2014, p. 234) considera que la accesibilidad administrativa atiende a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos. Vinculado con ello, los testimonios de las entrevistadas en situación de pobreza, advierten cómo la accesibilidad administrativa resulta negativa en el sector público donde se ha formado una compleja red de trámites y requisitos, tanto de la organización del sector, como la ejecución del acto profesional, manifestándose un escenario de verdadera burocracia para acceder a la salud.

Las mujeres en situación de clase media no aluden expresamente a problemáticas en relación a la accesibilidad administrativa, aunque es conocida la realidad de burocratización del sistema de obras sociales que se expresa en el requerimiento excesivo de tramitación y procedimientos administrativos (vinculados al acceso a prestaciones, traspaso entre obras sociales, barreras en la afiliación, entre otros) que terminan dificultando, y en ocasiones atrasando el acceso a la atención médica de los grupos sociales medios (FADEPOF⁹², 2021).

Prácticas que visibilizan realidades sobre la accesibilidad cultural y simbólica

Los testimonios de las mujeres entrevistadas advierten que muchas veces las búsquedas de atención a la salud orientadas al componente formal expresan complicaciones que aparecen incluso habiendo accedido geográfica, económica y administrativamente a la institución, y tienen que ver con una inaccesibilidad en el plano de lo cultural y simbólico que envuelve la posibilidad de concretar esa atención.

92 FADEPOF (Federación Argentina de Enfermedades Poco Frecuentes). (2021). Informe de resultados de encuesta a usuarios: burocracia - procesos administrativos del sistema de salud argentino. <https://fadepof.org.ar/recursos/noticias/archivos/2022062705432937722.pdf>

Ferrara (1985) entiende que este tipo de accesibilidad incluye elementos de la cultura, la psicología y las relaciones sociales que involucran la conducta de los grupos frente a sus requerimientos en salud. Para el autor, una gran parte de los componentes de la accesibilidad cultural se circunscriben a la relación paciente-médico, donde este último ejerce una autoridad por su propia condición y extracción social, mientras que el paciente, en su circunstancia de enfermo, tiene asignado un lugar de dependencia que ratifica el estado asimétrico del encuentro.

Landini et al. (2014) consideran interesante clarificar el concepto de accesibilidad simbólica y su relación con el de accesibilidad cultural, a partir de diversos estudios desarrollados por Stolkner y colaboradores. Advierten que la idea de accesibilidad simbólica alude al universo simbólico o subjetivo que organiza la vida de los sujetos, permitiendo reconocer que no sólo pueden existir barreras relacionadas con diferencias culturales entre usuarios y profesionales, sino también referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren propiamente a lo cultural.

Atendiendo a ello y buscando generar una conceptualización más amplia tal como mencionábamos anteriormente, los autores proponen el concepto de accesibilidad psico-socio-cultural (Landini et al. 2014, p.234). Entienden que dado que la accesibilidad es un vínculo construido entre usuarios y servicios de salud, resulta fundamental atender tanto a las representaciones y creencias de los beneficiarios, como a los marcos de sentido construidos por los profesionales y por los servicios de salud, sin asumir que el problema son las creencias o la cultura de los beneficiarios, sino las dificultades para la articulación entre sus creencias y cultura y las estructuras de sentido en la que se basan los servicios de salud y sus profesionales. Para ello proponen colocar el eje en el estudio de las interfaces sociales, analizando los procesos de negociación y conflicto que se dan, en distintos niveles y entre los diferentes actores, en torno a acciones, propuestas, recomendaciones y conocimientos legítimos, basados en posiciones institucionales o en marcos de sentido diferentes (Landini et al. 2014, p. 238).

En consonancia con ello, una prolífera producción de estudios desde hace varias décadas analizan la conflictividad de lo que ocurre en este encuentro acuñando diversidad de denominaciones para su comprensión tales como: vinculación inquietante (Ferrara, 1985); encuentro insatisfecho (Thompson, 1990); choque de creencias (Kalinsky y Arrúe, 1996); dualidad vincular de tinte verticalista (Emmanuelle, 1998); relación inclusiva de desigualdad social (Mendoza González, 1999); barrera psicosociocultural (Saforcada 2001; Juárez y Saforcada, 2013; Saforcada y Juárez, 2015); extensión comunicativa en salud (Juárez, 2015); entre otros.

Atendiendo a ello en lo que sigue, a partir del relato de las mujeres, interesa identificar cómo se desarrollan esos espacios y las dinámicas de interacción que se generan en los vínculos de las mujeres con los profesionales y servicios de salud, para visibilizarlo en pos de reflexiones críticas que contribuyan a procesos de transformación.

(...) la más grande tiene convulsiones (...) está tomando medicamento (...) pero no le están haciendo efecto (...) En el hospital (...) le digo (a su médico) “necesito que usted me dé un turno urgente” (...) Me dice “tenés que sacar un turno, llamar...”. Llamé al hospital el otro día y me dijo “No hay turno este año, recién el año que viene” así que tengo que esperar. (...) le digo “vos tenés que darme la receta de este mes para poder retirar el medicamento” me fui a las 8:30 de la mañana con la nena más grande, con la que toma el medicamento y la bebé, me atendió a las (...) 10:30, le digo “la farmacia está hasta las 11”, (...) y me dice “tenés que llamar y sacar turno”, “así que tengo que esperar a que a mi hija le pase algo grave, a vos te voy a hacer responsable” -le dije- “porque vos sos responsable”, “llama y saca turno” (me respondió) (...) (MC1. N.36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC).

(...) siempre he ido eligiendo los médicos que me satisfacen (...) los que me responden cuando tengo una necesidad de salud (...) trato de sostener los mismos profesionales porque me gusta construir la confianza, hoy con el tema del WhatsApp como que le puedo mandar un mensaje al pediatra y que me responda en el momento (...) (MC2. V. 42 años. 3 hijos. RHGC- Comunicadora Social, BBN. Río Cuarto).

Al analizar las interacciones que se establecen en el subsistema privado y público de atención de la salud, Saforcada (2001) considera que en el subsistema privado las interacciones responden a un modelo contractual entre pares, donde se expresa el poder de libertad de decisión basado en una transacción comercial donde la persona necesitada de estos servicios decide a quien solicitárselos y en caso de no encontrarse conforme con ello, interrumpe dicho vínculo y lo redirecciona en búsqueda de un nuevo proveedor de atención. Por su parte, el autor considera que en el subsistema público se trata de una relación obligada, establecida en un plano desequilibrado de poder, donde quien demanda atención carece de capacidad de elección porque no tiene capacidad de pago y es esta misma falencia la que le impide la toma de decisiones autónomas, dice el autor “esta situación de (...) pobre y enfermo es una de las condiciones más invalidantes existentes en las sociedades regidas por sistemas económico-políticos capitalistas orientados por un liberalismo deshumanizado” (Saforcada 2001, p. 34).

Saforcada (2021c) ponía énfasis en la reflexión sobre la naturaleza de las interacciones en los distintos subsistemas de atención de la salud, advirtiendo que la generalidad de los profesionales que operan en el subsistema privado, es también la que dinamiza al *subsistema público*. Lo señalaba en términos de problemática al considerar la naturaleza profundamente diferente en términos de responsabilidad sociopolítica y principios éticos de cada uno de estos subsistemas, que hacen no sólo a la calidad científica sino también humana de la atención de la salud.

Linardeli y Anzorena (2021) en el estudio referenciado anteriormente, visibilizan cómo gran parte de los obstáculos que las mujeres migrantes vivencian para acceder a la atención a la salud pueden considerarse barreras simbólicas de acceso a la atención, otros ingresan en el terreno del maltrato y el racismo explícito. En nuestro estudio, análogamente hallamos testimonios que refieren a situaciones que, desde los aportes de los feminismos pueden ser leídos en sentidos similares.

Prácticas de atención que expresan violencia obstétrica, sesgo racial y de género

Belli (2024a, C2) plantea que “sesgo androcéntrico en salud” alude a todos aquellos conocimientos y prácticas atravesadas por una mirada masculina basada en un modelo de construcción de conocimiento que equipara esa mirada con la idea de universal (mirada de varones adultos, blancos, occidentales, con educación formal, etc.).

Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell (2015, pp. 17-18) proponen la denominación “sesgo de género” para referirse al abordaje de una situación clínica de forma inadecuadamente diferente o similar, de acuerdo con la evidencia científica disponible, en función del género del paciente. Para las autoras constituye una praxis médica sesgada aquella en la cual se destinan mayores recursos al diagnóstico, prevención o tratamiento de un género respecto al otro a igual necesidad, así como cuando se confiere mayor credibilidad o urgencia a las quejas de salud de un género respecto al otro, aunque la evidencia disponible no justifica estas diferencias.

Para las autoras, entre las consecuencias del sesgo androcéntrico se encuentra el emplear el conocimiento médico en tanto herramienta biopolítica para contribuir al mantenimiento del orden heteropatriarcal *manteniendo el control sobre el cuerpo de las mujeres e impidiendo una legítima soberanía sobre sus propios cuerpos*: por ejemplo, patologizando/medicalizando procesos de la fisiología femenina como la menstruación, el parto o la menopausia.

Para Belli (2024a, C2) los sesgos androcéntricos en salud, junto con los estereotipos y los prejuicios, tienen un impacto central en la persistencia de las desigualdades en la atención en salud.

(...) yo cuando tuve la bebé el doctor que me atendió en la maternidad me dijo que había una posibilidad de tener parto natural, hacía como 6 años que yo había tenido a I (...) y había una posibilidad de un parto natural. Entonces yo dije que sí, estaba re contenta con esa posibilidad porque había sufrido un montón con la cesárea. Bueno, cuando llegue a último momento, ya estaba por nacer S, llego con contracciones a la maternidad, me atiende un doctor y me empieza a decir “que el que me había atendido era un carnicero”, “que cómo me había hecho esperar hasta las 42 semanas”, según yo iba en la 40 por mi ecografía, pero claro este doctor era un doctor que ya hacía muchos años que estaba ahí en la maternidad, “que no había posibilidad”, “que no había necesidad de exponerme” y cosas así. Entonces yo me quedé shockeada, porque no entendía por qué con la primera ecografía él contó que eran 42 semanas y mi ginecólogo llevaba 40 (...) no sé por qué, pero bueno, entonces yo la tuve a S. Fui la tercera cesárea, me atendieron como la última “ésta que vino a estorbar”, porque las otras dos ya estaban programadas (...) me atendieron re mal (...) yo estaba con contracciones (...) llevaba 4 de dilatación (...) tuve que esperar que hicieran las otras dos cesáreas porque directamente me dijeron que “no tenía posibilidad de hacer parto natural, porque yo ya había hecho una cesárea”. Por más que hayan pasado 6 años “yo tenía que volver a hacer otra cesárea”. Y la experiencia fue horrible, está bien que cuando uno está ahí está mal por la maternidad, porque uno piensa que es distinto, que tu hijo va a nacer cuando está predispuesto a nacer, qué sé yo (...) yo venía de tener a I en una clínica (...) por una mutual de mi mamá (...) en cambio con ella me tocaba sí o sí la maternidad pública, y yo llegué re mal porque ya me empezaron a retar, “que no me tendría que haber dejado hacer tacto” y así, como que todo fue de mal en peor, porque yo entré mal a la cirugía, yo entré muy mal, nerviosa, entré súper nerviosa (...) no me tomaba la anestesia, se vé que de los mismos nervios, y la anestesista se había olvidado los anteojos, así que me pinchó como tres veces (...) yo incluso hasta el día de hoy siento dolor ahí en esa zona (...) a mí me quedó como eso (...) cuando nació S yo no la ví, a diferencia de I que me lo subieron por encima de las sábanas, yo ni la vi, yo estaba re mal con la anestesia, en un momento quería sacarme todo, fue horrible. Me la entregan cuando yo voy a la sala, se la entregan a mi marido, y cuando yo llego, llego re mal (...) y después cuando yo me vengo a mi casa no me dan medicamentos, no me dieron calmantes, no me dieron nada. El tercer día yo sentía que me picaba la espalda, me picaba, esa noche después de tenerla a ella (...) me agarra una picazón en la espalda, me empiezo a rascar, rascar, pensaba que era el algodón de los mismos apósitos, y me vienen y me ponen un calmante (...) un Decadrón, no sé qué me pusieron por el suero, cuando yo vengo a mi casa y voy a la doctora (del dispensario del barrio) por los calmantes, ella me ve toda la espalda quemada, toda la espalda desde la cola, y ahí la doctora me explicó que en la sala de cirugías hay como una camilla que te mantiene la temperatura, entonces si se pasa, al no ponerle nada arriba me quema toda, yo estaba toda quemada. (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC- TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

El Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) de Argentina junto con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) han publicado dos informes sobre la vulneración de los derechos humanos y atención en salud reproductiva en los hospitales públicos en Argentina (citado en Belli, 2013, p. 31), en los cuales señalan una serie de derechos que son habitualmente violados en la atención obstétrica a las mujeres que acuden a ellos. Identifican la violación a los derechos de: a) la integridad personal (art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos -CADH-) dentro del marco de la violencia obstétrica, este derecho se ve violentado a través de prácticas invasivas muchas veces innecesarias como las episiotomías, las cesáreas que no están médicamente indicadas y las ligaduras de trompas sin contar con el consentimiento de la mujer; b) el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud (art. 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos).

Díaz García y Fernández (2018) plantean que en nuestra región el trato propiciado desde los centros de salud a las mujeres y poblaciones vulneradas se reporta en forma de maltrato físico, humillación y maltrato verbal. También se suman a ese listado la realización de procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización cuando la persona no lo desea, la falta de confidencialidad y violaciones de la privacidad).

Lucero (2019) propone el concepto de “poder obstétrico” como una forma de poder disciplinario enmarcado dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres. La autora señala que el ejercicio de este tipo de poder está orientado a la enfermedad, por lo que se patologiza el proceso de parir, medicalizando el embarazo y el parto. El poder obstétrico no considera y descalifica el saber que de su propio cuerpo tienen las parturientas, ubicándolas bajo una tutela médica disciplinadora. Para Lucero (2019, p. 7) una manifestación del poder obstétrico que se ejerce en las relaciones médico-pacientes durante el embarazo, parto y postparto, es la “violencia obstétrica” que a su vez conjuga la violencia institucional y simbólica, siendo la violencia definida como conducta, acción u omisión basada en relaciones desiguales de poder que afectan la libertad, dignidad y la integridad física, psicológica y sexual de las personas.

Belli (2013, p. 28) define como “violencia obstétrica” al tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, varones trans y otras personas con capacidad de gestar. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la persona gestante, en la tendencia a patologizar las manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto. Constituye una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género como desde el enfoque del derecho a un trato digno y respetuoso en salud.

El testimonio consignado da cuenta de agresiones incesantes y concatenadas que vivió la mujer en su experiencia de parir en una maternidad pública del contexto local. Como punto de partida refiere a acuerdos previos contruidos con su médico anterior, expresando cómo a partir de aquella planificación en torno a la posibilidad de un parto natural, ella se encontraba en un estado de bienestar durante el embarazo. Como contrapartida, relata que el día del parto no fue atendida por ese profesional -no refiere los motivos- y expresa haber vivido una experiencia cuyas características se enmarcan en el constructo de violencia obstétrica. Refiere haber recibido una sucesión de reprensiones, malos tratos, comentarios humillantes, reproches en torno a su forma de proceder, así como en relación a las decisiones tomadas por su médico anterior, situaciones que expresan injusticia epistémica, así como violencia epistémica, pudiendo reconocerse incluso una tergiversación/manipulación de información (en relación a las semanas de parto que el médico actuante alude) como sustento de la cesárea -no planificada-. La mujer expresa desplantes a sus demandas, muestras de insensibilidad frente a

su dolor y malestar (refiere a la colocación de la anestesia desde procedimientos impertinentes que prescindieron de su resguardo e integridad física, explicita cómo aún con el pasar de los años siente dolor en la zona donde le fue colocada). Expresa que no le mostraron, ni entregaron la criatura al nacer -obstaculizando el apego precoz de la criatura con su madre, sin una causa médica justificada, y que la camilla en la que ella estuvo recostada durante la intervención le quemó la espalda. Agrega también que no le fueron indicados, ni provistos analgésicos para atenuar su dolor, sumatoria de elementos que vulneraron su integridad.

Se hace visible así, cómo el paradigma de la tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto concibe a la mujer que pare como un objeto de intervención y a partir de allí se activa un arsenal de prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquiriendo un carácter negativo, que muchas veces termina en situaciones de violencia para las mujeres (Belli, 2013).

Belli (2013) advierte que, en nuestra sociedad, así como en la mayor parte de los países de Latinoamérica, estos comportamientos se hallan naturalizados, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas quienes temen reclamar por sus derechos o, en el peor de los casos, no conocen sus derechos.

(...) yo no puedo tener familia...porque me ligaron las trompas... Porque eran todos seguiditos y yo era jovencita, cuando (...) tuve el último varón me ligaron, yo no quería porque yo era joven, mi mamá me hizo obligar porque yo era tan jovencita, no quería que tuviera chicos y me ligaron, y después que yo compro el varón le pregunté a mi mamá "porque no podía tener otro más", porque tengo cinco y después me explicaron que me ligaron... (me sentí) mal porque hice pareja y no puedo darle un hijo... (me hubiera gustado) que me dijeran que si quería ligarme, y yo ahí les hubiera respondido que no. No me arrepiento porque está cara la vida para tener chicos, (repite) está cara para tener hijos... (MC1. M. 48 años. 5 hijos. RHGC. VSFLH)

Se advierte cómo a las mujeres muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas. En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, tal como lo expresa el testimonio citado. El mismo permite reconocer cómo el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre la propia salud, que versa en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos al expresar que "Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada", es violado en la experiencia de la mujer entrevistada, a quien se le practicó una ligadura de trompas sin su consentimiento.

(...) tengo familiares que han fallecido por este sistema de salud, y es como que siento que no ha cambiado nada en años, sigue siendo igual (...) es violento la forma de atención (...) Yo tengo mi tía que falleció de cáncer de mama (...) mi tía era una mujer humilde, muy humilde (...) tuvo cinco hijos de joven, 36 años, y su última hija la doctora la llama para hacerle un control, porque le habían dado mal unos últimos análisis del embarazo, y no le quiso atender porque tenía olor, le dijo que tenía que higienizarse para poder hacerle el control, entonces mi tía se enojó y se fue. Mi tía estaba de 8 meses en ese momento, entonces mi tía no se hizo más controles (...) se fue a la maternidad tuvo su hija pero ella no fue más al médico (...) Cuando la nena tenía 6 meses mi mamá le pregunta "Chela por qué no le das el pecho a la nena" (...)

“no, no porque tengo lastimado”, y cuando se levanta así mi tía tenía todo el pecho quemado (...) le había agarrado un cáncer de mama, y mi tía duró dos meses a partir de ese día y se murió (...) yo siento que ella es porque no quiso ir al médico de nuevo (...) y no se hizo revisar más y como que se dejó estar, y siento que es por lo mismo que nos pasa a nosotros “bueno hay que esperar” (...) es lo mismo siempre (...) y me da bronca (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC- TCP- TCC-Peluquera. BJN. RC).

Belli (2024b, C3) plantea que el trato irrespetuoso, ofensivo, discriminatorio y -en muchos casos negligente- manifiesto desde prejuicios y/o prácticas basadas en sesgos recibidas en los centros de salud expulsa a las personas que buscan asistencia y utilizan estos servicios, con consecuencias adversas en su salud. La autora advierte que estos obstáculos propician una atención médica inferior y, por ello son proclives a contribuir con tasas más altas de morbilidad y mortalidad en estos grupos (Belli, 2024b, C1), tal como lo grafica con nitidez el relato de la entrevistada.

En este escenario, Belli (2024a, C2) considera al sesgo racial como una de las preocupaciones centrales inherentes a los tratos desde los ámbitos de la atención de la salud, entendiendo que el racismo es una forma de violencia que se manifiesta en una desigualdad en salud, cuyos resultados significan a mayor discriminación, menores niveles de salud física y mental. En este sentido, la racialización de la pobreza se reconoce como un fenómeno presente en estos espacios de atención de la salud. En este sentido, Campos García (2012, p.2) entiende a la racialización como el:

“proceso social por medio del cual, tanto a los cuerpos como a los grupos humanos, culturas y etnicidades se les atribuyen ciertas categorías rígidas de sujetos, que implican una naturaleza ontológica condicionante y estabilizante a la vez, en función de características fenotípicas, lingüísticas, geográficas, ancestrales, etcétera”.

Para el autor, la racialización hace referencia a categorías creadas *por* y no pre-existentes a la relación entre grupos en desequilibrio, se trata de una producción social de los grupos humanos en términos raciales. Según el autor:

“no existen grupos raciales *per se*, sino solamente grupos socialmente *racializados* como resultado de prácticas, doctrinas y voluntaristas producciones de saber. Estas, ya sea por dolo, inocencia o por el arbitrario acto de establecer diferenciaciones fijas, producen tipologías más o menos duraderas, más o menos consensuadas que homogeneizan a los grupos considerados similares, mientras que heterogeneizan a aquellos a los que se les considera distintos” (Campos García, 2012, p.2).

El testimonio de la entrevistada, analizado más arriba, da cuenta del acto consumado de discriminación, racialización, violencia obstétrica -simbólica y material- y la consecuencia de la expulsión y muerte de la mujer consultante. A través del relato se reconoce que la profesional, como referente del componente formal del sistema de salud, no propició un espacio para la reflexión sobre las condiciones de vida de la mujer consultante, parece no pensar en ello, ni en el hecho fisiológico del embarazo que está atravesando en condiciones de pobreza, con posibles correlatos de inaccesibilidad a agua limpia, a instalaciones sanitarias adecuadas y elementos de gestión que le permitan su higiene y autocuidado. Tampoco parece pensarse en torno a su realidad familiar y la vivencia de un embarazo en condiciones de responsabilidad en materia de cuidados y atención a cuatro niños a su cargo. Sumado a ello, no se contemplan sus condiciones de traslado y tiempo dispensado para encontrarse presente allí en la consulta.

Se la cosifica y reduce a objeto de la atención, falible de ser desestimada al no reunir con ciertas condiciones fenotípicas impuestas por quien “fiscaliza” su estado.

Se advierte la contundencia del acto de discriminación y racialización en la vida de esta persona, hecho que la expulsó del sistema y la abandonó a la resignación, violando sus derechos humanos y constituyéndose, quien debía proveerle salud, cuidados integrales y bienestar, en la responsable directa de su deceso. Puede pensarse en este hecho de expulsión, en su componente de discriminación y como el sesgo racial toma la forma de violencia verbal, que con el tiempo se configura en violencia material sobre la propia damnificada. Violencia que a su vez se expresan como violencia obstétrica, manifestación de la violencia de género que impera en el sistema.

Es importante hacer mención aquí a que, en el estudio, éstas prácticas de atención con el componente formal que han expresado violencia obstétrica, sesgos raciales y de género, han sido identificadas a partir de vivencias del grupo de mujeres en situación de pobreza, no así en el grupo de las mujeres de clase media. No obstante, reconocemos que estas prácticas sesgadas y discriminatorias también permean los comportamientos relacionales del componente formal de las instituciones privadas de salud, donde mujeres de clase media vivencian realidades similares, con más o menos matices, así como situaciones de injusticia epistémica en sus intercambios de saberes con profesionales del componente formal.

Reflexiones de síntesis

El análisis de este capítulo en lo referido a *prácticas de atención y acceso al componente formal de la salud*, nos ha permitido advertir entre las mujeres de ambos grupos la vivencia de trayectorias sociosanitarias diferenciadas que expresan contrastes que se corresponden con sus oportunidades materiales de vida y cómo los condicionamientos socioestructurales impactan en ellas. Así se advierten contrastes en los planos referidos a la accesibilidad económica, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad administrativa y la accesibilidad cultural. En este sentido se ha reconocido un plano relacional que manifiesta asimetría, verticalidad y ejercicio de poder por parte de efectores de salud que muchas veces condena a las mujeres consultantes e integrantes de sus familias, y se expresa en sesgos de género, racial, discriminación y violencia, mediante comportamientos de profesionales que reprenden, obturan y ponen en riesgo el bienestar y la vida de las mujeres consultantes, especialmente de aquellas en situación de pobreza.

Para acceder a turnos médicos que les permitan lograr la atención de los servicios públicos de salud, el grupo de *mujeres en situación de pobreza* manifiesta realizar largas esperas y traslados, lo que les supone esfuerzos en tiempo y dinero para concurrir a los Centros de Salud. Para evitar ese tipo de situaciones, que muchas veces implica exponer a sus pequeños hijos e hijas a largas horas de espera, incluso ante la adversidad climática, algunas mujeres apuestan por sus propios conocimientos para valorar los cuadros clínicos de las y los pequeños. Algunas mencionan incluso renunciar a la posibilidad de efectuarles controles médicos por la dificultad de acceder a turnos y sostener estos procesos en la salud pública. Se advierte así cómo, la realidad de una gestión de la salud pública burocratizada atraviesa el sistema y atenta contra la posibilidad de que las familias reciban atención, recalando en la vida de las personas y resultando, dada su ineficacia, en consecuencias potencialmente adversas para la vida de las personas.

Por su parte, en ese mismo ejercicio de vigilancia a la salud de sus hijas e hijos *mujeres de clase media*, al contar con recursos económicos, resuelven con cierta disponibilidad requerimientos de atención consultando a instituciones privadas locales o incluso, si su valoración del

caso lo amerita, recurriendo a instituciones y especialistas de la capital provincial, pudiendo trasladarse a través de vehículos propios o en micro. Si bien también ha sido posible advertir que mujeres en situación de pobreza y sus familiares efectúan interconsultas y tratamientos en instituciones de Salud de la capital provincial, para ello deben golpear sistemáticamente puertas del municipio local para que se les provea algún tipo de ayuda o gestión interinstitucional, así como llevan a cabo rifas, sorteos y emprendimientos para reunir el dinero requerido.

Este capítulo nos ha permitido graficar como se van configurando las desigualdades en el acceso a la atención para grupos sociales de mujeres. Aspecto que será retomado en próximos capítulos donde volveremos sobre desigualdades. En lo que sigue, el próximo capítulo analizará las prácticas de SECA comunitarias que se reconocen en las mujeres del estudio.

Capítulo 14

PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN

“la salud comunitaria cobra sentido en tanto reconocimiento de la voz de los territorios en sus construcciones de los procesos de salud-enfermedad y cómo a diario se lucha por construir un mejor vivir” (Isla et al, 2022, p. 149).

Este capítulo aborda la categoría de análisis “Prácticas comunitarias de SECA” para desglosar el último componente de análisis de la dimensión Prácticas de SECA. La misma emerge puntualmente de los testimonios de mujeres en situación de pobreza y refiere a acciones y prácticas desplegadas por ellas frente al reconocimiento de necesidades de salud, educativas, así como frente a realidades de malestar, dificultades y problemáticas de atención experimentadas con los servicios públicos de salud vivenciadas por las familias de las comunidades, a partir de lo cual desarrollan procesos de organización destinados a proveer de atención y cuidados a sus comunidades. Se identifican prácticas comunitarias de SECA en contextos previos, durante y posteriores a la pandemia por la enfermedad de Covid-19, así como acciones de colectivización de sus reclamos en búsqueda de bienestar y calidad en la provisión de servicios de atención a la salud.

Prácticas comunitarias de SECA enunciadas por mujeres en situación de pobreza

Algunas mujeres enunciaban prácticas cotidianas de asistencia en centros comunitarios:

(...) los días martes nosotros damos el té, a las 3:30 nos venimos y nos vamos 5:30. Y los jueves cocinamos a las 3 de la tarde y a las 7:30 empezamos a repartir la comida y ya tipo 9 nos vamos (...) Cuando pasó eso de la pandemia, tuvimos que poner el té, preparar en una botella y repartirlo con el pan, con torta, con lo que se hace, pan con dulce, picadillo, o hacemos tortas fritas, bizcochuelo, rosquitas (...) los jueves hacemos guiso, albóndigas, con papas, con salsa (...) Y la gente viene a buscarlo (...) (MC1.36 años. 6 hijos. RCC. IM.RC).

(...) Brindamos comidas y viandas a la gente, los días viernes y sábados. Mayormente por el mediodía. En la merienda son más o menos 30 familias por día. Y en la olla también, de 30 a 40 que van a buscar la vianda (...) (Doc II. MC1V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC)⁹³.

93 En relación a esta categoría sobre prácticas comunitarias de SECA, a los fines de enriquecer el análisis se ha recurrido a algunos documentos provistos por entrevistas semiestructuradas realizadas al mismo grupo de mujeres de la comunidad Jardín Norte en el marco del estudio “*Entramados y desencuentros entre educación y salud: la*

(...) Estoy en una copa de leche, un merendero (...) Ahí damos la leche, la merienda, de lunes a viernes. Y viernes y sábado se hace el almuerzo y cena. (...) es un re laburo lo que hacemos (...) (Doc II. MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC.RHGC. BJN. RC).

(...) También tenemos “el Galponcito” que es un lugar donde damos apoyo y contención a los niños de lunes a viernes (...) Es apoyo a las necesidades a raíz de la escuela”. (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

Los testimonios permiten reconocer en el grupo de mujeres en situación de pobreza cierta unión y lazos entre ellas que se expresan en iniciativas de acciones concretas vinculadas a la organización colectiva para atender y sostener las necesidades y demandas de sus barrios en cuestiones que hacen a la alimentación (preparación de almuerzos, cenas y meriendas) y otras que fueron reconociendo en lo cotidiano vinculadas al acompañamiento escolar.

(...) acá estuvimos abriendo, siempre en el “Arveja” (centro comunitario), en plena pandemia, lo único que no hacíamos era cocinar, teníamos abierto y venía la gente buscaba su té, su pan, con todo el protocolo que había de tomar distancia, tapaboca, desinfectante, nunca dejamos de trabajar, incluso la municipalidad nos mandaba por ahí mercadería, como no cocinábamos nosotros ya teníamos identificadas a las personas que más lo necesitaban, entonces hacíamos como viandas para que se lo cocinen en su casa (MC1.P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

Vinculado a prácticas de SECA que se realizan con un sentido colectivo, ya sea en el barrio propio o en relación a la población con la que se convive, Bergel Varela y Rey (2021, p. 6) proponen el concepto de “cuidado comunitario” como “aquel que se resuelve de manera colectiva en la comunidad (...) e incluye una amplia gama de actividades que desarrollan (...) las mujeres de los barrios populares para paliar necesidades, compartir cuidados y gestionar y colectivizar recursos estatales o privados”. Para las autoras estas iniciativas tienen una larga trayectoria en Argentina, y en general son llevados a cabo por organizaciones sociales, confesionales, políticas, o por iniciativas individuales de vecinas, involucrando a una cantidad importante de mujeres y constituyendo los “servicios socio-comunitarios” la segunda categoría más numerosa en el Registro Nacional de Trabajadores de la Economía Popular (RENATEP).

“Siempre tuvimos el problema, y lo seguimos teniendo, que el Estado colabora muy poco (...) (hace un tiempo hicimos una) junta de firmas como una forma de movilizar, porque si nos sentamos a esperar que venga la municipalidad o las instituciones ... no... no está bien”. (Doc II. MC1. P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

“Muchos de los vecinos que se acercaban al “Arveja Esperanza” ... (comedor comunitario) nos contaban que la problemática era que por ahí eran las 2 o las 3 de la tarde y, por ahí, alguno se golpeaba y no teníamos el dispensario abierto. Así que desde el “Arveja” se nos ocurrió salir a juntar firmas por los barrios para ver si podían extender el horario de enfermería y si podíamos conseguir algún otro médico. No estamos disconformes con la doctora porque es una doctora muy buena, pero necesitamos más atención. Necesitamos

tensión exclusión-inclusión en comunidades en situación de pobreza” (E403-1/ Res. C.S. N°083/2020; Resol. C.S. N° 661/2022), codirigido por la autora de este trabajo, y dirigido por la Mgter. Sonia de la Barrera.

médicos que se especialicen en los niños. Y que tengan más horas”. (Doc II. MC1. F. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCC. BJN.RC).

“Estuvimos juntando firmas, para pedir más profesionales en el dispensario a la Municipalidad, para que la gente tenga más accesibilidad a este dispensario, que es el que nos corresponde (...) fue el año pasado (...) saliendo de la pandemia (...) Fue una necesidad de los vecinos y nuestra, ya que no había profesionales en el dispensario. Hay mucha necesidad (...) La falta de pediatras, de psicólogos infantiles (...) creo que se puso un médico más acá (...) Yo suelo frecuentar para llevar al control a mis hijos, una vez al año (...) las veces que he ido a llevarlos a ellos me han atendido muy bien (...) me brindaron remedios y cremas. El trato es cordial, buen trato”. (Doc II. MC1V. 32 años, 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN).

*(...) Nosotros de acá del barrio una vez juntamos firmas para que pongan más especialistas en este dispensario 15, que, en definitiva, lo único que tenía era la generalista, la enfermera y la secretaria de lunes a viernes. Pero la doctora (...) hasta el jueves (...) no abría el dispensario los días viernes. Se nos dio acá, de la olla por salir a juntar firmas para llevarlas al municipio (...) surgió (...) porque me llama una compañera y me dice “no voy a ir a trabajar porque tengo a la nena enferma, y me fui a hacer turno a la salita a las 5:00 y de allá me llama mi marido que el nene estaba con vómitos”, y ella había ido a sacar turno por la nena, “no puede ser que no me puedan dar dos turnos, porque tengo los dos enfermos, y te dan un turno por persona” (...) La doctora tiene que atender tres barrios (...) y bueno empecé a hablar con las compañeras “qué les parece si juntamos firmas” (...) dividiéndonos por sectores para abarcar lo que más se pueda del barrio (...) (los vecinos estaban) contentos. Para nosotros la firma era un montón, de cada grupo familiar, de decir “estoy de acuerdo” y explicarle vecino por vecino. Conseguimos más de 850 firmas, en más de 20 días, nos dividiámos entre cinco por sector, cuadra por cuadra. No quedó un sector sin caminar. (...) yo me hice cargo de ir a presentar las firmas. Las dejé en el (...) centro de salud Cabrera y ahí fue una mala experiencia (...) estuve (...) un año literalmente, todas las semanas desde que presente la nota (...) un día (...) (...) salió la secretaria del doctor X -que siempre salía y me decía- “no, no tenemos ninguna respuesta” (...) la mina ya se cansó de verme la cara (...) me dice “Mira las firmas que vos trajiste están en la municipalidad, se derivaron para allá”, “bueno”, le digo (...) “yo me voy a la municipalidad porque quiero una respuesta” (...) y me fui a la municipalidad (...) en la municipalidad me dijeron “no acá nunca presentaron ninguna firma”, no sabes cómo salí de esa municipalidad (...) me fui al Cabrera de nuevo, a la secretaria (...) y ya empecé a levantar la voz (...) “yo sé que vos estás únicamente para darme la cara a mí, pero yo quiero que el doctor X me dé la cara (...) y me van a devolver las firmas de todos los vecinos porque a mí no me vas a venir a charlar vos con que las firmas se mandaron a la municipalidad, (...) y de la municipalidad me dijeron que nunca recibieron una firma nuestra, o sea ¿qué hicieron con las firmas de los vecinos? (...)” (...) -le dije- “discúlpame que te trate así, vos no te lo mereces, pero ya me sacaron (...) ustedes se cag** de risa de todos, y así mismo decile al doctor X que a mí me dé la cara, porque yo no soy cualquier bol** que se va a quedar callada, y si tengo que traer a todos los compañeros que me ayudaron a juntar las firmas, más los periodistas, en dos patadas te los tengo acá en la puerta, así que fíjate vos” (...) a todo esto a la tarde me mandó un mensaje la secretaria, “el doctor X te va a recibir” (...) a todo esto, ellos no sabían el pedido porque no habían leído el pedido (...) buscaban (...) que la doctora X que atiende en el dispensario también estuviera en la reunión (...) En definitiva, era pedir psicólogo, pediatra, a todo esto, él se creyó que nosotros lo habíamos hecho para hacer un reclamo de la doctora, por cómo hace su trabajo, él nunca leyó la nota. Esas son las cosas que uno se*

toma la molestia de salir, al frío, al calor, a buscar la firma para nada (...) a todo esto nos citó, fuimos y lo primero que nos dijo “(...) ¿cuál es el problema que ustedes tienen con la doctora?”, y ahí estaba la doctora (...) como diciendo “¿qué mal hice yo?” y le dije “usted me va disculpar, (...) pero nosotros hicimos la firma de los vecinos y a usted no le interesó y el pedido que hicimos usted no lo leyó, el tema es que nosotros no tenemos ningún problema con la doctora, usted doctora ya tiene el cielo ganado -yo hablándole a ella- porque usted tiene que estar trabajando con gente que no tiene escrúpulos. Claro usted se tiene que hacer cargo de ser pediatra, doctora, enfermera, ginecóloga” (...) deje bien en claro que el problema no era con la doctora que queríamos más especialistas (...) a todo esto (...) él hizo promesas (...) después de todo ese quilombo puso dentista, una enfermera a la tarde, una psicopedagoga, pero en definitivo ginecólogo que nos hace falta no pusieron (...) (MC1. P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

Los testimonios, puntualmente del grupo de mujeres del barrio Jardín Norte, señalan necesidades vividas por las familias de la comunidad en relación a la atención en el Centro de Salud del barrio. Reconocen como problemática la presencia de una sola profesional de la medicina, una joven médica generalista responsable de abastecer las demandas de distintos grupos de edad pertenecientes a tres barrios geográficamente aledaños, cuyas poblaciones experimentan necesidades diversas y constantes. La realidad de la escasez de profesionales, la burocracia administrativa y los reducidos horarios de atención se conjugan, para este grupo de mujeres, como un verdadero obstáculo a la posibilidad de garantizar el derecho a la atención y acceso a la salud de la población.

Este escenario las interpeló como mujeres y madres, y las implicó en un análisis reflexivo sobre esas realidades, lo que las condujo a organizarse para expresar su reclamo y denunciar la situación a través de la redacción de una nota, que sustentaron a partir del apoyo de vecinas y vecinos, mediando un proceso de organización para el relevamiento de firmas, logrando que más de 800 vecinos y vecinas de los tres barrios de referencia del CAP firmaran su adhesión al reclamo. La nota fue dirigida al subsecretario de salud del municipio local, exponiendo los puntos críticos de la situación. Luego de un año de presentada la nota, y de golpear sistemáticamente las puertas, semana tras semana, en búsqueda de una respuesta desde la subsecretaría de gobierno local, una de las mujeres entrevistadas, referente del centro comunitario que inicia este accionar, logra mantener una reunión con el subsecretario y la médica del dispensario. Se explicita el reclamo, advirtiendo que la nota jamás llegó al funcionario público, o bien infiriendo, a partir de su desconocimiento, que se estaba minimizando el reclamo colectivo. La referente explicita el reclamo, aparta del meollo de la cuestión a la profesional y su calidad de trabajo y, con el paso del tiempo, las vecinas reconocen algunos cambios que se tradujeron en lo concreto de la atención, vinculado a la incorporación de nuevos profesionales (odontología y trabajo social) así como amplitud del margen horario hasta las 18 hs. con la prestación de servicio de enfermería.

Respecto a la situación analizada, ya desde mediados de la década de 1980 Ferrara (1985) exhortaba a que el ejercicio de la Atención Médica en ámbitos sociales debe ser justo, lo que exige la transformación de las estructuras tecno-burocráticas en salud y la necesidad de crear nuevas situaciones, nuevos procesos de comprensión e innovación que cuestionen la racionalidad administrativa imperante. Para el autor, estas premisas suponen apoyar la participación en el poder político y social de los demandantes de las prestaciones de salud, tal como da cuenta el relato analizado, siendo estas participaciones cuestionadoras de las estructuras instituidas y la burocracia, desde un ejercicio crítico-reflexivo.

Por su parte, el texto publicado por la OPS a inicios de la década de 1990, inicialmente analizado en esta tercer parte del libro, al reflexionar sobre el eje del “Modelo de Prestaciones

Sociales de Salud” (OPS, 1992) coloca el foco en la ciudadanía y la responsabilidad en el ejercicio del derecho de las personas a asociarse y a peticionar para acceder a contextos favorables de salud, insistiendo en afirmar derechos básicos de accesibilidad a bienes y servicios de salud cuya ausencia supone una agresión, no solo a la salud, sino a la dignidad personal y social⁹⁴. Iniciativas como la realizada por las vecinas van en ese sentido, expresando formas de solidaridad y mecanismos elementales de defensa ante situaciones de carencia o injusticia.

En consonancia con ello, Bergel et al. (2021) señalan la potencia que tienen los espacios de cuidado comunitarios como lugares de socialización que apuntalan la construcción de las mujeres en un sentido social y político. El encuentro entre mujeres que atraviesan situaciones de vida similares permite colectivizar sus problemas y pensarlos en una dimensión política que potencia su accionar, tal como lo señala el testimonio analizado. En línea con ello, Sanchis (2020) considera que las mujeres son las protagonistas de los espacios comunitarios, en ellos producen y vivencian procesos de politicidad vinculados con la posibilidad de inscribir una experiencia individual (ligada al espacio doméstico de cuidados) en un proyecto colectivo mayor. Para la autora, se trata de una politicidad anclada en la experiencia y en el quehacer práctico, que habilita la toma de posiciones en lo público, haciendo imposible fragmentar la experiencia de cuidados comunitarios y el accionar político.

Por su parte, Vega Solís (2019) analiza el protagonismo femenino en la defensa de la salud y los cuerpos, lo doméstico y lo privado en el espacio de las economías populares y los barrios. La autora considera la relación entre la familia, el cuidado comunitario y las políticas públicas, analizando desde los feminismos a partir de experiencias auto-organizadas que incorporan la reciprocidad en cuestiones como la alimentación, la cocina, la limpieza, la crianza, la gestión, el apoyo, el cuidado, la enfermedad o el aprendizaje. En general como resultado de actuaciones colaborativas, con frecuencia vinculadas a reclamos y luchas por su visibilización, valorización y redistribución. Aspectos que se expresan con nitidez en el testimonio analizado. La autora (2019, p. 51) invita a considerar el aporte conceptual de lo “común” para mostrar aquello que genera responsabilidad compartida, la potencia de las actividades y los vínculos de sostén en la atención diaria, el sentido de co-obligación política, con énfasis en un actuar en conjunto que, en su devenir, genera sentido, valores, pensamiento, afectos, deliberación, reglas, institucionalidad compartida y, consecuentemente, formas de comunidad.

Tal como expresan Isla et al. (2022, p. 148) “los saberes y vivencias de las mujeres en sus territorios dan cuenta que, en el sostenimiento de la vida, esos cuerpos-territorio no sólo ‘ponen al cuerpo’ en la batalla cotidiana sino también, revisan sus territorios y los bienes comunes para, desde allí hacer posible la vida”. Para las autoras estas revisiones generan una brújula que permite revisar la salud comunitaria desde saberes que entrelazan procesos de vida, salud y cuerpos-territorios, aspectos que reconocemos en los testimonios de las mujeres.

En este escenario, el contexto de la crisis sociosanitaria que implicó la pandemia, les permitió a muchas de las mujeres de las comunidades en situación de pobreza reconocer la

94 Documentos contemporáneos de la OPS como la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” (OPS, 2014) y el “Plan Estratégico de la OPS 2020-2025” (OPS, 2020) insisten en la promoción y facilitación del empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades acerca de su situación de salud, sus derechos, responsabilidades y obligaciones, para la toma de decisiones de acuerdo a su contexto. Para ello remiten a procesos de construcción de conocimientos a través de instancias de capacitación y acceso a la información. Expresan la implementación de mecanismos formales por parte de las autoridades, que promuevan la participación social activa junto con programas de promoción, prevención y educación. Reconocen que la participación de las comunidades puede fortalecer procesos sólidos de formulación de políticas relacionadas con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, así como acciones para abordar los determinantes sociales de la salud, y la promoción y protección de la salud (OPS 2014, p. 15, pto. 40; pp.22-56); (OPS 2020-2025; OPS, 2020, pp.66-83).

insuficiencia que mostraron las instituciones del Estado (tanto las escuelas, como los CAPS) en las acciones para promover salud y educación (Juárez, et al. 2023)⁹⁵. Al respecto, Fournier (2020) entiende que la pandemia redefinió la dinámica de la organización social de los cuidados otorgando visibilidad al quehacer de los espacios comunitarios en la resolución de las necesidades de cuidado, particularmente, en sectores con altos niveles de vulnerabilidad económica que habitan en periferias urbanas.

(...) tuvimos una campaña para que se fueran a vacunar, vinieron a vacunar acá en la copita (...) vinieron del Centro de Salud (...) ya cuando se empezaron a ver que fallecían personas (...) por ahí, (...) “uh falleció aquel” “¿De qué? Del Covid” “uh me voy a vacunar” “C que vaya alguien del dispensario o vaya alguien a tu casa a vacunar”, “sí”, le digo, “vengan”. Y así se empezaron a mover (...) (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

(...) yo que estoy en la copita, por ahí venían me golpeaban la puerta (...) un vecino también que tuvo el Covid, yo daba mercadería así que le juntaba lo que tenía en una bolsita y iba y lo ponía en la puerta, le golpeaba (...) (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

(...) venían una vez al mes, venían los del Makro (se refiere a un supermercado) a traerme con una notita que mandaban los chicos de Techo (se refiere a una agrupación social) y se repartía la mercadería. Tuvimos unos kits también con los chicos de Techo, jabón, lavandina, repartíamos a todos los vecinos (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RCC. IM. RC).

Los testimonios permiten identificar cómo el suceso sociosanitario de la pandemia impulsó nuevas prácticas comunitarias de SECA en las mujeres en situación de pobreza. Aspecto que no fue identificado en la realidad de las mujeres en situación de clase media. Se advierte así, desde la perspectiva de la interseccionalidad, cómo a la desigualdad de género se acopla las condiciones de clase social y la inscripción territorial de quienes desarrollan habitualmente las tareas de atención y de cuidados en las comunidades (Fournier, 2020).

Puntualmente, muchas de las mujeres entrevistadas del Barrio Jardín Norte (BJN), en su quehacer comunitario, desarrollan prácticas que reflejan su compromiso con la comunidad en cuestiones no solamente sanitarias, sino sociales, culturales, educativas, transversalizando eso en materia de atención y cuidados a su gente. Son mujeres que, desde la organización colectiva, buscan transformar sus realidades, las de sus familias y la comunidad.

Dentro del grupo social en situación de pobreza, mujeres trabajadoras se desempeñaban en el ya mencionado Centro Comunitario “Arveja Esperanza”⁹⁶-responsable de asistir a familias en la intersección de los barrios Jardín Norte, “130 viviendas” y “64 viviendas”- concurriendo alrededor de sesenta (60) y setenta (70) familias diariamente. Las mujeres entregan la merienda de lunes a viernes y dos veces a la semana realizan ollas populares y ofrecen viandas en el almuerzo o en la cena. La tarea de brindar asistencia alimentaria implica toda una modalidad de trabajo organizada en grupos, ya sea para la elaboración de comidas como para

95 Algunas de las reflexiones que se comparten aquí, se vinculan al trabajo “Lo inédito viable freireano en la praxis transformadora de mujeres en contexto de pandemia” (Juárez, M.P; Galetto, M.N; de Filpo, O; Vizzio, A; Verhaeghe, A; Garais, P. y S, de la Barrera; 2023).

96 Desde diciembre de 2024, y a pesar de haber construido una trayectoria sostenida de casi cuatro años de trabajo comunitario en el barrio Jardín Norte, la Organización Social Tierra, Techo y Trabajo, como resultado, entre otros, del coyuntural escenario político-económico de país, se vio obligada a interrumpir el sostenimiento de los espacios del comedor comunitario “Arveja Esperanza” y del espacio de educación popular de “El Galponcito”, viéndose -en el momento en que se escriben estos análisis-, interrumpida la tarea comunitaria realizada en este barrio desde esos espacios.

el mantenimiento e higiene del espacio. Sus tareas de asistencia y cuidado comunitario se enmarcan en la denominada economía popular promovida desde lo que fue el denominado programa “Potenciar Trabajo”⁹⁷.

Las mujeres trabajan desde el centro comunitario “Arveja Esperanza” en vinculación con “El Galponcito” un espacio de educación popular mencionado en uno de los testimonios, que funcionaba al lado del centro, y al cual reconocen como indispensable ya que está destinado a la atención de las necesidades de las infancias del barrio en relación con la escuela y las demandas de cuidado de las madres trabajadoras, siendo un espacio al que también acuden sus hijas e hijos en los horarios en que ellas se desempeñan en el centro comunitario.

Tanto el centro comunitario como el espacio de educación popular, integran la organización “Tierra, Techo y Trabajo” que forma parte de la Unión de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (UTEP). Organización de la cuál emergieron estas iniciativas concebidas como unidades productivas o de servicios de cuidados, es decir, espacios de trabajo de la Economía Popular^{98, 99, 100}.

(durante la pandemia) fue muy difícil porque no había nadie que te informara (se refiere al CAP). Al principio que era un desastre cuando te avisaban a las 2 o 3 semanas si tenías Covid. Era difícil manejarte, ver si podías salir o quedarte, si estabas enfermo. No podías llamar a nadie, no había nadie que te informará. Después con el tiempo, con las chicas de la organización para tratar de ayudar, llevando productos de limpieza, alcohol (...) tratamos de cuidar en el Arveja el mantenimiento de distancia, ayudar a la gente que entienda y tratando de ver qué se podía hacer para el barrio (...) (Doc II. MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

(...) tratamos de llegar lo más posible a los vecinos en lo que se pueda. Pero 5 o 6 compañeras de la copa de leche hicieron una diplomatura, Promotoras de salud, que tiene que ver con la higiene del merendero y las ideas para mantener mejor el espacio de trabajo. (La diplomatura) era más que nada en asistir a los vecinos en la salud, después sale el tema de la vacuna y nos enseñaron como sacar los turnos, les dábamos a los vecinos el turno para la vacuna porque la mayoría tenían 65 años en adelante (...) (Doc II. MC1. P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

97 Se trató de un programa de inserción laboral creado en 2020 en Argentina en el gobierno de Alberto Fernández cuya finalidad fue mejorar la empleabilidad y la inclusión social de personas en situación de vulnerabilidad social y económica (Res. 121/2020, Ministerio de Desarrollo Social, B.O. 20/03/2020) ofreciendo un salario social complementario a cambio de trabajo socio-comunitario. Con la asunción del gobierno de Javier Milei, a partir de abril de 2024 el Ministerio de Capital Humano, reemplazó al programa “Potenciar Trabajo” por el programa “Volver al Trabajo” (Res. 84/2024, Ministerio de Capital Humano, B.O. 09/04/2024).

98 Esta organización fue la encargada de gestionar e implementar el programa con las mujeres, revisando las condiciones para permanecer como destinatarias del entonces denominado programa “Potenciar Trabajo”.

99 Bergel et al. (2021, p. 26) consideran que el reconocimiento económico del trabajo comunitario ha estado asociado a una política social para personas con necesidades económicas y no ha sido considerado como una compensación al trabajo que efectivamente realizan las mujeres. No obstante, entienden que la incorporación de los servicios sociocomunitarios en el marco del paradigma de la economía popular constituye un avance que es necesario profundizar para ampliar a la enorme cantidad de grupos y colectivos que no están, ni se reconocen insertos dentro del universo de la economía popular

100 Si bien el programa “Potenciar Trabajo”, actualmente denominado “Volver al Trabajo”, contempla a los cuidados comunitarios, Fournier (2022) entiende que las retribuciones económicas han sido magras, sin reconocer a los trabajadores comunitarios como sujetos de derecho con todas las garantías del trabajo formal.

Saforcada (2019b, p. 60) considera que uno de los componentes del Sistema Total de Salud implica la “subcultura de *desarrollo salubrista y sanitarista*” que la sociedad logra desarrollar. Entiende por salubrista a la salud positiva y por sanitarista a la acción de sanar, refiriéndose a la enfermedad y sus manifestaciones. Esta subcultura está integrada por el conjunto de conocimientos, destrezas y las prácticas que una comunidad ha construido, destinados a promover su salud como así también a prevenir las enfermedades (evitarlas, curarlas y tratar de solucionar las secuelas) de la población. Vinculado con ello, los testimonios dan cuenta que algunas de las mujeres del espacio comunitario del Barrio Jardín Norte, realizaron una “Capacitación en Salud y Cuidados Integrales” que las habilitó a generar, en el contexto de pandemia, acciones como “promotoras de salud”¹⁰¹ en pos de su comunidad. Si bien mencionan su interés por el mantenimiento del comedor comunitario como un espacio saludable, ello trasciende al aprender en relación a promover cuidados comunitarios y acompañar a los vecinos y a las vecinas en cuestiones de salud, y gestiones que, con la pandemia se complejizaron, tal como los accesos a consultas habituales y las nuevas formas de cuidados.

Las chicas de la organización trataron de ir anotando a la gente para que se vacunara, recaudando información de todos los vecinos para que se vacunen (...) cargar datos, buscar para que la gente se anote en la vacuna. (Doc II. MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

(como promotoras de salud) les dábamos los cuidados y por ahí les medimos la tensión a uno que otro vecino que venía a asistirse, por el sentido que teníamos problemas con el dispensario más cercano, que es el número 15, y bueno se llegaban a donde nosotros estábamos (...) (Doc II. MC1. P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

(como promotoras de salud) hicimos algunas acciones, dar los kits y dar información de cómo tenían que usar el barbijo (...) También inscribíamos para las vacunas. (Doc II. MC1. N. 29 años. 3 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN. RC).

Las mujeres que cursaron el trayecto de capacitación mencionado, lograron llevar lo aprendido al ámbito de su cotidianeidad, organizándose para poder atender a sus demandas y necesidades, mediante acciones gestadas, planificadas e implementadas por ellas mismas, asistiendo a las familias, informando sobre la vacuna y contribuyendo a gestionar para obtener turnos para su colocación, teniendo en cuenta que los vecinos y las vecinas de dicha comunidad, eran en gran proporción adultos mayores de 65 años.

(...) Si sabíamos de alguna familia que estuviera con Covid, la asistíamos con mercadería (...) kits de higiene (...) inscribimos a la gente para la vacuna. Les tramitamos el Ciudadano Digital, más que todo a la gente mayor que no tienen acceso (...) brindamos información y ayuda en ese sentido (...) Incluso también (...) ayudábamos a vecinos a tramitar el IFE¹⁰²(...) varios vecinos en ese tiempo llamaban a la Municipalidad y pedían asistencia, y se cansaban de insistir (...) siento que hubo poco acompañamiento (...). (Doc II. MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

101 Trayecto de formación dictado de manera virtual por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Buenos Aires en articulación del entonces denominado “Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social” y la UTEP (Unión de Trabajadores de la Economía Popular).

102 La sigla IFE significa Ingreso Familiar de Emergencia, y consistió en un beneficio económico que el gobierno argentino implementó durante la pandemia por la enfermedad de Covid-19.

(...) *Nosotros llevábamos nuestros teléfonos con carga y crédito, empezábamos de cero creándonos un email, después creándonos el ciudadano digital para poder sacar el turno para la vacuna. Por semana íbamos a distintos sectores. Una semana nos fuimos a la escuela (...) otra semana nos fuimos a la placita del barrio, la otra semana en el Centro Comunitario (...) les decíamos “En la semana el día jueves vamos a estar, tal día, desde las 3 de la tarde hasta las 5” (...) siempre tratando de dar una mano a quien necesitaba o se llegaba (...).* (Doc II. MC1. P. 36 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

La provisión de cuidados comunitarios se materializó por parte de estas mujeres, no sólo brindando insumos y alimentos, sino también a partir de implementar acciones concretas en materia sanitaria organizadas en lo que ellas llamaban como “postas de salud”. Éstas se ubicaron en distintos puntos del barrio destinados a brindar información sobre la protección y la prevención a la enfermedad, el asistir en la gestión del trámite virtual para acceder a la colocación de la vacuna, el asistir a vecinas o vecinos que requerían algún control específico como el hecho de tomarse la tensión, así como la provisión de kits sanitarios que contaban con barbijos y alcohol enviados por el municipio local.

De acuerdo a Saforcada (2019b, p. 65) “el desarrollo salubrista, que puede ser definido como la evolución progresiva de una cultura (conocimientos, valores, creencias, hábitos, actitudes, comportamientos) hacia mejores condiciones de salud”. Noción a la que se aproximan las prácticas comunitarias de SECA que realizaron las mujeres de esta comunidad, dando cuenta de la puesta en acto de saberes, recursos, habilidades, fortalezas y competencias que han construido, por sus experiencias de vida cotidiana, así como por procesos de formación específicos a la salud, junto con por su compromiso con el cuidado comunitario expresado en asumir responsabilidades para ello.

La socióloga argentina Carla Zibecchi (2014) advierte que es posible reconocer procesos de comunitarización de los cuidados asumidos por mujeres como efectoras principales de su provisión desplegando, en organizaciones comunitarias, tareas que antes efectuaban al seno de sus familias y en soledad. De acuerdo con la autora estos procesos de comunitarización de los cuidados conjugan factores estructurales que se reconocen a partir de las demandas urgentes de cuidados en contextos de carencia, con factores subjetivos, en tanto las mujeres son las portadoras de atributos y disposiciones que son valoradas y contribuyen a la configuración del ámbito comunitario como espacio de cuidado.

(refiriéndose al espacio de educación popular “el Galponcito”) *es un bien para los chicos que están ahí (...) porque yo a esto les agradezco, porque esto me cambió la vida, para mí la copa, El galponcito, porque yo antes tenía muchos problemas o vivía peleando (...) y esto me cambió mucho (...) cuando me han preguntado qué sentía por la copa (...) yo les dije “a mí me cambió mucho” (...) acá te enseñan, cómo ser, la F me caga pe*** (...) “no se dice malas palabras” (...) pero es un bien para vos y un bien para tus hijos (...) Y esto te ayuda mucho también a los niños, a los niños antes vos los veías muchos niños andaban en la calle la mayoría están acá ahora (...) también que hicimos la escuelita de fútbol (...) hay muchos padres que no tienen para pagar (...) yo veo mi nena (...) tiene cinco y va a fútbol (...) es lo que digo (...) es otra cosa no andan tanto en la calle, los distraen (...)* (MC1. M.31 años. 4 hijos. RGC-TCP- TCC. BJN. RC).

Los testimonios permiten reconocer cierta apreciación que las mujeres hacen de su trabajo de atención y cuidados, cómo repercute en la comunidad y en sí mismas. En sintonía con el estudio de Zibecchi (2014) para algunas mujeres, la posibilidad de efectuar el trabajo de

cuidado en el ámbito comunitario no sólo significa ofrecer contención a las comunidades (en lo que refiere a estrategias de cuidado y alimentación), sino también una búsqueda de nuevas oportunidades en sus propias vidas. Sus testimonios dan cuenta de asumir una gran responsabilidad y compromiso, pudiendo reconocer, en términos de Zibecchi, cómo muchas de ellas logran un pasaje de ser “beneficiarias de programas sociales” o simplemente “mamás” a ser “cuidadoras del ámbito comunitario” (Zibecchi, 2014, p. 127),

El testimonio vuelve a mencionar, junto con las prácticas más propiamente sanitarias, a aquella que promovieron en el plano educativo, y que se desarrolla como espacio de educación popular, con la finalidad de acompañar las trayectorias escolares visibilizadas a partir de sostenimiento escolar a sus propias hijas e hijos. En esta iniciativa las mujeres se entramaban desde la organización Tierra, Techo y Trabajo a un grupo de estudiantes avanzados de carreras de universidades públicas y privadas de la ciudad (psicología, psicopedagogía, educación especial, abogacía, educación primaria y trabajo social) que se constituían en educadoras y educadores populares que desarrollaban, en distintas jornadas de turnos y contraturnos al horario escolar de mañana y tarde, diversas actividades educativas, artísticas y culturales¹⁰³. Vale reflexionar sobre la identidad propia que ha ido conformando la iniciativa de las mujeres, en tanto ellas, para poder sostener las tareas de atención y cuidados a la comunidad, van estableciendo redes con otros actores sociales, para la conformación de un espacio educativo-cultural en donde puedan cuidar y acompañar a sus propios hijos e hijas, así como a las infancias de la comunidad.

Lo planteado da cuenta de cómo las mujeres inscriben sus realidades personales, familiares y comunitarias en dimensiones de sus vidas que se entrecruzan y que están íntimamente relacionadas. Lo analizado, refleja la capacidad de agencia de estas mujeres, su capacidad de percibir necesidades sentidas colectivas, y a partir de ahí activar el desarrollo de prácticas orientadas a satisfacerlas, imprimiendo desde su carácter de autogestión y protagonismo que toma injerencia en sus propias realidades para transformarlas.

Vinculado con ello, Vega Solís (2019, p. 59) propone el constructo de “comunalidad” como hacer *en* común y hacer *lo* común para la reproducción ampliada de la vida, pensada como un tramar, un “hilar”, como parte de una estrategia antipatriarcal que plantea la política como restitución y sostenimiento colectivo, desde espacios comunitarios que proveen alimentación, vivienda, cuidado, salud y educación. En este sentido, la autora entiende que:

“la atención a los cuerpos en el ciclo de vida no se puede entender al margen del (...) espacio habitable, la producción de alimentos o las condiciones ambientales para el resguardo de la salud, el bienestar y el territorio. Los conceptos *reproducción* y *sostenimiento de la vida* apuntan en esta dirección y sitúan la naturaleza, el espacio y, de manera particular, los cuerpos en el punto de mira” (Vega Solís 2019, p. 60).

Lo analizado nos lleva a concluir cómo esta categoría de prácticas comunitarias de SECA permite pensar en las mujeres y en la vivencia subjetiva de la salud ya que ellas, no sólo destinan protección, promoción y prevención a la salud de sus comunidades, sino que también experimentan en sí mismas el fenómeno de salud, en tanto acto de salud desde el que realizan prácticas que visibilizan el compromiso con el sostenimiento de la vida misma, en un sentido integral, social y colectivo, el ejercicio de los derechos, el desempeño de las personas en el vivir cotidiano, con relativo bienestar físico, psíquico, social, ambiental y espiritual.

103 Junto con la intencionalidad de apuntalar las trayectorias escolares de las infancias, el espacio de educación popular “el Galponcito” fortalecía sus experiencias lúdicas y de aprendizajes en diversos talleres como música, percusión, ajedrez, literatura, entre otros.

En otras palabras, en su accionar comprometido las mujeres expresan salud, ya que, a partir de las complejas situaciones que se generan en las interacciones que ellas establecen con su ambiente social, no se detienen y avanzan en la búsqueda de un bienestar integral colectivo, lo que las sitúa en las coordenadas socioculturales y el momento de su tiempo histórico. En su reclamo dan cuenta de cómo, el cruce de factores estructurales o contextuales pueden condicionar el desarrollo y bienestar de las personas, las familias y su comunidad, aspectos que ellas reconocen como una situación injusta y actúan en pos de su transformación. Acto en el que, para restituir de salud colectiva a su comunidad ellas dan cuenta de encarnar una salud integral. Ello, pensando en la concepción de salud que proponía Huergo al entenderla como “una capacidad de lucha contra los diversos factores limitantes de la vida humana y que, por lo tanto, significa conservar la posibilidad individual y/o colectiva de producir las transformaciones que sean necesarias para revertir las situaciones adversas que presenta la realidad” (2009, p. 8) dando cuenta de una perspectiva política ligada a la construcción de prácticas y saberes contrahegemónicos en salud.

Reflexiones de síntesis

Esta tercera parte del libro nos ha permitido reconocer cómo las concepciones, los conocimientos y las creencias que las mujeres han construido a lo largo de sus vidas, a través de diversidad de trayectorias sociosanitarias, activan procesos de puesta en acto de prácticas de SECA.

Particularmente este capítulo visibiliza cómo el grupo de mujeres en situación de pobreza lleva a cabo *prácticas comunitarias de SECA* emergentes de percibir necesidades sentidas en su comunidad y a partir de allí promover su cuidado y bienestar.

En otras palabras, el estudio revela cómo un grupo de mujeres en situación de pobreza, a partir de ser interpelado por situaciones de injusticia en el sistema de atención, y de su trabajo compartido en un centro comunitario, intercambian puntos de vista y se reúnen para colectivizar sus reclamos, y avanzar en la organización de la provisión de cuidados comunitarios.

Se enlazan esas iniciativas a procesos de capacitación como promotoras de salud. Aspectos que permiten identificar *prácticas comunitarias de SECA* que resultan andamiaje ante situaciones complejas y desde respuestas que se organizan en base a saberes y experiencias acumuladas, promoviendo este grupo de mujeres a un desarrollo salubrista y sanitarista del tejido social de su comunidad, beneficiando a sus pobladores y pobladoras, así como contribuyendo significativamente a la sostenibilidad de la vida y al desarrollo humano de sus integrantes.

V PARTE

Mujeres que narran desigualdades

Capítulo 15

RECONOCIENDO TRAMAS DE LAS DESIGUALDADES EN LA VIVENCIA DE LOS PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD, CUIDADOS Y ATENCIÓN

“Cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar y entender la realidad...”

(Benach, Vergara y Muntaner, 2008, p. 29).

Este capítulo se origina con el propósito de desarrollar una dimensión del estudio orientada por el objetivo de *“analizar comparativamente en mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media del Gran Río Cuarto, situaciones, vivencias y sentidos que den cuenta de desigualdades sociales en salud, referidas al transcurso habitual de sus vidas, como al tiempo de pandemia”*.

La comprensión de esta dimensión invita a enlazar con todo lo analizado comparativamente hasta aquí, así como con el capítulo dos que abordó las perspectivas sobre pobreza y clases sociales para la comprensión de las desigualdades en salud, y el capítulo precedente a éste ligado a las prácticas de atención y acceso al componente formal del sistema de salud.

Puntualmente lo referido al análisis sobre la accesibilidad en los planos económico, geográfico, administrativo y simbólico-cultural, ha permitido visibilizar cómo se configuran trayectorias sociosanitarias diferenciadas en las vidas de las mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media. En esa instancia, se pudo comenzar a advertir con nitidez cómo los relatos de las mujeres cristalizan realidades desiguales que asumen sus prácticas de SECA.

En lo que sigue, nos interesa continuar profundizando en torno al análisis acerca de cómo lo sociosanitario se constituye en una más, de las tramas y expresiones en que se manifiestan las desigualdades. Atendiendo a ello orientan los interrogantes: *¿qué es posible reconocer en los relatos de las mujeres que dé cuenta de realidades que manifiestan desigualdades sociales en salud? ¿qué refieren respecto de las desigualdades en tiempos de pandemia? ¿cómo se manifiestan esas desigualdades? ¿de qué manera lo refieren? ¿qué sentidos les otorgan a las desigualdades las mujeres del estudio?*

A los fines de graficar los elementos que surgen del análisis de esta dimensión, presentamos la siguiente tabla (Véase tabla 13).

Tabla 13: Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA de las mujeres

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
DESIGUALDADES EN LA VIVENCIA DE LOS PROCESOS DE SECA	<i>Escenario pre-pandemia. Sentidos sobre la preexistencia de matrices de desigualdades en salud</i>	<i>Significado atribuido a la desigualdad en salud desde las condiciones propias como de otros grupos sociales</i>
		<i>Concepciones de salud comunitaria como reconocimiento de la desigualdad y anhelo por la igualdad</i>
	<i>Escenario de pandemia. Sentidos y visibilización de matrices de desigualdades en salud</i>	<i>Pandemia, salud y la tensión igualdad-desigualdad</i>
		<i>Condiciones de vida y salud diferenciadas en la vivencia de la pandemia</i>
		<i>Significado atribuido a la desigualdad en salud durante la pandemia desde las condiciones propias como de otros grupos sociales</i>

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

La dimensión “*Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA*” permite identificar cómo las mujeres de ambos grupos sociales, al reflexionar sobre procesos de SECA, dan cuenta de realidades que manifiestan desigualdades. Éstas se manifiestan en narrativas sobre sus vivencias y trayectorias sociosanitarias aunque no aludan directamente a la idea de “desigualdad”. Así como se reconocen menciones explícitas a realidades complejas significadas por ellas como injustas, en términos de las diferencias y desventajas sociales, exclusiones sistémicas, escenarios de conflicto, violencia simbólica y concreta, asimetría, ejercicio poder y vulneración de derechos. Vivencias y trayectorias referidas tanto al coyuntural escenario de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 así como preexistentes a él.

Para el abordaje de esta dimensión han podido reconocerse dos grandes categorías conformadas por subcategorías. Las categorías se organizan con un criterio temporal que permite analizar las desigualdades preexistentes a la pandemia por la enfermedad de Covid-19, así como atender a aquellas que se reconocieron durante su transcurso. Las subcategorías reúnen temáticas comunes a ambos grupos de mujeres sobre desigualdades en salud que se desprenden referidas a estos tiempos históricos, ofreciendo testimonios que permiten reconocer cómo ellas significan y vivencian las desigualdades.

En lo que sigue desarrollaremos el entramado conceptual que da sustento para comprender este fenómeno que, seguidamente, analizaremos desde las categorías y subcategorías mencionadas.

Continuamos construyendo sentidos en torno a las desigualdades

Así como en el capítulo dos nos introducimos a la temática de las desigualdades desde la perspectiva de la pobreza y las clases sociales, nos interesa aquí continuar profundizando sobre los aportes conceptuales de distintos referentes en esta temática y, particularmente desde el campo de la salud. Éstos abonan para comprender cómo, si bien las desigualdades en salud son el resultado de condiciones estructurales (económicas, sociales, políticas) que configuran las oportunidades de vida y bienestar de las personas, se trata de desigualdades que se expresan en un plano subjetivo que se manifiesta en cómo cada mujer vivencia, siente, significa y actúa frente a esas condiciones.

Al respecto, Saforcada y Moreira Alves (2015, p. 19) expresan que atravesamos tiempos de un neoliberalismo que se expresa mediante “un capitalismo deshumanizado, delictivo y depredador a la vez que financiarizado (esto es) ajeno a ser fuente de trabajo productivo y de constituir (...) un vínculo responsable con seres humanos: los trabajadores y trabajadoras”.

Para Saforcada et al. (2019, p.6) los procesos económicos políticos acaecidos en las últimas cinco décadas en la gran mayoría de los países de indoafroiberoamérica han aumentado enormemente la brecha entre ricos y pobres “no tanto porque los ricos se hayan transformado en muy ricos, sino porque a los pobres estos procesos los han vuelto mucho más pobres, los han despojado casi totalmente de sus pequeñas riquezas que, en general, no eran más que logros sociales: cobertura de salud, trabajo, educación para los hijos, posibilidades de mejoramiento de la vivienda, etc”.

En este sentido, para los autores, este poder deshumanizado que busca desposeer y sojuzgar a nuestros pueblos, va erosionando todas las áreas de la vida social, manifestándose junto con la economía, también en cuestiones que hacen a la vivienda, la salud, la educación, la alimentación, el respeto irrestricto y universal de los derechos humanos, entre otros.

Vinculado con ello, Batthyány y Arata (2022) expresan que transitamos por una época de marcada desigualdad donde apenas un grupo de personas acumula más riquezas que el 60% de la población mundial. Reconocen que se trata de un proceso que deviene de larga data con un modelo neoliberal financiero responsable de agudizar las desigualdades en todos los ámbitos de la vida común, expresándose en diferentes cuestiones como migración, educación, salud, género, ambiente, cuidado, juventud, democracia, entre otros.

Segato (2022a, p.212) plantea cómo con el paso de los años el término desigualdad ha ido quedando obsoleto a las circunstancias actuales, y propone aludir a un mundo marcado por la “dueñidad” (*lordship*) como una nueva forma de señorío resultante de la aceleración de la concentración y de la expansión de una esfera paraestatal de control de la vida. En ella el capital, en su forma contemporánea, expresa la existencia de un orden regido por el arbitrio, exhibiendo una falencia institucional ante niveles de concentración de riqueza y capacidad de compra sin precedentes. La autora expresa:

En un mundo en el que aproximadamente la mitad de la riqueza se encuentra concentrada en manos del 1% de sus habitantes y la otra mitad en el restante 99%, en el que 62 personas son dueñas de riqueza igual a la que posee la mitad más pobre del planeta, en el que 1% de la población de los Estados Unidos es dueña de la totalidad de la tierra utilizable de ese inmenso país y apenas nueve familias son propietarias de toda la extensión de la costa marítima chilena (...) el acopio, la concentración de la tierra en pocas manos, el neo-rentismo y la patrimonialización creciente de la gestión estatal, *ya no podemos hablar de mera desigualdad, como hacíamos en los años 70s, sino que el tema hoy es la dueñidad*, en el sentido muy preciso de que un pequeño grupo de propietarios son dueños de la vida y de la muerte en el Planeta, y sujetos discrecionales y arbitrarios de un poder nunca conocido anteriormente, que vuelve ficcional la idea de democracia y de república [Se añaden las cursivas](Segato, 2016, p.8).

En este sentido, Motta, Jelin y Costa (2020) expresan que en las últimas décadas el paradigma económico neoliberal desechó la consideración de las estructuras sociales y su función en las instituciones y la sociedad poniendo énfasis en las capacidades individuales y en el funcionamiento autorregulado del mercado. A partir de ahí, dicen los autores, se habló más de pobreza que de desigualdad y las políticas sociales se dirigieron hacia la reducción de la pobreza más que hacia la redistribución de la riqueza.

Respecto de ello, Pérez Sainz y Mora Salas (2009) consideran que ese fue uno de los grandes logros del orden neoliberal en nuestra región, donde se despolitizó la cuestión social proponiendo un discurso aséptico en términos de pobreza que hizo desaparecer toda referencia al poder y al conflicto en la misma. Para los autores, la potencia de este proceso radicó en la imposición de esta idea como imaginario social de nuestras sociedades, elemento clave en la construcción de hegemonía:

“(...) estamos atrapados en un imaginario sobre desigualdades que nos ha impuesto del orden (neo) liberal. Nos confina la mirada a la esfera redistributiva haciéndonos creer que la distribución primaria es natural y, por tanto, intocable. Nos limita a observar una desigualdad de resultados, en no explicarnos las causas que las generan. Nos prioriza a los individuos como los sujetos de las desigualdades e ignora a otros sujetos... además es incapaz de incorporar a los individuos verdaderamente poderosos” (Pérez Sainz, 2020, p. 151).

El escenario planteado torna ineludibles otras lecturas y apuestas desde las ciencias sociales. Al respecto, Jelin (2020a, 2022) considera que, al referirnos a las desigualdades, el desafío es ir más allá de la concepción econométrica y comprender que, esa desigualdad económica, en realidad es parte de un entramado de otras desigualdades de carácter político, social, cultural y socioambiental.

En sintonía con ello, Motta et al. (2020) entienden que las dinámicas de las desigualdades deben considerarse desde una perspectiva multiescalar y relacional, atendiendo a la premisa de que los patrones locales de desigualdad (de la comunidad o del hogar) nunca están aislados de las fuerzas nacionales e internacionales. Los autores convocan a mirar y estudiar procesos más amplios de desigualdades que entrelazan diferentes dimensiones. Para ello recuperan los planteos de Braig, Costa y Göbel (2013, citados en Motta et al. 2020, p. 18) quienes sostienen que las “desigualdades sociales entrelazadas” refieren a “las distancias entre las posiciones que los individuos o los grupos de individuos asumen en el contexto de un acceso organizado de manera jerárquica a los bienes sociales relevantes (ingreso, riqueza, etc.) y los recursos de poder (derechos, participación política, posiciones políticas, etc.)”.

Jelin (2020a, 2020b, 2022) reconoce que en América Latina las desigualdades son múltiples, persistentes y cristalizadas. No sólo son desigualdades de acceso, por ejemplo, a la salud o a la educación, sino que existe todo un sistema de desigualdades. Refiere a “desigualdades en plural”, como expresión de múltiples asimetrías que suceden en el nivel micro de la organización cotidiana de la vida de la ciudadanía y de la reproducción de las familias, proponiendo mirar las bases microsociales de la ciudadanía en desigualdad. Sin embargo, también invita a pensarlas en singular, en tanto desigualdades específicas que se insertan en una única estructura social global.

Atendiendo al estudio de las desigualdades en la vida cotidiana, la autora propone comprender los mecanismos que las generan, así como las prácticas de resistencia y las posibilidades de transformación en pos de mayor igualdad. Para la autora, estudiar las desigualdades desde esta perspectiva requiere reconocer la complejidad que las ataño, cómo se presentan y se entrelazan y, al mismo tiempo, dialogar con las y los protagonistas de estos procesos, lo que se constituye como central dado que permite un ida y vuelta entre la investigación y las prácticas cotidianas (Jelin 2014).

En este sentido, el antropólogo mexicano Luis Reygadas (2020) explora las desigualdades atendiendo a las dimensiones simbólicas y subjetivas según las cuales éstas se expresan en la ubicación de la persona y la ubicación de los otros en las jerarquías simbólicas que inciden

en las prácticas de discriminación y segregación. El autor describe patrones de reproducción de las desigualdades, no como una repetición estática de las asimetrías existentes, sino como campos dinámicos de fuerzas donde los actores usan estrategias para mantener las distancias sociales y compiten con los actores interesados en mitigar las desigualdades. Esta perspectiva permite estudiar los efectos de la desigualdad en las interacciones cotidianas y las redes multisituadas.

En lo que sigue, nos detendremos en analizar esta temática desde el campo de la salud.

Las desigualdades en el campo de la salud

En el campo de la salud una estudiosa del tema de la desigualdad, ya mencionada a inicios de este trabajo, ha sido la socióloga inglesa Mildred Blaxter que entre los años 1976 y 2004 desarrolló diversos estudios cualitativos centrados en la temática de las ideas, creencias, concepciones y comportamientos de salud y enfermedad, las desigualdades sociales y la salud, la salud y su vínculo con los procesos sociales atendiendo a la perspectiva de mujeres en sociedades industrializadas occidentales inglesas, francesas y norteamericanas. La autora analiza la relación de la salud con la estructura de la sociedad desde la idea de la desigualdad social en salud. Advierte que las circunstancias sociales en las que viven las personas tienen incidencia en su salud, dando cuenta de diferencias notables entre las clases sociales en el estado de salud autodefinido y la prevalencia de enfermedades, reconociendo que la desventaja en el estado de salud parece estar relacionada con el lugar ocupado en la estructura de clases sociales (Blaxter, 1987; 1990).

La epidemióloga estadounidense Paula Braverman (2006) considera que una disparidad/ desigualdad en materia de salud es un tipo particular de diferencia en materia de salud en la que los grupos sociales desfavorecidos (pobres, minorías raciales o étnicas, mujeres u otros grupos) -que han experimentado persistentemente desventajas sociales o discriminación-, experimentan sistemáticamente peor salud o mayores riesgos para la salud que los grupos sociales más favorecidos. Para la autora los grupos favorecidos experimentan “ventaja social” la que refiere a la posición relativa de una persona en una jerarquía social determinada por la riqueza, el poder y/o el prestigio. En este escenario, para Braverman las disparidades/desigualdades en materia de salud incluyen las diferencias entre el grupo más aventajado de una categoría determinada (por ejemplo, los más ricos, el grupo racial o étnico más poderoso) y todos los demás, no sólo entre los grupos más favorecidos y los más desfavorecidos.

Para la autora la búsqueda de la equidad en salud significa la eliminación de disparidades sistemáticas en salud entre grupos sociales que ocupan distintos niveles de ventaja o desventaja social, en este sentido, considera que *equidad* en salud es la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud e implica garantizar que ninguna persona o grupo se vea desfavorecido por esas condiciones.

Por su parte, los investigadores españoles Benach, Vergara y Muntaner (2015) plantean que comprender las relaciones existentes entre desigualdad social y desigualdad en salud es algo mucho más complejo que el hecho de constatar la enorme diferencia en la riqueza o la muerte entre los individuos y grupos que están en los extremos de la escala social, o entre los países y áreas geográficas ricas y pobres.

Consideran que la desigualdad en salud se manifiesta en procesos de desigualdad múltiple que afecta a los grupos más oprimidos o excluidos de la sociedad, destacando a los trabajadores y trabajadoras más pobres, las clases sociales más explotadas, las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los desempleados, los inmigrantes ilegales pobres a quienes se

les niega el trabajo, o las personas en situación de grave marginación social (Benach, Vergara y Muntaner, 2008). A lo largo de los desarrollos de sus investigaciones los autores reconocen cinco elementos clave de la desigualdad en salud: las desigualdades son enormes, graduales, crecientes, adaptativas e históricas (Benach, et al., 2008; 2015).

Los autores advierten que las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en ella, en el nivel de riqueza o educacional, la salud de las personas empeora. Advierten que a mayores ventajas socioeconómicas, mayor esperanza de vida y mayores niveles de salud (Benach, et al., 2015, p. 14). Analizan que los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud, ya sea en el uso de los servicios de planificación familiar, en las pruebas de detección precoz o en el uso de los servicios sanitarios. Advierten aquello que el médico epidemiólogo británico Julian Tudor Hart (1971, citado en Benach, et al. 2015, p.15) llamaba “ley inversa de atención sanitaria” (*inverse care law*) que plantea que el uso y calidad de la asistencia sanitaria varía en sentido inverso a las necesidades de la población, esto significa que a mayores necesidades, menor y peor atención.

Los autores plantean que a principios de 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión de “Determinantes Sociales de la Salud” con el propósito de recoger información científica sobre cómo factores sociales (como las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el género, el ambiente urbano o el desarrollo infantil) generan desigualdades de salud en el mundo. Eso llevó a que en agosto de 2008 se publicara el informe “*Reducir la desigualdad en una generación: equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud*” (citado en Benach, et al. 2008, p. 35) donde se documentaba el hecho de que la desigualdad en salud es la principal “enfermedad” que asola nuestro planeta. El estudio muestra cómo, en comparación con las personas que tienen más riqueza, educación y poder, las personas de las clases sociales más pobres y explotadas son quienes tienen las peores condiciones de exposición a factores biológicos, conductuales y servicios de salud, quienes atraviesan malas condiciones de empleo con una mayor precariedad laboral, no poseen una vivienda digna, no disponen de agua potable, vivencian una falta de protección y servicios sociales, y no disponen de recursos económicos, educativos y las oportunidades para llevar una vida saludable, como tienen las personas en mejor situación económica, cultural o política. Además, expresa cómo los países más ricos no están libres de desigualdad en salud.

Atendiendo a ello, los autores consideran que la combinación “tóxica” de factores sociales daña la salud de las personas en peor situación social y empeora también otros factores de riesgo que a su vez dañan la biología, generan enfermedad y aumentan el riesgo de fallecer (Benach et al. 2015).

El informe mencionado de la OMS advierte que el origen de la desigualdad en salud deriva de un conjunto de determinantes sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de causas como las mencionadas. Es lo que la Comisión ha denominado las “causas de las causas de la desigualdad” (Benach, et al. 2008, p. 36), que consiste en la desigual distribución en el poder económico y social existente “entre y dentro” de los países que condicionan las políticas sociales y económicas, y que a su vez influyen en la salud de las personas.

Según los autores, pueden recogerse del informe tres puntos claves: (1) que existe un fenómeno de salud pública llamado “desigualdad en salud”; (2) que éste se produce por causas económicas y políticas; y (3) que podemos actuar políticamente para cambiar esa realidad¹⁰⁴

104 Desde una perspectiva crítica los autores advierten que el informe no cubre temas cruciales de las desigualdades, como los problemas del capitalismo neoliberal, la desigualdad de clase como motor del crecimiento capi-

(Benach et al. 2015). Concluyen que hay que aumentar la igualdad social con un reparto más equitativo de la riqueza y una redistribución más igualitaria del poder internacional. Entienden que todo tipo de intervenciones deben orientarse a la mejora de las condiciones de empleo y trabajo, la situación de los inmigrantes, las condiciones que afectan al desarrollo infantil, las desigualdades de género, o los problemas de vivienda y exclusión social, entre otros. También consideran la necesidad de políticas fiscales de redistribución de la riqueza de forma igualitaria, de políticas sociales que disminuyan el desempleo, la precariedad laboral y la exclusión social y, también, de políticas que incrementen el acceso y calidad de la educación, la vivienda y los servicios. Para los autores *sin la transformación de la estructura económica y política a nivel nacional e internacional, no será posible reducir las desigualdades en salud* (Benach, et. al. 2008) [Se añaden las cursivas].

El documento contemporáneo de la OPS *“Plan Estratégico de la OPS 2020-2025”* (OPS, 2020, p. 16) señala desafíos que subsisten en materia de salud. En su análisis advierte que América sigue siendo una de las regiones más inequitativas del mundo en cuanto a la salud; presentando algunas de las disparidades más significativas del mundo, tanto entre países como dentro de ellos. Reconocen que la marginalización y la discriminación social, son consecuencia de las desigualdades históricas y políticas que tienen impacto en la región. Un ejemplo de las desigualdades persistentes que reconoce el Plan en cuanto al género, la etnicidad y la situación socioeconómica, es la que refiere a la mortalidad materna. Advierten que, a nivel regional, de los países en el cuartil más bajo del desarrollo humano, la razón de mortalidad materna es de 168 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, en comparación con los países en el cuartil más alto del desarrollo humano en los que es de 20 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, una cifra ocho veces menor.

Menéndez (2016) desde la perspectiva de una interculturalidad histórica, contextualizada y centrada en la vida cotidiana de las personas, entiende la necesidad de considerar una dimensión que contemple las desigualdades socioeconómicas y de poder, la pobreza y la concentración de la riqueza que caracterizan a las sociedades actuales en general, en sus grupos étnicos y sociales en particular, vinculada a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención.

En la misma línea de pensar la salud en términos interculturales, Rodríguez (2021) convoca a asumir una concepción de salud amplia que involucre una perspectiva relacional que atienda a categorías de género, etnia, cultura, diversidad, clase social, determinantes sociales, entre otras, concibiendo que se trata de una perspectiva ineludible frente a escenarios de desigualdad y de injusticia epistémica. El autor apuesta por repensar el derecho a la salud, la equidad y justicia en salud desde nuevas dimensiones que contemplen la vivencia del derecho a la salud en los diferentes grupos sociales.

El sociólogo sueco Goran Therborn (2011) considera que los estudios sobre desigualdad desde finales del siglo XX han tomando direcciones multidimensionales que representan nuevos legados. Su propuesta resalta diferentes perspectivas sobre la desigualdad y ofrece caminos posibles para su abordaje. Reconoce los aportes del feminismo; la filosofía moral y social de la mano del economista indio Amartya Sen; y los desarrollos de la epidemiología social y la medicina social a partir de Wilkinson, Pickett y Marmot. Para el autor ésta última perspectiva resulta relevante como una interfaz de la medicina y la sociología para el estudio de las desigualdades constituyéndose en una “frontera de investigación social escasamente indagada” (Therborn 2011, p. 14).

talista, el papel del imperialismo o las “alternativas socialistas” en América Latina, entre otras ausencias notables que consideran que deberían atender abordajes en esta temática (Benach, et.al, 2008).

Las perspectivas mencionadas dejan, a criterio de Therborn, tres lecciones para el estudio de la desigualdad: (1) la complejidad multiescalar y la importancia social de la desigualdad, lo que significa la necesidad de explorar sus implicaciones morales en quienes la padecen; (2) la importancia de indagar en mecanismos causales que permitan comprender cómo se produce y reproduce la desigualdad y cómo se puede lograr una mayor igualdad; (3) la necesidad de “incorporar conocimientos de la medicina y la psicología trascendiendo el monoculturalismo metodológico que ha primado en el abordaje sobre las desigualdades” (Therborn, 2011, p. 16).

Celebramos esta última cuestión señalada por Therborn, en tanto considera campos de conocimiento y acción que intentamos habitar con este estudio a partir de un diálogo de la psicología sanitaria, de la salud, social y comunitaria, con demás ciencias sociales y humanas desde una perspectiva interseccional para el estudio de las desigualdades en salud.

En este sentido, tal como anticipamos en la introducción a este libro, la *perspectiva de la interseccionalidad* (Crenshaw, 1994; Davis, 2008; entre otras) nos ha permitido construir lecturas en términos de un análisis social contemporáneo en clave de género y clase que ha contemplado una multidimensionalidad en la generación y manifestación de las desigualdades expresadas en las vivencias de SECA de las mujeres.

Lo desarrollado hasta aquí nos ha permitido explicitar nuestro posicionamiento para comprender las desigualdades y sus tramas desde los relatos de las mujeres participantes del estudio realizando un análisis situado, desde el cual concebimos a las desigualdades como composiciones complejas y dinámicas atravesadas por relaciones de poder, siendo sus manifestaciones múltiples y en sintonía con las transformaciones históricas. Atendiendo a ello, en lo que sigue organizamos el análisis en dos grandes partes. La primera se encontrará ligada al desarrollo interpretativo de las dimensiones, categorías y subcategorías ya señaladas en la tabla inicial (véase tabla 13). Mientras que, en la segunda parte realizaremos un ejercicio a partir del cual intentaremos abstraer de los relatos de las mujeres, las causas estructurales y coyunturales de esas desigualdades que se expresan en sus vidas.

Dimensión desigualdades reconocidas desde las voces de las entrevistadas

En lo que sigue se presenta el análisis que atiende a los relatos de las mujeres sobre desigualdades en salud en escenarios pre-pandemia como de pandemia.

Escenario pre-pandemia. Sentidos sobre la preexistencia de matrices de desigualdades en salud

Se reúnen aquí subcategorías que reúnen testimonios que dan cuenta de desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA atendiendo a situaciones y escenarios referidos por las mujeres anteriores o bien que trascienden consideraciones al fenómeno de la pandemia.

Significado atribuido a las desigualdades en salud desde las condiciones propias como de otros grupos sociales

Esta categoría emerge de aquellos testimonios de las entrevistadas en los cuales expresan sus sentidos en torno a las desigualdades en los procesos de SECA considerando sus propias condiciones de vida en comparación con la de otros grupos sociales.

Atendiendo a ello, en el grupo *en situación de pobreza* se advierte que algunas mujeres dan cuenta de cierta dificultad para reconocer las desigualdades en tanto comparación de la vivencia y acceso a la atención de salud desde el propio grupo de pertenencia como de otros. Al respecto Blaxter (1987, 1997) advertía que la desigualdad no es un tema que sea demasiado reconocido en las representaciones de las mujeres de entornos desfavorecidos. Sostiene que, desde el empleo del método de indagación de las narrativas de salud-enfermedad ligadas a la identidad social, pudo reconocerse que las mujeres no referían desigualdades explícitamente, lo que les llevó a advertir que no resultaba esperable que ellas devalúen, desde sus relatos, su identidad etiquetando su propia “desigualdad”.

Más allá de esta consideración señalada por la autora, algunos relatos hallados en nuestro estudio expresan contrastes sobre la propia vivencia de la desigualdad en salud respecto de la realidad de otros grupos sociales. Uno de ellos expresaba en ese sentido:

(cuando los patrones se enferman) están semana en cama (...) lo que les hace falta (...) yo no te digo que a mi marido le den permiso para ir a un recital, pero sí que le hubieran dado permiso (...) “tomate una semana y lleva a tu papá al médico”(...) ellos trabajan como quieren (refiriéndose “a los patrones”) (...) el J no, el J tiene que cumplir (...) las horas (refiriéndose a su marido) (...) Yo no te digo que le den todos los días, pero por lo menos (...) que a su papá (...) que estaba enfermo (refiriéndose al padre de su marido), que lo lleve al médico, que le haga los estudios (...) ;no supimos de qué se murió Paula! (...) no llegamos a la clínica nosotros, fuimos por la colectora y él se sentía mal entonces J. dijo “vamos a llevarlo al hospital” (...) fue una atención rápida (...) pero a los 15 minutos se murió y nadie supo decirnos “se murió de tal cosa” (...) ellos son patrones tienen derecho a estar una semana en cama si estás enfermo, perfecto, pero el J también. (MC1. B. 64 años. 5 hijos. RHGC -RCC- Cría de animales. BIM.RC).

Este testimonio, coloca el foco del análisis en un reconocimiento de las condiciones de desigualdad que la entrevistada realiza respecto de la posibilidad de acceso y atención a la salud. La mujer establece un parangón acerca de lo que significa estar enfermo para los empleadores/patrones y qué significa para empleados, integrantes de su familia. Enuncia que los primeros disponen de tiempo para la atención y recuperación, mientras los segundos, en condiciones de trabajo precario o informal, continúan con sus quehaceres en condiciones de enfermedad, identificando esas vivencias como injustas. Surge la idea del derecho a la salud de las personas, centradas en las figuras del empleador y empleado, sin embargo, se señala cómo para los segundos se trata de un derecho vulnerado.

En este relato la entrevistada otorga sentido a la desigualdad dando cuenta de su interpretación de la situación vivida. Su testimonio visibiliza una desigualdad de la que ella es plenamente consciente, pudiendo reconocerse un ejercicio previo de reflexión y análisis crítico en torno a esa vivencia, que la lleva a compartir ahora, con una interlocutora, sus ideas respecto de la injusticia que se expresa en las posibilidades e imposibilidades de acceso y atención a la salud de su grupo social de pertenencia y de “los otros”, los empleadores.

Por otro lado, respecto de las entrevistadas del *grupo de clase media* sus relatos en torno a la percepción de las desigualdades en salud permiten inferir distintas reflexiones.

Algunas manifiestan no haber construido una reflexión previa sobre la temática y parecen pensar en ello por primera vez a partir de la propuesta de la entrevista:

(...) cuando yo estoy mal con la plata estoy mal del cuerpo, y yo siento que estoy mal, no sé, yo siento que debe ser peor cuando no tenés una casa, por ejemplo, he conocido gente que comparte la compu con los cinco hermanos, ahí se pierde un poco el proyecto propio, porque tenés que estar todo el tiempo compartiendo, si, no sé, y *es que están menos sanos*, capaz que no tenés acceso a todos los alimentos, pero no sé si saben qué es el “salvado de avena”, por ejemplo. Para mí la gente que no tiene plata come fideos o capaz que no, por eso juzgo sin saber. Pero hay muchas cosas que hoy, la época te muestra cómo “sana” que no lo son, por que para la época “ser sano” es que vayas al gimnasio, que comas “panqueques de banana con avena y mantequilla de maní”, y todas esas cosas son cosas caras yo no creo que si no tenés para comer, encima pienses en comer bien, ¿no?, pienses en ir al psicólogo, no vas a ir al psicólogo sí nunca viste a tu mamá ir al ppsicólogo, yo no sé qué sienten esas personas que es ser sano, para mí, la salud es poder comer y que sus familiares estén bien... (MC2. L. 22 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

El testimonio de esta mujer joven de clase media ofrece elementos para indagar en sus ideas vinculadas a la desigualdad, las que emergen múltiples y en desordenados sentidos. El meollo se centra en su valoración de la situación económica, la disponibilidad de una vivienda, el bienestar del cuerpo y de la salud, el acceso a determinados alimentos, la realidad de la desigualdad y su desconocimiento respecto a cómo la vivencian quienes carecen de recursos o se ven privados de acceder a los mismos, y como por ello impacta o no su salud. Inicialmente se vincula la idea de tener salud a la posibilidad de cierta estabilidad económica. En contraposición, se analiza el no tener dinero o seguridades en la dimensión material de la vida como una amenaza que puede inestabilizar la salud.

Junto con ello, la entrevistada, que desde la parte inicial de su entrevista asociaba la idea de la salud a proyectos de vida propios, considera que el tener que compartir con otros -el espacio o recursos materiales- se constituye en una especie de obstaculizador o amenaza para la consecución de esos proyectos. Podría reconocerse así una visión restringida de la salud centrada en el ser individual y el desarrollo propio, que podemos interpretar en consonancia con una lógica actual que abre paso a perspectivas propias de una “ciudadanía de mercado” (Saforcada, 2021c), promovida por una sociedad competitiva que pondera el desarrollo individual en detrimento de significar vivencias orientadas a lo grupal, colectivo y el bien común.

En este sentido, Saforcada (2021c, p. 25) considera que la “construcción de ciudadanía” refiere a un fenómeno que implica procesos psicosocioculturales –junto a otros de diferente naturaleza, en los que están implicados los procesos de subjetivación, intersubjetivación e interrelacionalidad por los cuales se accede a un sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, psicológicos, ambientales, culturales, salubristas, educacionales, económicos y jurídicos. Para el autor, en una sociedad hay más ciudadanía cuanto más tejido social e interacción objetiva y subjetiva abarcan estos derechos y responsabilidades, y cuanto más se pasa de perspectivas utilitarias individualistas a perspectivas de desarrollo humano integral.

En este sentido, en el relato analizado parece primar la idea del “proyecto propio”, pudiendo inferirse una falta de reconocimiento a una dimensión potencial del compartir, el cooperar, el colaborar y el solidarizar, las que se constituyen en instancias propias de una sociedad solidaria llevada a cabo desde un ejercicio de “ciudadanía integral” capaz de promover el desarrollo humano integral donde éstos aspectos son constitutivos y potenciadores de una salud individual, familiar y comunitaria, desde concepciones expansivas e integrales (Saforcada, 2021c, p.25).

Sumado a ello, emerge el supuesto de la entrevistada “*y es que están menos sanos*”, desde criterios centrados en la falta de recursos y la inaccesibilidad a alimentos por parte de los grupos vulnerabilizados. Su relato parece avanzar en el sentido de reflexionar poniendo en cuestión algunos mandatos contemporáneos en torno a lo que el capitalismo instala como “deber ser” de los cuidados y la alimentación de las poblaciones. Finalmente enuncia “*yo no sé qué sienten esas personas que es ‘ser sano’, para mí la salud es poder comer y que sus familiares estén bien*”. Su testimonio coloca ante la tensión de significar la idea de la salud para poblaciones en situación de pobreza como una especie de sentencia desde “el tener que conformarse con poco” o como una interpelación reflexiva a esa idea. Más allá de estas consideraciones, la entrevistada no vuelve a retomar la idea de pensar la salud en términos del “proyecto de vida” en relación a grupos sociales en situación de pobreza.

En otro sentido, se reconocían testimonios de mujeres de clase media que daban cuenta de haber transitado distintas instancias de reflexión en torno a la cuestión:

(...) toda la vida lo pensé, uno tiene una buena mutual, está en un lugar donde puede ir a los mejores médicos, siempre lo pensé en todo el transcurso de mi enfermedad ¡qué injusticia, que desigual! (...) conocí gente (...) que por no poder moverse se murió de cáncer de mama, no tuvo las posibilidades que tuve yo (...) (MC2. S. 55 años. 2 hijas. RH-docente universitaria. BBN.RC).

Se advierte como algunas *mujeres de clase media* aluden a la vivencia de la desigualdad en las condiciones de vida y en el acceso a la salud entre su grupo de pertenencia y el que se encuentra en situación de pobreza. Parece entonces que, para algunas mujeres encontrarse reflexionando sobre estas cuestiones en el marco de un estudio les ofrece la posibilidad de compartir reflexiones que vienen construyendo desde hace tiempo. Así, en el primer caso es posible inferir cómo las tramas de las desigualdades pueden ir siendo naturalizadas por las poblaciones, las que se van habituando a convivir con esos contrastes desde distintos lugares sociales y prácticas de ciudadanía desde las cuales muchas veces se terminan construyendo significados y argumentaciones alejadas de la vivencia subjetiva y concreta de las desigualdades que calan en los grupos humanos más desfavorecidos que son los que las padecen.

Por otro lado, otras mujeres de clase media refieren a haber pensado en ello previamente, a haberse interpelado en torno a este tipo de situaciones, tal como el último relato a partir de la propia vivencia de enfermedad y el acceso que le posibilitó la atención, preguntándose sobre cómo lo haría alguien a quien le tocara atravesar una situación similar en condiciones de pobreza, considerando su relato la falta de oportunidades y la injusticia de dicha situación. Su reflexión nos conduce a un testimonio consignado en pasajes anteriores de este trabajo, cuando se analizaban barreras simbólico y culturales de acceso a la atención de la salud. Allí una de las entrevistadas en situación de pobreza relataba como su tía, por la vivencia de un hecho violento y discriminatorio por parte de una profesional de la salud, fue simbólicamente expulsada del sistema en el marco de una consulta ginecológica. Como correlato de ello, se imposibilitó el abordaje y tratamiento de un posible cáncer de mamas, que, en su prosecución, desprovista de atención médica y un diagnóstico certero que constatare el motivo de las laceraciones en sus mamas, terminó con el lamentable e injusto deceso de la mujer.

Concepciones de salud comunitaria como reconocimiento de la desigualdad y anhelo por la igualdad

Pudo identificarse, al proponer a las mujeres de ambos grupos pensar sobre “salud comunitaria” y “salud comunitaria ideal”, trabajadas en la segunda parte de este libro, planteos que iban en el sentido de analizarlas reconociendo escenarios de desigualdad, así como anhelos de igualdad en salud. Retomando atendiendo al criterio de transversalidad que caracteriza a algunos relatos en la riqueza de las temáticas que los atraviesan, retomamos algunos de esos testimonios.

En este sentido, algunas *mujeres en situación de clase media* expresaron:

(salud comunitaria) ahí yo *ya incluiría la igualdad ahí (...) lo saludable tiene que ver con que no haya carencias de ningún tipo me parece, y el tema de las oportunidades también, todo tiene que ver con lo saludable (...) pensar en una (salud comunitaria ideal) es que todos tengamos igualdad de oportunidades, que no haya carencias, no hablo de lo económico solamente, hay un montón de otras cosas (...) lo que pasa es que como no todos tenemos las mismas oportunidades y no tenemos las mismas carencias, es muy difícil lograr, lo vamos a soñar con lo ideal* (MC2.N. 42 años. 1 hija. RHGC-GC-CP-Alfabetizadora. BC. LH).

(la salud de la comunidad) (...) es difícil (...) por los *diferentes sectores que creo que por ahí les falta salud porque no pueden tener una buena alimentación, algunos no tienen alimentación, algunos no tienen trabajo*, y hablar de estas prácticas también habría que ver cómo serán sus momentos recreativos, sus momentos de alegría, sus momentos de paz, habría que ver esto (...) porque (...) *la salud ideal es para toda la comunidad (...)* (MC2. E. 41 años. RH-Psicóloga. BBN.RC).

De *manera semejante* algunas mujeres en situación de pobreza mencionaron la idea de la salud comunitaria o de la salud ideal en el sentido de igualdades y desigualdades:

(...) *una salud ideal de la comunidad (es) que todos tengan acceso a la salud pública, que todos tengan respuestas, que si tengan una necesidad traten de ayudarte en ese sentido (...)* (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC. BJN.RC).

(Salud comunitaria) sería (...) que *todos los del barrio tengan sus derechos a tener su turno, a tener un médico de cabecera (...) no tener que ir al hospital o al “24 horas”, y venir a la salita con tu médico de cabecera que te atienda como una persona estando cerca de tu casa, y no que se tengan que ir al hospital a comerse otra enfermedad peor que lo que fue, por esperar cinco o seis horas para que te atiendan, porque si no es por una urgencia, si no estás con la pierna que te está colgando no te atienden (...)* (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajo en hogar de cuidados. BJN.RC)

Se advierten similitudes en los testimonios de las *mujeres de ambos grupos* sociales que se expresan cuando se propone pensar sobre “salud comunitaria”, a partir de lo cual reconocen una realidad concreta de “desigualdad” que se manifiesta en diversos planos explicitando contrastes entre los diferentes grupos sociales. Se enuncia desigualdad en las oportunidades de acceso a los servicios de salud, desigualdad en la calidad de los mismos, se identifican carencias, necesidades y problemáticas diferentes, se reconoce una concatenación de derechos vulnerados y una falta de oportunidades en la vida para las personas en situación de pobreza.

Se advierte cómo, cuándo se propone a las mujeres pensar en términos de una “salud comunitaria ideal” emerge la idea de “igualdad”, para aludir a un estado ideal de salud comunitaria que representaría un arquetipo social de iguales condiciones y posibilidades de vivenciar el derecho a la salud.

El diálogo entre los testimonios permite analizar lo que sería una realidad concatenada que expresa desigualdades en la vivencia de la salud. Las mujeres relatan una sumatoria de distintas necesidades que, en personas que atraviesan condiciones de pobreza no están satisfechas y resultan claves para el logro de una salud integral. Aluden a cómo una alimentación cotidiana, el empleo, instancias de recreación, el tiempo libre y el ocio, la vivencia de celebraciones, la alegría, los momentos de armonía, paz y conexión en el orden de lo espiritual suponen prácticas inherentes a la vida y al desarrollo humano que hacen a la salud integral de las poblaciones, y que en grupos de pobreza ven, muchas veces imposibilitados en su concreción.

El análisis de esta entrevistada nos lleva, a través de la psicóloga comunitaria venezolana Maritza Montero (2004), a los planteos del psicólogo estadounidense Abraham Maslow, quien proponía una teoría de clasificación jerárquica de las necesidades a partir de una imagen gráfica de pirámide, donde en un primer nivel identificaba las denominadas “básicas”, aquellas de cuya satisfacción depende la vida humana, y a medida que se asciende, se hallan las necesidades de “alto nivel”, las cuales expresan necesidades sociales, espirituales, culturales e intelectuales de las personas. Interesa este planteo para pensar una salud comunitaria ideal en términos de igualdad, en tanto, tal como plantea Montero (2004, p. 87) “ambas categorías de necesidades forman parte de la totalidad humana y se influyen entre sí”. Planteo que encontramos en congruencia con la idea expresada por una de las entrevistadas para pensar que una salud ideal comunitaria debe ser vivenciada por sus poblaciones no sólo desde la satisfacción de necesidades sobre aquello básico que supone la alimentación, la vivienda o el trabajo, sino también desde momentos recreativos, de paz y felicidad que deben ser vivenciados por todas las comunidades dado que hacen a una salud integral que debe promoverse en igualdad de condiciones.

Escenario de pandemia. Sentidos y visibilización de matrices de desigualdades en salud

Se desarrollan en lo que sigue categorías que reúnen testimonios que expresan realidades de desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA aludiendo al contexto de la pandemia por la enfermedad de Covid-19.

Pandemia, salud y la tensión igualdad-desigualdad

Se reúnen aquí testimonios de las mujeres de ambos grupos sociales que dan cuenta cómo la pandemia aparece como un fenómeno sociosanitario que operó en un doble sentido: por un lado, visibilizando y pronunciando las desigualdades ya existentes, y por el otro emergiendo la idea de una “igualdad aparente”.

El pensador español Ignacio Ramonet (2020) consideraba que con la pandemia se exhibió una realidad desde la cual ya se venía concibiendo -en gran parte de los países capitalistas del mundo- a la salud como una mercancía. Ello propició un escenario en el que algunos grupos sociales -descuidados por los Estados- quedaron más expuestos a la infección, resultando las medidas de confinamiento e higiene imposibles de sostener a los pobres, discriminados, marginalizados y explotados, a aquellos que viven sin agua corriente, a los hacinados en favelas,

chabolas, villas miseria, a aquellos que viven y duermen en las calles o en campamentos de refugiados.

Diversos autores y autoras acuerdan en que el coronavirus expuso las desigualdades de la sociedad en los planos sanitario, educativo, económico, tecnológico, entre otros (Kessler, 2020; Grimson, 2020; de Sousa Santos, 2020; Quijano Valencia y Corredor Jiménez; 2020; Molina Valencia, 2020; Toro Pérez, 2020; Hincapié, 2020; Svampa, 2021; Segato, 2022b; Gallegos et al. 2022; entre otros y otras). Al respecto, la psicóloga comunitaria colombiana Esmeralda Hincapié entendía que la pandemia puso en evidencia la desigualdad en salud, “la pandemia acercó el riesgo de la muerte y la pobreza a todos, y es ese miedo el que nos está llevando a pensar en los problemas sociales que tanto habíamos alejado” (...) (2020, p.67).

En este sentido, *mujeres de ambos grupos sociales expresaron de manera semejante una especie de tensión en torno a las ideas de igualdad-desigualdad de la población en tiempos de pandemia, reflexiones que en contexto de las entrevistas intentó promover a partir de la pregunta: ¿piensas que la pandemia nos hizo más iguales o más desiguales?*

Se advierten argumentos que expresan que el virus colocó a todas las personas en una misma situación:

(...) con esto de la pandemia (...) antes había mucha diferencia entre personas, clases sociales, en cambio ahora todo, todo el mundo está viviendo un común denominador (...) porque esta pandemia no perdonó ni plata, ni países, ni color, de piel, ni edad, fue por todo, entonces yo he sabido que la ha pasado mal y que han fallecido gente de plata cómo gente pobre, gente grande como gente joven, o sea ¿me entendés?, entonces esa desesperanza, antes la gente con plata viajaba, la gente pobre no, hoy en día no viaja nadie ... todos igual, en una meseta, poquito más, poquito menos (...) (MC2.V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

(la pandemia nos hizo más) iguales, y en el sentido que todos sufrimos de lo mismo, en estar encerrados, en el de padecer algo que no sabíamos cómo se seguía, cómo hacer, todos estuvimos un poco frenados con el trabajo, con todo (...) (MC1. N. 29 años. 2 hijos. RHGC-TCP-TCC-Peluquera. BJN. RC).

(...) en algún punto (la pandemia) nos hizo más iguales, como que nos hizo más solidarios, más unidos, yo fui más unida con mi vecina, a mí me sabían dar de ellos la caja de PAICOR¹⁰⁵ o si yo tenía mercadería, les compartía. Pero hay gente que también, no hablo de este barrio en sí, pero (...) hay gente que se preocupaba de estar bien ellos mismos, y hay gente que no, que también se preocupaba por el otro (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC- TCP-TCC. BJN.RC).

Las mujeres aluden a la idea de igualdad para pensar cómo fue la vivencia de la pandemia en distintas poblaciones y grupos sociales. Se plantea la idea de la igualdad en términos de la experiencia de sufrimiento humano, encierro, incertidumbre y detenimiento de la vida cotidiana que las personas atravesaban en lo laboral. Se generalizan estos aspectos como comunes a todos sin considerar cómo las condiciones materiales socioeconómicas de cada grupo social incidieron diferencialmente en esas vivencias. Uno de los relatos asocia la idea de “igualdad” a la de “solidaridad” y “unión”. No se hace referencia a la idea de igualdad como un principio que equipara a las personas en términos de derechos humanos, sino que se la emplea para

105 PAICOR significa Programa de Asistencia Integral de Córdoba.

remitir a la idea de cierto apoyo, compañerismo, ayuda o unión entre las personas frente a un escenario adverso como fue la pandemia.

En el sentido que lo expresan los relatos de las *mujeres de ambos grupos sociales*, de Sousa Santos (2022) reflexiona que, con el coronavirus apareció la idea de la pandemia como “democrática” al atacar el virus a todas las personas por igual. No obstante, para el autor contrariamente la situación pandémica fue caótica para todos y todas, pero no democrática, y las desigualdades se agravaron: “las tasas de mortalidad del virus se concentraron en mayor medida en la gente pobre, negra o indígena” (de Sousa Santos, 2022, p. 23).

Algunos relatos se expresan en ese sentido:

(...) Con la pandemia (...) me di cuenta de esto que (...) *algunos dicen que “la pandemia nos hace iguales a todos” y yo creo que no, ahí vi que la pandemia nos hizo más desiguales a todos en las ventajas y desventajas que tenemos en la salud* y no que somos todos seres mortales, porque no todos podemos acceder a la salud y hay gente que ya tenía su cama si le pasaba algo y otras que no sabían a dónde recurrir, que no tenían agua desde en sus canillas, y eso marcó mucho las diferencias (...) (MC2.A. 42 años. 1 hija. RHGC. BC. LH).

(...) *con esto de la pandemia (...) ¿Cuál era la diferencia entre el que tenía ‘guita’ y él que no tenía ‘guita’? que el que tenía ‘guita’ iba al súper, capaz estaban encerrados, pero con la heladera llena, estaban encerrados, pero con una pileta que podrían disfrutar del verano aislados* (...) (MC2. V. 59 años. 3 hijos. RHGC-Secretaría Administrativa. BB.RC).

(...) *Esta pandemia nos afecta a todos, pero aún más a la gente que no tiene las mismas posibilidades que yo. Desde el acceso al agua potable, hasta lo que sea. Esta situación vino a reafirmar la importancia del Estado y las garantías de los derechos.* (MC2. L. 40 años. 2 hijos. RHGC-Empleada pública-Estudiente universitaria. BN.RC).

Mientras en los testimonios iniciales las entrevistadas proponen, lo que podríamos denominar como “*la igualdad ante el virus*” expresando la idea de que el virus colocó a todos en una misma situación, en una especie de “igualdad de condiciones” como punto de partida, los testimonios restantes dan cuenta del contraste que evidenció la pandemia entre los grupos sociales. Las reflexiones de estas mujeres ofrecen claridad para pensar la realidad de las desigualdades en la vivencia de la vida y la salud, permitiendo denominar como “*mito*” a la idea de la *igualdad social en pandemia*. Es decir, la “igualdad en pandemia” como una especie de historia o relato ficticio al que se le atribuyeron cualidades que claramente no tuvo, idea que muchos medios de comunicación instalaron y difundieron, reproduciéndose entre las personas que simpatizaron con ella. En este sentido, los últimos testimonios ofrecen elementos para pensar el papel de los derechos, el rol del Estado y los condicionantes estructurales, políticas, económicas, sociales y culturales que pueden reconocerse en la vivencia de los procesos de SECA.

Condiciones de vida y salud diferenciadas en la vivencia de la pandemia

Se reúnen aquí testimonios que dan cuenta de las condiciones de vida de los grupos entrevistados, vinculadas al espacio y tiempo, las relaciones que establecen y lo referido al lugar que ocupan en la estructura socioeconómica en función de sus realidades, sus recursos materiales y sus posibilidades, atendiendo al escenario de pandemia y cómo de su consideración pueden inferirse desigualdades en las vivencias de procesos de SECA.

Vinculado con ello, identificamos como en las *condiciones habitacionales* se expresan esas manifestaciones de la desigualdad. Algunos relatos de *mujeres de clase media* dieron cuenta del haber atravesado, ellas y sus familias, la realidad de la pandemia, desde la posibilidad de disponer de más de una opción de vivienda para habitar, pudiendo elegir en dónde vivir con mejores condiciones en el contexto del ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

(...) nosotros acá estamos en Banda Norte en una casita que tenemos de fin de semana, la casa del verano (...) allá en el centro estamos tan rodeados de las clínicas (...) que nos pareció, qué les pareció a las chicas (se refiere a sus hijas) que mejor estar acá (...) yo creo que fue una buena decisión en cuanto a la salud (...) porque gracias a Dios no tenemos gente cerca que nos pueda contagiar (se refiere a la enfermedad de Covid-19) ... (MC2. O. 77 años. 3 hijas. RH-Jubilada. BBN.RC).

El relato pone sobre la mesa la realidad que vivencian algunas familias de grupo social de clase media, vinculada a la posibilidad de disponer de más de una opción de vivienda para habitar. La alternativa de escoger en qué hogar de los que se posee (como bien material) se puede vivir lo mejor posible en un determinado momento y condiciones sociohistóricas es viable sólo para algunas familias pertenecientes a grupos de sector medio, lo que se reconoce como una realidad habitual en grupos cuya posición social, política y económica resulta privilegiada. Grupo, este último, del que los medios mostraron en pandemia sobre sus posibilidades y patrimonios expuestos los intentos y traslados entre unas residencias y otras, incluso en puntos muy extremos del país o de países vecinos, siendo que las medidas del ASPO exhortaban a permanecer en los hogares en que las familias se encontraban al momento que se anunció el decreto.

En relación al grupo de *mujeres en situación de pobreza* manifiestan haber vivenciado la pandemia en las *condiciones habitacionales* y barriales que les eran propias y habituales. Llama la atención que ningún relato refirió explícitamente a condiciones de hacinamiento como dificultad para sostener el ASPO o DISPO (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio) durante ese período, y si bien muchos aluden al permanecer adentro de sus hogares también se reconocen expresiones que refieren al permanecer y circular en las calles del barrio -fuera de las viviendas- como una realidad que se mantuvo en este escenario. Realidad de la que podría inferirse cierto efecto de mitigación de las condiciones de hacinamiento en que muchas familias viven cotidianamente.

(...) no estuve ni un día encerrada en mi casa, más que los fines de semana, yo seguía normal el trabajo comunitario que hacía, lo seguí sosteniendo, y para mí era normal, y yo seguí por la gente, porque muchos no tenían trabajo, muchos trabajan el día a día (...) (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC)

(...) te digo la verdad, a mi marido le gusta salir mucho, sábado y domingo, le gusta juntarse con los amigos (...) por ahí me decía “vieja me voy a un asado”, “tené cuidado viejo con quién tomas, lávate las manos, vení bañate, sácate la ropa, acostate limpio” y así (...) los tenía (...) él se iba (...) a jugar a las bochas, se juntaba con un montón y no sabía si tenían el Covid (...) (MC1.C. 45 años. 4 hijos. RHGC-RCC. BIM.RC).

(con la pandemia fue) re intenso, al principio nosotros nos cuidábamos bien (...) porque mi marido en ese momento estaba trabajando en el supermercado y (...) fue lo único que no cerró, cuando mi marido le agarró nosotros hicimos todo al pie de la letra, ni salíamos con mis nenes, nada nada, él venía se cambiaba (...) en la galería (...) se sacaba las cosas ahí, poniendo las cosas al sol, venía se bañaba (...) y eso era dos

veces al día (...) se bañaba en alcohol antes de entrar a la casa y se enfermó lo mismo (...) (MC1. F.29 años. 3 hijos. RHGC-TCC. BJN.RC).

(...) *nosotros tratábamos de hacer en este barrio lo que podíamos, pero en otros barrios veía gente* (...) te encontrás con gente que (...) andaba en la calle (...) había mucha gente ventilándose, o sea, no, no cumplían con lo que es el aislamiento (...) cuando uno se encerraba para tratar de no tener contacto, ni de contagiarse, ni de contagiar a otro (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCC-BJN. RC).

Los relatos dan cuenta de la realidad para estas familias durante la pandemia, la necesidad de salir para sostener el trabajo comunitario de asistir a todo un barrio, el salir por necesidad personal de esparcimiento, o bien simplemente oxigenarse de una realidad cotidiana de encierro y extremos cuidados. Vinculado con ello, algunos testimonios de las mujeres en situación de pobreza aluden al hecho de la *problemática laboral* que generó la pandemia:

(...) *Muchos salían a las escondidas (...) porque la gente necesitaba ir a trabajar (...) nosotros hicimos muchísimos permisos para que la gente pueda seguir trabajando* (...) éramos dos las que hacíamos eso porque antes de la pandemia había hecho una formación en promotora de salud (...) (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

(con) el aislamiento (...) *a mí me fue re mal (...) la pase re mal con mi trabajo, de situación económica, mal, mal, mal, mal, mal, mal*, a Dios gracias tengo gente que me ayuda, una de mis patronas sí me mandaba mercadería o yo la iba a buscar a la casa, ella no salía, la dejaba en la puerta o acá (...) (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCC-BJN. RC).

(con la pandemia) *la gente que trabajaba en la arena, en los carros, esa gente que era vendedora ambulante, la gente que trabaja en construcción, mucha gente quedó a la deriva con todo eso, mucha gente la pasó muy mal, no solamente yo, mucha gente* (MC1. G.47 años. 3 hijos. RHGC-TCC-BJN. RC).

Para mí acá (en el barrio) *fue más jodido por el tema de la falta de trabajo, porque la gente no tenía trabajo, el que no trabajaba no cobraba, había mucha necesidad de la comida, los insumos de limpieza, el alcohol, los barbijos, los guantes, todas esas cosas, era como que todo era mucho, mucha necesidad, muchísima* (MC1. V. 32 años. 2 hijos. RHGC-TCC-BJN.RC).

Se describe una realidad golpeada en términos económicos y de subsistencia para estas familias que dependen del ingreso diario proveniente de trabajos informales o changas, escenario frente a los cuales, para contribuir a sus sostenimientos, las mujeres del centro comunitario se abocaron a la tarea como promotoras de salud, gestionando a los vecinos y las vecinas los permisos para circular.

Los testimonios analizados expresan las condiciones de trabajo, precarización laboral, así como la falta de trabajo, que transversalizó la vivencia de la pandemia desde las mujeres en situación de pobreza, aspectos que dan cuenta de otra de las tramas en que se manifiestan las desigualdades. Cuestiones que provienen de larga data, ya analizadas en este escrito en la dimensión sobre historias de vida en los procesos de SECA, dónde interpretábamos hitos de trabajo y enfermedad, atendiendo a los ciclos de la infancia y de la adultez, dando cuenta de las tramas desde las que se configuran las desigualdades en este plano a lo largo de sus vidas.

Vinculado con ello, interesa señalar que no fueron hallados relatos con estas características, que aludan a la falta de empleo, o al trabajo en condiciones de enfermedad, en tiempos de pandemia o fuera de éste, en el grupo de mujeres de clase media, lo que da cuenta de aspectos contrastantes en ese sentido.

Svampa (2021) reflexiona que, tras décadas de neoliberalismo, la pandemia dejó al descubierto cuestiones críticas latinoamericanas, colocando en el centro en problemáticas que estaban minimizadas como la pobreza, desigualdades sociales, económicas, étnicas y altos niveles de concentración de la riqueza. Algunos testimonios dan cuenta de estos escenarios donde se expresan las desigualdades:

(...) barrios así humildes como el de nosotros se ve que le ha afectado un montonazo (...) más en dónde ha habido, así como yo, “copitas”, que las comidas (se refiere a comedores y merenderos comunitarios), que tenía que hacer viandas, le repartía a las mujeres, a los chicos (...) acá veníamos tres veces a la semana se hacía y la gente afuera (...) “pasa, ponete alcohol y la llevas, después llegá a tu casa, antes de que saques la fuente, lavate las manos” (...) (MC1. C. 45 años. 4 hijos. RHGC-GCM. BIM.RC).

(...) siempre (...) estuvimos abriendo, siempre, en el “Arveja” (se refiere al centro comunitario en el que trabaja) en plena pandemia, lo único que no hacíamos era cocinar, teníamos abierto y venía la gente, buscaba su té, su pan, con todo el protocolo que había de tomar distancia, tapaboca, desinfectante, nunca dejamos de trabajar, incluso la municipalidad nos mandaba por ahí mercadería (...) hacíamos como vianda para que se lo cocinen en su casa (MC1. P. 37 años. 4 hijas. RHGC-RCC-Trabajadora en hogar de cuidados. BJN.RC).

Las entrevistadas dan cuenta de la realidad que supuso la pandemia vinculado a su tarea en los comedores comunitarios, expresando tal como plantea Zapata (2022) respecto de la participación de la mujer como una pacífica resistencia diaria y en movimientos sociales organizados, en espacios vinculados a la alimentación de otras personas, como los merenderos, ollas populares, copas de leche y comedores, que son, de acuerdo a la autora, cotidianamente sostenidos por mujeres cis, lesbianas, mujeres trans y travestis, en los sectores más vulnerabilizados.

Respecto a las *condiciones laborales* y ocupacionales en pandemia de las *mujeres de clase media*, hemos hallado realidades de algunas mujeres ya jubiladas que continuaron percibiendo sus haberes mensuales, otras en condiciones de trabajo formal como administrativas de servicios públicos o privados de salud, otras docentes de nivel medio y universitario, tuvieron sus salarios garantizados, y permanecieron en el transcurso de la pandemia desempeñando sus quehaceres desde el teletrabajo como modalidad en la que la jornada laboral se realizó desde sus propios hogares mediante la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación.

(como mi mamá estaba enferma y yo como docente trabajaba en casa) entonces yo tapaba la cámara, iba a su habitación y le preguntaba “¿querés un té? ¿Necesitas algo?” (refiere al cuidado de su madre con cáncer en pandemia), para mí en ese sentido la pandemia estuvo genial porque a mí no me hubieran dado la cantidad de días de licencia que yo necesitaba (MC2. A.52 años. 1 hija. RH-Docente nivel medio y universitario. BC.RC)

(...) *yo era de las que decían que la pandemia a algunos afecta, pero a mí no me afectó* (...) *yo festejé el estar jubilada antes de la pandemia, porque si no me hubiera enfermado como todos los docentes de la forma en que trabajaban*, en el secundario no quisiera estar en “burbuja¹⁰⁶”, en nada de eso, zafé, y eso me fascinó. *Tuve más trabajo que nunca porque económicamente me vino de 10* empecé a dar clases particulares online, tuve más alumnos que presenciales, *trabajé en mi casa tranquila*, yo me levanto acá y hago lo que quiero, porque doy las clases, no tengo que andar pensando las cosas que pienso cuando tenés gente en tu casa, eso me da la sensación de tranquilidad, yo he puesto horarios, yo trabajo a la mañana online y a la tarde mitad y mitad, el que quiere venir presencial tiene que venir a la tarde, a la mañana nunca. (MC2. B. 63 años. 4 hijos. RH-Docente particular. Jubilada. BC.RC).

Quienes son docentes refirieron la sobreexigencia que este nuevo contexto supuso y algunas que se desempeñaban de manera particular en la docencia, siendo ya jubiladas, dan cuenta de cómo su formación representada como un capital cultural institucionalizado, les permitió transitar ese momento contando con un valioso recurso que benefició su economía desde la comodidad para desempeñarse desde su hogar. Otras, que se desempeñaban de manera independiente refieren haber visto afectado su trabajo en término de las retribuciones mensuales habituales.

Significado atribuido a la desigualdad en salud durante la pandemia desde las condiciones propias como de otros grupos sociales

Se analizan aquí relatos de las entrevistadas que dan cuenta de sus sentidos sobre la desigualdad vivenciada en relación a los procesos de SECA durante la pandemia considerando sus propias condiciones de vida en esos tiempos en comparación con la de otros grupos sociales.

Respecto al grupo de *mujeres en situación de pobreza*, en el marco del estudio, la pregunta “¿cómo pensás que vivieron la pandemia quienes habitan en los barrios del centro de la ciudad?” proponía pensar en un escenario concreto posibilitando reflexiones que pusieron en tensión la vivencia de la pandemia desde el barrio de pertenencia de las entrevistadas con la realidad de otros barrios. Surge así, en algunas mujeres, el reconocimiento de cómo la pandemia afectó sus dinámicas cotidianas en los comedores comunitarios donde varias se desempeñaban, colocando esa realidad en contraposición a barrios del centro donde ellas significan que la experiencia de la pandemia puede no haber supuesto grandes cambios:

(...) (acá en el barrio) (...) nosotros hablábamos con la gente, no sé en otros barrios cómo habrá sido la pandemia (...) *pero barrios así humildes como el de nosotros se ve que le ha afectado un montonazo* (...) *más en dónde ha habido, así como yo, copitas, que las comidas* (se refiere a comedores y merenderos comunitarios), *que tenía que hacer viandas, le repartía a las mujeres, a los chicos* (...) acá veníamos tres veces a la semana se hacía y la gente afuera (...) *en el centro* (se refiere a los barrios del centro de la ciudad) *habrá sido como un día cualquiera para ellos, pero en un barrio humilde yo creo que no ha sido un día cualquiera*, más si ha habido chicos, si le agarró el Covid, si han fallecido (...) (MC1.C. 45 años. 4 hijos. RCC-RHGC.BIM.RC).

106 Durante la pandemia en Argentina la palabra “burbuja” adquirió un significado vinculado a las estrategias de prevención del contagio y de organización social, educativa y familiar, empleándose para designar un grupo reducido y estable de personas que estaban habilitados para tener contacto entre sí.

La entrevistada emplea la expresión “la pandemia como un día cualquiera” para referirse a cómo piensa que el grupo social de clase media vivió esta experiencia. Analiza que la enfermedad de Covid-19 afectó las dinámicas cotidianas de los comedores comunitarios, relatando cómo tuvieron que reorganizarse para dispensar las comidas a los vecinos y vecinas que las necesitaban.

Por otro lado, se reconocían también testimonios de mujeres que daban cuenta de haber transitado instancias de reflexión en torno a las desigualdades en tiempos previos a la pandemia, pero dando cuenta que, con este fenómeno esas ideas fueron confirmadas:

(La pandemia) vino a reafirmar cosas que quizás ya pensaba desde antes. Esta pandemia nos afecta a todos, pero aún más a la gente que no tiene las mismas posibilidades que yo. Desde el acceso al agua potable, hasta lo que sea. Esta situación vino a reafirmar la importancia del Estado y las garantías de los derechos. (MC2. L. 40 años. 2 hijos. RH-GC-Empleada pública-Estudiente universitaria. BN.RC).

(...) me parece que (la pandemia) fue un caso muy concreto para evidenciar que, más allá de que una enfermedad, como en este caso, no elige a quien afectar, hay condiciones estructurales y contextuales que hacen a la enfermedad, porque me parece que no se puede entender como un agente solo, o una situación aislada de un contexto, y que pone en evidencia una vez más cómo las desigualdades juegan en la posibilidad de ser o no ser, de sentirse mejor o sentirse peor o de afrontar o no un desafío, o un obstáculo en la vida cotidiana (...) fue evidente el tema de las condiciones socioeconómicas culturales y simbólicas y cómo juega eso en la enfermedad o en la salud (...) (La salud) es un derecho y de la importancia que el Estado esté presente para ayudar a sostener eso. Y de la desigualdad que hay también en el acceso y el disfrute de una salud o no (MC2. N. 25 años. RH-Estudiente universitaria. BB.RC).

Los testimonios hacen alusión al escenario de la Covid-19 como enfermedad que impactó diferencialmente entre los grupos sociales, evidenciando a aquellos que resultan más expuestos a contraer la enfermedad debido a sus condiciones en lo socioeconómico, cultural y simbólico, y cómo esto incide tanto en las posibilidades de enfermar o de permanecer con salud.

Los relatos dan cuenta del reconocimiento de la desigualdad como un fenómeno que ya existía anterior a la pandemia, pero que se identifica con nitidez a partir de la crudeza con que la misma se manifestó en poblaciones en situación de pobreza. Las reflexiones de algunas de las entrevistadas esgrimen con claridad la importancia de resignificar las condiciones socioeconómicas, los derechos y el rol del Estado como garante de los mismos en pos de sociedades más igualitarias, pensando especialmente desde la idea del acceso a la salud y su vivencia cotidiana en bienestar. En este sentido, vuelve a surgir, tal como lo analizábamos anteriormente, la idea de la desigualdad pensada como condición de vida que supone una amenaza a la integralidad y dignidad del ser y su bienestar, resultado de determinaciones estructurales, políticas, económicas, sociales y culturales, siendo un verdadero obstáculo en el desarrollo humano integral (Saforcada, 2021c).

(...) jamás me pregunte que era la salud. Y además (...) mi mamá es médica, entonces como que nunca tuve que vivenciar el proceso de ir a un hospital y esperar para sacar un turno (...) cuando tenía (...) síntomas, sabía qué tomar, así que tampoco estaba expuesta a un malestar (...) (a partir de la pandemia) hubo una situación puntual en el barrio (se refiere a un barrio popular donde desarrolla prácticas como estudiante de Trabajo Social), que una de las mamás nos contaba que ella las primeras semanas de la cuarentena le había agarrado como una angustia (...) muy grande en el pecho,

y era como esto, *cuantas veces esa persona se ha podido encontrar consigo misma en un momento de silencio, para poder poner en palabras eso que siente*. Como casi nulo, y en ese sentido, *qué ventajas que tiene uno, qué herramientas, por ahí en el mismo contacto con los amigos, la posibilidad de acceder a un psicólogo, la posibilidad de acceder no sé, hasta páginas de Instagram*. Y ahí me di cuenta que era fundamental (...) (MC2. N. 25 años. RH- Estudiante universitaria. BB.RC).

Este último testimonio, grafica con claridad la percepción de la desigualdad en salud desde las condiciones propias, comparándolas con la realidad de otros grupos sociales. La entrevistada contrasta sus circunstancias de vida en relación a los procesos de SECA con los de una mujer en situación de pobreza. Se reconoce como favorecida en términos que su propia madre es profesional de la medicina, lo que le supone un acceso directo a cuidados y atención de “primera mano”, la facilitación de la medicación necesaria, la resolución de trayectorias por las instituciones de salud y el acceso a diversos profesionales de la salud. A partir de allí, la entrevistada se interpela acerca de las posibilidades de compartir y desahogar el dolor que vive esta mujer y las posibilidades propias. Agrega que en su caso el contacto con amigos y el acceso a determinadas redes virtuales de información contribuyen a salvaguardar situaciones donde una salud más emocional puede verse afectada. Como contrapartida advierte que, la realidad resulta desigual para la mujer en situación de pobreza, quien, atravesada por un episodio de angustia debido a la pandemia, mostraba dificultad para canalizar su sufrimiento humano. Da cuenta así la entrevistada, como también en los planos del abordaje al sufrimiento, padecimiento y malestar humano se expresan las desigualdades.

El relato nos muestra la potencia que tiene atender a dimensiones que se intersectan en las personas para pensar cómo se juegan las desigualdades. En este sentido, Davis (2008) considera que la intersección permite considerar cómo constituyen a las personas, a un grupo o sector, dimensiones que pueden combinar posiciones de opresión-subalternidad o posiciones de privilegios. En este caso, la entrevistada, una joven estudiante universitaria de clase media expresa su concepción de salud y desigualdad a partir de sus propias vivencias, que coloca como contrapunto respecto de las de una mujer en situación de pobreza, dando cuenta de cierta posición de privilegio desde su lugar. Vinculado con ello, Motta et al. (2020, p.17) entienden que las posibilidades de vida, el acceso a bienes y servicios, incluso la esperanza de vida, difieren ampliamente según la “suerte” de haber nacido en un lugar o en otro. Los autores citan a Brubaker quien entiende que esta diferencia en apariencia neutral está íntimamente ligada con la estructura de las desigualdades, pudiendo, estas desigualdades de nacimiento reforzarse y recrudecerse frente a diferentes escenarios y condiciones, como lo fue la pandemia y su impacto en diferentes grupos sociales.

En el apartado que sigue, nos adentraremos a identificar las causas estructurales y coyunturales que pueden reconocerse desde los relatos de las mujeres.

Reconociendo dimensiones causales que configuran las desigualdades de salud en las vivencias de las mujeres del estudio

Este apartado intenta presentar sintéticamente una matriz analítica y expositiva que reúne datos emergentes de los testimonios de las mujeres organizados desde criterios que aluden a dimensiones que consideramos como generadoras y causales de las desigualdades en salud.

En este sentido, entendemos que las dimensiones identificadas contribuyen a la comprensión acerca de cómo se producen y reproducen expresiones sociosanitarias que resultan desiguales en las vidas de las mujeres.

Atendiendo a ello, consideramos que las tramas de las desigualdades en salud que experimentan las mujeres del estudio se conforman en el marco de una realidad que es histórica, dinámica y conflictiva. Atender a ese carácter nos aporta a la comprensión de dónde vienen y cómo se conforman las desigualdades actuales en salud.

Respecto de ello, el psicólogo comunitario Omar Barrault (2006) propone atender a las dimensiones de la estructura y la coyuntura para analizar la realidad en la que se despliegan condiciones materiales y simbólicas que condicionan objetiva y subjetivamente la vida de las personas.

Desde su perspectiva en psicología comunitaria, los aportes del autor nos permiten considerar estas dos grandes dimensiones intentando inferir, desde los relatos de las mujeres, cómo las mismas se materializan en sus vidas, identificando en ellas causas de las desigualdades en salud. En lo que sigue, se consigna una tabla (véase tabla 14) que describe dimensiones que consideramos causales estructurales y coyunturales que refieren a condiciones específicas identificadas en el estudio que generan desigualdades en los procesos de SECA atendiendo a los dos grupos de mujeres.

Tabla 14: Dimensiones causales de las desigualdades en salud identificadas en mujeres del Gran Río Cuarto.

Dimensión	Condiciones causales que propician la desigualdad	Manifestación en mujeres en situación de pobreza	Manifestación en mujeres en situación de clase media	Consecuencias en la salud
Estructural	Histórica: Legado histórico de desigualdad que se reproduce en términos de clase y género .	Transmisión intergeneracional de la pobreza. Exclusiones sistemáticas a los sistemas educativo, sanitario, laboral.	Acceso continuo y trayectorias sostenidas a los sistemas educativo, sanitario y laboral.	Reproducción estructural de las brechas que impiden el acceso a la salud y el bienestar en general.
	Económica: modelo capitalista-neoliberal. Expresiones del modelo económico que se reconocen en: Empleo y Cobertura/afiliación a sistemas de salud. Accesibilidad económica a la salud Acceso a consultas médicas, capacidad para costear medicamentos, alimentación, etc.	Trabajo informal desde la infancia. Condiciones de precarización laboral a lo largo del ciclo vital de las personas. Acceso al sistema público de salud. Condiciones de empleo informal obturan los tiempos para consultas de salud propias o de familiares (niños y adultos mayores) Accesibilidad económica negativa. Escasa o nula disponibilidad económica para costear servicios, medicamentos y requerimientos de alimentación básica y específica.	Condiciones de cierta estabilidad laboral y económica. Empleo formal , con prestaciones de obra social. Acceso al sistema privado de salud, pero también posibilidad de acceso al sistema público (en general la elección está condicionada por el prestigio de determinados profesionales que atienden allí). Accesibilidad económica intermedia o satisfactoria. Acceso a consultas e interconsultas con profesionales de diversas especialidades. Cierta disponibilidad para costear medicamentos, consultas, alimentación específica.	Desigualdad en el acceso al sistema formal de salud para consultas preventivas, controles y tratamientos. Peregrinajes médicos en búsqueda de respuestas de salud para mujeres en situación de pobreza. Diferencias en las posibilidades de prevención, atención, detección-diagnóstico y tratamiento-resolución de enfermedades que recalcan en mujeres (y familias) en situación de pobreza y en condiciones de empleo informal.

Dimensión	Condiciones causales que propician la desigualdad	Manifestación en mujeres en situación de pobreza	Manifestación en mujeres en situación de clase media	Consecuencias en la salud
Estructural	Sociocultural: Sistema patriarcal imperante, roles de género tradicionales y división sexual del trabajo. Quehacer doméstico, cuidado y tiempo disponible	Realidades de doble o triple jornada laboral. Sobrecarga de cuidados domésticos. Escases de tiempo para descanso, recreación o autocuidado o cuidado a partir de consultas al sistema formal.	Realidades de doble jornada laboral en las que puede ser frecuente contar con apoyo doméstico de otras mujeres que se dedican a ello. Posibilidad de delegar cuidados y contratar servicios de otras mujeres para ello. Disponibilidad de tiempo para ocio, recreación o cuidado personal.	Desgaste/agotamiento físico-emocional para mujeres de ambos grupos. Tiempo reducido para controles médicos y autocuidado, especialmente en mujeres en situación de pobreza.
	Acceso al sistema educativo/ Nivel educativo alcanzado	Educación básica o escolaridad incompleta	Escolaridad completa. Estudios de nivel medio, terciario y/ de educación superior.	Desiguales oportunidades para sobrellevar trayectorias educativas. Esto genera desiguales contextos favorecedores de procesos de construcción de conocimientos sobre la protección y promoción a una salud integral, así como ligados a ofrecer información ligada a derechos humanos en general, y sobre la salud en particular. Cuestiones ligadas a políticas educativas que promueven (o no) el papel de las escuelas en la educación para la salud. Correlato diferencial en el ejercicio de prácticas de protección y promoción de la salud, así como de prevención, cuidados atención, adherencia a tratamientos frente a cuadros de enfermedad.

Dimensión	Condiciones causales que propician la desigualdad	Manifestación en mujeres en situación de pobreza	Manifestación en mujeres en situación de clase media	Consecuencias en la salud
Estructural	Acceso al sistema educativo/ Nivel educativo alcanzado	Educación básica o escolaridad incompleta	Escolaridad completa. Estudios de nivel medio, terciario y/ de educación superior.	Desiguales oportunidades para sobrellevar trayectorias educativas. Esto genera desiguales contextos favorecedores de procesos de construcción de conocimientos sobre la protección y promoción a una salud integral, así como ligados a ofrecer información ligada a derechos humanos en general, y sobre la salud en particular. Cuestiones ligadas a políticas educativas que promueven (o no) el papel de las escuelas en la educación para la salud. Correlato diferencial en el ejercicio de prácticas de protección y promoción de la salud, así como de prevención, cuidados atención, adherencia a tratamientos frente a cuadros de enfermedad.

Dimensión	Condiciones causales que propician la desigualdad	Manifestación en mujeres en situación de pobreza	Manifestación en mujeres en situación de clase media	Consecuencias en la salud
Estructural	Condiciones geográficas-territoriales-habitacionales: Accesibilidad geográfica a servicios de salud Tipos de vivienda y servicios	CAP'S y Hospitales en algunos casos distantes de los barrios. Dificultad para el transporte debido a los costos. Traslados de a pie, vehículos propios como bicicletas o motocicletas, así como en transportes públicos, con recorridos horarios restringidos y esporádicos. No ingreso de ambulancias o transporte público a los barrios. Viviendas con materiales poco resistentes y sólidos, algunas de las cuales carecen de servicios básicos. Casos de viviendas alejadas a basurales o microbasurales. Condiciones habitacionales que pueden resultar perjudiciales para la salud de sus habitantes.	La distancia geográfica no impide el acceso a la atención de la salud. La elección de instituciones y profesionales esta mediada, en general, de acuerdo a si son prestadores o no de la obra social que se posee; así como puede atenderse al criterio de cotejar el prestigio del profesional con otros consultantes allegados. En ocasiones las instituciones privadas de salud pueden estar en los barrios de este grupo social. Cuando no es así se dispone de vehículo privado o se contrata un servicio para traslados, dentro de la ciudad como a otras localidades donde se requiere consultar. Ingreso de ambulancias a los barrios de residencia. Viviendas construidas con materiales resistentes y sólidos. Barrios que disponen de servicios y en general buenas condiciones ambientales, aunque ha sido posible hallar casos de contaminación ambiental.	En mujeres en situación de pobreza la condición geográfica en general perjudica y retrasa el acceso a la atención de la salud, lentificando u obturando el acceso a diagnósticos, o bien generando dificultades para sostener tratamientos. En mujeres en situación de pobreza las condiciones habitacionales y ambientales deficitarias recalcan en la salud generando condiciones que propician enfermedad.

Dimensión	Condiciones causales que propician la desigualdad	Manifestación en mujeres en situación de pobreza	Manifestación en mujeres en situación de clase media	Consecuencias en la salud
Estructural	Contacto con el sistema formal de salud: Accesibilidad administrativa Accesibilidad psicosociocultural Ejercicio del poder	Burocracia y exigencias administrativas que complejizan el acceso a la atención. Falta de agilidad. Trabas para la ejecución de estudios requeridos, acceso a especialistas, acceso a medicación. Extensas esperas para conseguir turnos. Falta de profesionales para la atención. Imposibilidad de elección de profesionales. Largas y extenuantes esperas para acceder a la atención. Barreras psicosociales en servicios de atención pública de la salud. Situaciones de trato desigual atravesado por discriminación, prejuicios, sesgos de género, violencia simbólica, desconsideración del saber popular y violencia epistémica, violencia obstétrica, por parte de profesionales y administrativos de salud. Se han identificado relatos que exponen casos extremos de: Procedimientos coercitivos de esterilización (ligadura de trompas sin consentimiento de la damnificada), Maltrato verbal, humillación y expulsión del sistema a mujer consultante, con el correlato de su deceso producto del agravamiento de su enfermedad no atendida. Ejercicio de poder por parte de administrativos y trabajadores de la salud, así como por las fuerzas de seguridad policial (que se encuentran en sus barrios y en instituciones de salud) que subyuga, somete y vulnera los derechos de personas en situación de pobreza.	Se reconoce también en el sector de la medicina prepaga cierta burocratización de la atención de la salud. Se advierte cierta accesibilidad psicosociocultural, se identifican casos de contacto directo con profesionales vía teléfonos personales, trato más horizontal entre consultantes y profesionales. Se identifica que, el hecho de contar con familiares que son integrantes del sistema formal de salud (médicos, enfermeros otros profesionales de la salud) así como administrativos, facilitan el acceso a la atención de la salud y el trato interpersonal con otros profesionales. Se reconoce un posicionamiento que supone cierta exigencia en el cumplimiento de derechos y pautas de atención por parte de consultantes. No obstante, lo señalado anteriormente, se registran también situaciones de injusticia cognitiva vinculada a desconsideración de los saberes de las mujeres consultantes, de trato y sesgos de género por parte de profesionales.	Desigualdad en la calidad de la atención y continuidad en el cuidado. Lo analizado se manifiesta en mujeres en situación de pobreza como: Desconfianza /descontento con las instituciones, profesionales y sus modos de funcionamiento. Baja utilización de servicios y desestimación de la posibilidad de concurrir a la consulta clínica personal o pediátrica. Apartamiento del sistema, no realización de controles, ni tratamientos requeridos. Consecuencias: Atención médica de calidad inferior Autoatención. La desigualdad en salud puede terminar con la vida de las personas consultantes

Dimensión	Condiciones causales que propician la desigualdad	Manifestación en mujeres en situación de pobreza	Manifestación en mujeres en situación de clase media	Consecuencias en la salud
Coyuntural	Condiciones de desigualdad que propició la presencia de la pandemia de Covid-19 Pospandemia: Cambio de gobiernos Crisis económicas-inflación	Trabajo: Pérdida de empleo informal, condiciones de mayor precarización laboral, situaciones de trabajo en condiciones de enfermedad. Sobrecarga de cuidados, dificultad para acceder a consultas habituales de salud y controles médicos, acceso deficitario a TICs¹⁰⁷ y a conexión a internet que dificultó y/o imposibilitó el sostenimiento de trayectorias educativas de infancias escolarizadas en escuelas públicas. Dificultad para acceder a una alimentación cotidiana. Vivienda: Dificultad para sostener el ASPO (reducidos espacios habitacionales, condiciones de hacinamiento) Políticas de ajuste afectan programas sociales. Sistema de salud pública colmado. Incremento de precios de la canasta básica y medicamentos	Trabajo: en general se sostuvieron los empleos que mutaron a la alternativa del teletrabajo. Para algunas personas las condiciones salariales estuvieron garantizadas en el marco del empleo formal. Acceso a internet y TICs, Acceso a teleconsultas médicas (ofrecidos por instituciones privadas de salud) permitieron cierto acceso y continuidad en la atención de la salud. Vivienda: condiciones de vida que permitieron sobrellevar en mejores condiciones el ASPO. Se advirtieron casos en que se dispone de más de una vivienda para decidir dónde transcurrir el ASPO Políticas de ajuste que impactaron en las economías cotidianas. Nuevas regulaciones propiciaron un incremento de aranceles en obras sociales, que perjudican, entre otras medidas que perjudican a este grupo social vinculadas a ajustes en salud.	Salud psicoemocional afectada, incremento de las brechas en el acceso a la atención médica, dificultades en el acceso a medicación y sostenimiento de tratamientos, abandono de ellos en algunos casos. Agravamiento de todas estas consecuencias en el grupo de mujeres en situación de pobreza

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

La tabla presentada nos ha permitido reunir y exponer esquemáticamente, condiciones estructurales y coyunturales que se constituyen en razones causales de las vivencias de desigualdades en salud inferidas desde los relatos de las mujeres.

En lo inherente a la *dimensión estructural*, Barrault (2006), atendiendo a los aportes de los grandes referentes sociales Althusser, Bourdieu y Giddens, considera que la estructura remite a un conjunto de elementos solidarios entre sí, interrelacionados, estables en tiempo y espacio. La estructura nombra regularidades en la vida social, siendo elementos de análisis lo económico, lo político, lo ideológico, lo cultural. Se trata de elementos de larga duración que organizan la sociedad y reproducen las desigualdades de manera estable.

107 TICs: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

En este ejercicio analítico las pensamos como una especie de “reglas de juego” que están dadas o son impuestas del sistema social, reconociendo cuestiones inherentes a la historia y al modelo económico, cuestiones socioculturales ligadas al patriarcado, roles de género y la división sexual del trabajo, accesibilidad al sistema de salud, accesibilidad al sistema de educación. Consideramos también como aspectos estructurales para el análisis a las condiciones geográficas-territoriales y condiciones habitacionales de los grupos de estudio; así como lo referido al contacto con el sistema formal de la salud en lo administrativo y psicosociocultural.

Con la *dimensión coyuntural*, aludimos a la manera de visualizar la estructura en un momento particular. Para Barrault (2006, p. 7) es una especie de “recorte sincrónico”, un momento concreto de un desarrollo estructural. El análisis coyuntural considera un período determinado (tiempo/temporalidad), una totalidad compleja (espacio social) y un estado de “correlación de fuerzas” de luchas de intereses.

Atendiendo a ello, partiendo de entender que lo coyuntural se configura a partir de fenómenos o eventos específicos que alteran temporalmente las estructuras o las hacen más visibles, consideramos en el período de estudio al fenómeno de la pandemia por la enfermedad de Covid-19, que siendo un claro evento coyuntural, visibilizó y representó efectos estructurales, dado que, tal como hemos analizado, agravó las desigualdades preexistentes (género, clase, acceso a salud), reforzó roles tradicionales de cuidado, generó impactos en salud psicoemocional y en la realidad económica de las familias, así como expuso las fallas estructurales del sistema sanitario y de protección social. Consideramos también el escenario pospandemia caracterizado por las sucesivas crisis económicas, los momentos de cambio de gobiernos y sus improntas neoliberales, así como los conflictos sociales que expresan este tiempo histórico.

Lo analizado en este apartado, nos permite comprender que lo que las mujeres relatan de su realidad, junto con la manera en cómo significan su propia desigualdad, así como la de otras mujeres, torna posible inferir que las causas de las desigualdades en salud que experimentan aluden a dimensiones estructurales y coyunturales (históricas, económicas, políticas, socioculturales, educativas, sanitarias, geográficas) siendo múltiples las causas de esas desigualdades, al tiempo que se encuentran entrelazadas entre sí.

Reflexiones de síntesis

Situándonos en un contexto Latinoamericano donde las diferencias por clase social, género, etnia y edad se enlazan a una estructura social atravesada por un sistema económico político neoliberal que da origen a múltiples configuraciones de las desigualdades y la exclusión, es imperante apartarnos de lecturas econométricas acotadas de estos fenómenos, para abocarnos a la tarea de “desnaturalizar los fundamentos de la desigualdad” (Batthyány y Arata, 2022, p.13), leyendo y re-leyendo las realidades de injusticia social.

En este sentido, el análisis sobre esta dimensión, que resulta emergente de todo el recorrido analítico realizado en este trabajo, que fue permitiéndolo advertir con claridad las trayectorias sociosanitarias diferenciadas de las mujeres para acceder al componente formal de la salud, exponiendo desigualdades manifiestas en los diferentes planos de la accesibilidad a los servicios, nos han permitido comprender a las desigualdades, en el sentido que propone Therborn (2011). Para este autor las desigualdades son construcciones sociales, antítesis a una idea de las desigualdades como naturales, desde la consideración que las desigualdades se producen de diferentes maneras, pudiendo identificarse procesos recurrentes y mecanismos sociales a través de los cuales se producen y se reproducen en una variedad infinita de contextos.

De esta manera, el abordaje aquí realizado ha intentado colocar el foco en las formas en que las mujeres expresan y significan realidades de desigualdad, que muchas veces las tiene por protagonistas, y que dan cuenta cómo se configuran estas tramas en sus vivencias de SECA.

El devenir del estudio ha permitido un análisis de datos de los grupos de mujeres, caso por caso en simultáneo, identificado testimonios que exhiben realidades en primera persona, así como historias cercanas de vecinos, vecinas y familiares que visibilizan desventajas, violencias simbólicas y concretas, exclusiones sistemáticas y vulneración de derechos. Asimismo, en paralelo se han analizado con otros relatos con los que contrastan, de mujeres que dan cuenta de posibilidades, oportunidades, privilegios y ventajas de clase. Junto con ello, también se ha podido reconocer testimonios que dan cuenta de mujeres que muestran distintos niveles de reflexividad y sensibilidad en torno a esta problemática social, algunas a las que la cuestión parece no permearlas sin aludir o reflexionar demasiado sobre ello en sus entrevistas, mientras que otras expresan empatía e interpelación en torno a las desigualdades reconociéndolas en aquellos a quienes ésta golpea cotidianamente.

En este sentido, ambos grupos de mujeres a través de sus testimonios nos permitieron identificar aspectos discrepantes en torno a sus posibilidades de acceso a la salud, así como hallar semejanzas y diferencias en sus modos de significar la desigualdad, vinculadas a sus propias condiciones de existencia y a sus capacidades para leer la realidad en que se encuentran grupos sociales diferentes al propio.

Lo analizado en este capítulo, así como en capítulos precedentes, expone que las prácticas de SECA se expresan en trayectorias diferenciadas que manifiestan la complejidad al acceso a la salud y vulneración de ese derecho fundamentalmente para las mujeres en situación de pobreza.

Esta realidad marcada por desigualdades, encuentra su correlato en manifestaciones psicosociales y emocionales de las personas que las vivencian. En este sentido, testimonios analizados de mujeres en situación de pobreza expresan escenarios de expulsión, de exclusión, que el sistema de salud propicia a partir de las vivencias que estas personas experimentan cotidianamente y que, en lo aciago, doloroso y recalcitrante de su impacto, conducen a la toma de decisiones y comportamientos, como la autoatención, la automedicación y el no acceso al sistema, que terminan recalando negativamente en las propias vidas de estas mujeres y sus familias. Estos planteos permiten reconocer, aquello que Therborn (2011) expresa acerca de cómo calan las desigualdades desde la posibilidad de causar la muerte a quienes la padecen, y el valor de estudios provenientes de la epidemiología, medicina y psicología con mirada social como perspectivas capaces de exponer este tipo de realidades.

Muchos de los relatos exponen la violencia de un sistema de salud que remite a un trato interpersonal y deshumanizador, colocando a sus poblaciones en el lugar de una aceptación pasiva que las hastía y extenua a ellas mismas y a sus familiares. Vinculado con ello Therborn (2011) propone pensar en el reconocimiento de los mecanismos de la reproducción de las desigualdades, en este caso en los contextos de acceso a la salud, considerando aspectos psicológicos que estos procesos dinamizan en las personas que los vivencian:

“(…) cómo afectan la auto imagen y confianza en sí mismos de los actores. Sus efectos psicológicos son una parte muy importante de los efectos acumulativos de los mecanismos distributivos (de las desigualdades), creando espirales descendientes de miedo, dudas, oportunidades perdidas, fracasos y más miedo y dudas, o espirales positivas de confianza en uno mismo, riesgo, aceptación entusiasmo por probar nuevas oport-

tunidades, éxito, recompensas y más confianza en uno mismo y estima” (Therborn, 2011, p. 20).

Lo planteado por el autor nos vuelve a pensar en aquello que expresan los relatos en términos de las oportunidades perdidas, los fracasos, las preguntas sin respuestas y las dudas que se instalan en la vida de las personas, como verdaderos dolores y penas frente a lo injusto, que terminan en muchos casos con sus vidas.

Reconocer el impacto de las desigualdades en la vida de las personas, inferir sus causas estructurales y coyunturales, nos exhorta a no dejar de comprender cómo estos procesos se dinamizan en sus vidas, para pensar sus posibilidades de transformación. Más allá de iniciativas contrahegemónicas que pudimos reconocer en mujeres de este estudio, desde el compromiso con la vida y la salud de sus familias y comunidades, se tornan imperantes cambios político-estructurales que involucren un papel activo, comprometido y garante de derechos por parte del Estado.

En esa clave, nos interesa cerrar con el planteo de Benach et al. (2015) quienes consideran que no es posible reducir las desigualdades en salud sin transformar la estructura sociopolítica y las desigualdades de poder, en pos de mayor justicia, igualdad social y una redistribución igualitaria de las riquezas y beneficios en favor de quienes menos tienen:

(...) es preciso un compromiso (...) colectivo con el derecho a la prevención de la enfermedad y la protección y promoción de la salud. Lo que requerirá hacer frente a intereses poderosos, cambiar las prioridades sociales y económicas e incluso cambiar los sistemas políticos y económicos actuales
(Benach et al. 2015, p .18).

CONCLUSIONES QUE NO CLAUSURAN...

(...) esta es la cuestión primordial: entender cómo funciona el mundo o, mejor dicho, cómo funciona el proceso de la vida, que no de otra cosa se deben ocupar quienes trabajan en el campo de la salud
(Saforcada y Moreira Alves 2015, p. 27).

Llegado este punto podemos decir que hemos cruzado a la otra costa del lago, o siguiendo la frase que dio apertura a este libro, hemos peregrinado a la otra parte del camino, intentando comprender “cómo funciona el proceso de la vida” en mujeres del Gran Río Cuarto. Nadando o a pie, son acciones que se ajustan perfectamente al sentir durante este proceso de trabajo y escritura. Se ha tratado de un transitar que tuvo distintos vaivenes, terrenos más pedregosos que otros, aguas calmas y planchadas como espejos, y otras oleadas y movilizadoras. Vientos a favor y en contra, momentos en que los caminos no se abrían y las respuestas no llegaban, donde se presentaban desafíos y adversidades, en un permanente volver a encausar al propio ritmo, con perseverancia, con conciencia plena del propósito y el horizonte.

Llegar no es poca cosa y representa mucho trabajo y esfuerzo. Es el cierre anhelado de un proceso de indagación que llevó años, pero también el arribo a un nuevo inicio y devenir. Hoy agradezco llegar al fin del camino o a la otra costa, porque significa la conclusión de un recorrido arduo en investigación y la posibilidad de honrar, por un lado, la memoria de mi Gran Maestro y Amigo, Enrique Saforcada, y por el otro, honrar mi propio trabajo.

En estos ocho años este estudio ha permeado mi vida. Ha sido todo un proceso sentipensante. Así, en ese acople del sentir y el pensar concibo mi quehacer como investigadora social, habiendo transitado un devenir que hoy concluyo rica en aprendizajes. Sobre la temática de estudio y el abordaje empleado, pero también sobre la importancia de conectar con el proceso y el transitar, reconociendo que más que certezas son las dudas e incertidumbres las que me llevaron a compartir con otros y otras, a construir dialógicamente nuevos saberes.

Me he conmovido y enorgullecido por las mujeres que he entrevistado y conocido. Algunas inmersas en realidades que no hubiese imaginado jamás. Mujeres que me han enseñado cómo piensan, que es lo que hacen y cómo a veces es necesario “sacar las garras” para defender lo justo. He escuchado y vuelto a leer incansables veces narrativas que parecían poesía al significar lo que para estas mujeres es la salud de un hijo o una hija, he conocido universos llenos de vida y salubridad a la orilla del Río Cuarto, realidades llenas de amor por la vida, la naturaleza, las infancias y los animales. He comprendido porqué las mujeres se aferran a lo que se aferran para poder sostener realidades en escenarios de soledad, injusticia o dolor.

A los fines de dar cuenta de los puntos centrales que conforman estas conclusiones, las organizo en: reflexiones sobre las desigualdades en salud; reflexiones sobre la expropiación de la salud; tipologías halladas sobre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA; reflexiones sobre la dimensión del conocimiento sobre SECA: mujeres y procesos cognoscientes, la promoción de escenarios de co-construcción de conocimientos sobre SECA y metareflexión necesaria en torno a la psicopedagogía comunitaria como especialidad emergente de la psicopedagogía. Finalmente, se reflexiona sobre la relevancia del estudio y prospectivas que se derivan del mismo.

Reflexiones sobre las desigualdades en salud

La investigación realizada contribuye al estudio de las desigualdades en salud desde una perspectiva sensible y humanizadora aportando un conocimiento empírico y teórico en diferentes sentidos. Por un lado, el enfoque biográfico-narrativo ha permitido indagar en los sentidos e historias de las mujeres visibilizando desigualdades desde la experiencia vivida. Por otro lado, hemos podido conocer realidades que permiten inferir condiciones causales de la desigualdad (estructurales y coyunturales). Finalmente hemos identificado estrategias de resistencia contrahegemónica a las desigualdades por parte de mujeres del estudio. Aspectos en los que nos interesa detenernos en lo que sigue.

Visibilización de las desigualdades desde la experiencia vivida

Entendemos que el aporte de este trabajo sobre las desigualdades en salud se halla en el valor heurístico de los testimonios de las mujeres que, en primera persona, narran realidades que resuenan, pincelando al unísono escenarios contrastantes que, sólo considerados en un análisis comparativo, pueden exponer con nitidez realidades de desigualdad.

El estudio nos ha permitido comprender cómo las condiciones estructurales de las desigualdades se encarnan en la vida cotidiana de las mujeres, sus familias y comunidades, revelando cómo los dos grupos sociales de estudio experimentan, interpretan y conllevan mediante concepciones, conocimientos, creencias y prácticas que les son propios la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención.

El enfoque de estudio de casos biográfico-comparativo nos ha permitido analizar las intersecciones entre clase, género y salud, reconociendo cómo el género se entrecruza con la clase social generando desigualdades específicas. En este sentido, pudo identificarse particularmente cómo las mujeres en situación de pobreza portan las cargas de una doble desigualdad inherente a la clase social y al género. Mientras que, si bien en ambos grupos, en términos de género las tareas de cuidado y atención de los procesos de SECA recaen sobre las mujeres, pudo advertirse que los recursos y posibilidades con que cuentan resultan disímiles entre mujeres de ambos grupos sociales.

Asimismo, la perspectiva de género ha sido clave para comprender el protagonismo de las mujeres en estos procesos. Ellas han ido leyendo sus realidades, al tiempo que nos las han narrado, muchas veces en sentido de lo naturalizado, pero también, posibilitándose, en el intercambio con una otra -la entrevistadora- un escenario reflexivo que ha favorecido el mirar y admirar lo vivido. Se propiciaba así un ejercicio de cuestionar lo cotidiano y de valorar prácticas, conocimientos y saberes propios, de los que fueron tomando conciencia al pensarlos. En este sentido, las perspectivas de género e interseccional, contribuyeron como marcos de interpelación y análisis sobre los supuestos arraigados al “siempre fue así” en las vidas de las mujeres, avanzando hacia lecturas más profundas y fieles para significar lo que acontece en sus propias situacionalidades y trayectorias sociosanitarias.

Reconocimiento de las condiciones causales de la desigualdad

Hemos identificado cómo las lógicas que suponen la dinamización de concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA en las trayectorias sociosanitarias de mujeres de clase media y en situación de pobreza, presentan expresiones que parecen manifestarse regularmente en sus vidas, exhibiendo marcas de desigualdades en el plano personal, familiar y comunitario.

Pudimos identificar estas cuestiones como resultantes de condicionantes histórico-estructurales (condiciones de clase y género; condiciones inherentes al modelo económico -empleo, cobertura de salud/accesibilidad económica a la salud-; condiciones socioculturales vinculadas al sistema patriarcal -roles de género, división sexual del trabajo, quehacer doméstico y cuidados-; condiciones de accesibilidad al sistema educativo; condiciones geográficas-territoriales de accesibilidad a instituciones de salud, condiciones habitacionales; contacto con el sistema formal de salud -accesibilidad administrativa, psicosociocultural, ejercicios de poder), pero también coyunturales, como significó la presencia de la pandemia por la enfermedad de Covid-19, la sucesión de crisis económicas, los cambios de gobierno postpandemia y las derivas económico-sociales resultado de esas transformaciones. En este sentido, ha sido posible reconocer el cúmulo de desventajas que recalán sobre las mujeres y familias en situación de pobreza, así como de ventajas que se sostienen -con más o menos dificultades - en las de clase media como consecuencia de los recursos de los que disponen para proteger, preservar o mantener su salud. Ello en un escenario contemporáneo que es complejo y vapulea, cada vez con más vehemencia, a ambos grupos sociales, pero siempre en mayor perjuicio de los grupos en pobreza.

Kessler y Assusa (2021, p. 8) afirman que “la desigualdad más que de una cuestión de distribución individual de los ingresos, se trata de una distribución colectiva del poder –para expresarse, defenderse, salvarse, curarse, estudiar, circular, comer, esperar y recrearse cada día”. Refieren a que esa distribución es desigual, en escenarios donde los pobres están más expuestos a humillaciones, amenazas y abusos de autoridad por parte de fuerzas de seguridad, funcionarios o trabajadores públicos en sus propios barrios. Testimonios de las entrevistadas en situación de pobreza refieren en ese sentido, la vivencia de situaciones de injusticia o violencia con profesionales de la salud o administrativos, episodios de violencia obstétrica, o secuelas de un sistema burocrático y deshumanizado injusto que termina con la vulneración más extrema de su propia salud o de allegados (amputación de partes del cuerpo vividas por familiares de las entrevistadas o la muerte por enfermedades evitables) resultado de prácticas de poder, discriminación y expulsión al sistema que resultan iatrogénicos para las vidas de las personas.

Los análisis realizados en relación con lo planteado han ofrecido elementos que nos permiten comprender las “lógicas de sentido” que sustentan muchas de las decisiones que las mujeres toman respecto de las prácticas de atención y cuidados personal, familiar y comunitaria. El porqué del apartamiento al sistema formal de salud, la desestimación y no consulta a profesionales, la falta de controles o chequeos médicos, y la valoración a prácticas populares “no biomédicas”, la autoatención, la automedicación, entre otras.

Por su parte, las mujeres de clase media, aunque con más recursos, oportunidades y disponibilidades, si bien acceden en lo concreto a la atención de la salud, también vivencian situaciones de ejercicio de poder médico, experimentan situaciones ligadas a sesgos y prejuicios de género, intercambios donde se expresa la desestimación a sus saberes, la imposición de un conocimiento médico hegemónico así como escenarios de injusticia epistémica, que expresan también manifestaciones que enlazan desigualdades de género y de salud.

En lo económico advertimos que, el desempeñarse en el marco de un mercado de trabajo informal les genera a las mujeres en situación de pobreza múltiples desventajas que interfieren en su salud y bienestar. Al no poder contar con seguridad social, concentran la atención de la salud en un sistema público desbordado, experimentando cotidianamente el correlato de dificultades para acceder a consultas, profesionales, especialidades médicas, medicaciones y sostener tratamientos. Ello sumado a realidades de falta o escases de recursos económicos,

propician dinámicas de resolución de situaciones de enfermedad a partir de conocimientos y prácticas que se aprenden con otras mujeres.

Por otro lado, reconocimos valoraciones que las mujeres hacen del recurso que otorga el capital cultural que ofrece la educación en relación a la salud. Identificamos en ambos grupos que, el haber transitado por el sistema educativo o por trayectorias educativas, les ofrece a las mujeres recursos para defender su derecho y el de sus familias y comunidades al acceso a la salud, dando cuenta de una conciencia reflexiva de sus condiciones de salud. En mujeres de clase media se identificó una valoración al nivel de educación superior-universitaria al respecto, mientras que, entre las entrevistadas de uno de los barrios en situación de pobreza se reconocieron acciones de organización para efectivizar un reclamo colectivo en torno a la salud pública en la órbita municipal, llevado a cabo por mujeres que estaban cursando la escuela secundaria para adultos, y que simultáneamente habían realizado una capacitación como promotoras de salud ofrecida durante el transcurso de la pandemia en articulación con la Universidad de Buenos Aires, Ministerio de Salud y la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP).

Identificación de estrategias de resistencia contrahegemónica frente a las desigualdades

Isla et al. (2022, p. 149) plantean que cada territorio asume diferentes luchas de acuerdo a las condiciones materiales de las personas en su cotidianeidad y al momento sociohistórico determinado. Para las autoras “las mujeres son quienes sostienen el cuidado cotidiano de la vida, quienes permiten la supervivencia, la revalorización y la defensa pública de los cuidados. Quienes defienden la tierra y el techo, el cuidado de los bienes comunes (el agua, el suelo, las semillas y sus producciones), *la prioridad por sus hijos e hijas y sus cuidados, los de otros y otras*”.

En esa consonancia, fue posible identificar cómo muchas mujeres dan cuenta de haberse constituido en verdaderas promotoras de prácticas esperanzadas de SECA con sentido comunitario orientadas a transformar sus realidades de desigualdad en salud. Sus testimonios, analizados en el capítulo sobre prácticas comunitarias de SECA, pueden ser pensados en clave de potencias contrahegemónicas, de resistencias cotidianas que se constituyen en motores que traccionan la vida de muchas comunidades en los tiempos que corren.

Motta et al. (2020) entienden que las desigualdades sociales siempre están arraigadas en las dinámicas de transformación y cambio, lo cual puede implicar paradójicamente dejar intactas las estructuras de desigualdad o, por el contrario, promover el cambio emancipatorio desde las transformaciones necesarias. Se advierte así que las iniciativas desarrolladas por mujeres en situación de pobreza avanzaron en el sentido de una apuesta por generar transformaciones emancipatorias, partiendo de denunciar problemáticas identificadas en la atención pública de la salud, reconociendo una vulneración al derecho a la atención. Escenario que las interpeló, y las condujo a la organización colectiva para expresar su reclamo y generar posibles cambios.

Se reconoce cómo la iniciativa se dinamizó desde acciones para dar respuestas puntuales en el plano sanitario a necesidades que las mujeres reconocían en sus comunidades. Al respecto Motta et al. (2020, p. 19) destaca la importancia de identificar las condiciones y las formas que asumen diferentes tipos de resistencia a la dominación, desde movimientos sociales organizados, así como desde formas sutiles o individuales de rechazo del orden dominante.

En consonancia con ello, vemos en la expresión de las mujeres aquello que Reygadas (2020) reconocía en torno a la existencia de dispositivos simbólicos que acompañan la resistencia cotidiana a la desigualdad orientados por utopías en las que las asimetrías sociales

son cuestionadas. Para el autor estas estrategias simbólicas deconstruyen las desigualdades y promueven equidad, revaloran lo subalterno, la defensa de la resistencia cotidiana contra las injusticias, la legitimación de la igualdad y de acciones que buscan una distribución más justa de los recursos. Con nitidez se advierte cómo las experiencias de estas mujeres desde el espacio popular del centro comunitario de su barrio, las ha tenido por protagonistas y referentes de una iniciativa contrahegemónica que culminó con la incorporación de más profesionales para el centro de atención primaria, así como una ampliación del margen horario de atención para la comunidad.

Sus experiencias dan cuenta de las “espirales positivas” a las que Therborn (2011, p. 20) aludía para referir a cómo la confianza en sus propias posibilidades, la asunción de riesgos, el entusiasmo, el sentirse valoradas por sus comunidades, son aspectos que alimentan su estima, y seguramente inciden en renovar diariamente su compromiso hacia sus territorios. De esta manera, sus subjetividades, producidas en un contexto sociohistórico desigual, experimentan la reproducción de realidades, pero también, al mismo tiempo, la transformación de esas desigualdades, al generar sentidos y prácticas singulares y propios frente a la salud, la enfermedad, el cuidado y la atención.

Así, ha sido posible reconocer la capacidad de agencia y la construcción de un saber y conciencia arraigada a su propia realidad, que permite reconocer a las mujeres no como “víctimas” de las desigualdades, sino como agentes capaces de desarrollar estrategias activas y lectura de sus circunstancias, conformando redes de apoyo para enfrentar y avanzar en la resolución de sus propias condiciones. Realidad en la que ellas asumen un protagonismo clave que no supone quitar responsabilidad al Estado, estamento al cual las mujeres exponen su reclamo como principal responsable de sus condiciones de desigualdad.

En síntesis: referentes argentinos en el estudio de las desigualdades como Kessler y Assusa (2021, p. 5) expresan que las ciencias sociales en Argentina experimentan cierta vacancia sobre la construcción de conocimiento sobre la pobreza y la desigualdad, entendiendo la necesidad de que los campos intelectuales desempeñen nuevas formas de conocer, mirar, narrar y explicar la cuestión social. Intentando aportar en ese sentido, este trabajo ha ofrecido una mirada sensible y humana sobre las desigualdades en salud, visibilizando realidades de injusticia, deshumanización, ejercicios de poder y asimetrías desde las voces de quienes padecen estas realidades. Se construye un conocimiento que anhela ser recuperado para incidir en la transformación de estas realidades.

Reflexiones sobre lo que impera en el sistema: concepciones, conocimientos, creencias y prácticas legas en un escenario de expropiación de la salud

“(...) los humanos estamos perfectamente preparados para afrontar dignamente los inconvenientes, los problemas, las adversidades y sinsabores de la vida. Conviene que la medicina no expropie a los humanos de sus habilidades, capacidades y saberes, pues en ello pierden tanto los pacientes como los médicos”
(Gérvas y Pérez Fernández, 2015, p. 241).

El médico y la médica españoles Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández (2015) emplean la denominación *expropiación de la salud* para referirse a una medicina extrema que procede, a través del poder y del monopolio de los médicos en sintonía con decisiones industriales, empresariales, políticas, de expertos y de grupos científicos de sociedades médicas, para de-

terminar qué es salud, qué es enfermedad, quién está enfermo, qué proceso de atención es conveniente, qué lugar y qué tipo de intervenciones y procedimientos se deben realizar, colocando a las poblaciones consultantes en el lugar de aquellas que deben aceptar porque no hay otra alternativa.

A través de mecanismos vinculados a una “exuberancia irracional de diagnosticar y el abuso imprudente de prescribir” (Gérvás y Pérez Fernández, 2015, p.15), sumado al bombardeo mercadotécnico de las industrias que introducen miedo e incrementan la hipocondría al crear necesidades falsas en torno a la salud, los profesionales expropian la salud y convierten a los pacientes en combustible del sistema.

Como *consecuencia* de la dinámica de la expropiación de la salud, Gérvás y Pérez Fernández, (2015) señalan que se ignora el enfermar del paciente y lo que la enfermedad significa en su vida. El enfermo deja de ser visto como una persona doliente y se transforma en sujeto paciente que renuncia a su propio saber y a la riqueza de respuestas con que responder al enfermar.

Nos interesa aquí preguntarnos dialogando con los hallazgos de nuestro estudio: *¿qué consecuencias trae y en qué lugar coloca a las comunidades la expropiación de la salud?; ¿representan las concepciones, los conocimientos, las creencias y las prácticas legas en salud una esperanza sobre la que se sustentarán las capacidades, autonomía, habilidades de autocontrol y autocuración de las comunidades para un retorno de su “apropiación de la salud”?; ¿representa el protagonismo de los conocimientos legos en salud de comunidades una posibilidad para la generación de transformaciones “de abajo hacia arriba” desde las poblaciones, hacia los sistemas, políticas sanitarias, universidades y demás contextos de poder?*

De proliferar el escenario de la expropiación de la salud, los autores señalan como *consecuencias* que las poblaciones se van volviendo “medico-dependientes”, perdiendo gran parte de su autonomía, de sus habilidades de autocontrol y autocuración, de sus capacidades para significar el propio enfermar y la enfermedad. Junto con ello pierden valoración a sus propios sentidos, concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre el enfermar y sanar. Pierden el poder de enfrentarse sin miedo, por ejemplo, a situaciones como la propia enfermedad, el parto o la misma muerte. De esta manera, los autores expresan que antagónicamente, en un escenario de expropiación de la salud, tanto las personas sanas como las enfermas requieren cada vez más de los médicos y las médicas para saber qué grado de salud tienen y para decidir sobre los síntomas que les aquejan.

Se incrementan así sectores de la población sin capacidad de juzgar su propio grado de salud y de enfermedad, aumentando los miedos a ellas, configurándose una forma de “infantilización de la sociedad” por la cual, como niños, se depende de otros para el cuidado de la propia salud (Gérvás y Pérez Fernández, 2015, p. 23). Se genera una sociedad temerosa de la enfermedad, el sufrimiento, la muerte. Ansiosa con los resultados de exámenes sanitarios y dependiente de los médicos a quienes se requiere para adaptarse a los más mínimos cambios vitales.

Se pierden así habilidades y capacidades individuales y familiares de respuesta ante los síntomas, el dolor, el sufrimiento y también valores como prudencia, serenidad, solidaridad y tolerancia. En este proceso de expropiación de la salud, de exacerbación del poder médico y de medicalización de la vida, se pierde poco a poco la construcción social de la salud y de la enfermedad, la idea de que la salud es un recurso para vivir la vida en un estado cambiante, atravesado por inestabilidad, que permite afrontar los problemas diarios (Gérvás y Pérez Fernández, 2015).

Se va expropiando así a las poblaciones sobre amplios campos del vivir en el plano personal, familiar y comunitario (vivencias vitales tales como el embarazo, el parto, el dolor, la enfermedad, el envejecimiento y la muerte) generando desánimo, sentimientos de vacío existencial y miedo al futuro.

Para estos autores españoles, así como para el médico checoslovaco Petr Skrabanek (1999), es posible aproximarnos a una solución a partir de una medicina con rostro humano, favorecedora de atención médica de cálida calidad a los que más la precisan, con profesionales sensibles al padecer del paciente, que coloca al ser humano y su sufrimiento por delante de la enfermedad, dando central importancia a lo subjetivo, desde una renuncia al poder que da la expropiación de la salud, la enfermedad y la muerte. Esta renuncia al poder es una forma de respeto que promovería el desarrollo de las habilidades de autocuración, de las capacidades de valoración de la propia salud de las poblaciones y de construcción de saberes desde una perspectiva centrada en la consideración global y holística que algunos profesionales asumen sobre la persona sana o enferma (Skrabanek, 1999; Gervas y Pérez Fernández, 2015).

En síntesis: atendiendo a la impronta que va asumiendo el escenario contemporáneo de expropiación de la salud (tanto en ámbitos públicos como privados), pero sobre todo confiando en su posibilidad de transformación, es que este estudio se ha centrado en la investigación en salud, desde las voces de mujeres protagonistas, apostando por la construcción de un conocimiento capaz de traccionar cambios en el sistema de salud tal como los definía (Saforcada, 2001, p. 11) “desde abajo hacia arriba”, a través de la revalorización de procesos de construcción cultural y cognoscente que avancen en una implicancia colectiva que dé cuenta de ejercicios de ciudadanía integral que logren pujar con sus denuncias y anuncios en las estructuras que detentan el poder, particularmente de las áreas y secretarías de salud en sus distintas jurisdicciones.

Dilucidando tipologías sobre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA

Los resultados de este estudio nos permiten, en esta instancia, identificar tipologías entendidas como distintas clasificaciones que reúnen lo que piensan (concepciones), saben (conocimientos), creen (creencias) y hacen (prácticas) mujeres en situación de pobreza y en situación de clase media del Gran Río Cuarto con sus procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención.

Las tipologías forman parte de recursos muy utilizados en las Ciencias Sociales para identificar, interpretar, caracterizar y comprender cuestiones sociales de la realidad. López Roldán (1996) las concibe como ordenadoras de conceptualizaciones de fenómenos sociales complejos al permitir clasificar o estructurar en un conjunto reducido de tipos, a individuos, grupos, instituciones, sociedades o cualquier unidad objeto de estudio.

Para Goetz y LeCompte (1988, p. 189) el “análisis tipológico” consiste en dividir todo lo que se observa en grupos o categorías sobre la base de algunas reglas de descomposición de los fenómenos. Entienden que las tipologías se pueden diseñar a partir de un marco teórico o conjunto de proposiciones o bien de forma más mundana desde las concepciones cotidianas o del sentido común.

Entendemos entonces que, en nuestro estudio las tipologías de conocimientos, creencias, concepciones y prácticas, pueden reconocerse al identificar en ellas criterios comunes que agrupan sus rasgos característicos, permitiendo vislumbrar la diversidad y complejidad que entran los sistemas de pensamiento y acción sobre SECA que se dinamizan en las experiencias y trayectorias de las mujeres. En nuestro caso amalgamamos aquello que surge de lo

mundano de las concepciones de las mujeres, en diálogo también con propuestas analíticas teóricas de paradigmas en concepciones y prácticas profesionales como el generado por Saforcada (2001).

Desde la antropología médica, Alarcón et al. (2003) entienden por sistemas médicos a los complejos y dinámicos modelos de pensamiento y conducta que explican, fundamentan y constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad y la salud. Están constituidos por principios basados en modelos epistemológicos que sustentan esas prácticas. Para los autores subyace a estos sistemas una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias vinculadas a la salud y enfermedad.

En este sentido, para definir nuestras tipologías, las unidades de análisis seleccionadas han sido concepción de salud y enfermedad, conocimientos y creencias principales, prácticas de SECA asociadas y lugar de las mujeres, en tanto posicionamiento que se reconoce en ellas en cada tipología.

Atendiendo a ello, de acuerdo a los resultados empíricos emergentes del estudio podemos identificar que se perfilan dos agrupamientos que contienen al menos seis tipologías de concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA (véase tabla 15).

Tabla 15: Tipologías sobre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA de mujeres del Gran Río Cuarto.

Ejes de agrupación	Tipologías	Concepción de salud	Conocimientos y creencias principales	Prácticas de SECA asociadas	Lugar de las mujeres
<i>Tipologías que expresan heterogeneidad de perspectivas de salud y enfermedad</i>	<i>1. Clínica Patogénica</i>	Se piensa en la salud a partir de su ausencia. Se centra en la enfermedad en el cuerpo (base orgánica). Paradigma biomédico, clínico, individual-restrictivo.	Conocimientos científicos y técnicos; confianza en profesionales y en la medicina occidental. Creencia y confianza en la eficacia de la medicina y sus profesionales.	Consultas médicas, realización de estudios, búsqueda de diagnósticos, consumo de medicación, automedicación (incluido uso de psicofármacos).	Mujeres como “pacientes” o usuarias del sistema médico. Su salud puede ser “expropiada” por el modelo médico hegemónico.
	<i>2. Mágico-Religiosa</i>	Se concibe la salud y la enfermedad como supeditadas a procesos determinados por la providencia divina, milagros o brujerías.	Se cree en fuerzas desconocidas que pueden ser benignas o malignas, generando enfermedad o recomponiendo el bienestar. Creencia en brujerías, males que recaen en las mujeres, sus familias o familiares. Creencia en milagros frente a la cura de enfermedades de allegados. Creencia en sanaciones/ curaciones tras la vivencia de una “brujería”.	Se recurre a prácticas o rituales en los que las mujeres creen y confían desde las figuras de sacerdotes, pastores, espiritistas, brujos o curanderos.	Mujeres relegadas a un lugar pasivo- receptivo.

	3. <i>Salubrista-popular</i>	Perspectiva que atiende el proceso de salud-enfermedad. Centrada en acciones de protección y promoción de la salud. Mirada integral de estos procesos: biopsicosocial, cultural y espiritual. Consideración de los entornos sociales.	Saberes populares, culturales y ancestrales. Creencias espirituales, católicas y paganas. Se cree y confía en distintos portadores de saber dentro de las comunidades: otras mujeres, familiares, sanadores populares.	Se realizan prácticas populares de curación frente a requerimientos menores de salud-enfermedad personales, pediátricos y familiares. Se valora y recurre al uso de remedios naturales como hierbas en infusiones y emplastos.	Mujeres como portadoras y transmisoras de saberes sobre SECA. Promueve la reapropiación de los procesos de salud. Confianza en sus ideas, saberes y proceder. Prácticas de autogestión. Se recurre al sistema formal desde un lugar más activo. Pueden presentarse tensiones con el discurso biomédico.
	4. <i>Salud interior-espiritual sincrética</i>	Salud como equilibrio interior, emocional y espiritual. Enfoque de la salud ligado a un contexto posmoderno donde las mujeres amalgaman perspectivas plurales para la preservación o restitución de la salud.	Conocimientos eclécticos que conviven en un escenario epocal en el que se identifican ideas desde el catolicismo, el neopentecostalismo, la psicología y las psicoterapias, corrientes del New Age y terapias alternativas.	Prácticas que buscan un trabajo personal interior basadas en: la introspección y trabajo psicoterapéutico personal; rituales de culto y oración; meditación; terapias holistas, coaching, biodescodificación; reiki, entre otras.	Mujeres asumen un papel activo en la búsqueda de respuestas para hallar sentido a su situacionalidad y equilibrio interior. Promueve la reapropiación de los procesos de salud. Pueden presentarse tensiones con el discurso biomédico.

Ejes de agrupación	Tipologías	Concepción de salud	Conocimientos y creencias principales	Prácticas de SECA asociadas	Lugar de las mujeres
<i>Tipologías en torno a condiciones estructurales, vida cotidiana y género</i>	<i>5. Trabajo remunerado y salud</i>	Trabajo-salud y enfermedad se entrelazan. Salud entendida como insumo que posibilita trabajar y sostener la vida cotidiana. Enfermedad concebida como amenaza y pérdida del ingreso y de capacidad para sostener la familia.	Concepción instrumental y experiencial de los procesos de salud y enfermedad: la enfermedad asociada a la pérdida laboral y monetaria. Los conocimientos que se han construido sobre SECA se emplean para resolver con inmediatez la enfermedad o malestar que impiden trabajar.	La propia práctica laboral propicia la enfermedad/malestar. Enfermedades/malestares derivados del trabajo. En estado de enfermedad/malestar se trabaja igual. La práctica laboral imposibilita la consulta y atención de la enfermedad. Identificación de situaciones derivadas de enfermedad laboral, posterior peregrinaje médico y falta de respuestas.	Mujeres como trabajadoras en escenarios de precarización y sobre exigencias que intentan gestionar su salud para mantener y sostener sus empleos, presionadas por el mandato de “no enfermar”.
	<i>6. Salud y familia</i>	Salud concebida como bienestar familiar. La familia y la unidad familiar como fuentes de salud personal y de sentido en la vida. La salud familiar se vincula al afecto, el bienestar y la cohesión. La desunión familiar puede representar amenaza de enfermedad y malestar. La familia como espacio de trabajo doméstico y de cuidados.	Conocimiento intergeneracional transmitido por mujeres familiares (abuelas, tías, madres). Creencia en la unión familiar como base de la salud y en la familia como proveedora de cuidados, sostén y contención frente a la enfermedad o malestar.	Prácticas familiares de salud, enfermedad, cuidados y atención que son enseñadas y aprendidas por las propias mujeres de las familias a lo largo de la vida.	Mujeres como cuidadoras, enseñantes y aprendientes del saber familiar sobre SECA. Rol activo y protagónico de las mujeres.

Nota: elaboración propia en el marco del estudio.

En lo que sigue, analizaremos los agrupamientos y las tipologías que los integran:

Respecto al *primer agrupamiento*, este reúne cuatro tipologías que expresan *heterogeneidad y multiplicidad de perspectivas y enfoques de salud y enfermedad*. Éstas son:

Tipología clínica- patogénica: centrada en la enfermedad, y en una concepción del cuerpo como nicho de la enfermedad biológica/fisiológica. Focaliza en la consulta a profesionales, diagnósticos médicos, tratamientos farmacológicos y el empleo de medicación. Impera en esta

tipología una concepción biomédica dominante, parangonable con lo que Saforcada (2001) consideraba como paradigma de concepciones y prácticas profesionales individual-restrictivo. Esta tipología supone un lugar más bien pasivo de las mujeres como “pacientes” o usuarias del sistema, atenuadas a las prescripciones de atención y de cuidados realizadas por profesionales, lo que les podría suponer una expropiación de su salud por parte del modelo médico imperante. En relación a esta tipología, identificamos en mujeres en situación de pobreza y de clase media una valoración a conocimientos científico-técnicos provenientes de la medicina occidental, ya sea a profesionales de la medicina como de otros campos de las ciencias de la salud. Se identificaron procesos de consulta e interconsulta con profesionales en el ámbito local como interprovincial. En esa clave, se reconocieron valoraciones a saberes y vínculos con profesionales de la medicina occidental, la ponderación a la realización de estudios específicos, controles y chequeos cada cierto período, se identificaron prácticas en torno al uso de medicación para atender a la salud familiar y pediátrica, se reconoció la práctica personal de la automedicación, así como el uso de medicación en mujeres ligada al consumo de psicofármacos.

Tipología mágico-religiosa: focaliza en una idea de salud y de enfermedad como determinadas por procesos ligados a la providencia divina, milagros o brujerías. Se cree en fuerzas desconocidas que pueden ser benignas o malignas, generadoras de enfermedad o favorecedoras de bienestar. Pudo identificarse mujeres que creen en la enfermedad como providencia designada por una fuerza del más allá que determina a quien le va a tocar o no. Asimismo, se reconoce la creencia en brujerías como males o daños encargados por otras personas a brujos o espiritistas que recaen en las mujeres, sus familias o familiares. Se alude a su resolución por intervención de curanderas o espiritistas que propician la sanación mediante oraciones y el uso de la biblia. Se reconoce la creencia en milagros que modifican drásticamente realidades de enfermedad en allegados, efectuados por pastores de iglesias evangélicas.

Tipología salubrista-popular: centrada en una perspectiva de la protección y promoción de la salud, así como prevención y atención en caso de enfermedad. Las mujeres confían en el propio acumulado de saberes que poseen, los que conjugan conocimientos ancestrales, populares amalgamados con sus propias experiencias vinculadas a proteger, sanar y curar en los planos de lo personal, lo familiar y lo comunitario. Desde una visión holística que integra cuerpo, mente, emociones y entorno, esta tipología se halló en cuestiones comunes a ambos grupos de mujeres desde la presencia de conocimientos y prácticas vinculadas al sostenimiento de la propia salud mediante la actividad corporal, la alimentación, el compartir con otras y otros, la recreación en la naturaleza. A estas prácticas pueden agregarse cierto consumo de la herboristería en relación a diversidad de hierbas para la preparación de infusiones y emplastos, así como de tintas de flores en mujeres de ambos grupos. Se conjugan saberes y creencias en salud popular que en ocasiones dan cuenta de recurrir, ante requerimientos de malestar personal o familiar, a curanderos o familiares que llevan a cabo ritos de curación (empacho, ojeadura, nervios). En esta tipología se reconocen explicaciones culturales que pueden enlazarse con elementos espirituales y sobrenaturales del curanderismo sustentadas en creencias en el catolicismo y sus santos, así como también se reconocen creencias en personajes paganos de culto.

Tipología salud interior-espiritual sincrética: reúne las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de salud que aluden a un plano de la salud interior/espiritual de las mujeres. Se trata de una tipología en la que puede reconocerse un rasgo epocal más contemporáneo, posmoderno y plural, basado en diversidad de prácticas donde la salud y la enfermedad son puestas en estrecha dependencia de creencias que las mujeres sostienen ligadas a la interioridad del ser. Aparece la idea de la enfermedad y un sustrato psicosocial y emocional (enfermedades ligadas al estrés, a las emociones, el conflicto y las relaciones) así como a lo

cultural/espiritual (enfermedades vistas como desequilibrios espirituales, energéticos o culturales). Esta tipología reúne concepciones, conocimientos, creencias y prácticas provenientes del catolicismo y sus santos (también reconocidos en la tipología anterior), el neopentecostalismo, corrientes del New Age que involucran la meditación, el coaching, el reiki y la bio-descodificación, entramado en el que también se reconocen la psicología y las psicoterapias, entre otras.

Puede advertirse como estas tres tipologías aluden a un plano espiritual, pero lo hacen en sentidos diferenciados, pero también próximos. En la *tipología mágico-religiosa* se advierte la creencia en lo mágico-sobrenatural ligado a brujerías y milagros, lo que podríamos identificar como un extremo de lo espiritual. En la *tipología popular-salubrista*, se incorporan junto con otras cuestiones de salud integral, la creencia en la curación a malestares de la vida cotidiana como el empacho, la ojeadura o los nervios, frente a los cuales se recurre a sanadores que realizan rituales para la restitución de la salud. Tipología en la que lo espiritual se enlaza a lo religioso-popular-cultural. Aspecto que sigue reconociéndose en la *tipología salud interior-espiritual-sincrética*, donde lo espiritual, si bien se expresa en religiosidades vinculadas al neopentecostalismo, también remite a esa dimensión humana de lo psíquico, espiritual y mental inherente al plano interior de las mujeres, trascendiendo lo meramente religioso y articulándose a la búsqueda de sentido en la vida, que atañe a diversidad de corrientes y psicoterapias.

En lo inherente al *segundo agrupamiento*, referido a tipologías en torno a condiciones estructurales, vida cotidiana y género, ha sido posible reconocer que las mujeres entran en sus procesos de salud y enfermedad con dimensiones estructurales de la vida cotidiana inherentes al trabajo, así como al mundo familiar.

A diferencia de lo que emerge como criterios de los paradigmas de concepciones y prácticas profesionales identificados por Saforcada (2001) esta cuestión es muy propia del universo lego de mujeres de ambos grupos sociales y sus condiciones concretas de existencia. Se trata de un aspecto clave para entender la experiencia femenina de la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención, dado que, trabajo y familia se constituyen en dos espacios que podríamos entender como nodos de articulación permanente en sus vidas en donde se expresa su realidad sociocultural. Cuestiones que nos han permitido reconocer dos tipologías que conforman este agrupamiento:

Tipología trabajo remunerado y salud: se centra en un entrelazamiento del trabajo con los procesos de salud y enfermedad. Se concibe a la salud como insumo que posibilita trabajar y sostener la vida cotidiana y a la enfermedad en tanto episodio que amenaza con la pérdida del ingreso económico que permite proveer los requerimientos a las familias. El trabajo, la salud y la enfermedad atraviesan los ciclos de vida de las mujeres, cuestión que cala especialmente en aquellas en situación de pobreza. En este grupo se reconocen hitos de infancia, trabajo y enfermedad, hitos de enfermedad, trabajo y peregrinaje médico, mujeres que enferman en el contexto del trabajo, así como mujeres que, encontrándose enfermas deben continuar trabajando. La articulación salud-trabajo no sólo se reconoce en el plano personal sino también familiar, desde la preocupación por la afectación de la salud en tanto insumo para trabajar de hijos e hijas, considerándose la enfermedad como un gasto monetario que se agrega en lo cotidiano. Asimismo, en ambos grupos sociales se reconoce cómo situaciones contextuales más amplias, así como propias del entorno laboral, inciden en el entramado salud-enfermedad y trabajo, permitiendo identificar al trabajo como etiología de enfermedad. Algunas mujeres de clase media lo conjugaron con exigencias provenientes de esos espacios, así como a autoexigencias personales que atraviesan sus subjetividades. Pudo identificarse también en esta tipología el entrelazamiento salud ideal-trabajo, al concebirse que salud comunitaria ideal

es necesaria para vivir, proyectar y trabajar, significando cómo la salud, en tanto bienestar colectivo permite que los grupos humanos proyecten sus vidas y trabajen. Paradójicamente, surge también en un plano personal la idea que “salud ideal es no tener que trabajar tanto”, exponiendo una realidad que atraviesa a las mujeres en situación de pobreza, y un anhelo en el que el bienestar vendría por la merma del trabajo excesivo.

Tipología salud y familia: Centrada en la familia como fuente de salud personal y familiar, un ámbito que condiciona, promueve y propicia salud. Asimismo, cuando la presencia de desunión permea la familia, la salud de sus miembros puede verse afectada. Se identifica que las mujeres conciben que poseen salud personal cuando se encuentran en un clima de bienestar familiar. También se piensa la salud familiar como la unidad entre sus miembros, y se concibe que una salud ideal para la familia es que haya unión en ella. Esta tipología se caracteriza por conocimientos y creencias de los que se derivan prácticas familiares de SECA. Así, se identifican conocimientos sobre SECA que las mujeres construyen y transmiten intergeneracionalmente al interior de sus familias, donde se valora un reservorio de saberes procedentes de la maternidad de mujeres, o de mujeres que cuidan a otros u otras -ejerciendo lo que hemos analizado como trabajo de cuidado no remunerado-, así como prácticas de miramiento, lectura y autocuidado que realizan a su propia salud. Procesos de los que ellas son protagonistas al sostener un legado encargado de transmitir, construir y circular a mujeres de sus familias, así como de otras. Basada en una sólida creencia en sus propias familias como fuente de preservación y cuidado frente situaciones de SECA.

Las tipologías no se presentan de manera pura

Entendemos que las tipologías reúnen criterios característicos que dan cuenta de modos de pensar, saber, creer y actuar sobre SECA, que no siempre se presentan de manera pura. Es decir, hemos podido reconocer que las mujeres combinan concepciones, conocimientos y creencias con prácticas que expresan diversidad de articulaciones de las distintas tipologías halladas. En este sentido, pueden encontrarse ejemplos que expresan cómo algunas mujeres frente a enfermedades recurrentes personales, de los hijos o hijas, o de familiares, consultan simultáneamente a especialidades o profesiones de la salud occidental (pediatras, clínicos, psicólogos), así como a sanadores populares para su resolución, o bien recurren a expresiones de salud espiritual como el neopentecostalismo o diversas prácticas vinculadas a principios del New Age.

También ha podido reconocerse que no siempre lo que las mujeres piensan, conocen y en lo que creen (plano simbólico), se condice efectivamente con lo que hacen finalmente en lo concreto de sus prácticas de SECA, identificándose distintas posibilidades y articulaciones que advierten que las tipologías no son sistemas puros o cerrados.

Las tipologías permiten realizar lecturas que entrelazan lo simbólico con lo estructural

Advertimos en ambos grupos de mujeres *la coexistencia de estas tipologías*. Es decir, el ejercicio de identificar las tipologías nos permite reconocer que las mismas reúnen distintos tipos de concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre SECA que no son, necesariamente, exclusivos de un grupo social u otro, sino que se trata de elementos que pueden reconocerse en ambos grupos de mujeres. Grupos en los cuales se expresa una convivencia simultánea de múltiples concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre salud, enfermedad, cuidados y atención.

No obstante, lo hallado en el estudio nos permitió advertir con claridad que en sus vidas cotidianas no priman sólo los significados de estas construcciones psicosocioculturales y pedagógicas, sino, sobre todo, sus condiciones concretas de existencia. En este sentido, sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas asumen improntas propias que difieren y se expresan diferencialmente *entre los grupos sociales* ligados a condicionamientos materiales que atraviesan sus vidas.

De esta manera, se infiere que se activan procesos que suponen para las mujeres una valoración de la situación de salud-enfermedad, una valoración de los propios recursos y posibilidades de acceso (económica, administrativa, geográfica, etc.) a la atención requerida, y, finalmente, en función de ello, podría inferirse que se coloca *el peso o énfasis en un tipo u otro de concepción, conocimiento, creencia o práctica*.

En este sentido, considerar las condiciones materiales expresadas en los recursos de los que disponen las mujeres y las posibilidades de acceso a la salud, permite inferir cierto “énfasis” o centralidad -mayor o menor- que se le otorga a determinada concepción, conocimiento o creencia (ya sea clínica- patogénica, mágico-religiosa, salubrista-popular, espiritual-sincrética, ligado al trabajo o a la familia) frente a una situación de salud o enfermedad. Dado que, son esas condiciones materiales las que finalmente orientan las decisiones que se toman sobre qué prácticas concretas de atención y cuidado llevar a cabo.

Así, como mencionábamos, por ejemplo, una mujer en situación de clase media puede, frente a una determinada situación de salud propia o de sus hijos e hijas, colocar énfasis en conocimientos y creencias ligados a lo biomédico, dirigiéndose al sistema formal de atención (consulta al médico, chequeos regulares, interconsultas con profesionales, interconsultas con profesionales en distintas localidades o provincias, etc.), y también simultáneamente puede recurrir a terapias alternativas, psicoterapéuticas o prácticas populares de modo complementario, dada su capacidad de solventar económicamente distintos espacios para la atención de la salud. Mientras que, una mujer en pobreza, ante la misma situación de salud personal o familiar, puede compartir esos mismos conocimientos y creencias en el modelo biomédico, pero seguramente accediendo con más dificultad a la mirada de un único profesional (el que el sistema designa en el cargo), imposibilitada de la alternativa de interconsultas, o ante la habitual burocratización del sistema público (falta de turnos, esperas excesivas, falta de profesionales, entre otras) y los costos de traslado, colocar énfasis en saberes populares, indagar en redes sociales o en la web, búsqueda de conocimiento en familiares, vecinas o amistades para su resolución, como correlato de limitaciones materiales que condicionan su vida cotidiana.

Atendiendo a lo planteado, se torna insoslayable reconocer que las condiciones materiales de vida de las mujeres de ambos grupos modulan e impactan en la posibilidad de concretar determinadas prácticas de salud, enfermedad, cuidados y atención. De esta manera el “énfasis” que se coloca en una concepción, conocimiento, creencia o práctica no es solo simbólico, sino que está condicionado por *las desigualdades que suponen quienes pueden elegir y quienes no*, debiendo arreglárselas con los recursos con los que cuentan.

En consonancia con ello, advertimos que, justamente es en el plano de las prácticas de salud donde se cristalizan con mayor nitidez las expresiones de las desigualdades (en los accesos al sistema, en los recursos). Sin embargo, aunque compartiendo ambos grupos sociales aspectos comunes en términos de concepciones, conocimientos y creencias sobre SECA, reconocemos que también las condiciones materiales, conjugadas con experiencias concretas y condiciones de posibilidad recalcan en las formas de significar, conocer y creer sobre salud.

Identificamos así, por ejemplo: concepciones que contrastan entre “tener salud para trabajar”, y “tener salud para aprovechar” (la vida, el ocio y tiempo libre, el disfrute, el viajar);

conocimientos que se construyen -o no- habilitados o inhabilitados por la condición de clase (vinculados a trayectorias educativas de nivel superior, el consumo de determinados bienes y servicios vinculados a la salud, la alimentación, los cuidados, el esparcimiento, los viajes). O, por ejemplo, situaciones específicas que se dan en un contexto particular como la presencia de un pastor evangélico en el barrio con motivo del festejo del Día del Niño, quien se aproxima a una familia atravesada por el dolor y ofrece contención emocional, pudiendo constituirse dicho encuentro en el punto de partida para la adhesión posterior y sostenida de esa familia al culto predicado por el pastor. Del mismo modo que, la creencia en la psicoterapia puede transmitirse y consolidarse en el seno familiar expresada en argumentaciones como “mis papás siempre hicieron terapia, por eso me dicen que en casa para eso hay plata”, así como la adopción de prácticas asociadas al coaching o a la biodescodificación, posibilitadas y legitimadas por el acceso económico necesario para costearlas.

En síntesis, las tipologías funcionan más como *expresiones coexistentes* que como categorías cerradas, dado que muestran las formas plurales y situadas de habitar los procesos de salud y enfermedad por parte de mujeres en contextos de desigualdad. En algunos casos pueden manifestarse como verdaderas tensiones, cuando a la base subyacen perspectivas que reúnen concepciones sobre salud y enfermedad antagónicas. Este sentido, concluimos que las diferencias sustanciales entre los grupos sociales de mujeres están dadas por las condiciones materiales de existencia, que, no sólo a través de los recursos determinan las prácticas consecuentes, sino también, de acuerdo a lo advertido, posibilitan o restringen la construcción de ciertos conocimientos sobre SECA así como se vinculan a la generación de algunas concepciones y creencias que se sustentan.

Por otro lado, entre las potencias que destacan Strauss y Corbin (2002) respecto a la construcción de tipologías, creemos como un aspecto interesante para considerar en nuestro estudio, que el fin principal de las mismas es construir la realidad de un escenario concreto de investigación siendo estas tipologías desarrolladas por un investigador, investigadora y adoptadas posteriormente por otros y otras. En este sentido, animamos a revisitar, recrear y poner en diálogo estas tipologías con fenómenos de estudio vinculados a temáticas relativas a lo que piensan, conocen, creen y hacen mujeres de distintos grupos de edad, de diversidad de contextos y grupos sociales, en relación a sus procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención.

Reflexiones sobre la dimensión del conocimiento sobre SECA: mujeres y procesos cognoscentes

Tal como se explicitó en el capítulo metodológico, este estudio partió de concebir a las mujeres como protagonistas cognoscentes de sus realidades de salud, enfermedad, cuidados y atención. No obstante, esa certeza que nosotros teníamos, no era sentida por ellas, quienes desde los diálogos iniciales en el marco de las entrevistas de investigación percibieron con sorpresa nuestras preguntas acerca de lo que ellas pensaban, conocían, creían y hacían por su salud y la de los suyos.

Frente a ello nos interpelamos entonces, y lo hacemos ahora pensando en las mujeres, más allá de las participantes del estudio: *¿cuán conscientes somos las mujeres de los saberes que portamos sobre salud, de lo valioso en torno a esos saberes contruidos para el sostenimiento de nuestras propias vidas, las de nuestras familias y comunidades? ¿tenemos las mujeres la posibilidad de pensar en la salud más allá de aquellos episodios puntuales en donde aparece la enfermedad y se pierde esa instancia biológica primordial para desarrollar nuestra vida cotidiana? ¿tenemos las mujeres la posibilidad de reflexionar valorativamente sobre la salud en términos integrales, atendiendo a dimensiones psíquicas, espirituales, ambientales y socioculturales?*

Desde nuestro estudio hemos podido identificar que, para muchas mujeres el ejercicio de pensar la salud, y de pensarse en ella, en lo personal, lo familiar y lo comunitario se constituía en una instancia inaugural realizada en el marco de este proceso investigativo. Contrariamente, más bien, lo que muchas de ellas vivencian diariamente, o han vivenciado, son situaciones en las que sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas fueron desoídos, ninguneados, ridiculizados, marginados y excluidos de los circuitos formales de la salud.

Por su parte, el carácter dialógico y narrativo de las entrevistas fue favoreciendo en las mujeres un ir descubriéndose como conocedoras de sus realidades en salud. Al decir freireano, ellas como protagonistas, ellas como sabedoras, ellas como mujeres *cognoscentes* que en ese intercambio fueron visibilizando los conocimientos construidos enraizados a sus propios procesos. Respecto de los que, probablemente por encontrarse “adheridas” a ellos, también pensando en el sentido freireano, no se habían distanciado para volver a pensarlos de manera reflexiva, como lo hacen ahora, con conciencia intencionada en torno a esas construcciones *cognoscentes*.

Atendiendo a ello, la *dimensión de conocimientos sobre SECA* que arroja este estudio nos permite concluir con el reconocimiento de verdaderas matrices analíticas inherentes al plano de *construcciones cognitivas y cognoscentes* sobre SECA que realizan las mujeres. Éstas ofrecen fundamento a la comprensión acerca de cómo se configura y dinamiza un conocimiento acumulado en el que confluye pensamiento y acción para el sostenimiento de sus vidas, las de sus familias y comunidades.

Destacamos en este sentido el carácter propiamente humano en los procesos de conocer y de aprender, lo que permite identificar en las mujeres de ambos grupos sociales el despliegue de procesos cognitivos y *cognoscentes* que les son inherentes. Asimismo, como mencionábamos, fue posible hallar aspectos diferenciados que pasan por las condiciones materiales que recalcan en la particularidad de algunos conocimientos que se construyen y en la diversidad de la procedencia y orígenes de determinados saberes en ambos grupos sociales.

Puntualmente, respecto de los procesos cognitivos y *cognoscentes* que las mujeres realizan al aprender y conocer sobre SECA, interesa aquí analizarlos.

Entendemos por *construcciones cognitivas*, a los procesos mentales mediante los cuales las mujeres perciben, interpretan, comprenden y dan sentido a su realidad, procesando y organizando la información que les permite aprender y construir conocimientos sobre SECA.

En ese sentido, nuestro estudio reconoció la dinamización de esquemas internos de pensamiento que habilitaba a las mujeres a organizar y asimilar la nueva información a la que accedían sobre situaciones de SECA. Así, por ejemplo, reconocimos modalidades de aprendizaje por observación, por explicaciones, por cuestionamiento, por experiencia, por *insight* o descubrimiento, procesos que si bien suponen instancias mentales que se dan en lo personal-individual, son siempre en interacción con un otro u otra y el plano cultural, como partes constituyentes de tales procesos.

Al respecto, tal como analizábamos en el capítulo sobre conocimientos, Baquero (2002) concibe a las construcciones cognitivas en clave contextual, en tanto remiten a pensar al aprendizaje y al conocimiento como acciones humanas con origen y agenciamiento social, comprendiendo lo social y lo individual como co-presentes y mutuamente constitutivos de esos procesos.

Interpelando los enfoques cognitivos clásicos, el autor expresa que éstos explican “el aprendizaje como un fenómeno estrictamente mental e individual”, y lo conciben como un proceso de cambio cognitivo que da cuenta de una unidimensionalización del apren-

der, que propicia la adquisición o internalización de un cuerpo de saberes estable, homogéneo y centralmente individual (Baquero, 2002, p.72).

En contraposición con esta idea de lo cognitivo desde los enfoques clásicos, y en consonancia con las apuestas de los enfoques socioculturales, contextuales y situados de la cognición, nos referimos a *construcciones cognoscentes*, como el modo en que las mujeres conocen y se posicionan frente al objeto de su conocimiento desde sus contextos y realidades de vida, sus trayectorias y sus marcos socioculturales de significación, su vínculos y contactos con otras personas, aspectos que hacen del acto de aprender-conocer sobre SECA procesos situados, colectivos y activos.

Vinculado con ello, considerar las *construcciones cognoscentes* de las mujeres desde la perspectiva freireana, no ha tenido que ver con centrarnos en los contenidos de lo que aprenden, o focalizarnos en los procesos en un plano mental, sino que nos ha permitido focalizar en torno a la relación epistemológica, contextual, intersubjetiva que se da en ese proceso, considerando cómo se posicionan y cómo construyen desde ahí conocimiento en una realidad determinada.

En este sentido, el análisis de sus testimonios nos permitió identificar la configuración de un verdadero *andamiaje vinculado a la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA*, constituido por: *momentos y contextos* que propician los aprendizajes sobre SECA, la presencia de protagonistas de estos procesos cognoscentes a través de la figura de *enseñantes y aprendientes*, la mediación a través del *diálogo como posibilitador del aprendizaje* y de la construcción de conocimientos, diálogo que a su vez es un elemento central que propicia la *circulación* social y comunitaria de esos conocimientos sobre SECA. Y la consideración de aquellos aspectos *que movilizan u orientan la construcción de aprendizajes sobre SECA*.

Freire (1990, 1993) entiende que *conocer* es una construcción cognitiva que implica un proceso dialéctico colectivo y social que supone un “nosotros pensamos” que posibilita el pensar y conocer personal. Ello se da en un encuentro de apropiación creativa y recreativa de la realidad que va implicando un re-conocer permanente en diferentes etapas donde los sujetos interactúan unos con otros.

La idea freireana del *conocimiento* como un proceso dialectico implica considerar “la unidad constante entre la acción y la reflexión en torno a la realidad como posibilitadora de la construcción de conocimiento” (Freire, 1990, p. 114). Se trata de una construcción que se da mediante una relación dialéctica del *sujeto cognoscente* (el sujeto que conoce) con *el objeto cognoscible*, que refiere a aquello que se conoce, que no es un objeto aislado, sino un objeto contextualizado, la propia realidad histórica en que se sitúa la vida de las personas cognoscentes.

De esta manera, para Freire (1990) el conocimiento no está hecho, ni acabado, no es algo que una persona da o transfiere verticalmente a otra, sino que se trata de una construcción humana permanente que implica una unidad constante entre la acción y la reflexión en torno a la realidad.

Estas consideraciones nos permiten reconocer que lo que se activa en el proceso de conocer sobre SECA en las mujeres del Gran Río Cuarto es toda una *dimensión epistemológica* en la que ellas, como protagonistas cognoscentes, conocen activamente su realidad en cuestiones de salud, enfermedad, malestar y daño, y se posicionan a partir de allí como agentes que pueden tomar injerencia para revertir dichas situaciones desde el conocimiento construido sobre lo que vivencian.

Procesos en los que fue posible identificar que las mujeres han ido aprendiendo con otras asumiendo papeles activos. Mujeres adultas y jóvenes, como *enseñantes y aprendientes*, implicadas en espacios en los que se propician situaciones gnoseológicas (Freire, 1973) en las cuales

los objetos cognoscibles (referidos a cuestiones sobre SECA) son los mediatizadores entre las mujeres enseñantes-educadoras, por un lado, y mujeres aprendientes-educandas por el otro, en un encuentro dialógico, de carácter reflexivo, de implicación y búsqueda de respuestas.

La vivencia de la enfermedad o el malestar, personal, familiar o comunitario, las conduce en general a otras mujeres que han experimentado situaciones similares, por lo que se considera que pueden aportar con un saber del que ellas carecen para resolver una problemática que acontece. En este sentido se advierte que, o bien estos procesos cognoscentes se activan por lo inmediato de una vivencia que requiere resolución, o bien se propician en momentos circunstanciales con determinadas personas en el transcurso de la vida diaria.

Así van dinamizando un *tipo particular de interacción social* basada en significados y valoraciones a signos, síntomas y otras manifestaciones del proceso de la vida enlazados a sus sentidos, ideas y concepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuidado y la atención que integran sus experiencias.

Esto se lleva a cabo en un *entramado de género* en que las mujeres, mediadas por situaciones de cuidado y preservación de la vida, van reproduciendo un saber y un quehacer de generación en generación, fundamentalmente por tradición oral con mujeres pares, familiares, vecinas, amigas y referentes comunitarias, alimentando un conocimiento lego y popular en salud (con su semiología y clínicas legas propias) dando surgimiento a un cuerpo epistémico propio.

En estos procesos hemos podido identificar la *impronta performativa de estos aprendizajes y conocimientos* que realizan las mujeres, ligados a ciertas prescripciones impuestas, y en general naturalizadas por ellas, mediante instancias de aprendizaje con un carácter disciplinario cuya intencionalidad es la “correcta” representación del género femenino a través de la adopción del estereotipo madre y cuidadora. Esto nos llevó a advertir el plano estructural que supone el sistema patriarcal, históricamente impuesto en la vida de las mujeres, atravesando performativamente la construcción de aprendizajes y conocimientos, desde un mandato que indilga a las mujeres tareas de cuidado, como algo natural e incuestionable.

Entendemos que esa condición estructural que incide y propicia performativamente la construcción de los conocimientos sobre SECA, no quita el carácter activo y protagónico de las mujeres como conocedoras de su realidad y de estos procesos. Carácter cognoscente de las mujeres que justamente es el que está favoreciendo en los tiempos que corren, lecturas crítico-reflexivas de su lugar y de estas tareas sobre SECA en su vivencia cotidiana.

No obstante, lo analizado nos lleva a preguntarnos *¿podríamos pensar que hay mujeres que han construido conocimientos sobre SECA desde lógicas más bien bancarias, asimétricas y verticalistas?*

Freire (1990) entiende que los seres humanos son poseedores de presencia y de conciencia. Así como la presencia transforma al mundo, la conciencia transforma el conocimiento al actuar sobre la realidad y al pensar sobre lo que se puede alcanzar a través de la reflexión. En este sentido, la presencia del ser humano en el mundo ha de ser el centro de su análisis crítico. Esto significa que al reflexionar sobre sus experiencias las personas construyen conocimiento de las mismas. Y aquí Freire señala la doble dimensión del acto de conocimiento que constituye la conciencia: conocer un objeto y el modo en cómo se conoce ese objeto.

Relacionado con ello, los testimonios hallados no nos advierten sobre características de estos procesos en clave unidireccional o centrados en la idea de depósitos de contenido de una persona sobre otra. No sólo ha sido posible develar todo un andamiaje posibilitador de aprendizajes sobre SECA, sino también develar qué piensan las mujeres de cómo se implica-

ron y llevaron a cabo esos procesos cognoscentes, dando cuenta de esa doble dimensión de la conciencia del acto de conocer, en torno al objeto de SECA conocido y la forma en cómo los conocían.

Pensar estos procesos en clave freireana nos conduce a la consideración del carácter propio del objeto que se conoce (procesos sobre SECA) cuya impronta es más bien resolutive y pretendidamente transformadora de una realidad, conocer para actuar, lo que requiere de una implicancia activa en la lectura y decodificación¹⁰⁸ de la propia situacionalidad para intervenir en ella y, en lo posible cambiarla.

Pero entonces nos preguntarnos ¿podría pensarse en ello como un mero activismo? Si partimos de entender al activismo como la acción por la acción, que carece o minimiza la reflexión crítica sobre esa acción (Freire, 1973, 1974, 1990), es difícil pensar en un mero activismo en los procesos de SECA en cuanto se advierte que un hacer sin pensar, por parte de las mujeres, podría conllevar a agudizar o a empeorar una situación de enfermedad o daño personal o de sus allegados.

Más allá de las salvedades que podrían ocurrir en este sentido, los hallazgos del estudio muestran mujeres en papeles activos, protagónicos, interpeladores, que dan cuenta de implicarse en verdaderas praxis de reflexión sobre sus circunstancias de vida, lo que hacen o podrían hacer para posibilitar situaciones, cuestiones que se favorecen, no en la soledad de un automatismo que se repite sin razón, sino en un encuentro con otras, donde transcurre el diálogo y se sopesan alternativas de resolución.

En estos procesos *el objeto de conocimiento* (contenidos sobre SECA) adquiere un lugar central. Freire (1990, 1993) entiende al objeto de conocimiento como aquello que propicia, en términos epistemológicos, la mediación de conocimiento. Se trata de contenidos que deben promover la curiosidad cognoscitiva de quienes se implican en su conocimiento. Al favorecer la lectura del objeto de conocimiento, se genera en relación dinámica entre el conocimiento del tema, su contenido, y lo que representa en su realidad.

Pensamos en situaciones de enfermedad que se van conociendo y comprendiendo por madres que transitan con sus hijas o hijos padecimientos, momentos en los que construyen conocimientos con otras madres en circunstancias similares, o cómo en un plano personal las mujeres van vivenciando situaciones de enfermedad y aprenden con otras, realizando análisis en clave de realidad que las lleva a interpelarse sobre la accesibilidad integral al sistema de salud, sus profesionales, estudios requeridos, medicaciones necesarias, traslados o interconsultas, etc. etc. Cuestiones que posibilitan, ante su reconocimiento, la identificación de sus derechos vulnerados.

Allí y entonces, esos objetos cognoscibles (cuadro de enfermedad, situaciones de SECA y sus condicionamientos) van siendo leídos, conocidos, enseñados y aprendidos con sus implicancias político-ideológicas, dimensiones claves de la lectura de su realidad que supone el conocer sobre SECA por parte de las mujeres como sujetos cognoscentes.

De esta manera, hemos ido reconociendo cómo situaciones de vida personales, familiares y comunitarias sobre SECA de las mujeres se van presentando en ellas como problema, dice

108 En la perspectiva freireana la decodificación supone un proceso de descripción, interpretación y reconocimiento de codificaciones que se expresan en palabras, dibujos o imágenes impresas orientadas a la problematización y búsqueda de relaciones existentes entre las temáticas que contienen. Su finalidad es promover el nivel crítico del conocimiento, comenzando con la experiencia que las personas tienen en torno a las mismas, y otros hechos del contexto real, muchas veces, promoviendo relaciones que hasta ese momento no se habían percibido (Freire, 1990).

Freire (1973, p. 97) “como incidencia de su acto cognoscente”. Inmensas en ellas, las mujeres efectúan *prácticas problematizadoras* en las que la duda, la pregunta, la problematización, la indagación propician la comprensión y decodificación de sus realidades. Ello permite la superación de sentidos o percepciones ingenuas o de situaciones arraigadas a sus realidades sobre SECA, cambiándolas por nuevas percepciones, más integrales en las que reconocen distintos planos del problema. Proceso en el cual, las mujeres se van percibiendo capaces de conocer y tomar conciencia sobre el problema para transformarlo.

Así el estudio revela que mujeres de ambos grupos asumen un ejercicio cognoscente en torno a sus propias realidades, las que problematizan situadas en su tiempo histórico, guardianas de su salud personal, familiar y comunitaria. Mujeres que alzan las voces para la denuncia de realidades de injusticia sanitaria, de vulneración de derechos a la accesibilidad a ciertos profesionales, a la cercanía o lejanía a la atención, a la contaminación ambiental que las enferma a ellas, sus vecinos y familias. Mujeres que en el marco de este estudio denuncian, viabilizando justos reclamos, organizándose representando a sus barrios y a su gente.

Lo analizado hasta aquí nos ha permitido advertir que, lo cognitivo en clave situacional-contextual y lo cognoscente en perspectiva crítica ofrecen aspectos complementarios para pensar los aprendizajes y conocimientos en este estudio.

Mientras *lo cognitivo* situado trasciende la idea del aprendizaje como un proceso interno aislado, sino que se construye por medio de procesos de pensamiento en situaciones concretas a través de la interacción, *lo cognoscente* en perspectiva freireana considera cómo se conoce, desde dónde y para qué, concibiendo al sujeto que conoce, en este caso las mujeres del estudio, como protagonistas de su realidad, de la que toman conciencia e injerencia política como seres de praxis para su transformación.

En síntesis: nos interesa recuperar aquí algunas cuestiones que emergen de estas reflexiones, en diálogo con una de las últimas construcciones teóricas en que se encontraba trabajando Enrique Saforcada cuando se da su partida en agosto de 2023. Como enmarcábamos en la introducción a este libro y luego en el apartado sobre las concepciones de salud, desde su categoría de los “contextos fundamentales de la salud pública” Saforcada hacía un llamado a investigar en torno a la misma. Era vehemente, particularmente en cuanto al desafío de construir sustento empírico-teórico en relación al “*contexto de las concepciones, conocimientos y prácticas de salud legas de la sociedad*”; llegando a definirlo como el “*contexto del soporte salubrista cognitivo-subjetivo-comportamental de la sociedad*” (SCSCS) (Saforcada, 2021a, 2021b).

Encontrándonos en esta instancia, habiendo transcurrido todo el estudio, y a la luz de los hallazgos aquí analizados, podemos decir que este contexto configura un entramado mucho más complejo de lo inicialmente vislumbrado por el autor. Advertimos que, para pensar en los conocimientos que las poblaciones construyen sobre los procesos de SECA, este contexto no puede limitarse sólo a la idea de procesos cognitivos. Ésta puede resultar una perspectiva que, (mal) interpretada desde enfoques clásicos de la cognición, puede restringir la comprensión a un plano más bien unidimensional e individual del fenómeno de aprender y conocer sobre SECA.

Trascendiendo las miradas clásicas y atendiendo a los aportes contemporáneos que las perspectivas socioculturales situadas ofrecen en torno a los *procesos cognitivos*; al tiempo que comprendiendo la construcción de conocimientos en clave freireana, nuestro estudio revela la riqueza que supone atender a los *procesos cognoscentes* que desarrollan las mujeres en tanto protagonistas de diálogos colectivos, grupales y sociales.

Entendemos así, dialogando en la clave propuesta por Saforcada, que quizás este contexto podría renombrarse como “*contexto del soporte salubrista cognitivo-cognoscente-subjetivo-comportamental de la sociedad*” (SCCSCS), al añadir la idea de lo cognoscente, y articular así componentes simbólico-subjetivos, con socio-culturales y pedagógicos, enlazados a condicionamientos estructurales político-económico-históricos que atraviesan y condicionan, no sólo los procesos de construcción de conocimientos, sino también las concepciones, creencias y prácticas sobre SECA que las personas realizan en los escenarios y realidades de sus vidas.

Sobre la validez de los conocimientos sobre SECA construidos por las mujeres

Los hallazgos de este estudio nos permiten concluir en que podrían identificarse al menos cuatro criterios que confieren de validez a los conocimientos construidos por las mujeres. Se piensa en una “validez” en términos de reconocer que la fortaleza de esos conocimientos reside en los sustentos que portan y su capacidad resolutive frente a situaciones de la realidad. Atendiendo a ello reconocemos:

Un criterio comunicativo, expresado en las condiciones de involucramiento dialógico de las mujeres que se reconocen con otras. Una que enseña, y otras que, desde la disposición a la escucha y el intercambio, se abre al aprendizaje. Instancia en la que se da la circulación/difusión de dichos saberes, lo que da cuenta de la “validez” que les confiere quien los difunde y enseña y quien se predispone a aprenderlos.

Un criterio de capacidad para impulsar la acción, dado que los conocimientos construidos sobre SECA movilizan a sus portadoras a una puesta en acto para incidir en la transformación de sus realidades de malestar y enfermedad, así como las de sus familias y comunidades. Los saberes se validan por su capacidad de actuar para modificar situaciones.

Un criterio de empoderamiento y autogestión, debido a que son las mismas mujeres las que construyen colectivamente un conocimiento que se constituye en la fuente de un poder femenino resolutivo que se manifiesta en la elaboración de respuestas frente a situaciones de SECA. La dimensión autogestiva de estos conocimientos puede identificarse en tanto dan cuenta de una capacidad instalada en las familias y comunidades que permite avanzar en la resolución de situaciones de SECA que exigen capacidades específicas, que muchas veces ellas mismas poseen, o que saben a quién recurrir porque dispone de las mismas.

Un criterio de credibilidad, éste emerge de la escucha que las mujeres hacen de los testimonios narrados por las mujeres enseñantes que han remediado situaciones de SECA gracias a esos conocimientos. Se trata de relatos considerados legítimos debido a que esgrimen el logro de una curación, sanación o atención del malestar. Se comparte la creencia en la respuesta y el carácter efectivo que poseen esos conocimientos, por eso se los aprueba y se decide aprenderlos para el empleo en su vida diaria.

Lo analizado advierte que las mujeres no piensan, ni actúan sobre SECA de manera individual, ni solitaria, ni descontextualizada, sino como protagonistas cognoscentes, integradas a una cultura y sociedad donde forman parte de lo que Villoro (1986 p. 148) define como una “comunidad epistémica” como aquella que:

“delimita un conjunto de razones accesibles, de acuerdo con la información de que se puede disponer, con su nivel de tecnología, con el desarrollo de su saber previo y con el marco conceptual básico que supone. Para justificar la objetividad de una justificación

abducida solo son pertinentes los juicios de los miembros de esa comunidad epistémica, porque los demás no están en condiciones adecuadas para juzgarlos. A la inversa, todo sujeto epistémico lo es con relación a un conjunto de razones accesibles y, por lo tanto, a un conjunto de creencias. Una persona puede ser sujeto epistémico pertinente con relación a ciertos saberes y creencias y no serlo con relación a otros. Así, todo individuo adulto en uso de razón, con independencia de su nivel educativo, es un sujeto epistémico pertinente en ciertos asuntos que competen a la moral y a las relaciones sociales, pero sólo unos pocos son pertinentes en lo que concierne a una ciencia particular” (se añaden las cursivas).

En este sentido, las mujeres integran verdaderas “comunidades epistémicas” cuando conocen y aprenden sobre SECA junto con otras. La posibilidad de imaginar un escenario en que esos conocimientos y saberes circulan entre distintas mujeres interconectadas que ponen y dan cuerpo a ese aprender sobre SECA, nos lleva a pensar en la imagen de aquel proceso de la bioluminiscencia que se da en la naturaleza. Langley (2019) entiende que la bioluminiscencia implica reacciones químicas o producidas por bacterias que albergan en sus cuerpos ciertos animales acuáticos, permitiéndoles producir y brillar con luz propia para comunicarse, alimentarse o protegerse de acechos. Pensamos en la potencia de este proceso natural para pensar en analogía al proceso psicosociocultural y pedagógico que se da en las mujeres sobre sus procesos de SECA. Mujeres que han acuerpado, trayendo consigo, un acumulado de saberes a lo largo de sus vidas, construido y enriquecido en diálogo con otras, a partir de encuentros donde se encienden e iluminan mutuamente, con un resplandor que brilla en escenarios sombríos de acechanza de la enfermedad, de dolor, sufrimiento humano, en contextos sociales hostiles y deshumanizados.

De las mujeres cognoscentes y las comunidades epistémicas hacia la promoción de escenarios de co-construcción de conocimientos sobre SECA

Nos interesa centrarnos aquí en los desafíos que emergen de los hallazgos anteriormente analizados respecto de la dimensión conocimientos sobre SECA. Cuestión que nos invita a pensar en la co-construcción de conocimientos en salud en un doble sentido.

Por un lado, atendiendo al contacto del componente formal del sistema de salud con el informal. Por el otro, al considerar la dimensión salubrista que se erige cuando se considera la promoción de conocimientos y aprendizajes como construcciones esenciales para el sostenimiento de la vida en las comunidades. Consideraciones que nos van permitiendo en esta instancia, dilucidar cómo se constituyen en objeto de reflexión de una *psicopedagogía comunitaria con impronta salubrista*.

La co-construcción en el Sistema Formal de Salud: diálogos entre los conocimientos legos de las mujeres y los conocimientos profesionales

“se trata de recuperar la base ética de las profesiones de la salud y las bases axiológicas que posibiliten rehumanizarlas en sus prácticas cotidianas”
(Saforcada, 2001, p. 23).

Nuestro estudio culmina con un reservorio lego de concepciones, conocimientos, creencias y prácticas sobre SECA de mujeres del Gran Río Cuarto, dando cuenta de semiologías y clínicas que se dinamizan en las poblaciones. Es imperante que los profesionales de la salud se acerquen a ellas y asuman un papel como educadores de la salud, como verdaderos pedagogos en las consultas de atención y en escenarios comunitarios de promoción de la salud (Juárez, 2015).

En este punto consideramos que, conocer sobre lo que las personas piensan, conocen, creen y hacen sobre SECA debe ser el puntapié de todo diálogo entre los profesionales de la salud y las personas consultantes. En esos diálogos, los primeros deben andamiar los saberes legos con conocimientos profesionales que deben brindar la novedad, tal como expresa Freire “la práctica pedagógica debe ofrecer conocimiento nuevo” (Freire en Torres, 1985). Novedad que necesariamente las personas deben incorporar co-construyendo significativamente con los y las profesionales para la preservación de su salud familiar y comunitaria. Se trata en ese sentido, de trabajar en pos de la premisa freireana acerca de que las personas tienen derecho a conocer más y mejor lo que ya saben, así como conocer lo que no saben.

Tal como ha constatado este estudio, también desde la antropología médica Torres López (2002) advierte que los saberes populares si bien pueden resultar o no compatibles con el conocimiento médico, tienen implicancias significativas en la manera en que las personas atienden a sus padecimientos, y en la aceptación, rechazo o indiferencia a lo que los profesionales prescriben respecto de su enfermedad.

En consonancia con ello, Saforcada (2001, p. 129) planteaba la necesidad de que los referentes del componente formal compartan “categorías que acorten las diferencias culturales con las poblaciones” como base de un conocimiento contextualizado, sensible a las particularidades psicosociales de las poblaciones. El autor exhortaba a generar diálogos entre el saber científico-técnico y el saber comunitario, destacando la importancia de que el primero incorpore esta mirada para comprender las expresiones cotidianas del proceso de salud-enfermedad. Para el autor ello favorecería la disminución de riesgos que genera el uso exacerbado de categorías nosográficas y modos de abordaje especializados, válidos sólo para intercomunicación entre profesionales, pero lejanos, poco significativos e inoperantes para las comunidades. Expresaba: “la explicación científico-técnica necesita el aporte del saber comunitario para aprehender el proceso de salud-enfermedad en su manifestación concreta” (Saforcada 2001, p. 129).

En este sentido, para el autor promover procesos de co-construcción de conocimiento resulta una estrategia potente para la humanización en el trato y en los vínculos con personas usuarias de los servicios de atención. Consideraba que “este tipo de estrategias mejoraría la calidad de vida en el ámbito de las instituciones (hospitales, sanatorios, centros de diagnóstico, etc.) y de los centros periféricos de salud” (Saforcada, 2001, p. 123).

Atendiendo a lo planteado, consideramos que conocer sobre las construcciones cognoscitivas de los y las consultantes representa información valiosa que colocará a los y las profesionales de la salud (de campos disciplinares como medicina pediátrica, clínica, ginecológica, medicina de familia, medicina general, psicología, trabajo social, antropología, psicopedagogía, odontología, fonoaudiología, kinesiólogía, nutrición, entre otras) en mejores condiciones para un ejercicio sanitario, salubrista y educativo-pedagógico.

Pero no en el sentido de “saberse conocedor o conocedora” de lo que piensan las poblaciones desde un “yo sé qué piensan”, sino habilitando la indagación en el sentido “¿y vos qué pensás? ¿conocías sobre esto? ¿qué conocías? ¿qué te parece? ¿qué has hecho antes para atender a esto? ¿cómo? ¿por qué? ¿qué resultados te dio?”. La propuesta aquí no tiene que ver con

“aprobar o desaprobar” el conocimiento lego reproduciendo en la consulta el lugar de un “educador bancario”, al decir freireano, como un juez inapelable de los saberes legos. Sino considerar desde la comprensión y el respeto a esos saberes como legítimos, como plataforma fértil a partir de las cuales (más allá que coincidan o no con el punto de vista profesional) construir, por interpelación, cuestionamiento, desnaturalización o enriquecimiento de sus fundamentos, nuevo saber, más significativo y superador respecto del anterior, aspecto fundamentalmente necesario para la protección, promoción, prevención, atención, cuidado y restitución de la salud.

La promoción del desarrollo salubrista y la co-construcción de conocimientos en las comunidades

“(...) las gentes del común merecen conocer más sobre sus propias condiciones vitales para defender sus intereses, que aquellas otras clases sociales que han monopolizado el saber, los recursos, las técnicas y el poder mismo (...) la ciencia ... exige tener una conciencia moral... Cabeza y corazón tendrían que laborar juntos, enfocando desafíos que no se pueden encarar sino con posiciones éticas que busquen equilibrar lo ideal con lo posible mediante la aplicación de una epistemología holística” (Fals Borda 1981, p.5).

Tal como hemos ido mencionando en distintos pasajes de este trabajo, uno de los pilares fundamentales de la psicología sanitaria propuesta por Saforcada lo constituye el desarrollo salubrista de las comunidades. Para el autor resulta urgente vincular el concepto de salud con el de *desarrollo salubrista*, definido como “la *evolución progresiva de una cultura (conocimientos, valores, creencias, hábitos, actitudes, comportamientos) hacia mejores condiciones de salud*” (Saforcada, 2019b, p. 65).

Para Saforcada el desarrollo salubrista supone considerar como factor fundamental el logro de una cultura creciente de protección y promoción de la salud por parte de las comunidades. Ello implica un papel protagónico y autogestivo de las comunidades que paulatinamente logran trascender intencionalidades puntuales y temporales de programas, proyectos o políticas, y se desenvuelven con autonomía leyendo sus propias necesidades y tiempo histórico. Así, con efectividad resolutoria consiguen avanzar mucho más allá de objetivos y políticas implementadas por agentes externos de áreas y secretarías de gobierno.

Las apuestas del desarrollo salubrista tornan imprescindible trabajar en la perspectiva de lo colectivo, la concienciación participativa de las comunidades, la promoción de la autodeterminación y la autogestión de la salud por parte del pueblo, promoviendo una “racionalidad del bienestar común que es la que debe legitimar al menos, el ámbito de la salud, pública” (Saforcada 2001, p. 22). Para el autor, estas apuestas deben convocar al conjunto social, instalando patrones de interacción mancomunada, cooperativa, de colaboración y de autogestión que impliquen a los profesionales, a los técnicos y a las poblaciones legas, colocar sus esfuerzos en el primer nivel de atención y en los espacios intersubjetivos que se dinamizan cotidianamente en los sistemas formales de salud.

Para promover el desarrollo salubrista de las comunidades Saforcada (2019b) proponía el desarrollo de proyectos desde enfoques intracomunitarios y participativos, orientados a formar y capacitar a miembros de la comunidad en temas referidos al desarrollo humano integral o temas de interés acorde a necesidades o problemas determinados por los propios grupos

sociales. El autor destacaba en estos proyectos, la promoción de procesos de visualización y de construcción de conocimiento referidos a la propia situacionalidad del barrio, del territorio, o de las comunidades, desde los mismos vecinos y vecinas, a fin de que se formen como Agentes Primarios de Salud (APSA) (Saforcada, 2019b, p. 72).

Tal como se mencionó en la introducción de este libro, en el apartado de la perspectiva salubrista, Saforcada consideraba como sustento de estos proyectos comunitarios a los enfoques y estrategias vinculados a la educación de adultos, desarrollados por el, también referente de este trabajo, Pedagogo Brasileño Paulo Freire. Saforcada planteaba al respecto, partir de la premisa de que el conocimiento es una co-construcción que surge de la interacción entre el capacitador (educador) y las voluntarias y voluntarios (educandos) a partir de lo que la gente ya sabe. Decía Saforcada “este aspecto es de gran importancia: el saber preexistente de los pobladores y pobladoras voluntarios y la construcción de nuevos conocimientos también por parte del capacitador” (Saforcada, 2019b, p. 73).

En estos procesos el autor destacaba el entrelazamiento de saberes y la generación de nuevos conocimientos, no sólo ligados a lo generado por el equipo profesional, sino a lo emergente de las mismas dinámicas sociales de la comunidad (conversaciones, lecturas, interacciones, redes de ayuda, de apoyo, etc.). El autor explicitaba un ejercicio profesional desde el cual es necesario desarrollar una:

“especie de alerta interesada en la salud, su promoción y la prevención de daños a la misma, todo lo cual va generando una estructura dinámica de saberes que son transmitidos a los miembros de otras familias. Progresivamente, toda la comunidad termina configurando un saber popular en salud familiar y comunitaria que eleva hacia el polo positivo las condiciones de salud del conjunto social, lo cual se reflejará en el descenso en ese conglomerado social de la prevalencia de los emergentes negativos (enfermedades o daños) del proceso de salud” (Saforcada, 2019b, p. 72).

Dos cuestiones claves que Saforcada planteaba en relación al desarrollo salubrista referían al lugar que el Estado debe asumir respecto de estos proyectos, y el lugar de la comunidad como protagonista de los mismos.

Respecto al Estado, el autor planteaba su responsabilidad en el diseño de políticas específicas cuyo objetivo sea incrementar el desarrollo salubrista y sanitarista de sus sociedades debido a dos razones fundamentales: el respeto al derecho humano a no enfermar de enfermedades evitables; y el no gastar en enfermedad total o parcialmente evitable. Señalando la naturaleza social del fenómeno de salud, el autor reconocía el valor de todo proyecto comunitario dado que, con el paso del tiempo, si los mismos se mantienen, las sociedades “irán progresivamente alcanzando mejores condiciones de salud” (Saforcada, 2019b, p. 65).

En relación a las personas, Saforcada (2019b) insistía en la construcción de conocimientos y destrezas por parte de las personas de la comunidad que se formando como Agentes Primarios de Salud en cualquier momento del ciclo vital en que se encuentren. Éstos van asumiendo el compromiso de formarse en conocimientos de distintos niveles de complejidad para resolver problemas, desde los más complejos, a los más sencillos. El autor apostaba por “finales abiertos de estos proyectos”, considerando que los procesos salubristas que promueven las personas en las comunidades suponen estrategias, dispositivos o dinámicas que no culminan nunca. Es decir, aun cuando los procesos se han iniciado con la participación activa de un equipo de profesionales externos, estos programas deben tener un “final abierto” que suponga que, cuando sea necesario los agentes podrán retirarse, pero los propios Agentes Primarios de Salud de la comunidad seguirán su accionar colocando el eje en la protección y promoción de

la salud, como en la detección y solución de problemas, siendo permanente la finalidad del desarrollo salubrista de la comunidad.

Estos desarrollos en los que profundizamos conceptualmente aquí, fueron identificados con nitidez en el capítulo sobre prácticas comunitarias de SECA a partir de experiencias en uno de los barrios en situación de pobreza con mujeres que se habían formado como “promotoras de salud”. Sus testimonios permitían reconocer cómo ellas fueron organizándose y construyendo una subcultura del desarrollo salubrista en su comunidad, mostrando indicadores de desarrollo salubrista expresados en instancias de formación/capacitación en cuestiones de salud en las que se comprometieron, en las que realizaron aprendizajes, y a partir de las cuales promovieron prácticas de cuidados a la comunidad en términos de alimentación, provisión de kits de higiene, resolución de consultas, trámites virtuales, turnos para vacunación y atención de la salud en pandemia, así como reclamo frente al municipio por condiciones de atención en el CAP, entre otros.

Saforcada insistía con la evaluación epidemiológica a este tipo de programas de desarrollo salubrista de las comunidades. Refería a su valoración en términos de eficacia, eficiencia, sustentabilidad y sostenibilidad. Expresaba que la eficacia estaría dada por valorar el logro de los resultados; la eficiencia debería atender al logro de los resultados con costo decreciente y beneficios crecientes; la sustentabilidad por su bajo costo, y por último la sostenibilidad debería valorarse por la implicancia de los miembros de la comunidad en su formación como Agentes de Salud de sus comunidades.

Sobre una metarreflexión necesaria: hacia la consolidación de una psicopedagogía comunitaria en clave salubrista

Nos interesa explicitar aquí un reconocimiento al que hemos arribado a partir de la reflexión en torno a los resultados del estudio, aspecto del que hemos dado cuenta introductoriamente en este libro.

Particularmente, lo abordado en este apartado respecto de la dimensión conocimientos sobre SECA, articulado a todo el proceso que supuso el trabajo, nos ha permitido avanzar en mayores niveles de abstracción y conceptualización temática que nos habilitan a identificar en esta instancia que los análisis construidos dan cuenta de un conocimiento propiamente psicopedagógico comunitario.

Expresado en otros términos, el estudio partió de un enfoque relacional donde las perspectivas que le dieron fundamento dialogaron continuamente dando lugar a construcciones teóricas y empíricas que posibilitaron la comprensión integral de las concepciones, los conocimientos, las creencias y las prácticas sobre SECA de las mujeres, configurando lo que llamamos “constructo psicosociopedagógico”. Progresivamente, en el devenir de ese análisis, pero más nítidamente en esta instancia de reflexiones finales, advertimos cómo ese constructo se cristaliza en un análisis psicopedagógico comunitario en relación a la temática tratada.

Aspecto que entendemos, nos permite inscribir a este estudio en la psicopedagogía comunitaria como rama o especialidad de la psicopedagogía, reconociendo que, lo aquí construido contribuye a la consolidación de esta especialidad emergente de la psicopedagogía.

Este tránsito, no resulta fortuito, sino que marcha en coherencia con años de trabajo en una línea de investigación donde temáticas de salud se han pensado y entramado a abordajes teórico-metodológicos en clave psicopedagógicos comunitarios¹⁰⁹.

De esta manera reconocemos una psicopedagogía comunitaria emergente de la investigación social que focaliza en la temática de estudio para su comprensión, análisis y abordaje, brotando esta especialidad de la psicopedagogía con una identidad más propia que abona a su consolidación.

Atendiendo a lo planteado, y considerando las perspectivas que configuraron el constructo psicosociopedagógico, que luego dio paso a una psicopedagogía comunitaria, recobran profundo sentido los planteos de Violeta Guyot (2022). La autora reflexiona en torno a la psicopedagogía como un “campo de prácticas de conocimiento”¹¹⁰ donde se construyen desarrollos en las fronteras con otras disciplinas, siendo posible reconocer una agenda epistemológica contemporánea que se configura tomando elementos de otros campos de conocimiento implicándolos en las propias problemáticas otorgándoles un sentido disciplinar propio y específico.

En consonancia con ello, Bertoldi (2021, p. 149) reflexiona que el capital colectivo de métodos y conceptos especializados en el campo de conocimiento psicopedagógico “proceden en su mayoría de otras disciplinas y teorías”. Para la autora, apelar a otras teorías y técnicas tanto en el plano de la intervención como de la práctica científica, requieren de un ejercicio de vigilancia epistemológica acerca del buen uso de sus criterios de selección y de los desplazamientos conceptuales que operan a la luz de los problemas propios de la disciplina psicopedagógica.

En lo que sigue, nos interesa avanzar en un ejercicio metarreflexivo que nos aproxime a explicitar porqué entendemos como psicopedagógico comunitario el estudio realizado. Para ello, atenderemos a algunos criterios considerados en el estudio de Bertoldi (2024, p. 25) que resignificamos brevemente aquí como guías, dado que entendemos que nos aportan a una reflexión epistemológica necesaria. La que, si bien iniciaremos, no se agota en este análisis, que se expresa como un puntapié que se proyectará en futuras reflexiones e indagaciones.

Partiendo de situar el estudio, en los capítulos iniciales explicitamos las *condiciones histórico-sociales e institucionales*, así como *las elecciones epistemológicas y metodológicas* efectuadas. Solo recordar que el estudio se llevó a cabo en el marco de la carrera de investigación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina, siendo el lugar de trabajo el Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE) (CONICET-UNRC). Las condiciones histórico-sociales de su consecución estuvieron marcadas por un contexto de complejidad, dadas las diversas coyunturas histórico-políticas en el período de estudio (octubre 2017 a diciembre de 2025).

Las *elecciones epistemológicas y metodológicas* efectuadas, estuvieron ligadas desde un enfoque relacional dialéctico y un diseño cualitativo flexible que se expresó como estudio de casos colectivo y comparativo con enfoque biográfico narrativo.

Realizadas estas apreciaciones, entendemos que *esta investigación resulta psicopedagógica comunitaria bajo los argumentos que expresan que* es posible identificar la especificidad discipli-

109 Para conocer sobre los estudios anteriores puede consultarse los textos Juárez, 2020; Juárez 2015 y Juárez 2026, entre otros.

110 Guyot (2022) plantea que hablar de “prácticas de conocimiento” resulta una categoría útil que permite referirse a un conocimiento específico construido en torno a tres prácticas de conocimiento (investigativa, docente, profesional) que se construyen y circulan a partir de aquello que la sociedad demanda para funcionar.

nar en torno a un objeto de estudio, reflexión y acción vinculado a procesos de conocimiento y aprendizaje sobre SECA que realizan mujeres en situación de pobreza y de clase media. El abordaje psicopedagógico comunitario, sustentado en diversas perspectivas disciplinares, propició una comprensión integral considerando la situacionalidad, los contextos, así como las especificidades y diferencias que expresan los procesos cognoscentes en ambos grupos sociales. Identificamos cómo los conocimientos se entraman a concepciones, creencias y prácticas, cómo dan cuenta de procesos que se expresan en la internalidad de la vida familiar y en la territorialidad comunitaria, y se tejen en la trama de las vicisitudes de la vida.

Las perspectivas disciplinares sustento del estudio fueron la psicología sanitaria cuyo objeto es la salud comunitaria, las perspectivas antropológica y psicosocial, los aportes desde la perspectiva de los feminismos interseccionales y la pedagogía freireana. En cada capítulo, las perspectivas se resignificaron y recrearon atendiendo a las especificidades temáticas tratadas (concepciones, conocimientos, creencias, prácticas) mediante aportes, planteos o conceptos de diversos autores y autoras, así como de otras perspectivas afines con las que se dialogó para leer la realidad estudiada. Se configuró así un constructo psicosociopedagógico multirreferencial, que se implicó en el conocimiento multidimensional de una temática propiamente psicopedagógica comunitaria.

Entendemos que el estudio concluye con la *obtención de productos científicos que identificamos principalmente a través de ricas categorías analíticas-conceptuales* que representan potencialidad para la acción, pudiendo dinamizarse en campos de aplicación futuros de una psicopedagogía comunitaria en clave salubrista y sanitarista (cuestiones sobre las que se precisa en apartados más abajo sobre las proyecciones que se derivan de este estudio).

En este sentido, hemos identificado como hallazgo científico a la *dimensión conocimientos de SECA* de las mujeres de ambos grupos sociales (desarrollada en el capítulo 9), conformada por categorías como: *andamiaje en la construcción y circulación de conocimientos sobre SECA, modalidades de aprendizaje y tipos de conocimientos según su procedencia y características*. Cuestiones que en el devenir del trabajo se fueron reconociendo entramadas a las concepciones y creencias de las mujeres, advirtiendo cómo articuladamente conforman un plano de lo cognitivo-cognoscente, ideacional, simbólico que se expresa y corresponde con un plano de la acción, la puesta en acto de las prácticas que realizan las mujeres situadas socioculturalmente.

En este apartado dentro de las reflexiones finales, explicitamos enlaces entre la psicología sanitaria y la pedagogía freireana, en torno a lo que consideramos *verdaderos objetos de reflexión y acción psicopedagógicos comunitarios* en clave salubrista. Realizamos un *análisis epistemológico* sobre lo que se genera en los procesos de construcción de conocimientos sobre SECA por parte de las mujeres. Establecimos reflexiones sobre lo cognitivo en perspectiva situacional-contextual y lo cognoscente en términos críticos freireanos. Reflexionamos sobre el carácter colectivo del conocimiento, identificamos como objeto cognoscible a la realidad de la vida de las mujeres, las concebimos como verdaderas enseñantes y aprendientes, protagonistas de sus procesos cognoscentes. Capaces de promover interacciones verdaderamente pedagógicas, que favorecen praxis de reflexión-acción sobre sus circunstancias de vida.

Posteriormente analizamos *criterios de validez de los conocimientos* contruidos por ellas en torno a los procesos de SECA. Una validez que no se mide en términos cientificistas, sino por criterios de legitimación que emergen del reconocimiento y la valoración ligados a las propias mujeres y a sus contextos socioculturales. Siendo los criterios que fundan la validez de estos conocimientos: la credibilidad en torno a los sustentos que portan, la posibilidad de comunicarlos, la capacidad de impulsar la acción, la pertinencia, la eficacia y la capacidad resolutoria frente a las situaciones que se presentan sobre SECA en la experiencia cotidiana.

Fuimos reconociendo a partir de lo anterior, desafíos que se configuran en el escenario de la salud contemporánea: la importancia de trabajar en la *promoción de escenarios de co-construcción de conocimientos sobre SECA en ámbitos del Sistema Formal de Salud* (diálogos conocimientos legos de las mujeres y conocimientos de los profesionales), así como el seguir promoviendo espacios de dinamización y co-construcción de saberes con *las comunidades*.

Entendemos que se trata de apuestas de una psicopedagogía comunitaria interesada en aquello en que las personas se implican y aprenden para sostener sus condiciones de vida y mejorarlas en los planos personal, familiar y comunitario. Realidad que, en contextos y con personas en situación de pobreza exhortan a un trabajo psicopedagógico articulado con espacios estatales en sus distintas jurisdicciones, en áreas de salud, educación, promoción social, entre otras.

Es una psicopedagogía que piensa y actúa entramada a las iniciativas de las personas, las familias y los diversos grupos humanos. Escenario en que se piensan los aprendizajes en el marco de las realidades donde se dinamiza el proceso de la vida, expresada en cuestiones de salud, educación, trabajo, vivienda, atendiendo a condiciones de existencia que, en muchos casos expresan malestar, enfermedad, situaciones de dolor e injusticia. Realidades en que los aprendizajes y conocimientos se promoverán para problematizar las propias condiciones de la realidad, efectuar demandas, denuncias, al tiempo que construir respuestas posibles, salidas colectivas, promover accesibilidades y propiciar reclamos por la restitución de derechos humanos básicos.

Un quehacer psicopedagógico comunitario, en clave salubrista, focalizará en hacer emerger y visibilizar todo el cúmulo de salud, de bienestar, de bien hacer, de bien saber, de bien conocer y de buen vivir que poseen y ya han construido y vienen trabajado las comunidades (Juárez, 2026), desde protagonistas que son conocedoras y enseñantes, promoviendo que sus conocimientos y aprendizajes se dinamicen y multipliquen en sus comunidades.

Se visibiliza así una psicopedagogía comunitaria que encuentra en escenarios de salud un verdadero campo de aplicación. Al respecto, algunas premisas propuestas por Saforcada, ya abordadas en trabajos anteriores (Juárez, 2026) que consideramos potentes para *resignificar en un quehacer psicopedagógico comunitario salubrista* son: 1) colaborar en el fortalecimiento de los recursos que la comunidad ya utiliza; 2) contribuir a poner en acción recursos que la comunidad aún no ha usado; 3) colaborar con el Estado para lograr una mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la salud; 4) contribuir a que la población use más eficaz y eficientemente, en beneficio propio, los recursos que el Estado pone a su disposición.

Finalmente, respecto a explicitar *para qué y para quién se investiga*, hemos dado cuenta de ello con detenimiento en el capítulo de reconstrucción metodológica y posicionamiento epistemológico en la investigación. No obstante, nos interesa explicitar que se investiga desde una especialidad psicopedagógica comunitaria para conocer la realidad en que las personas están inmersas en la cotidianidad, desde sus propias voces y sentidos, desde sus experiencias vitales y los significados que otorgan a ellas, considerándolos protagonistas cognoscentes de su tiempo histórico.

Personas conocedoras de su realidad que se implican activamente mediante un diálogo, una conversación, o bien una entrevista semiestructurada con carácter narrativo -cómo la realizada en este estudio-, dónde se da un intercambio cognoscente, favorecedor de re-conocimientos, reflexiones, dilucidaciones, interpelaciones. Espacios capaces de orientar y propiciar caminos para la transformación de la propia situacionalidad.

Se investiga en psicopedagogía comunitaria para informar al plano de su aplicación práctica, para comunicar el conocimiento emergente y a partir de ello definir la acción y el devenir de una propuesta de intervención, en consonancia con los intereses de las personas.

Se investiga para promover procesos que contribuyan a modificar aspectos de la realidad con los protagonistas, construyendo conocimiento colectivo que enlaza el saber de la ciencia con el popular, y que intenta retornar como insumo para el diseño de políticas por parte de las diversas áreas del Estado en sus distintas jurisdicciones. Pensando siempre en un Estado capaz de escuchar las voces de las personas de su pueblo, que muestran cómo y por dónde ir para cambiar las condiciones de los espacios que deben garantizar los derechos básicos para el desenvolvimiento de una vida digna. *La finalidad de la psicopedagogía comunitaria es construir conocimiento y abonar a la transformación de la realidad.*

En este sentido, la psicopedagogía comunitaria como una especialidad de la psicopedagogía, desarrollada en sentido salubrista, parte de una necesaria indagación/reconocimiento/decodificación de la realidad en salud en la que se encuentran las personas con las que se trabaja, *centrándose en torno a qué y cómo aprenden, qué y cómo conocen, qué y cómo enseñan para sostener los procesos de la vida.* Pensando en:

“Las poblaciones en general, y en particular, mujeres e identidades feminizadas, pero también considerando el lugar que los varones han asumido o asumen, el lugar que van construyendo las infancias y juventudes, así como las vejezes, en materia de aprendizajes sobre salud, enfermedad, cuidados y atención en tiempos particularmente complejos como los que corren” (Juárez, 2026, p. 19).

Para finalizar este apartado, a título personal quiero destacar el reconocimiento especial que el psicólogo sanitarista Enrique Saforcada hacía al papel de los aprendizajes y la construcción de conocimientos en los procesos de salud de las comunidades. Tal como lo expresaba en un escrito en su homenaje, hoy siento gratitud y celebro cómo Saforcada me animó, permanentemente, a intensificar los diálogos entre la perspectiva freireana enlazados a la salud comunitaria. Así, contribuyó a movilizar un camino en el que fui configurando una identidad psicopedagógica con sentido comunitario.

Identidad que seguramente comparto con muchos y muchas colegas que han trazado caminos propios, y que hoy se van sedimentando tornando posible pensar en esta rama o especialidad de la psicopedagogía, en torno a la cual debemos seguir construyendo conocimientos y desarrollando praxis, habitándola siempre con compromiso y amorosidad.

Relevancia del estudio y prospectivas

Con este estudio aportamos al desocultamiento de aspectos claves de una realidad en salud desigual, desde un posicionamiento científico-social y ético-político a los fines de promover transformaciones orientadas a procesos de *igualdad en el acceso a las condiciones de salud para las comunidades de nuestros pueblos.*

Al respecto, distintos organismos locales, regionales e internacionales del campo de la salud y la educación están haciendo un llamado al apuntalamiento y la promoción de procesos vinculados a la construcción de conocimientos, aprendizajes, el empoderamiento y el liderazgo de las comunidades a partir de articulaciones educación, salud y transformación de las desigualdades (Plan Estratégico de la OPS 2020-2025; Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, OPS, 2014; Objetivos de Desarrollo Sostenible

ODS-ONU, 2015, *Global education monitoring report 2024/5. Leadership in education: lead for learning*, UNESCO, 2024, entre otros).

Puntualmente las Prioridades Estratégicas expresadas para la Provincia de Córdoba (2020)¹¹¹ atienden a temas estratégicos de salud¹¹², así como a desigualdades¹¹³. Temáticas sobre las cuales este trabajo se pronuncia con sustanciales aportes. En consonancia con ello, la posibilidad de crear propuestas acordes a los requerimientos psicosocioculturales y pedagógicos de las comunidades consultantes será un desafío a asumirse por los espacios de salud.

Vinculado con ello, pueden reconocerse del estudio contribuciones y líneas de acción relacionadas a: políticas públicas, programas y proyectos de salud; formación/capacitación de referentes del componente formal y cuasiformal (profesionales y trabajadores de los servicios de salud); formación/capacitación con referentes del componente informal (personas, familias y comunidades consultantes); contribuciones a la investigación y contribuciones al campo disciplinar de la psicopedagogía.

Contribuciones a las políticas públicas, programas y proyectos de salud

Los marcos de sentido que las mujeres imprimen a los procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención, así como los procesos psicosocioculturales y psicopedagógicos que desarrollan en torno a ellos, se constituyen en información que puede nutrir el diseño y ejecución de políticas públicas.

Lo hallado, nos permite en esta instancia dialogar con las reflexiones de un estudio referente como lo es el realizado por Conde y Concha (2002) sobre representaciones de salud de grupos poblacionales de la ciudad de Madrid. Entre sus sugerencias, refieren la necesidad de que los programas de salud segmenten con claridad sus potenciales destinatarios. Puntualmente, su estudio con mujeres impulsa a que los programas y estrategias sobre salud que se propongan se acerquen a las propias inquietudes de las mujeres madrileñas, trascendiendo su lugar de “cuidadora” y focalizando en su identidad autónoma y su rol activo.

Coincidimos con los autores en términos de reconocer que nuestros hallazgos contribuyen también a contextualizar y situar con mayor precisión políticas y programas sobre salud que aspiren a trabajar con mujeres. No obstante, también en sintonía con lo encontrado en nuestro estudio, el lugar de las mujeres como madres entraña una riqueza central para favorecer procesos de desarrollo salubrista en comunidades, interés central que se proyecta como devenir de este trabajo.

Saforcada (2019b, p. 67) insistía en el lugar clave de las mujeres madres al interior de las familias y de las propias comunidades. El autor valoraba el primer escenario del núcleo familiar respecto a las condiciones de salud y de cuidados de los hijos, de las hijas y en lo inherente,

111 Propuesta conceptual realizada por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, en colaboración con 12 Universidades públicas y privadas, así como por Instituciones de Ciencia y Técnica de la Provincia de Córdoba, el Centro Científico Tecnológico (CCT) Córdoba, la Comisión Nacional de Actividades Espaciales (CONAE) y el Instituto Nacional Agropecuario (INTA) y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI). (<https://cordoba.conicet.gov.ar/temas-especiales-estrategicos/>)

112 Tema estratégico que involucra los subtemas de: determinantes sociales de la salud; acceso a la salud, salud y género: diferencias y desigualdades.

113 Tema estratégico que involucra los subtemas de: desigualdad en la distribución social de los cuidados, estrategias, experiencias e impacto; movimientos sociales y su rol ante las desigualdades sociales; desigualdad en prestaciones sanitarias: neoliberalismo, intervención estatal y equidad social.

no sólo a la atención del malestar o la enfermedad, sino fundamentalmente a la su protección y promoción de la salud, es decir su dimensión positiva.

En consonancia con ello, pensamos en políticas y programas de salud que podrían atender a múltiples cuestiones o temáticas que emergen como hallazgos de este trabajo, que dialogan con el estudio de Conde y Concha (2002), pero que también marchan con los señalamientos de Saforcada (2019b). Consideramos:

Temáticas vinculadas a madres, pero también a padres, que aborden conocimientos indispensables para cuidados pediátricos, centrados en promover el desarrollo integral de las infancias, el acompañamiento al maternaje-paternaje y prácticas de cuidado y crianza. Al respecto Saforcada (2019b) mencionaba pautas de crianza (estimulación sensorial y afectivo-emocional, juego, progresiva incorporación de pautas de comportamiento, construcción, desarrollo y fortalecimiento de la autoestima, adquisición y promoción de hábitos de higiene personal y ambiental, hábitos alimenticios, etc.), hábitos de cuidado y prevención en torno al ambiente del hábitat (higiene y conservación de los alimentos, problemas de contaminación tales como la no utilización de pintura con plomo, prevención de los riesgos y los accidentes en el hogar, etc.), la convivencia familiar (respeto de ritmos de vida familiar, respeto entre los miembros de la familia, no violencia, etc.); la construcción de conocimientos relacionados con el fomento y el cuidado de la salud que las madres y los padres pueden inculcar en sus hijos e hijas, junto con el promover la no incorporación de hábitos nocivos y patogénicos (fumar, consumo de sustancias tóxicas, desarrollo de pautas agresivas de comportamiento, falta de higiene especialmente de las manos, entre otras).

“Círculos de conocimientos sobre salud”, vinculados a promover el protagonismo de las mujeres como conocedoras sobre salud, revisitando y reconociendo los propios conocimientos sobre SECA construidos en las trayectorias de vida por parte de ellas, en diálogo con otras mujeres, trabajando desde una perspectiva de fortalecimiento de sus propios recursos, fortalezas, reconociendo fuentes y legados de saberes.

La promoción de hábitos y prácticas de salud integral personales desde propuestas de encuentro, ejercicio y recreación, espacios que impliquen el abordaje de la salud desde distintas expresiones físicas, espirituales, artísticas y culturales (canto, danza, pintura, escultura, grabados, fotografía, entre otros); propuestas que se vinculen a sus propios intereses y necesidades en torno a la actividad física o prácticas que promuevan una salud holística ligadas al autocuidado integral.

Espacios de formación/capacitación como “promotoras de salud” siendo destinatarias mujeres de las comunidades, en un trabajo que combine el diálogo de saberes populares con otros saberes de salud y de la medicina, orientados por necesidades relevadas por estas agentes de salud en diálogos con vecinas de las comunidades con las que trabajen, dónde también se convoque a especialistas en distintas temáticas.

La promoción de procesos de alfabetización, escolarización o culminación de las trayectorias educativas de las mujeres. Hemos advertido cómo las mujeres valoran en ambos grupos sociales sus trayectorias socioeducativas y cómo éstas se enlazan a sus conocimientos y aprendizajes en salud. Al respecto, Saforcada (2019b) reflexionaba que la escolarización de las madres representa un aporte al mejoramiento de las condiciones de salud de sus familias y sus comunidades, entendiendo que la educación de las madres se constituye en un factor fundamental para el desarrollo salubrista de las comunidades.

Para el autor el tránsito por la educación formal, ya de por sí supone una vía de construcción de conocimientos y destrezas generales para la vida no necesariamente específicos del área de la salud. Aspecto que, de promoverse intencionadamente desde el sistema educativo,

podría incrementar y complementar con construcciones propias de conocimientos sobre el proceso de salud y destrezas específicamente vinculados con la salud y el bienestar, con posteriores implicancias en prácticas de salud personal, familiar y comunitarias, favoreciendo ese incremento y enriquecimiento de conocimientos y aprendizajes el desarrollo salubrista de las comunidades.

En este sentido, promover que secretarías municipales de educación y salud trabajen conjuntamente orientadas por la intencionalidad de posibilitar trayectorias educativas, se constituye en una apuesta de relevancia salubrista para las comunidades. Así como una apuesta a la cual podrían entramarse muchas otras intencionalidades de trabajo conjunto, partiendo de la idea de que educación y salud constituyen pilares fundamentales de toda sociedad (Saforcada, 2012c).

En síntesis: Diversidad de políticas y programas de salud podrían derivarse desde la consideración de las temáticas aquí señaladas en consonancia con las dimensiones de análisis surgidas de este estudio. En clave de favorecer este tipo de procesos, se asume el compromiso de comunicar, mediante informes técnicos a áreas e instancias de gobierno municipal sobre los hallazgos del estudio.

Contribuciones al componente formal

Entendemos que la apuesta es y será en los próximos años por promover y sostener entre el componente formal y el componente informal de la salud, espacios de diálogo centrados en las construcciones psicosocioculturales y psicopedagógicas de mujeres, familias, pobladoras y pobladores de comunidades desde miradas abiertas, dialogantes, basadas en un intercambio de saberes respetuoso y empático.

En este sentido pensamos que, la fragilidad del contexto sociopolítico contemporáneo, los recortes del Estado y los embates permanentes que las y los trabajadores de la salud pública reciben, los expone permanentemente a la vulneración en torno a sus condiciones de trabajo aunado a una falta de reconocimiento por su labor. No obstante, entendemos que esta realidad que los atraviesa cotidianamente no debería apartarlos del deber ético de ejercer con compromiso y responsabilidad la práctica humanizadora de salvaguardar el derecho a la salud de las poblaciones que los consultan. Más aún, es en esos vínculos donde reside la razón de ser de las profesiones de la salud, y dónde los y las profesionales reciben el reconocimiento de quienes más requieren de ellos, las personas consultantes. De manera que, entendemos que es esta realidad la que los y las debe desafiar a redoblar sus apuestas por un desempeño profesional que articule calidad científico-técnica con una ética de la calidez y sensibilidad en el vínculo humano.

Lamentablemente algunos estudios señalan un camino a contramarcha de ello. Al respecto, Torres López (2002) desde la antropología de la salud, advertía que los profesionales de la salud se encuentran cada vez más alejados de la población a la cual dirigen sus acciones, sobre todo en lo inherente a conocer sus formas de significar, conocer, y actuar respecto de sus procesos de salud y enfermedad. Landini et al. (2014, p. 240) planteaban que “los profesionales de la salud deben reflexionar críticamente sobre sus propias prácticas y acciones, evaluando de qué manera están contribuyendo con ellas para llegar a resultados o situaciones indeseadas”.

En consonancia con estas reflexiones, nuestra investigación ha dado cuenta en algunos pasajes de experiencias de atención de las mujeres que exponen, ya sea en el ámbito público como privado, cómo referentes del componente formal desconsideran sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas. Construcciones que no son tenidas en cuenta en las de-

finiciones y modalidades de las prácticas de prestación organizacionales y/o relacionales que se llevan a cabo en los servicios de salud.

Dicha situación expresa la necesidad de difundir la perspectiva de las poblaciones por el impacto y relevancia que podría tener en las proyecciones y accionares del componente formal. En consonancia con estudios anteriores donde a partir de detectar la presencia de barreras psicosocioculturales en el primer nivel de atención proponíamos la formación en pedagogía dialógica para profesionales de la salud (Juárez, 2015), este estudio confirma y sostiene la insistencia de la necesidad de trascender el lugar de los y las profesionales como únicos poseedores de saberes que en el marco del espacio de consulta deben limitarse a constatar si los o las consultantes “entendieron” sus explicaciones (sobre un diagnóstico, tratamiento, indicación) para avanzar en un posicionamiento verdaderamente pedagógico y humanizador del encuentro.

Lo planteado da cuenta de la importancia de desarrollar espacios de reflexión, formación/capacitación con profesionales y trabajadores de los Servicios de Atención de la Salud acerca de herramientas pedagógicas que pueden construirse para promover procesos dialógicos generadores de conocimientos sobre SECA con las poblaciones, donde sus propios saberes profesionales dialoguen con más efectividad en un terreno fértil para conocer sobre salud.

Espacios de reflexión, talleres, conversatorios, capacitaciones y formaciones que podrían ofrecerse desde áreas o secretarías de salud en sus distintas jurisdicciones, trabajando en ámbitos de lo público y lo privado, así como en la educación superior universitaria en lo inherente a la formación de grado y posgrado, entre otros. En este sentido, pensar en el grado universitario supone articular con apuestas que ya se vienen dando al interior de algunos planes de estudio de carreras de medicina o de ciencias de la salud que han comenzado a incorporar aportes de la antropología, la comunicación, la psicología, entre otras, vinculadas a la salud y a la comunidad.

En síntesis: A veces pienso, y lo recalco a título personal, que a las y los trabajadores y profesionales de la salud les pedimos mucho, o al menos más que a profesionales de otros campos. “Que sean un poco más psicólogos”, “que sean un poco más comunicadores”, “que sean un poco más pedagogos”, “un poco más trabajadores sociales”. Incluso, en sintonía con eso, recuerdo, en el marco de un estudio anterior (Juárez, 2015) haber escuchado a uno de ellos, médico pediatra, remitiéndose a un momento de su vida en que le tocó ser “paciente” en internación. Me expresaba ese anhelo en torno al colega que lo atendía “me hubiera gustado que me trate mejor”. Será que muchos quisiéramos que los profesionales y trabajadores de la salud sean, no un poco, sino mucho más humanos.

Probablemente, como decíamos al inicio, las permanentes políticas de recortes presupuestarios a la salud, la precarización de sus trabajadores y trabajadoras, sumado al hecho de lo que significa el trato cotidiano con el dolor ajeno -vivenciado ya desde sus trayectorias de formación en las residencias universitarias, las guardias y la práctica profesional- son cuestiones que pueden propender a una reacción defensiva de estos profesionales frente a la inundación masiva de sensaciones dolorosas (Dyer, 1994). Kleinman (2011) se refería a una disociación experimentada por las y los profesionales de la salud, entre una práctica médica técnica, por un lado, y por el otro, vivencias emocionales difíciles de manejar que provocan un yo dividido que debilita la interacción clínica, pero también la vida personal de estos profesionales.

Entendemos que probablemente la confluencia de estos factores, junto quizás con otros, han contribuido a que paulatinamente se haya deshumanizado un vínculo vital para la salud y bienestar humano. Esperamos tanto de ellos y de ellas porque cuando requerimos de sus servicios es debido a que nos encontramos transitando procesos del ciclo vital, propios o de

nuestros seres más queridos, que en general nos encuentran totalmente atravesados, vulnerabilizados, fragilizados en nuestra integridad psicofísica y espiritual. Es entonces cuando nuestra necesidad más sentida es que las y los profesionales “conecten” con nosotros y nuestra realidad en ese momento.

No hay dudas que trabajar con el ser humano significa enfrentarse a diario ante un sujeto de conocimiento complejo. No obstante, “la especialidad y sacralidad (como cualidad de sagrado) que supone el ser humano como sujeto de estudio (...) otorga un plus a la práctica médica” (Juárez, 2015, p. 252). Por eso esperamos de ellos y ellas más que de profesionales de otros campos.

Es en ese plus, donde entendemos debe dinamizarse en el encuentro profesionales-poblaciones, procesos de co-construcción de conocimientos donde los profesionales se asuman como iniciadores de los mismos. Siendo ellos y ellas los protagonistas en el transformar escenarios de “injusticia epistémica” (Rodríguez, 2021), arraigados en el sistema de salud, por lugares progresivamente más justos y humanizadores de construcción de conocimientos comunes (saberes legos-saberes científicos sobre salud), sustentados en la amorosidad como cualidad del educador dialógico, al decir freireano.

Contribuciones al componente informal

Consideramos imprescindible atender a las concepciones, los conocimientos, las creencias y las prácticas legas de SECA emergentes de las mujeres para trabajar en una perspectiva de lo social expansivo, desde la participación, la promoción, la concienciación, el empoderamiento y autogestión de las comunidades en salud.

Pensamos que un trabajo con poblaciones consultantes puede generarse a través de espacios de talleres, desde áreas/secretarías de gestión de gobierno (municipal, provincial, nacional) vinculados a la salud, la educación, el desarrollo social, secretarías de infancias, adolescencias y familia, así como desde proyectos de extensión universitaria que se realizan desde carreras vinculadas a la salud y la educación, orientados a ofrecer encuentros de reflexión abiertos para todo público que se identifique como protagonistas en la construcción de conocimientos sobre SECA.

Encuentros dinamizados desde una psicopedagogía comunitaria en clave “salubrista” (Juárez, 2026) centrada en la promoción de “comunidades de aprendizaje sobre SECA”, las que, situadas en sus territorios, convoquen la participación de diversos actores en un espacio donde compartir sus conocimientos, reflexionar sobre lo que saben y cómo lo han aprendido, así como aquello que necesitan conocer más y mejor para proteger su salud, restituir su bienestar, el de sus familias y comunidades, o bien lo inherente a construir respuestas frente al malestar o daño en estos espacios. Se trata de espacios de construcción y difusión de conocimientos, trabajando en distintos ejes:

Eje del cómo conocer, favorecer procesos de diálogos de saberes, así como metacognoscentes que permitan realizar una vigilancia autorreflexiva de los saberes que se disponen para, a partir de ello propiciar, valorar, modificar y enriquecer en diálogo con otros nuevos.

Eje del qué conocer, implica pensarlo como espacio para reflexionar sobre las temáticas y contenidos de los aprendizajes sobre SECA, generando intercambios, enriqueciendo perspectivas, convocando a referentes, profesionales y legos que dispongan de otros saberes que se consideran valiosos y necesarios para aprender más y mejor, por parte de las personas involucradas.

Eje socio-educativo- cultural y sanitario, propone pensar la propuesta en términos de continuidad en el tiempo a través de la definición, por ejemplo, de programas de educación popular a partir de la identificación de temarios y contenidos sobre SECA que se van constituyendo como agenda de intereses que surgen desde la diversidad de actores, referentes y poblaciones que participen. Éstos pueden estar guiados desde principios de la Investigación Acción Participativa tomando aportes de referentes como Paulo Freire o Fals Borda, así como desde abordajes etnográficos críticos, entre otras perspectivas metodológicas potables como la Estrategia del Mínimo Operante (Albino et al. 2011).

Eje difusión de conocimientos sobre SECA. Finalmente pensamos en la articulación y difusión de los saberes y experiencias, así como de inquietudes o problemáticas de mujeres, así como de otros actores, a partir de la constitución de mesas territoriales de diálogo entre distintos barrios, o intersectoriales, convocadas por espacios del municipio en diálogo con sus distintos estamentos, así como desde organizaciones sociales.

Estas reflexiones emergen enlazadas a principios centrales que deben darse en el trabajo comunitario desde la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en tanto apuesta que debería suponer un entramado entre el sistema formal de salud (SFS) y el sistema popular de salud (SPS) con sus correspondientes concepciones, conocimientos, creencias y prácticas. Construcciones que deben darse articuladas a principios rectores como la inter y transdisciplinariedad de los equipos, la corresponsabilidad e intersectorialidad de áreas y organismos de la sociedad civil en pos de generar mesas de diálogo o redes que representen las distintas voces de actores sociales responsables de garantizar el derecho a la salud de las comunidades apuntando procesos colectivos orientados a la protección y promoción de la salud de las personas.

Contribuciones al campo de la investigación

Este trabajo convoca al desarrollo de líneas de investigación desde multiplicidad de perspectivas en salud comunitaria y colectiva, desde los campos disciplinares de la psicología, la psicopedagogía, en sus especialidades psicología de la salud, psicología sanitaria, psicología comunitaria, psicopedagogía comunitaria y desarrollos en clave salubrista, antropología de la salud, epidemiología crítica, educación para la salud, sociología de la salud, trabajo social en salud, comunicación en salud, entre otras áreas de conocimiento de las ciencias sociales y humanas para trabajar en salud.

Asimismo, emergente de este trabajo y en consonancia con un devenir en investigación desde hace 20 años proyectamos dar continuidad a la consolidación de una psicopedagogía comunitaria, a partir de un estudio de experiencias argentinas desde esta perspectiva, construyendo conocimiento en torno a un área de vacancia en el campo psicopedagógico. En un escenario, en el que las demandas contemporáneas instan a la construcción, sistematización y difusión urgente de un conocimiento que permita recuperar el protagonismo de las comunidades en la construcción de aprendizajes y conocimientos sobre sus propios procesos de salud, enfermedad, cuidados, atención y sostenimiento de la vida en general. Para ello ha sido presentado y aprobado un nuevo plan de trabajo ante el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) que dará continuidad a este estudio a partir de la investigación en psicopedagogía comunitaria (DI-2025-2201-APN-GRH#CONICET/ Anexo IF-2025- 111953835-APN-DDRH#CONICET).

En consonancia con el estudio aquí presentado, las apuestas que se derivan en investigación colocan énfasis en fortalecer procesos de articulación entre salud, educación y comunidad, convocando a áreas de municipios y organizaciones sociales comprometidos en mejorar las condiciones de vida, salud y bienestar de sus comunidades, formando a sus profesionales

en enfoques comunitarios y salubristas, así como a sus ciudadanos en perspectiva de ciudadanías integrales, empoderadas, desde la participación y un papel activo respecto de sus saberes, prácticas y la preservación de sus derechos; abocados a los problemas y necesidades sentidas, pero también a la promoción de acciones vinculadas a la protección y la promoción de la salud, desde perspectivas que parten de atender a los recursos y fortalezas de las comunidades, allí donde se encuentra el reservorio de sus concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de SECA.

Entendemos que este trabajo abona en ese sentido. De ahí nuestro compromiso de publicar el estudio completo como insumo que permita orientar el desarrollo de políticas, programas e investigaciones orientados a garantizar el acceso universal a una salud integral de las poblaciones.

Contribuciones a la psicopedagogía

Preguntarnos en esta instancia ¿qué aporta este trabajo al campo disciplinar de la psicopedagogía? puede resultar tautológico en tanto ya hemos dicho que se concluye identificando a la psicopedagogía comunitaria como una rama de la psicopedagogía. No obstante, el estudio puede realizar sustantivas contribuciones a la psicopedagogía en general. Atendiendo a ello, pensamos que:

En el *plano epistemológico*, este trabajo contribuye en una *ampliación del foco del objeto de estudio* psicopedagógico. Junto con otras apuestas psicopedagógicas contemporáneas, esta investigación se aparta de una idea del aprendizaje ligado a la lógica formal escolarizante, circunscripto a infancias y juventudes, para proponer una concepción ampliada, multidimensional y situada de estos procesos en distintos momentos en que transcurre la vida de las personas, concibiéndolos en términos de construcciones sociales, grupales y colectivas *en y para* la vida.

Respecto a lo *teórico-conceptual*, este trabajo contribuye y anima a una psicopedagogía que traspasa sus propios márgenes y promueve articulaciones con diversas disciplinas y especialidades dentro de las ciencias humanas, sociales, de la salud y la educación, para promover lecturas integrales y multidimensionales del objeto psicopedagógico en torno a las experiencias vitales de las personas.

En lo referido a la *especificidad temática*, este trabajo al articular salud, mujeres, desigualdad social y psicopedagogía, *contribuye a una psicopedagogía de la visibilización de las condiciones concretas en que transcurre la existencia humana*, donde se propician, se dificultan, o no se favorecen las condiciones para aprender. En este sentido, se contribuye a la consideración de aspectos reales, singulares, comunes y diferentes entre los grupos humanos, una psicopedagogía socialmente sensible que se aparta de lecturas e intervenciones que consideran a las personas y desigualdades en abstracto, que homogeneizan realidades socioeducativas y sanitarias, atenuadas a datos duros provistos por estadísticas.

En lo inherente a lo *metodológico*, este trabajo contribuye a una psicopedagogía capaz de desarrollar procesos de investigación situados, críticos y reflexivos. Una psicopedagogía que incorpora metodologías cualitativas, dialógicas y que anima a una incorporación del carácter participativo en la investigación psicopedagógica. Que piensa en herramientas pertinentes para la generación de conocimientos que sean sedimento de intervenciones orientadas a incidir en las propias situacionalidades de las personas. Así, el trabajo contribuye a trascender lógicas diagnósticas, extractivistas o restringidas “sobre” un sujeto individual psicopedagógi-

co, a lógicas de indagación conjunta “con” sujetos en su carácter social y cognoscente, implicándose en sus procesos desde la reflexión y la posibilidad que representa la acción colectiva.

En síntesis, este estudio contribuye a la psicopedagogía:

- Al generar apertura a otros espacios en que la vida transcurre, donde el aprender o construir conocimiento con otros y otras, cobra relevancia para su sostenimiento,
- Al abrirse a marcos de interpretación/compreensión en torno a la realidad/contexto en que se inscriben los aprendizajes sociales, resignificando y re-visitando teorías y perspectivas de campos y especialidades disciplinarias como la psicología social, comunitaria, sanitaria, ambiental, la antropología sociocultural y de la salud, la pedagogía social, la filosofía, la sociología, el trabajo social, considerando corrientes latinoamericanas críticas, de-coloniales, feministas, entre otras.
- Al re-visitar, ensayar y crear nuevas concepciones del aprender, atendiendo a múltiples sentidos en el devenir de la vida humana.
- Al pensar en su profesional en nuevos escenarios, ámbitos y contextos de su quehacer.
- Al reconocer que, simultáneamente a la configuración de esta psicopedagogía comunitaria, emergen en los tiempos que corren otras nuevas perspectivas y enfoques psicopedagógicos con las que debe dialogar, que también surgen del arraigo territorial, el reconocimiento de problemáticas y necesidades dónde el aprender tiene cabida. Psicopedagogía forense, psicopedagogía queer y de las disidencias, psicopedagogía laboral y de las cooperativas de trabajo, psicopedagogía de las trayectorias socioeducativas, psicopedagogías feministas, psicopedagogías decoloniales, psicopedagogías ambientales, psicopedagogías interculturales y de los pueblos originarios, entre muchas otras, son nuevas expresiones y proyecciones de una psicopedagogía contemporánea, posicionadas en paradigmas sociocríticos y de la complejidad convocadas por el aprender y promover el desarrollo de la vida en escenarios humanizados, de justicia social y restitución de derechos.

Las reflexiones presentadas no agotan los aportes que puede realizar este estudio al campo psicopedagógico. Sin embargo, entendemos que dan cuenta de un aspecto clave del mismo que es el que refiere a su contribución *a una identidad político-epistemológica de una psicopedagogía latinoamericana y sursituada*, implicada en debates, experiencias y desarrollos que pugnan por salvaguardar los derechos a la salud, a la educación y al aprender, en escenarios donde, antagónicamente, lo que impera es la vulneración y la consecuente proliferación de las desigualdades.

Cerrando

Concluyo este libro en primera persona y empleando la forma verbal del gerundio “cerrando”, para referirme a una acción que está siendo, que no se acaba. Ello me permite designar lo difícil que es dar por finalizado un proceso de tantos años, que se abrió a múltiples realidades, que reunió voces de mujeres, con trayectorias sanitarias singulares, disímiles y comunes. En este sentido, la pretensión no es presentar conclusiones que clausuren sino procesos que hablan de construcciones sociales, colectivas, abiertas, realidades que seguirán siendo, susceptibles de transformación, tarea a la cual debemos abocarnos con premura.

En ese sentido, este libro a partir de sus ricas descripciones sobre concepciones, conocimientos, creencias y prácticas de salud de mujeres del Gran Río Cuarto, ofrece un entramado

para conocer, y a partir del cual dialogar y construir nuevos saberes por parte de las y los profesionales y trabajadores de la salud, de la educación, de diversas profesiones y en particular de la psicopedagogía.

Así, esta investigación contribuye con sus fundamentos a la configuración de una plataforma común de respeto, escucha profunda, diálogo y empatía en torno a cuestiones de SECA, orientada a lograr un horizonte de transformación en los distintos niveles de atención y más allá de escenarios propiamente formales de la salud. No obstante, fundamentalmente en lo que hace a las prácticas promovidas por equipos de salud en los encuentros con las comunidades, estamos convencidas que ello permitirá diluir las barreras habituales que obturan el acceso a la salud desde los espacios intersubjetivos del componente formal/cuasiformal con el informal, logrando transitar a “puentes psicosocioculturales” (Juárez y Saforcada, 2013, p. 213), basados en la humanización de las relaciones de salud.

Decir finalmente que nos ha orientado el anhelo, al decir freireano, de poner en acción una “*psicopedagogía de la denuncia de las desigualdades en salud*”, que enseñe y visibilice diversas realidades de mujeres, intentando trascender a una “*psicopedagogía del anuncio de la humanización y la igualdad en salud*”, apostando por espacios de justicia epistémica y de co-construcción de aprendizajes y conocimientos, orientados a salvaguardar y proteger el acceso a los servicios de atención y con ello el derecho a una salud integral y a una vida digna por parte de las poblaciones.

Esperamos que este anhelo se haga eco en distintos espacios en pos del bienestar y buen vivir de las comunidades. Que así sea.

María Paula Juárez

*Jueves 20 de noviembre de 2025, Las Higueras
(Gran Río Cuarto, Córdoba, Argentina).*

Referencias

- Abdo-Francis, J., Bosques-Padilla, F., Gutiérrez-Castrellón, P., & Sobrino-Cossío, S. (2020). El daño colateral de la atención de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(6), 799–804. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000647>
- Achili, N. (2005). *Investigar en antropología social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Laborde Editor.
- Achilli, E. (2023). *Investigación en la formación docente: Algunas pistas teóricas metodológicas*. *Revista Científica EFI-DGES*, 9(14), 13–28.
- Alarcón, A. M., Vidal, A., & Rozas, J. N. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061–1065. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014
- Alarcón, A.M., & Nahuelcheo S. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungará (Arica)*, 40(2), 193-202. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562008000200007>
- Albino, Y., et al. (2011). *La estrategia del mínimo operante en el desarrollo salubrista de comunidades*. Nueva Editorial Universitaria, Universidad Nacional de San Luis.
- Alfieri, E., Lázaro, F., Santana, F., Meneses, F., Suárez, M., Vasconcelos, V., & Whitaker, D. (Eds.). (2021). *Paulo Freire, 100 años: Pasado y presente de una pedagogía liberadora* (Boletín de los Grupos de Trabajo CLACSO). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/10/V2_Paulo-Freire_N3.pdf
- Algranti, J. (2010). Mito, liderazgo y política en el mundo evangélico. Análisis de las representaciones neo-pentecostales sobre su destino de liderazgo en la sociedad Argentina. *Revista de Antropología Experimental*, 10(11). 195-210. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1948>
- Álvarez Rojo, V. (2002). *Diseño y evaluación de Programas*. Madrid: Editorial EOS. <http://pspcomunitaria.wordpress.com/documentos-descargables/>
- Alvaro, D. (Coord.) (2021). *Vidas diseñadas. Crítica del coaching ontológico*. Ubu Ediciones.
- Amezcu, M. (2004). Investigación cualitativa, métodos biográficos e historia oral en el contexto de la salud. Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud, Fundación Index, Granada, España. *Archivos de la Memoria*. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/50775/2004-am-editorial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Angelino, M. A. (2014). *Mujeres intensamente habitadas: Ética del cuidado y discapacidad*. La Hendija.
- Angles, C. A. (2008). ¿Qué es el narcomenudeo? Un acercamiento etnológico. *Liberaddictus*, (103), 3–7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2704534>

- Ante Lezama, M., & Reyes Lagunes, I. (2016). Sentido de comunidad en el barrio: una propuesta para su medición. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2487–2493. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.11.003>
- Antelo, E. (2006). *Psicopedagogía Forense. II Jornadas de Práctica Psicopedagógica*. Universidad Nacional de Río Cuarto. Córdoba, Argentina.
- Araya E, Pezoa S, Saavedra A, & Aravena R. (2019). Conocimiento y creencias sobre infección por Clamidia en población joven. Revisión narrativa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(5), 403–415. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000500403>
- Ardila, S., & Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 9–16. <https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4957>
- Arias, A. J., & Scalia, J. G. (2025). *Cambios y continuidades en la política social del Estado nacional (2024–2025)*. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*. <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/2349>
- Arteaga, A. (2007). Los taxa vernáculos de enfermedades y los especialistas tradicionales en la provincia de La Pampa (Argentina). En *VI Congreso Chileno de Antropología*. Colegio de Antropólogos de Chile. <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/19>
- Aruguete, N. (2013). La narración del espectáculo político: Pensar la relación entre sistema de medios y poder político. *Austral Comunicación*, 2(2), 205–216. <https://doi.org/10.26422/aucom.2013.0202.aru>
- Arza, C. (2020). Familias, cuidado y desigualdad. En Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: La experiencia en la Argentina* (pp. 45–64). CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46453/S2000784_es.pdf
- Assusa, G. (2019). *El mito de la patria choriplanera: Una sociología de la cultura del trabajo en la Argentina contemporánea*. Teseopress.
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16(2), 71–80. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/9jC-7MwFfk9TZ3pMnYd6BYzm/?lang=es>
- Baeza, S. (2012). Psicopedagogia: nuevos desafíos hoy ... hacia las mejores prácticas del mañana. *Revista Contextos de Educación*, pp.1-7. <http://www.enfermeria.hum.unrc.edu.ar/publicaciones/contextos/articulos/vol12/pdfs/05-baeza.pdf>
- Bagatoli Silveira, F., et al. (2024). The contribution of Paulo Freire's thought to Popular Health Surveillance actions. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 29(6), e12312023. <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n6/e12312023/>
- Bambozzi, E. (2005). *Escritos pedagógicos*. Ediciones del Copista.
- Bambozzi, E. (2012). Pedagogía latinoamericana. En O. Parra Roza & O. Asdrúbal León (Eds.), *Pensar la educación para Iberoamérica* (Tomo II, pp. 115–124). Ediciones USTA.
- Bambozzi, E. (2026). *Pedagogía como territorio de disputas. Educación y lazo social en América Latina*. SL Ediciones.

- Baña Castro, M; Salcinez Martínez, M; Álvarez Romalde, P; y Fernández Rego, E. (2000). La Intervención Psicopedagógica socio-comunitaria en un Centro Educativo de Secundaria del Distrito V. *Actas V Congreso Galego-Portugués de Psicopedagogía*, 4(6), 565-571. http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6755/1/RGP_6-74.pdf
- Baquero, R. (2002). Del experimento escolar a la experiencia educativa: La transmisión educativa desde una perspectiva psicológica situacional. *Perfiles Educativos*, 24(98), 57-75.
- Barbero, D; Filippi, M.A. y Jakob, I. (2017). Fortalecimiento de la inclusión educativa y social desde propuestas psicopedagógicas en espacios sociocomunitarios. Aportes a la formación profesional. *V Jornadas de Investigación e Intervención en Psicopedagogía. Intervenciones psicopedagógicas en espacios diversos*. Universidad Católica de Córdoba. Córdoba. Junio 2017.
- Barbero, D. A., Filippi, M. Á. y Rainero, M. D. (2023). La formación psicopedagógica para el trabajo con infancias: promoviendo educación inclusiva en contextos educativos diversos. En M. E. López (Comp.), *5º Congreso Internacional entre Educación y Salud. Infancias: Diálogos interdisciplinarios*. 60 años de formación profesional ética y humanizante (pp. 43-49). Repositorio Digital Institucional Universidad Provincial de Córdoba. <https://repositorio.upc.edu.ar/handle/123456789/557>
- Barboza da Silveira, B., & Kuhnen, A. (2019). Psicologia ambiental e saúde na relação pessoa-ambiente: uma revisão sistemática. *Psi Unisc*, 3(1), 89-105. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v3i1.12523>
- Barrancos, D. (2025). “¡Afuera las políticas de género!”: Crónica de un año aciago. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*. <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/2417>
- Barrault, O. (2006). Lectura de la realidad en la Psicología Comunitaria: Sujeto y realidad. [Documento de uso interno, Cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba].
- Barrenechea, J. M. A., & Artola, J. M. (1998). *Racionalidad e idelidad: de la finitud de la experiencia a la experiencia de la infinitud*. Editorial San Esteban.
- Batthyány, K., & Arata, N. (Comps.). (2022). *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella)*. Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista. Siglo XXI-CLACSO.
- Batthyány, K., & Araujo Guimarães, N. A. (2022). ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados? (y por qué su invisibilización es fuente de desigualdades). En K. Batthyány & N. Arata (Comps.), *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella)*. Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista (pp. 121-148). Siglo XXI; CLACSO.
- Beccaria, L., & Fernández, A. L. (2025). *El mercado de trabajo argentino en un contexto de ajuste y flexibilización*. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*. <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/2414>
- Belli, L. (2025, marzo 5). Romper para después decir que no funciona. *Ecofeminita*. <https://ecofeminita.com/romper-para-despues-decir-que-no-funciona/?v=c582dec943ff&dplrid=6D7061756C616A756172657A40676D61696C2E636F6D>

- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 4(1), 25–34.
- Belli, L. F. (2024a). Curso 1. Clase 1: Género y desigualdad en el acceso a los cuidados en salud. En *Curso online: Introducción a las problemáticas de género en salud – Parte I*. Ecofeminita. <https://www.ecofeminita.com>
- Belli, L. F. (2024b). Curso 2. Clase 3: Género y salud sexual y (no) reproductiva. En *Curso online: Introducción a las problemáticas de género en salud – Parte II*. Ecofeminita. <https://www.ecofeminita.com>
- Belli, L. F. (2024c). Curso 2. Clase 4: Cuidados informales en salud. En *Curso online: Introducción a las problemáticas de género en salud – Parte II*. Ecofeminita. <https://www.ecofeminita.com>
- Belmartino, S. (2024). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?* EdUNLa. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/58/68/218-2> (Obra original publicada en 2005).
- Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: La mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 130, 29–40. https://www.fuhem.es/papeles_articulo/desigualdad-en-salud-la-mayor-epidemia-del-siglo-xxi/
- Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, C. (2015). Desigualdad en salud: La mayor epidemia del siglo XXI. En J. Llambías Wolff (Ed.), *La enfermedad de los sistemas de salud: Miradas críticas y alternativas* (pp. 11–18). Ril Editores.
- Benza, G. (2014). El estudio de las clases medias desde una perspectiva centrada en las desigualdades en oportunidades de vida. *Cuadernos de Investigación en Desarrollo*, (4). Programa Universitario de Estudios del Desarrollo, Universidad Nacional Autónoma de México. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/pued-unam/20170612034517/pdf_300.pdf
- Berenzon Gorn, S., & Mora Ríos, J. (2005). Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la ciudad de México. *Investigación en Salud*, 7(3), 181–187. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14220644004.pdf>
- Bergel Varela, J., & Rey, D. (2021). *Fortaleciendo redes para sostener la vida: Los cuidados comunitarios en el contexto del COVID-19*. Asociación Lola Mora; Red de Género y Comercio. <https://asociacionlolamora.org.ar/wp-content/uploads/2021/09/Fortaleciendo-redes-para-sostener-la-vida-ALM.pdf>
- Bertaux D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones* (29), 1-23. <http://clasesbosa.blogspot.com/2009/01/el-enfoque-biografico-daniel-bertaux.html>.
- Bertoldi, S. (2021). ¿Es posible pensar la psicopedagogía en términos de disciplina? En Filidoro, N., Bertoldi, S., Fuertes, C., Mantegazza, C., Mas, M., Pereyra, B. y Serra, C. (2021), *Psicopedagogía. Revisión de conceptos y problemas* (pp. 137-156). Editorial Biblos.
- Bertoldi, S. (2024). *Investigar en psicopedagogía. Perspectivas epistemológicas, teóricas y metodológicas en la producción de conocimiento disciplinar*. La Hendidja Ediciones.

- Bianco, M. I., Felizzia, S., Asis, S., Alaniz, E., Irusta, N., Possio, J., Reinoso, D., Riquelme, S., Baldobino, M., Muñoz, C., & Ravera, M. (2013). Condiciones de vida, salud y trabajo de las familias que realizan recolección informal de residuos. En S. Felizzia & M. I. Bianco (Comps.), *Divulgación científica en enfermería: La difusión de resultados de investigación optimiza el cuidado* (pp. 177–188). Universidad Nacional de Río Cuarto, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento Escuela de Enfermería.
- Billot M, Daycard M, Wood C, & Achille, T. (2019). Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. *BMJ Supportive & Palliative*; 9, 434–438. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001775>
- Bladh, M., Sydsjö, G., Ekselius, L., Svedberg, P., & Swahnberg, K. (2023). Sense of coherence and health in women: A 25year followup study. *BMC Women's Health*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02834-x>
- Blaxter, M. (1983). The causes of disease: Women talking. *Social Science & Medicine*, 17(2), 59–69. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90356-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90356-8)
- Blaxter, M. (1987). Evidence on inequality in health from a national survey. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(87\)93062-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(87)93062-5)
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. Routledge.
- Blaxter, M. (1997). Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Social Science & Medicine*, 44(6), 747–756. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00192-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00192-X)
- Blaxter, M. (2004). *Health: Key concepts*. Wiley.
- Blaxter, M., & Paterson, E. (1982). *Mothers and daughters: A three-generational study of health attitudes and behaviour*. Ashgate Publishing.
- Boff, L. (2012). ¿Vivir mejor o el buen vivir? <http://servicioskoinonia.org/agenda/archivo/obra.php?ncodigo=757>
- Bolívar Botía, A., & Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación: Enfoque y metodología*. La Muralla.
- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Laia.
- Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Ediciones Periferia.
- Boltanski, L. (1977). *Descubrimiento de la enfermedad: Medicina popular y medicina científica*. Ciencia Nueva.
- Bonetto, M. J. (2016). El uso de la fotografía en la investigación social. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 11, 71–83.
- Bonvilliani, A. (2023). Hacia una comprensión psicosocial de la configuración de las subjetividades. *Quaderns de Psicologia*, 25(1), 1–18. <https://doi.org/10.5565/rev/apsicologia.1873>
- Borda, P. (2015a). La búsqueda de bienestar y equilibrio emocional en personas de clase media del AMBA: de la psicoterapia convencional a las prácticas antiestrés. *XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*. <https://cdsa.aacademica.org/000-061/255.pdf>

- Borda, P. (2015b). El cuidado de sí y la búsqueda de bienestar en la diversificación psicoterapéutica contemporánea. *Argumentos, Revista de Crítica Social*, (17), 121-149. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1317>
- Bourdieu P. (1990). *Sociología y cultura*. Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 2(5). Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/1043/1015>
- Bourdieu, P. (1998). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2001). *Qué significa hablar*. Akal.
- Bourdieu, P. (2007). *Cosas Dichas*. Gedisa.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publ-health.27.021405.102103>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana* (M. C. Breilh Ayora, Trad.; N. Krieger, Ed.). Universidad Andina Simón Bolívar. <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>
- Brey, E., Gómez, M. V., & Domínguez Pérez, M. (2023). Redes de apoyo y arraigos locales en mujeres de barrios vulnerables de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Sociología*, 32(4), a187. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2023.187>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, 1–14. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es>
- Bronfman, M. (2024). *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*. EdUN-La. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/57/67/215-1> (Obra original publicada en 2000).
- Brown, J. L. (2008). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos pagu* (30), 269-300. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>
- Bruno, M. (2012). Un puente entre los gestos y la imagen: Notas metodológicas sobre el trabajo de campo con fotografías. En V. Esquivel, E. Faur & E. Jelin (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil: Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 201–210). IDES.
- Bucosky Yolde, M., Torres Stöckl, C. M., Sosa, F. M., Cejas, L. A., & Arienti, L. (2021, noviembre). Representaciones sociales del COVID-19 en la segunda ola: Ideas, instituciones, personajes y sentimientos asociados. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

- Budó, M. L. D., Schimith, M. D., Garcia, R. P., Seiffert, M. A., Simon, B. S., & da Silva, F. M. (2014). Concepções de saúde de usuários e profissionais de uma estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(2), 439–449. <https://doi.org/10.5902/2179769210461>
- Burbules, N. (1993). *El diálogo en la enseñanza. Teoría y práctica*. Amorrortu editores.
- Bustos, D., & Bracamonte, I. (2025). Tejer cuidados en la trama comunitaria: Acompañamiento grupal a familiares y referentes afectivos en torno a los consumos [Ponencia]. *2do Congreso Latinoamericano de Trabajo Social*, Universidad de Villa María, Villa María, Argentina.
- Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: Un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 18. https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/526
- Caballero-Orduño, D. & Berenguer-Gouarnaluses, M. (2016). Liberación de las emociones atrapadas a través de terapias naturales. *Dominio de las Ciencias*, 2, 45-56. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910935>
- Cabrera G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín*. 19(1),91-101. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.906>
- Calandri, I. L., Hawkes, M. A., Marrodan, M., Ameriso, S. F., Correale, J., & Allegri, R. F. (2021). Changes in the care of neurological diseases during the first wave of the COVID-19 pandemic: A single private center study in Argentina. *Frontiers in Neurology*, 12, 613838. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.613838>
- Calderón Botello, L., Delgadillo Legaspi, L., Vidales Jara, M. & Ortega, V. (2024). Consumo de marihuana en mujeres y creencias sobre el consumo de marihuana en madres jóvenes. *Revista Enfermería. Innovación y Ciencia*, 6(1), 1-13. <https://doi.org/10.60568/eic.v6i1.2195>
- Callejón, P. (2010, junio 1). En Río Cuarto hay 1100 familias que viven en las villas miserias. *Telediario Digital*. https://www.telediariodigital.net/2010/06/en_rio_cuarto_hay_1100_familias_que_viven_en_las_villas_miserias/
- Campos García, A. (2012). Racialización, racialismo y racismo: Un discernimiento necesario. *Revista Universidad de La Habana*, 273, 184–199.
- Cancio-Bello Ayes, C., Lorenzo Ruiz, A., y Alarcó Estévez, G. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*. 20 (2), 119-138. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340239>
- Cantamutto, F. J., & Manzo, A. (2024). Deuda, ajuste fiscal y reformas estructurales en el gobierno de Milei: Perspectiva histórica y su impacto sobre los derechos humanos. *Derecho y Ciencias Sociales*, 215-241. <https://revistas.unlp.edu.ar/dcs/article/view/18559>
- Carballo-Quesada, L. (2022). Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. *Acta Médica Costarricense*, 64(2), 1–3. <https://doi.org/10.51481/amc.v64i2.1284>

- Cárdenas Aguilera, J. G., Chacón Acevedo, K. R., & López López, E. (2023). Impacto psicológico en las madres sobre el riesgo de enfermedad renal crónica en sus hijos. *Revista Colombiana de Nefrología*, 10(3), e653. <https://doi.org/10.22265/acnef.10.3.653>
- Carrasco-Cursach, J. (2018). Análisis epistemológico y construcción del objeto de estudio de la psicopedagogía. *Revista Pilquen, Sección Psicopedagogía*, 15(2), 37–42. <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/psico/article/view/2172>
- Carvalho Mendes, L. M., Sabino da Silva Neto, A., Gonçalves Barbosa, N., de Freitas Cardoso, L., Ferreira de Andrade, R., & Azevedo Gomes-Sponholz, F. (2023). Representaciones del COVID-19: La pandemia en el contexto de la migración pendular internacional desde la minería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57(Especial), e20220382. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0382>
- Castellá Sarriera, J; Vaz de Macedo, C; & Coin de Carvalho, J. E. (2020). *Salud Comunitaria. Perspectivas, escenarios y cuestiones relevantes*. Nuevos Tiempos.
- Castilla, M. V., Kunin, J., & Blanco Esmoris, M. F. (2020). *Pandemia y nuevas agendas de cuidados* (Documento N.º 8/2020). Secretaría de Investigación, Instituto de Altos Estudios Sociales (IDAES), UNSAM.
- Castro A. (2024). La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Revista panamericana de salud publica*, 48, e56. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.56>
- Castro, R. (2023). *Teoría social y salud*. EdUNLa. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/47/58/183-2> (Obra original publicada en 2010).
- Ceminari, Y., & Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXV Jornadas de Investigación; XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/142.pdf>
- Centro de Estudios para la Recuperación Argentina. (2025, 15 de julio). La clase media en terapia intensiva: reconfiguración del consumo, caída del ingreso y deterioro social. *Orsai*. <https://www.enorsai.com.ar/economia/42573-la-clase-media-en-terapia-intensiva--reconfiguracion-del-consumo--caida-del-ingreso-y-deterioro-social.html>
- CEPAL. (2020). *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: La experiencia en la Argentina* (Documentos de Proyectos LC/TS.2020/153). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46453/S2000784_es.pdf
- Charlot, B. (2007). *La relación con el saber. Elementos para una teoría*. Ediciones del Zorzal.
- Charlot, B. (2008) *La relación con el saber, formación de maestros y profesores, educación y globalización. Cuestiones para la educación de hoy*. Ediciones Trilce.
- Cimadevilla, G., & Carniglia, E. (2015). *Informe general del relevamiento de familias con actividades de cirujeo en la ciudad de Río Cuarto*. Universidad Nacional de Río Cuarto. <http://www.comunicacionyurbanidad.org>

- Collier, D. (1992). Método comparativo. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 5, 21–46. <https://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/285>
- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2004). Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología, UBA*, 12, 137–143.
- Concejo Deliberante de Río Cuarto. (2011). *Ordenanza N.º 1236: Presupuesto general de gastos y cálculo de recursos para el ejercicio fiscal año 2011* [Sancionada el 6 de septiembre de 2011, Decreto 3292]. <https://concejo.riocuarto.gov.ar/?seccion=buscador&command=display&subcommand=ord&id=2011012360>
- Conde, F; & Pérez Andrés, C.(1995). La investigación cualitativa en Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 69 (2).
- Conde, F. (1997). *Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid* (Documentos Técnicos de Salud Pública N° 47). Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Conde, F. (1998a). *Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad Autónoma de Madrid* (Documentos Técnicos de Salud Pública N° 32). Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Conde, F. (1998b). *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños* (Documentos Técnicos de Salud Pública N° 45). Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Conde, F. (1998c). *Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid* (Documentos Técnicos de Salud Pública N° 48). Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Conde, F. (1998d). *Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños* (Documentos Técnicos de Salud Pública N° 32). Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Conde, F., & Concha, G. (2002). La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993–2000. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 493–507. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500011&lng=es&tlng=es
- Congreso de la Nación Argentina. (2015). *Ley 27.197: Lucha contra el sedentarismo*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27197-255143>
- Consejo Nacional de Investigación (EE. UU.). (2010). *Contabilidad para la salud y la atención sanitaria: Enfoques para la medición de las fuentes y los costos de su mejora* (Cap. 6, Vinculación de la salud poblacional con la matriz de insumos de salud). National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53337/>
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). (2006). *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades* (Resolución D. N° 2857, diciembre de 2006). <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RD-20061211-2857.pdf>
- Cook, J. M. (2017). Social class bias: A phenomenological study. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 9(1). <https://research.library.kutztown.edu/jcps/vol9/iss1/1/>

- Corral Verdugo, V., Robles Pacheco, K., Corral Frías, N. S., Hernández Ruiz, B., & Suárez Rodríguez, E. J. (2020). Variables que afectan la relación entre las conductas sustentables y sus consecuencias psicológicas positivas: Rasgos de personalidad y costos conductuales. *Psicumex*, 10(1), 1–20. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v10i1.336>
- Crenshaw, K. W. (1994). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In M. A. Fineman & R. Mykitiuk (Eds.), *The public nature of private violence* (pp. 93–118). Routledge.
- Cuadrada, C. (2014). Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres. *História: Questões & Debates*, (60), 229-253.
- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1), 67–85. <https://doi.org/10.1177/1464700108086364>
- de Carvalho-Mesquita Ayres. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: Algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), 67–82.
- De Grande, P., & Salvia, A. (2021a). *Estratificación y desigualdad social (total país), 2010* [Mapa]. Recuperado el 1 de noviembre de 2024, de <https://mapa.poblaciones.org/map/97801>
- De Grande, P., & Salvia, A. (2024). *Indicadores del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2022*. Recuperado el 1 de noviembre de 2024, de <https://mapa.poblaciones.org/map/257701>
- de la Cuesta Benjumea, C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: Una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 13(1), 137–146.
- de Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Paidós.
- de Lellis, M. (2015). Perspectivas en psicología y salud comunitaria: a propósito de la Ley Nacional de Salud Mental. En E. Saforcada, J. Castella Sarriera, & J. Alfaro (Eds.), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad* (pp. 85-108). Nuevos Tiempos.
- de Lellis, M. (Comp.) (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Nuevos Tiempos.
- de Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2013). *El proceso salud/enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja*. Eudeba.
- de Lima Góis, C. W. de L. (2008). *Saúde comunitária: Pensar e fazer*. Aderaldo & Rothschild Editores.
- de Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Akal.
- de Sousa Santos, B. (2022). Las lecciones de la pandemia (y qué podemos hacer al respecto). En K. Batthyány & N. Arata (Comps.), *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella). Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista* (pp. 19–34). Siglo XXI-CLACSO.

- Decca, E. (2024). Acerca de la construcción de una trama conceptual y práctica para acompañar trayectorias atravesadas por consumos problemáticos. En *Dossier sobre salud mental. La importancia de la educación como espacio para la formación en salud: Diálogos interuniversitarios para pensar la salud mental comunitaria en los tiempos que corren*. Revista Contextos de Educación, (38).
- Del Valle, A., & Ramella, M. S. (2011). Los estudios sobre cuidados en América Latina. En *IX Jornadas de Sociología*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://cdsa.aacademica.org/000-034/618.pdf>
- Demo, P. (2001). Conhecimento e aprendizagem: Atualidade de Paulo Freire. En C. A. Torres (Comp.), *Paulo Freire y la agenda de la educación latinoamericana en el siglo XXI* (pp. 295–322). CLACSO.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (2011). La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En N. Denzin & Y. Lincoln (Comps.), *Manual de investigación cualitativa. Vol. I: El campo de la investigación cualitativa* (pp. 17–46). Gedisa.
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive interactionism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso)*, 51, 123–143. <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Díaz Mujica, L Pérez Villalobos, M.V, González Parra, C. y. Simon, J. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería X*(1), 9-16.
- Disderi, I. (2001). La cura del ojeo: Ritual y terapia en las representaciones de los campesinos del centro-oeste de Santa Fe. *Mitológicas*, 16(1), 135–151. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14601605>
- Dogan, M.D. (2018). The effect of reiki on pain: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 31, 384-387. doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.020
- Dyer, K. A. (1994). Toxic intern syndrome. *West Journal of Medicine*, 160, 378–379.
- Echevarria H. (2011). *Diseño y plan de análisis en investigación cualitativa*. HomoSapiens Ediciones.
- El Día de Higuera. (2025, mayo 28). Inicia la obra de gas en el barrio San Francisco. <https://eldiadehiguera.com.ar/contenido/16807/inicia-la-obra-de-gas-en-el-barrio-san-francisco>
- Emerson Elias, M; Feuerwerker, L; & Erminia, S. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. 8(1), 25-34. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003&lng=en.
- Emmanuele, E. S. (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico*. Novedades Educativas.

- Errazuriz, A., Avello-Vega, D., Passi-Solar, A., Torres, R., Bacigalupo, F., Crossley, N. A., Undurraga, E. A., & Jones, P. B. (2025). *Prevalence of anxiety disorders in Latin America: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Regional Health – Americas*, 45, 101057. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101057>
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 396–403.
- Espinoza Vásquez, R.A. (2019). Un acercamiento al enfoque y roles del/la Psicopedagogo/a desde la diversidad compleja. *Revista Pilquen*, Sección Psicopedagogía. Vol. 16 N° 1. pp. 1-6. <file:///Users/mariapaula/Downloads/Dialnet-UnAcercamientoAlEnfoqueYRolesDellaPsicopedagogoaDe-7012163.pdf>
- Esquerda, M., López-Tarrida, A., Lorenzo, D. y Bofarull, M. (2023). Determinantes espirituales de salud. *Razón y Fe*, 1.461(287), 23-37. <https://doi.org/10.14422/ryf.vol287.i1461.y2023.002>
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil: Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES.
- Etchegorry, M. (2014). Una construcción posible en el campo: Psicopedagogía socio-comunitaria. *Revista Psicopedagógica del Colegio de Psicopedagogos de la Provincia de Córdoba*, (38), 38–48.
- Etchegorry, M. (Comp.) (2025). *Intervenciones socioeducativas en infancias tempranas: conceptos, reflexiones y prácticas*. Universidad Provincial de Córdoba Ed. Córdoba. <https://editorial.upc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/7/2025/04/Intervenciones-socioeducativas-en-infancias-tempranas-FINAL-DIGITAL-con-isbn.pdf>
- FADEPOF (Federación Argentina de Enfermedades Poco Frecuentes). (2021). Informe de resultados de encuesta a usuarios: Burocracia – procesos administrativos del sistema de salud argentino. <https://fadepof.org.ar/recursos/noticias/archivos/2022062705432937722.pdf>
- Falavigna, C., & Arcanio, M. (2011). Redes teóricas en torno a la relación con el saber: Elementos para el análisis de una noción en construcción. *Revista IRICE*, 22, 7–16. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/194980/CONICET_Digital_Nro.604bfaff-88e3-4933-82cc-0fb95e043525_F.pdf?sequence=5
- Fals Borda, O. (1981). La ciencia y el pueblo. En O. Fals Borda, B. Hall, F. Vío Grossi, E. Cohen, G. Le Boterf, E. Rubín, J. Pierre, F. Grandot, A. Schutter, T. de Wit, & V. Gianotten, *Investigación participativa y praxis rural: Nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal* (pp. 19–47). Mosca Azul Editores.
- Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular*. Siglo XXI-Punta de Lanza.
- Fals Borda, O. (1998). *Investigación Participativa*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Falú, A. M. (2009). Violencias y discriminaciones en el espacio urbano. En A. M. Falú, *Mujeres en la ciudad. De violencias y derechos* (pp. 15–34). Ediciones Sur.
- Falú, A. M. (2014). El derecho de las mujeres a la ciudad: Espacios públicos sin discriminaciones y violencias. *Vivienda y Ciudad*, 1, 10–28. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ReViyCi/article/view/9538>

- FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. (2023). *América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023: Estadísticas y tendencias*. FAO. <https://doi.org/10.4060/cc8514es>
- Farr, R. (1984). Las representaciones sociales. En S. Moscovici, S. (1984). *Psicología social II*. (pp. 495- 505). Paidós.
- Fernández, C., Nobile Pascualides, L., & Turconi, J. (2020). Salud colectiva, decolonialidad y feminismo(s): Apuestas desde el diálogo de saberes entre mujeres. *ConCienciaSocial. Revista Digital de Trabajo Social*, 4(7), 262–278.
- Fernández, M. A. (2025). Experiencias de familiares de personas con problemáticas severas de salud mental ante la primera crisis. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. (En prensa). <https://www.revistavertex.com.ar/>
- Ferrara, F. A. (1985). *Teoría social y salud*. Catálogos Editora.
- Ferullo, G., Fuks, I., Lapalma, A., & Saforcada, E. (2011). Breve historia de la psicología comunitaria en Argentina. En E. Saforcada & J. Castellá Sarriera (Comps.), *Esbozos históricos y aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur* (pp. 47–67). Koyatun.
- Filidoro, N. (2011). Ética y psicopedagogía. *Revista Pilquen*, Sección Psicopedagogía, Año XIII, N°7. Pp. 1-6. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/290888>
- Filidoro, N.; Enright, P.; Lanza, C. y Mantegazza, S. (2021). Intervenciones psicopedagógicas en contextos comunitarios. De la articulación de demandas y saberes. En Filidoro, N.; Enright, P.; Mantegazza, S y Lanza, C. (2021) (coords.), *La construcción de la especificidad del campo psicopedagógico*. V Jornada de Educación y Psicopedagogía. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.
- Flick, U. (2000) Qualitative Inquiries into Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 5(3):315-324. [doi:10.1177/135910530000500303](https://doi.org/10.1177/135910530000500303)
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Flick, U., & Röhnisch, G. (2007). Idealization and neglect: Health concepts of homeless adolescents. *Journal of Health Psychology*, 12(5), 737–749. <https://doi.org/10.1177/1359105307080595>
- Flores, J. Luciano, G. & Muñoz Rodríguez, M. (2020). *Hacia el desarrollo del bienestar de las comunidades. Saberes, reflexiones y experiencias*. Nuevos Tiempos.
- Fournier, M. (2020). Cuando lo que importa es la vida en común: Intersecciones entre Economía Social, cuidados comunitarios y feminismo. En N. Sanchís (Comp.), *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá* (pp. 22–42). <https://asociacionlola-mora.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/El-cuidado-comunitario-Publicacio%C3%81n-virtual.pdf#page=22>
- Fournier, M. (2022). *Taxonomía del trabajo del cuidado comunitario*. Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/publications/taxonomia-del-trabajo-del-cuidado-comunitario>
- Fournier, P., & Brutus, L. (2018). Automedicación. *EMC – Tratado de Medicina*, 22(3), 1–4. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(18\)91412-1](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(18)91412-1)
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del oprimido* (1.ª ed. en castellano, 1970). Siglo XXI Editores.

- Freire, P. (1974). *Educación como práctica de la libertad* (1.^a ed. en castellano, 1965). Siglo XXI Editores.
- Freire, P. (1990). *La naturaleza política de la educación: Cultura, poder y liberación*. Paidós.
- Freire, P. (1993). *Pedagogía de la esperanza: Un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. Siglo XXI.
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. Herder.
- Frison, R., Fazio, G., & Gaudio, R. (2019). Padecimiento subjetivo: Su tramitación en los trabajos psíquicos adolescentes. *Memorias del 7mo Congreso Internacional de Investigación en Psicología*. Universidad Nacional de La Plata. <https://backend.congresos.unlp.edu.ar/index.php/7ciip/article/view/499/440>
- Gadotti, M., Gómez, M., & Freire, L. (Comps.). (2003). *Lecciones de Paulo Freire. Cruzando fronteras: Experiencias que se completan*. CLACSO.
- Gajardo, M. & Urrutia, M.T. (2017). Creencias sobre el cancer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(6), 706-712. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600706>
- Gallegos, M., Morales Calatayud, F., Saforcada, E., López López, W., Cervigni, M., Elgier, A., Burgos Videla, C., & Portillo, N. (2022). The impact of COVID-19 on Latin American psychology: Research, profession, and public policy. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 39, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200165>
- Garbero, I; Delgado, A; & Benito de Cárdenas, I. (2005). Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Acta Odontológica Venezolana*, 43(2), 135-140. de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000200006&lng=es&tlng=es.
- García Canclini, N. (2020, abril 6). *Dictadura sanitaria por coronavirus y vigilancia corporativa generalizada*. Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance, Universidad de Buenos Aires. <https://www.antropologiadelcuerpo.com/index.php/publicaciones/reflexiones-en-tiempo-de-aislamiento-social/984-garcia-canclini-la-dictadura-sanitaria-por-el-coronavirus-y-la-vigilancia-corporativa-g>
- García-Bernal, C., & Rodríguez-Menéndez, G. (2022). Aesthetics and mental health: an increase in personality disorders. *European Psychiatry*, 65(Suppl 1), S664. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1706>
- Gasparini, L., Gluzmann, P., Tornarolli, L., Díaz Langou, G., Florito, J., della Paolera, C., Tuñón, I., & Márquez, A. (2020). *Pobreza crónica*. <https://mapa.poblaciones.org/map/42901>
- Gavidia Catalán, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161-175. <https://doi.org/10.7203/DCES.26.1935>
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. (1986). Living with television: The dynamics of the cultivation process. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), *Perspectives on media effects* (pp. 17-40). Lawrence Erlbaum.

- Gervás, J. y Pérez Fernández, M. (2013). *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas y necesarias)*. Los libros del lince.
- Gervás, J., & Pérez Fernández, M. (2015). *La expropiación de la salud*. Los Libros del Lince.
- Gil, G. J., & Incauragarat, M. F. (2022). Salud e interculturalidad: saberes, asimetrías y lugares comunes. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3334. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN255533343>
- Giroux, H. (1990). Prólogo. En P. Freire, *La naturaleza política de la educación. Cultura, poder y liberación* (pp. 13–26). Paidós.
- Giroux, H. (2025). Paulo Freire's legacy and critical pedagogy in dark times. *Policy and Practice: A Development Education Review*, 40(Spring), 136–149. <https://doi.org/10.25167/sk.5866>
- Gobierno de Río Cuarto. (2022, 27 de septiembre). Nuevo acceso a Boulevard Buteler. <https://www.riocuarto.gov.ar/0/noticias/detalle/3646/nuevo-acceso-a-boulevard-buteler/1/>
- Gobierno de Río Cuarto. (2023). Agua potable en Barrio Islas Malvinas. <https://riocuarto.gov.ar/0/noticias/detalle/4432/agua-potable-en-barrio-islas-malvinas/1/>
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata.
- Gonçalves, E. (2024, enero 28). *Cosmeticorexia: La nueva obsesión por el cuidado facial y el consumo compulsivo de productos para la piel*. *Diario La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cosmeticorexia-la-nueva-obsesion-por-el-cuidado-facial-y-el-consumo-compulsivo-de-productos-para-la-nid28012024/>
- González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2), 225–243. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000200002&lng=en&tlng=es.
- Granados Cosme, J. A., Hernández Ramírez, P. A., & Olvera Muñoz, O. A. (2017). Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 13(4), 633–646. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1363>
- Grimson, A. (2020). *El futuro después del COVID-19*. Argentina Unida.
- Grupo Edisur. (2020, 3 de septiembre). El Centro: el barrio donde empezó la historia de la ciudad. *La Voz*. <https://www.lavoz.com.ar/espacio-de-marca/centro-barrio-donde-empezo-historia-de-ciudad>
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Guedes, C. R., & Kaulino, A. (2024). *Reconstrucción histórica de la medicina psicosomática latinoamericana: El intercambio entre psicoanalistas de Argentina y Brasil, 1942–1959*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 31, e2024046. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100046>

- Guerrero Portillo, S; Montoya-Juárez R, & Hueso-Montoro C. (2014). Experiencia de enfermedad del personal de enfermería: Estudio cualitativo a través del relato biográfico. *Index de Enfermería*. 23 (1-2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100012&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Günther, H., Pinheiro, J. Q., & Guzzo, R. S. L. (2019). *Psicologia ambiental: Entendendo as relações do homem com seu ambiente*. eBook Kindle.
- Gutiérrez Corona, M. , Jiménez Mejía, A., León Ponce, G., Juárez Nilo, S., Martínez Díaz, A., Rico Sánchez, R., & Gallegos Torres, R. M. (2022). Conocimientos y creencias sobre aspectos de salud sexual en adolescentes de una comunidad de Querétaro, México. *Horizonte De Enfermería*, 33(2), 142–154. <https://pensamientoeducativo.uc.cl/index.php/RHE/article/view/50883>
- Gutiérrez, A. B. (2015). Redes e intercambio de capitales en condiciones de pobreza: Dimensión relacional y dimensión vincular. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 9(2), 89–100.
- Gutiérrez, A. B., & Assusa, G. (2019). Estrategias de inserción laboral y capital social. Un estudio sobre jóvenes de clases populares en Córdoba, Argentina. *Última Década*, 27(51), 160–191. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362019000100160>
- Gutiérrez, A.B, Mansilla, H., & Assusa, G. (2021). *De la grieta a las brechas: Pistas para estudiar las desigualdades en nuestras sociedades contemporáneas*. Editorial Universitaria Villa María.
- Guyot, V. (2022, mayo 13). *Conferencia: Prácticas de conocimiento y psicopedagogía. III Jornadas Nacionales de Epistemología en Psicopedagogía y disciplinas afines* [Video]. https://www.youtube.com/watch?v=jby_z7eG4A8
- Hamilton, G. (2000). Exclusión de la protección social en salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos. En *Jornadas Gino Germani* (p. 37). Instituto de Investigaciones Gino Germani. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/hamilton.rtf>
- Hammermeister, J., Brock, B., Winterstein, D., & Page, R. (2005). Life without TV? Cultivation theory and psychosocial health characteristics of television-free individuals and their television-viewing counterparts. *Health Communication*, 17(3), 253–264. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1703_3
- Heredia, R. (2025, junio 8). *SARS-CoV-2: ¿Cómo estamos en Argentina?* Infomed. <https://infomed.com.ar/sars-cov-2-como-estamos-en-argentina/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª reimpresión). McGraw-Hill.
- Hernández Sánchez, J., & Forero Bulla, M. C. (2011). Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(2), 159–170.
- Hernández-Márquez CI, Brito-García I, Mendoza-Martínez M, Yunes-Díaz EM, & Hernández-Márquez E. (2016). Conocimiento y creencias de mujeres del estado de Morelos sobre el virus del papiloma humano. *Revista Cubana de enfermería*, 32(4), 126-147. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76483>

- Hessling Herrera, F. (2024). Entrevista a Natalia Aruguete: Una de las manifestaciones de la fragmentación social es que estamos viendo mundos muy distintos. *Del prudente Saber y el máximo posible de Sabor*, (19), enero–junio. <https://doi.org/10.33255/26184141/1851e0024>
- Hijos, N., & Alvaro, D. (2022). Nos encendemos y nos propagamos: peregrinajes, coaching ontológico y feminismos neoliberales. *Sociedad y religión*, 32(60), 6. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812022000200006&lng=es&tlng=es
- Hincapié, E. (2020). Cuando termine la cuarentena, cuando termine la pandemia. En N. Molina Valencia (Comp.), *Psicología en contextos de COVID-19: Desafíos poscuarentena en Colombia* (pp. 65–78). ASCOFAPSI.
- Huergo, J. (2009). *Del modelo hegemónico a la intervención contrahegemónica en salud*. <http://fordocsalud.blogspot.com/2009/06/del-modelo-hegemonico-la-intervencion.html>
- Idoiaga Mondragón, N., Berasategi Sancho, N., Ozamiz-Etxebarria, N., & Alonso Sáez, I. (2022). Coping with COVID-19: Social representations underlying blaming processes and fear. *Psychology & Health*, 37(7), 828–846. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1896717>
- Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, (XXVII), 111–147. <https://www.redalyc.org/pdf/148/14811516007.pdf>
- Idoyaga Molina, A. (2007) (Ed.). *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. CAEA-IUNA.
- Iglesias, R. (1997). Querido Paulo... ¿por qué su pensamiento es liberador? En *Paulo Freire Maestro. Cuaderno de sendas para la educación popular* (pp. 3–20). Dirección de Impresiones. Secretaría de Extensión Universitaria, Universidad Nacional de San Luis.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda*. Katz Editores.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2018). *Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016–2017 (EANNA)*. Ministerio de Producción y Trabajo. http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/eanna/eanna_publicacion_2016-2017.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2025, marzo). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2024* (Informe técnico, Vol. 9, n.º 3). Instituto Nacional de Estadística y Censos. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_03_252282AE14D2.pdf

- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: Los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciencia & Saude Coletiva*, 13(5), 1619–1626. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2008.v13n5/1619-1626/es>
- Isla, C. & Muñoz Rodríguez, M. (2022). *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias. Colección Salud Comunitaria*. Nuevos Tiempos.
- Isla, C., Muñoz Rodríguez, M., & Quijano, M. (2022). Diálogos entre feminismos del sur y salud comunitaria. En I. Cecilia & M. Muñoz Rodríguez (Comps.), *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (pp. 141–155). Nuevos Tiempos.
- Jakob, I., Barbero, D., Ripoll, P., Moyetta, L., Bottini, M., Filippi, M. (2020). Aprender a construir contextos de colaboración en psicopedagogía. Una aproximación desde los procesos de práctica pre profesional en el ámbito escolar (2020). *Contextos de Educación* 29 (21). <http://www2.hum.unrc.edu.ar/ojs/index.php/contextos/article/view/1158>
- Jelin, E. (2014). Conferencia en el marco de “Pensando el Perú”: Desigualdad, ciudadanía y nuevas identidades en América Latina. Instituto de Estudios Peruanos. <https://www.youtube.com/watch?v=RXdiliOryU8>
- Jelin, E. (2020a). *Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimientos sociales*. CLACSO.
- Jelin, E. (2020b). Desigualdades y diferencias: Género, etnicidad/raza y ciudadanía en las sociedades de clases (realidades históricas, aproximaciones analíticas). En E. Jelin, R. Motta, & S. Costa (2020), *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 155–179). Siglo XXI.
- Jelin, E. (2022). Conferencia de CLACSO sobre desigualdades. Canal radial Hunt Benas Comunicación. <https://soundcloud.com/user-534169122/elizabeth-jelin-conferencia-de-clacso-sobre-desigualdades>
- Jelin, E., Motta, R. & Costa, S. (2020). *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Siglo XXI.
- Jiménez Becerra, A. (2014). El protestantismo e iglesias evangélicas en Colombia: sistema de creencia y práctica religiosa popular. *Methaodos. Revista de ciencias sociales*, 2(1), 105–117. <https://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos/article/view/41>
- Jiménez Zunino, C. I., & Assusa, G. (2017). ¿Desigualdades de corta distancia? Trayectorias y clases sociales en Gran Córdoba, Argentina. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(4), 837–874. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032017000400837
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, S. (1984). *Psicología social II*. (pp. 469–494). Paidós.
- Jodelet, D. (2018). Ciencias sociales y representaciones: Estudio de los fenómenos representativos y de los procesos sociales. De lo local a lo global. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8(2), 1–12. <https://doi.org/10.24215/18537863e041>

- Jodelet, D. (2020). Sobre el espíritu del tiempo y las representaciones sociales. *Revista Cultura y Representaciones Sociales*, 15(29), 19- 36
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2447–2456. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Joia, L. A., Michelotto, F., & Lorenzo, M. (2022). Sustainability and the Social Representation of the COVID-19 Pandemic: A Missing Link. *Sustainability*, 14(17), 10527. <https://doi.org/10.3390/su141710527>
- Jones, D., Manzelli, H., & Pecheny, M. (2004). Grounded theory: Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta Moebio*, 19, 38–54. <http://www.moebio.uchile.cl/19/manzelli.htm>
- Juárez, M. P. (2012). Aproximaciones a una psicopedagogía comunitaria: Reflexiones, perspectivas, desafíos y prospectivas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), 200–211. https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Juarez_Maria_Paula.pdf
- Juárez, M. P. (2015). *Relación médico-consultante en el primer nivel de atención de la salud: Análisis y propuesta desde la pedagogía de Paulo Freire*. Nuevos Tiempos.
- Juárez, M. P. (2017). La dinámica del saber popular en salud: sus manifestaciones en el primer nivel de atención. El caso particular de la pediatría. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(1), 66–85. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100006&lng=pt&tlng=es
- Juárez, M. P. (2019). Enramados de pobreza, trabajo y enfermedad en el ciclo vital de mujeres. *Horizonte Sanitario*, 18(3), 269–280. <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
- Juárez, M. P. (2020). Psicopedagogía comunitaria: Una experiencia en salud desde la pedagogía freireana. *Revista Académica. Programa APEX – Universidad de la República. IT: Salud Comunitaria y Sociedad*, 7(7), 38–58. <http://apex.edu.uy/wordpress/wp-content/uploads/2020/11/Revista-IT-7-2020.pdf>
- Juárez, M. P. (2023). Aproximaciones a las formas en que se cristalizan desigualdades en salud desde relatos de mujeres en tiempos de pandemia. En V. Avendaño Porras & J. Hernanz Moral (Eds.), *Memoria del Segundo Congreso Internacional de Interculturalidad y Pensamiento Crítico* (pp. 117–164). Editorial Universidad de La Serena.
- Juárez, M. P. (2024). Concepciones de salud, enfermedad y cuidados de mujeres en situación de clase media del Gran Río Cuarto a raíz de la vivencia de la pandemia por Covid-19. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNJu, N°66*, 13–36. <http://revista.fhycs.unju.edu.ar/revistacuadernos/index.php/cuadernos/article/view/975>
- Juárez, M. P., & Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales: Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud & Sociedad*, 4(3), 210–227. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2013.0003.00001>

- Juárez, M. P., Galetto, M. N., De Filpo, O., Vizzio, A., Verhaeghe, A., & Garais, P. Y. S. de la Barrera. (2023). Lo inédito viable freireano en la praxis transformadora de mujeres en contexto de pandemia. *Entramados, N°6. Salud, Educación, Comunidades*. <https://www.hum.unrc.edu.ar/salud-educacion-y-comunidades-entramadx-n6/>
- Juárez, M. P.(2026). Contribuciones del pensamiento de Enrique Saforcada a la configuración de una psicopedagogía comunitaria salubrista. En M. Muñoz, J. M. Flores, G. Luciano & M. Muñoz (Eds.), *En memoria a Enrique Saforcada. Experiencias y transformaciones desde sus pensamientos y luchas*. (En prensa) Universidad Nacional de San Luis.
- Juárez, M.P. (2021). Creencias, saberes y prácticas populares de salud en mujeres en situación de pobreza. *Horizonte sanitario*, 21(1), 77-88. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4509>.
- Juárez, M.P. (2022). Reflexiones sobre el transitar de una práctica de investigación en salud comunitaria. ¿Develando un devenir psicopedagógico? ¿Porqué? ¿Cómo? ¿Para qué?. Ponencia presentada en las: *VII Jornadas de Psicopedagogía del COMAHUE. I Jornadas Internacionales de Psicopedagogía “Psicopedagogía, época y subjetividades: desafíos emergentes y construcción colaborativa de prácticas y saberes”*. 4 y 5 de noviembre de 2022.
- Kalinsky, B. & Arrue, W. (1996). *Claves antropológicas de la salud. el conocimiento en una realidad intercultural*. Miño y Dávila.
- Kalinsky, B., & Arrúe, W. (1996). El conflicto de creencias en la relación médico/paciente. ¿Un equívoco adrede? En B. Kalinsky & W. Arrúe (Eds.), *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural* (pp. 247–281). Miño y Dávila.
- Katzmarzyk, P. T., Powell, K. E., Jakicic, J. M., Troiano, R. P., Piercy, K., Tennant, B., & 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2019). Sedentary behavior and health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(6), 1227–1241. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001935>
- Kenbel, C. (2020). Sentidos rurales: Circuitos culturales y memorias sociales en el Río Cuarto del último medio siglo (pp. 31–122). En C. Kenbel, P. Demarchi & S. Galimberti (Eds.), *Íconos de la ruralidad: Actores, prensa, tecnologías y políticas de reordenamiento rural en tiempos modernos* (1.ª ed.). UniRío Editora.
- Kenbel, C. A. (2024). El reciclado rural: Apuntes latinoamericanos. *Cadernos NAUI: Núcleo de Dinâmicas Urbanas e Patrimônio Cultural*, 13(24), 247–267. <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/naui/article/view/7251>
- Kenbel, C., & Cimadevilla, G. (2022). Experiencias de investigación y vinculación con poblaciones rurales: Relatos de un camino sinuoso. En C. Kenbel & A. Moreno Acosta (Coords.), *Experiencias dialógicas en investigación social: Narrativas, potencialidades y aprendizajes en la co-construcción de conocimientos y acción*. (pp. 62–87). UniRío Editora.
- Kenbel, C., Tello, D., Campetelli, G., & Galimberti, S. (2025). *Todo Sirve de Río Cuarto, una iniciativa de gestión asociada de los residuos con protagonismo técnico, experiencial y de trabajo de las familias recicladoras* (con aportes de E. Otterstedt & J. Muzzolon) [Manuscrito inédito]. ISTE CONICET UNRC / FI-UNRC.

- Kessler, G. (Coord.). (2020, marzo). *Relevamiento del impacto social de las medidas de aislamiento impuestas por el PEN*. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación – CONICET – Agencia I+D+i.
- Kessler, G., & Assusa, G. (2021). *Pobreza, desigualdad y exclusión social* (Informe del Foro Universitario del Futuro). Jefatura de Gabinete de Ministros, Presidencia de la Nación Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pobreza_desigualdad_y_exclusion_social_-_kessler_assusa.pdf
- Kessler, G., & Benza, G. (2020). ¿Impactará la crisis de Covid-19 en la agenda social de América Latina? *Nueva Sociedad*. <https://www.nuso.org/articulo/impactara-la-crisis-de-covid-19-en-la-agenda-social-de-america-latina/>
- Kleinman, A. (1983). The cultural meanings and social uses of illness. *The Journal of Family Practice*, 16(3), 539–545. <https://docslib.org/doc/3946066/the-cultural-meanings-and-social-uses-of-illness>
- Kleinman, A. (1985). Interpreting illness experience and clinical meanings: How I see clinically applied anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3), 69–71. <https://doi.org/10.1111/j.1937-6219.1985.tb00985.x>
- Kleinman, A. (2011). The divided self, hidden values, and moral sensibility in medicine. *The Lancet*, 377, 804–805.
- Kohan, W. O. (2021). ¿A favor o contra Paulo Freire? Pensar filosóficamente un legado, entre la descalificación ideológica y la crítica académica. *Pedagogía y Saberes*, (55), 25–39. <https://doi.org/10.17227/pys.num55.13121>
- Korol, C. (2015). La educación popular como creación colectiva de saberes y de haceres. *Polifonías. Revista de Educación*, IV(7), 132–153. <http://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/2242>
- Kovess, V., Murphy, M. B., & Tousignant, M. (1989). La dépression perçue par le public et la dépression décrite par le DSM-III sont-elles la même? *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 34(19)
- Krause Jacob, M. (2001). Hacia una redefinición del concepto de comunidad -cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta-. *Revista De Psicología*, 10(2), 49–60. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2001.18572>
- La Voz. (2016, 2 de noviembre). Viven en la arena de Río Cuarto, sin agua, ni recolección. *La Voz del Interior*. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/viven-en-la-arena-del-rio-cuarto-sin-agua-ni-recoleccion/#!/registro>
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En *SARE, "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado"* Emakunde. <https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/catalogo/doc/2003/143313102.pdf>
- Laino, D. (2012). Una psicopedagogía crítica y situada en América Latina. *Revista Pilquen*, Año XIV, N° 9, 1-8. <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/psico/article/view/2627>

- Lamelas, P., Botto, F., Pedernera, G., Alves de Lima, A. E., Costabel, J. P., & Belardi, J. (2020). Enfermedad cardiovascular en tiempos de COVID19. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(3). <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-no-3-indice/enfermedad/>
- Landini, F., Brodbeck, A., Vera, M., Torres-Parejo, U., González-Enríquez, I., & García-Arias, M. (2023). *Informe final 2023: Migración temporal regular a Canadá y Estados Unidos: Impacto en las condiciones de vida e intenciones migratorias de familias y comunidades en Guatemala*. OIM, USAID, Acción contra el Hambre.
- Landini, F., González Cowes, V., & D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2), 231–244. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- Lanero, S., & Lanero, A. (2020). La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: Percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas Profesión*, 21(2), 54–61. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/sFOj2Iys3QDPutKTOvocqPk6H5fvfIp9N42FHZvK.pdf>
- Langley, L. (2019). Bioluminescence, explained. *National Geographic*. <https://www.national-geographic.co.uk/animals/2019/05/bioluminescence-explained>
- Lanza, C. y Mantegazza, S. (2019). Prácticas psicopedagógicas en ámbitos comunitarios. Experiencias desde el Centro de Innovación y Desarrollo para la Acción Comunitaria. En Filidoro, et al. (comps.) (2019), *III Jornada de Educación y Psicopedagogía. Encuentros y desencuentros entre la escuela y la psicopedagogía*. Colección Saberes. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.
- Laughter, M. R., Anderson, J. B., Maymone, M. B. C., & Kroumpouzou, G. (2023). Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clinics in dermatology*, 41(1), 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.03.002>
- Laurell, A. C., Blanco, J., Machetto, T., Palomo, J., Pérez, C., Ruiz de Chávez, M., Urbina, M., & Velázquez, N. (2021). *Enfermedad y desarrollo: Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos*. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 22(84). <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.1976.84.80101> (Obra original publicada en 1976).
- Lauro, J. S., & Saz Peiró, P. (2023). Revisión de las propiedades terapéuticas de la terapia floral. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 8(1), 45–51. <https://doi.org/10.26722/rpmi.2023.v8n1.710>
- Lazarus, R.S; & Folkman S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Lee, H., & Singh, J. (2010). Appraisals, burnout and outcomes in informal caregiving. *Asian Nursing Research*, 4(1), 32–44. [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(10\)60004-7/pdf](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(10)60004-7/pdf)
- Leiro, V., & Carbia, S. (2024). Violencia estética. *Dermatología Argentina*, 30(2), 99–100. <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/2499/1426>
- Lewkowicz, J. (2011, 11 de febrero). *Empleo rural, un manual de la explotación*. Página/12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-162131-2011-02-11.html>

- Ley de Habeas Data N° 25.326. (2000). *Ley de protección de datos personales*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790>
- Linardeli, F., & Anzorena, C. (2021). Cuidar, gestionar, esperar: Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. *Jangua Pana*, 20(2). <https://doi.org/10.21676/issn.1657-4923>
- Liu, Y., Zhang, Y., Zhang, Y., & Liu, J. (2023). Negative life events and procrastination among adolescents: The roles of negative emotions and rumination. *Behavioral Sciences*, 13(2), 176. <https://doi.org/10.3390/bs13020176>
- Llona, M. (2007). Los otros cuerpos disciplinados. Relaciones de género y estrategias de auto-control del cuerpo femenino (primer tercio del siglo XX). *Arenal. Revista De Historia De Las Mujeres*, 14(1), 79–108. <https://doi.org/10.30827/arenal.v14i1.3008>
- Lopera Vásquez, J. P. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: Exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 693–702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- López Marsano, C. (2016, 9 de agosto). Floreal Ferrara y la historia intelectual. *Revista Mestiza*. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/ferrara-historia-intelectual/>
- López Morocho, L. (2015). Reflexión sobre el enfoque teórico metodológico de la educación para jóvenes y adultos, una visión desde América Latina. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, (19), 129–152. <https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846096007.pdf>
- López Roldán, P. (1996). La construcción de tipologías: metodología de análisis. *Papers. Revista De Sociología*, 48, 9–29. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.1811>
- Lora-Mantilla, A. J., Cáceres-Ramírez, C., Parra-Gómez, L. A., & Camacho, P. A. (2023). Percepción de la enfermedad, hábitos y estilos de vida saludables: un desafío para el control de la hipertensión arterial en Latinoamérica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 27(2), 72–88. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2023.74324>
- Losada, A. V., & Lacasta, M. (2019). Sentido del humor y sus beneficios en salud. *Calidad de Vida y Salud*, 12(1), 2–22. <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/44.pdf>
- Loza CA, Baez G, Valverdi R, Pisula P, Salas Apaza J, Discacciati V, Granero, M., Pizzorno Santoro, & S., Franco, J. (2021). A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 2. *Medwave* 2021;21(4):e8192 Doi [10.5867/medwave.2021.04.8192](https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8192)
- Lucero, M. (2019). ¿Mujeres respetadas?: El ejercicio del poder obstétrico en el Hospital Regional Ushuaia durante el período 2013-2018. *XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*.
- Ludueña, M. D. B., Olson, M., & Pasco, G. (2005). Promoción de la salud y calidad de vida entre madres de preadolescentes: una etnografía enfocada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 1135–1140. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000800005>

- Luna Hernández, J. R. (2009). Foto etnografía llevada a cabo por personas en situación de pobreza en la frontera norte de México. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 35, 1–20. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1364>
- Macchiarola, V. (2006). El conocimiento de los profesores universitarios: ¿De qué tipo de conocimiento estamos hablando? *Colección de Cuadernillos de actualización para pensar la Enseñanza Universitaria*, Año 1(5). Secretaría Académica, Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Macchiarola, V. (2022). Extensión crítica: Aproximaciones epistemológicas a una práctica universitaria alternativa. *Saberes y Prácticas: Revista de Filosofía y Educación*, 7(1), [Sección Dossier]. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/saberesypracticas/article/view/5734>
- Macchiarola, V. & Juárez, M. P. (Comps.). (2014). *Experiencias de prácticas socio-comunitarias en la universidad. Recorridos, emergencias y desafíos de una innovación pedagógico-social*. UniRio Editora.
- Macchiarola, V., & Juárez, M. P. (2021). Freire ayer, hoy y mañana: Diálogos desde experiencias freireanas en clave retrospectiva y prospectiva. *Revista Encuentro de Saberes*, 10, 78–94. <http://revistas.filo.uba.ar/index.php/encuentrodesaberes/article/viewFile/3928/2623>
- Maffia, D., Colace, P., & Lerena, S. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones (USPPA), Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <http://dianamaffia.com.ar/archivos/El-ocultamiento-de-la-mujer-en-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas.pdf>
- Mallimaci, F; & Giménez Béliveau V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord). *Estrategias de Investigación cualitativa* (pp. 175-209). Gedisa.
- Marconi, J. (1969). Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención de alcoholismo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 15(4).
- Marconi, J. (1973). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19(1).
- Marín-Torres, V., Valverde Aliaga, J., Sánchez Miró, I., Sáenz del Castillo Vicente, M., Polentinos-Castro, E., & Garrido Barral, A. (2013). Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 45(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.004>
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2010). *Metodología de las ciencias sociales*. Cengage Learning.
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J.I (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Emecé.
- Martínez Franzoni, J. (2008). Domesticar la incertidumbre en América Latina: mercado laboral, política social y familias. Editorial de la Universidad de Costa Rica. https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/libreria_cm_archivos/pdf_706.pdf

- Matteoda, M. (1998) Consideraciones acerca de la Práctica, la formación y la investigación psicopedagógica. *Contextos de Educación* 1 112-121.
- Mattia, B. J., Teo, C. R. P. A., & Alves, S. M. (2023). Por una pedagogía para la formación profesional para el Sistema Brasileño de Salud (SUS): Diálogos con Freire y Saviani. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220317. <https://doi.org/10.1590/interface.220317>
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An interactive approach* (pp. 1–13). Sage Publications. https://metodosautu.files.wordpress.com/2010/08/maxwell_1996_cap-1.pdf
- Mayordomo, T., Viguer, P., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *The Journal of psychology*, 150(7), 809–821. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1203276>
- McCombs, M., & Shaw, D. (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176–187.
- McDouall, J. (2007). *Diseño, implementación, seguimiento y evaluación de un modelo de atención primaria en salud mental para el departamento de Nariño* [Informe técnico]. Instituto Departamental de Salud Mental de Nariño.
- McLaren, P. (2011). Revolutionary critical pedagogy for a socialist society: A manifesto. *The Capilano Review*, 3(13), 61–66. https://digitalcommons.chapman.edu/education_articles/161/
- Meda Lara, R., Moreno Jiménez, B., Morales, M., Torres Yáñez, P., Lara García, B., & Nava Bustos, G. (2004). Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1(3), 31–37. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=97871>
- Medina Vincent, M. (2020). *Mujeres y discursos gerenciales: Hacia la autogestión feminista*. Editorial Comares.
- Medina, W. C. (2020, 7 de abril). Neoliberalismo y salud en Argentina. *Nuevatribuna*. <https://www.nuevatribuna.es/articulo/global/neoliberalismo-salud-argentina-macri-salud-economia/20200407155527173232.html>
- Mejía, M.R. (2011). *Educaciones y pedagogías críticas desde el sur. Cartografías de la educación popular*. CEAAL.
- Melguizo Herrera, E., & Alzate Posada, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 26(1), 112–123. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012&lng=es&tlng=es
- Mendizábal N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino I. (Coord). *Estrategias de Investigación cualitativa* (pp. 65–103). Gedisa.
- Mendoza González, B. Z. (1999). La relación médico-paciente en pueblos indígenas: Algo más que la búsqueda de la curación. *Salud Problema*, 4, 7. <http://www.xoc.aum.mx/aum/publicaciones/revistas/saludproblema/pagina/texte/sietef.pdf>

- Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11–28. https://nuevantropologia.org.mx/index.php/revista/article/view/AntropologiaMedicaLATAM_EduardoLMenendez_vol_7_num_28_1985/leer
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: Propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1–25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Menéndez, E. L. (1986). La salud como derecho humano: Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada. *Cuadernos Médicos Sociales (Rosario)*, 37, 19–26. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-39560>
- Menéndez, E. L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990–2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14(3), 361–481. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Menéndez, E. L. (2018). *Poder, estratificación social y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* (Colección Antropología Médica, 15). Universitat Rovira i Virgili. <https://doi.org/10.17345/9788484246879> (Obra original publicada en 1981)
- Mengascini, A. S., Garelli, F., Cordero, S., & Dumrauf, A. (2024). Educación en salud y educación popular: Ideas para problematizar, dialogar y transformar. *Paulo Freire. Revista de Pedagogía Crítica*, (30), 125–145. <https://doi.org/10.25074/pfr.v0i30.2537>
- Meyssan, T. (2020, marzo 22). *El mundo después de la pandemia: COVID-19, propaganda y manipulación*. El Sudamericano. <https://elsudamericano.wordpress.com/2020/03/22/el-mundo-despues-de-la-pandemia-covid-19-propaganda-y-manipulacion-por-thierry-meyssan/>
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 217–224. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100021&lng=es&tlng=es
- Ministerio de Salud de la Nación. (2025). *Boletín Epidemiológico Nacional N.º 761, Semana Epidemiológica 24*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_761_se_24.pdf
- Moench, E. (2023). *Neoliberalismo y trabajo en Argentina: la experiencia macrista en perspectiva gubernamental*. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, 64, 113–140.

- Molina Valencia, N. (Comp.). (2020). *Psicología en contextos de COVID-19: Desafíos poscuarentena en Colombia*. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCO-FAPSI).
- Moll, L. C. (Comp.). (1993). *Vygotsky y la educación: Connotaciones y aplicaciones de la psicología sociohistórica en la educación*. Aique.
- Mondragón Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de Investigación Clínica*, 61(1), 73–82.
- Monereo, F. e I. Solé. (1996). *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista*. Alianza.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: El método de la psicología comunitaria*. Paidós.
- Moragas, R. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Papers. Revista De Sociologia*, 5, 31–54. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v5n0.913>
- Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Koyatún.
- Morales Calatayud, F. (2012a). Psicología de la salud: Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98–104.
- Morales Calatayud, F. (2012b). Sexto Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur: Misión bien cumplida y estímulo para seguir avanzando. *IT Salud Comunitaria y Sociedad*, 2(2), 74–77.
- Morales Calatayud, F. (2015). La perspectiva ética de la salud comunitaria y su relación con la formación universitaria de recursos humanos. Una aproximación. En E. Saforcada, J. Castella Sarriera, & J. Alfaro (Eds.), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad* (pp. 45-56). Nuevos Tiempos.
- Morales Calatayud, F. (2016). *Introducción a la psicología de la salud: un enfoque integral*. Nuevos Tiempos.
- Morales Calatayud, F. (2018). La psicología y el campo de la salud. En A. Lupiáñez & E. Saforcada (Eds.), *Desafíos actuales y nuevas perspectivas en el desarrollo de la psicología* (pp. 73–95). Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Morales Calatayud, F. (Coord.). (2023). *Promoción de salud en la universidad: Claves en la interdisciplina y la integralidad*. PESCE.
- Morales-Tellez M. (2019). Biografías singulares de sujetos migrantes de retorno a México: conflicto del mercado laboral y producción de salud. *Rumbos TS*, XIV (20), 127-147. <https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/351/389>
- Morresi, S., & Vicente, M. (2019, octubre). *El ocaso del macrismo: Entre liberalismo y neoliberalismo*. Nueva Sociedad. <https://nuso.org/articulo/liberalismo-cambiamos-kircherismo-macri-neoliberalismo>
- Motta, R., Jelin, E., & Costa, S. (2020). Introducción. En R. Motta, E. Jelin, & S. Costa (Eds.), *Repensar las desigualdades: Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 11–33). Siglo XXI.

- Mozobancyk, S., & Pérez Sobrero, J. A. (2016). *Percepción de la contaminación ambiental y los riesgos para la salud en la comunidad de "Villa Inflamable". Anuario de Investigaciones – Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 23(1), 207–216. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v23n1/v23n1a21.pdf>
- Nardi, P. (2021, abril 10). *Aruguete: "En las redes sociales nos relacionamos de manera más emocional que racional" [Entrevista]. Infobae*. <https://www.infobae.com/def/2021/04/10/aruguete-en-las-redes-sociales-nos-relacionamos-de-manera-mas-emocional-que-razional/>
- Navas Perozo, R; Rojas de Morales, T; Fox Delgado, M; Chacín Espina, A. & Rincón Fernández, M. (2014). Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal. *Revista Cubana de Estomatología*; 51(3), 366-377
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudio de caso en la investigación sociológica. En: Vasilachis de Gialdino, I (Ed.) *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-237). Gedisa.
- Nykiforuk, C. I. J., Vallianatos, H., & Nieuwendyk, L. M. (2011). Photovoice as a method for revealing community perceptions of the built and social environment. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(2), 103–124. <https://doi.org/10.1177/160940691101000201>
- Oblitas Guadalupe, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances En Psicología*, 16(1), 9–38. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2008.v16.2733>
- Olocco, L. (2021, 23 de septiembre). Pavimento y cloacas: Avanzan las obras de infraestructura en el oeste de Río Cuarto. *La Ribera*. <https://www.lariberaweb.com/pavimento-y-cloacas-avanzan-las-obras-de-infraestructura-en-el-oeste-de-rio-cuarto/>
- Olocco, L. (2022, 29 de julio). Vecinalismo en Río Cuarto: El trabajo de la Asociación Barrio Parque BIMACO. *La Ribera*. <https://www.lariberaweb.com/vecinalismo-en-rio-cuarto-el-trabajo-de-la-asociacion-barrio-parque-bimaco>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) Mujeres & Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de Covid-19: Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. [Informe]. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2004). [Informe] OIT, INDEC, & MTEySS. *Infancia y adolescencia: trabajo y otras actividades económicas. Primera encuesta. Análisis de resultados en cuatro subregiones de Argentina*. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_BAI_PUB_102/lang-es/index.htm

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2017). *Estimaciones mundiales sobre el trabajo infantil: Resultados y tendencias, 2012–2016. Resumen ejecutivo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipecc/documents/publication/wcms_596481.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946/2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1.^a ed., 48.^a ed.). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1992). Modelo social de prácticas de salud. *Boletín Epidemiológico*, 13(4). <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/14438.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. https://www.paho.org/sites/default/files/2021-04/cd53_5_esp-pub.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, DC, EUA, 25–29 de septiembre de 2017. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020–2025: La equidad, el corazón de la salud* (Documento oficial N.º 359). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Saneamiento básico: agua segura, disposición de excretas y manejo de la basura: cuadernillo para capacitaciones con enfoque intercultural en áreas rurales* (OPS/ARG/220001). OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56014/OPSARG220001_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, mayo 6). *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa*. <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-aca-ba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua>
- Ortega y Gasset, J. (1968). *Ideas y creencias*. Espasa-Calpe.
- Orzuza, S. (2013) Concepciones y prácticas indígenas sobre la salud y la enfermedad. Conocerlas para respetarlas, *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, (5), 67-78.
- Ospina-García, A. (2020). Nuevas masculinidades y cambio familiar: repensando el género, los hombres y el cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12(1), 165-185. DOI: [10.17151/rlef.2020.12.1.10](https://doi.org/10.17151/rlef.2020.12.1.10)
- Página/12. (2025a, marzo 9). *La estrategia de ocultamiento de las evidencias de la criptoestafa de Milei*. <https://www.pagina12.com.ar/808803-la-estrategia-de-ocultamiento-de-las-evidencias-de-la-cripto>
- Página/12. (2025b, agosto, 23). *Escándalo de coimas en discapacidad: la cronología del caso que sacude al Gobierno*. <https://www.pagina12.com.ar/851747-escandalo-de-coimas-en-discapacidad-la-cronologia-del-caso-q>

- Palacios, A., Espinola, N., & Rojas-Roque, C. (2020). Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina. *International journal for equity in health*, 19(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01168-6>
- Paperman, P. (2019). *Cuidado y sentimientos*. Fundación Medifé Edita.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7(1), 61–79.
- Pereira de Sousa, L., Drumond de Brito, C., & Pedroso Tomasi, A. (2022). Significados e representações do uso recreativo de maconha para mulheres. *Licere*, 25(1), 248–276. <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2022.39105>
- Perera Pérez, M. (2003). *A propósito de las representaciones sociales: Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS) (pp. 1–35). https://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
- Peres, F. (2025). The emancipatory perspective of health literacy in Brazil: Contributions from the Freirean thought to knowledge translation regarding a global concept. *Cadernos de Saúde Pública*, e39813562. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT089824>
- Pereyra Lanterna, L. & Morales Calatayud, F. (2022). Interdisciplina y salud comunitaria: un estudio desde el análisis de dominio para la organización del conocimiento. En I. Cecilia & M. Muñoz Rodríguez (Comps.), *Intervención en salud comunitaria. Relato de experiencias* (pp. 89–118). Nuevos Tiempos.
- Pereyra, M.; Mantegazza, S.; de Gori, J.; Rusler, V. y Daiksel, A. (2017). Trayectorias estudiantiles. Reflexiones y desafíos desde el campo de la orientación. *Revista Redes de Extensión*, Secretaría de Extensión y Bienestar Estudiantil, Filo:UBA (3), pp. 21-20. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/redes/article/view/3820/3457>
- Pérez Sainz, J. P. (2020). El imaginario de las desigualdades en América Latina. ¿Es necesaria otra mirada? En E. Jelin, R. Motta, & S. Costa (2020), *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 137–153). Siglo XXI.
- Pérez Sainz, J. P., & Mora Salas, M. (2009). Excedente económico y persistencia de las desigualdades en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(3), 411–451. <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/17757/16936>
- Pérez Ulloa, L. E., García Sánchez, D., Rodríguez Jorge, B., & Ramos Cuellar, L. (2019). Resiliencia en madres de pacientes pediátricos con enfermedades hematológicas. *Acta Médica Del Centro*, 13(3), 378–389. <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1067>
- Pérez, R., & Toffano, P. (2019, 9 de octubre). *Caminar, una actitud existencial* [Podcast episode]. *Roberto Pérez Podcast*. Spotify. <https://open.spotify.com/episode/7rrD03IMjcaI-phRl41eTvV?si=Y0Y8JETsTcKgA8xeSOAtXA>
- Piovani, J. I., & Krawczyk, N. (2017). Los estudios comparativos: Algunas notas históricas, epistemológicas y metodológicas. *Educação & Realidade*, 42(3), 821–840. <https://doi.org/10.1590/2175-623667609>

- Pizzi, P., & Avaro, E. (2017). *Informe final de proyecto de extensión convocatoria 2017: Asentamiento "Islas Malvinas", Río Cuarto, Provincia de Córdoba. Propuesta de reducción de microbasurales en el sector a partir de la reconversión de los sub-espacios con la participación del colectivo de los sujetos territoriales involucrados*. Universidad Nacional de Río Cuarto, Secretaría de Extensión y Desarrollo.
- Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. Doubleday and Co.
- Ponce, F. M. (2020). *La alfabetización: Reflexiones sobre una experiencia en la localidad de Las Higueras, Córdoba, poniendo en diálogo la perspectiva de los derechos humanos y el pensamiento freireano* (Trabajo final de Diplomatura en Derechos Humanos). Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Premici, S. (2016, 8 de febrero). Los casos de trata laboral. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/1-76568-2016-02-08.html>
- Presidencia de la Nación Argentina. (2020). *Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 297/2020: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud. (s.f.). *Cannabis medicinal*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/cannabis-medicinal>
- Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud. (s.f.). *Cultivo de Cannabis*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/cultivo-de-cannabis>
- Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud. (s.f.). *Registro REPROCANN*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/cannabis-medicinal/reprocann>
- Priego Álvarez, H. (2006). *Consumo en salud: Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Facultad de Medicina. <https://ddd.uab.cat/record/38215>
- Prioridades estratégicas para el desarrollo científico y tecnológico de la provincia de Córdoba. (2020). <https://cordoba.conicet.gov.ar/temas-especiales-estrategicos/>
- Puiggrós, A. (2001). Educación y poder: los desafíos del próximo siglo. En Torres, C.A. (comp.) (2002) *Paulo Freire y la agenda de la educación latinoamericana en el siglo XXI* (pp. 9-22). CLACSO,
- Quijano Valencia, O. y Corredor Jiménez, C. (Comps). (2020). *Pandemia al sur*. Prometeo.
- Radi, B. y Pérez, M. (2019). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. *Revista Debates*, 5, 117-130.
- Ragin, C. (2007). El uso de los métodos comparativos para estudiar la diversidad. En C. Ragin, *La construcción de la investigación social* (pp. 177-211). Siglo del Hombre / Universidad de los Andes / SAGE.
- Ramacciotti, K. ., & Fernández, M. E. . (2022). Trabajadores de salud: representaciones en torno a la pandemia de COVID 19 en la Argentina. *Cuadernos De Ideas*, 16(16), e059. <https://doi.org/10.24215/23139048e059>
- Ramonet, I. (2020, abril 29). *Coronavirus: La pandemia y el sistema-mundo*. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/262989-coronavirus-la-pandemia-y-el-sistema-mundo>

- Ramos, G. (2007). Psicopedagogía: Aparando arestas pela história. *VIDYA*, 27(1), 9–20. <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/VIDYA/article/view/346>
- Rangel Esquivel, J. M. (2011). Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, VI(11), 28–56.
- Real Academia Española. (2025). *Huella*. En *Diccionario de la lengua española* (24.^a ed.). <https://dle.rae.es/huella#8zOCW2q>
- Real Academia Española. (2025). *Impacto*. En *Diccionario de la lengua española* (24.^a ed.). <https://dle.rae.es/impacto?m=form>
- Real Academia Española. (s.f.). *Situación*. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). <https://dle.rae.es/situación>
- Redondo, P. (2015). *Infancia(s) latinoamericana(s): Una deuda pendiente, un debate pendiente*. Clase XXI, Diploma Superior Infancia, Educación y Pedagogía. FLACSO.
- Resett, S.A. (2024). Bullying en adolescentes argentinos: recomendaciones para su evaluación e intervención. *Cuadernos de Psicología y Psicopedagogía*; 13. <https://doi.org/10.46553/2718-7454.13>
- Retamozo, M., & Trujillo Salazar, L. (2025, enero–abril). *El gobierno de Alberto Fernández en Argentina: La política y las políticas en tiempos de crisis (2019-2023)*. *Estudios Políticos*, (64), 26–45. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484903e.2025.64.90634>
- Revel Chion, A., Rosalez, P., Salazar-López, T., Scalici, M. y Carrillo-Tripp, M. (2024). Concepciones de salud del colectivo docente de Latinoamérica. *Góndola, enseñanza y aprendizaje de las ciencias*, 19(3), 583-600. <https://doi.org/10.14483/23464712.21900>
- Rey Méndez, M. P., Orazi, V., & Stonski, T. (2015). *Trabajo infantil y su impacto sobre la salud: Manual de formación para equipos de salud en el marco de la estrategia de prevención y erradicación del trabajo infantil en la Argentina* (OIT-MTEySS). Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos-aires/documents/publication/wcms_432318.pdf
- Reygadas, L. (2020). La construcción simbólica de las desigualdades. En E. Jelin, R. Motta, & S. Costa (2020), *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 201–219). Siglo XXI.
- Ricci, C. R. (2025). Identidad epistemológica de la psicopedagogía en Iberoamérica: Un estudio cualitativo desde la perspectiva de los hacedores. *Hologramática*, 43(V3), 75–108.
- Rivas-Flores, J.I. (2014). Narración frente al neoliberalismo en la formación docente. Visibilizar para transformar. *Magis*. 7 (14). 99-112. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.M7-14.NFNF>
- Roche Olivar, R., & Escotorin Soza, P. (2021). La optimización prosocial: un camino seguro para la educación y el bienestar emocional. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar*, 1(1), 85–117. <https://doi.org/10.48102/rieeb.2021.1.1.8>

- Rodrigues Brandão, C. R., Silva, P. N., & Romano, P. (2021). Centenário de Paulo Freire: Aportes para se pensar a educação superior na atualidade – Entrevista especial com o professor Carlos Rodrigues Brandão. *Docência do Ensino Superior*, 11, e035140, 1–15. <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2021.35140>
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). La economía del cuidado: Un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas. Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP). Documento de trabajo nº 44. <https://www.ciepp.org.ar/images/ciepp/docstrabajo/doc%2044.pdf>
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, 256, 30–44.
- Rodríguez, C. D. (2021). El derecho a una salud intercultural. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 51, e032. <https://doi.org/10.24215/23142553e032>
- Romo-Avilés, N., & Pérez Sánchez, N. (2013). Las chicas también se arriesgan: Visiones de la reducción de daños y riesgos desde la perspectiva de género. En D. Peré Martínez Oro & J. Pallarés Gómez (Eds.), *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* (pp. 239–250). Editorial Milenio.
- Rosado Cárdenas, V., & Peña Castro, M. (2020). “Saberes de mujeres”: Género, cambios generacionales y la construcción social de la salud. *Cuestiones de Género: De la Igualdad y la Diferencia*, (15), 403–422.
- Rosso, F. (2019). *La enigmática supervivencia política de Mauricio Macri*. *Nueva Sociedad*. <https://nuso.org/articulo/supervivencia-politica-de-mauricio-macri>
- Rotegård, A. K., Moore, S. M., Fagermoen, M. S., & Ruland, C. M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 513–525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005>
- Rubio, R., & Bovino, B. (2022). *Hacia un sistema integrado de salud en Argentina. La historia del presente del campo de la salud: devenir y pandemia*. Millcayac. *Revista Digital de Ciencias Sociales*, 9(16). <https://doi.org/10.48162/rev.33.036>
- Russo, H. (2005). Paulo Freire: Actualidad y vigencia de la pedagogía. *Contextos de la Educación*, 6–7, 80–92.
- Saforcada, E. (2001). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Saforcada, E. (2008). Perspectiva Ecológico-sistémica de la salud En E, Saforcada & J. Castellá Sarriera (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria* (pp 49-74). Paidós.
- Saforcada, E. (2010). El estado actual del campo de la salud comunitaria. En *Acto de apertura al Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del MERCOSUR: 15, 16, 17 y 18 de septiembre de 2010* (pp. 1–18). Universidad Nacional de San Luis.
- Saforcada, E. (2011). La salud en indoafroiberoamérica: El paradigma necesario. *Salud & Sociedad*, 2(3), 311–320. <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742467007.pdf>

- Saforcada, E. (2012a). *Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas*. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4(2), 120–132. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382007>
- Saforcada, E. (2012b). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7–22.
- Saforcada, E. (2012c, noviembre). Entrevista: “Hay que incluir la salud en la agenda política de modo urgente”. *Revista La Rivera*, 40–41.
- Saforcada, E. (2013, junio). “Hay que abandonar el paradigma del neoliberalismo que hoy rige la salud argentina” [Entrevista]. *Hoja Aparte*. Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Saforcada, E. (2013). *Programa del curso de posgrado: Pobreza, salud y vida comunitaria* [Programa de curso dictado en la Universidad Nacional de Río Cuarto, 27–29 de mayo de 2013].
- Saforcada, E. (2019). Perspectiva ecológico-sistémica de la salud. En E. Saforcada & J. Sarriera Castellá (Comps.), *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria: Aplicaciones de la psicología comunitaria en el MERCOSUR y España* (pp. 39–80). Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E. (2020). *Investigación en salud*. Módulo del Doctorado de Psicología y maestrías de Psicología Clínica y de Psicología y Educación. Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). [Material de uso interno].
- Saforcada, E. (2021a). *La salud pública y sus contextos fundamentales. Una introducción al análisis contextual crítico del escenario de la salud* [Manuscrito no publicado].
- Saforcada, E. (2021b). *Análisis crítico de la salud pública y sus contextos fundamentales* [Curso de posgrado extracurricular]. Secretaría de Posgrado, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Saforcada, E. (2021c). Estado, universidad pública y salud comunitaria. *Revista IT*, 8(8), 20–40. <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/revista-it/article/view/663>
- Saforcada, E. (2021d). La delicuescencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX. *Horizonte Sanitario*, 21(1), 1–16. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4594>
- Saforcada, E. (2022). El buen vivir de los pueblos originarios de Nuestra América como concepto orientador para la reflexión y acción en salud comunitaria. En C. Isla & M. Muñoz Rodríguez (Comps.), *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (pp. 53–68). Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E., & Col. (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida a la salud colectiva*. Proa XXI.
- Saforcada, E., & Juárez, M. P. (2015). Condicionantes de la medicina occidental que propician la barrera psicosociocultural entre efectores y consultantes de las poblaciones. *Salud & Sociedad*, 6(3), 266–288. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2015.0003.00006>

- Saforcada, E., & Moreira Alves, M. (2015). Salud comunitaria: Del nuevo paradigma a las nuevas estrategias de acción en salud. En E. Saforcada, J. Castella Sarriera, & J. Alfaro (Eds.) (2015), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad* (pp. 17–43). Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E., & Moreira Alvez, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud y Sociedad*, 5(1), 22–37. www.redalyc.org/pdf/4397/439742474007.pdf
- Saforcada, E., & Sarriera Castellá, J. (Comps.). (2019). *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria: Aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur y España*. Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E., Castella Sarriera, J., & Alfaro, J. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad*. Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E., de Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública: Nuevos aportes de la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Saforcada, E., de Lellis, M., Morales Calatayud, F., & Moreira Alves, M. (2019). *El factor humano en la salud pública: Hacia la humanización de la atención de la salud de las poblaciones*. Nuevos Tiempos.
- Salazar Bondy, A. (1958). *Irrealidad e idealidad* (Biblioteca Filosófica, Serie: Estudios Filosóficos). Universidad Mayor de San Marcos. https://enriquedussel.com/txt/Textos_200_Obras/Filosofia_liberacion/Irrealidad_idealidad-Salazar_Bondy.pdf
- Salvia, A., & De Grande, P. (2021b). *Segmentación socioeconómica de hogares en Argentina*. <https://mapa.poblaciones.org/services/metadata/GetMetadataFile?m=102301&f=33801>
- Salvia, A., Poy, S., & Pla, J. L. (Comps.). (2022). *La sociedad argentina en la pospandemia* (1.^a ed.). Siglo XXI. Clacso. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/169824/1/La-sociedad-argentina-pospandemia.pdf>
- Sánchez López, M.P; Aparicio García, M.E; & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718339.pdf>
- Sanchez Reinón, M. (2012). Los “cuidados informales” de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los “servicios sociales de cuidados”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 185–210. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n1.39120
- Sanchis, N. (2020). *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Asociación LolaMora. <https://asociacionlolamora.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/El-cuidado-comunitario-Publicacio%CC%81n-virtual.pdf>
- Sarthe, M. (2024). *Psicopedagogía comunitaria. Una aproximación a las relaciones de poder en contextos de avance colectivo*. De los Cuatro Vientos.
- Sartori, G. (1999). Comparación y método comparativo. En J. Russo & M. Ruiz de Azúa (Eds.), *La comparación en las ciencias sociales* (pp. 29–50). Alianza.

- Sautu, R; Boniolo, P; Dalle, P. & Elbert; R. (Eds.). (2020). *El análisis de clases sociales pensando la movilidad social, la residencia, los lazos sociales, la identidad y la agencia*. CLACSO- IIGG.
- Savoy, F., Retamar, S., de Gracia, L., & Chesini, F. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en Concepción del Uruguay: Perfil socioeconómico de los usuarios. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n1.87658>
- Scocuglia, C. (2022). Paulo Freire e a politicidade da educação na história do tempo presente. *Revista de Tempos e Espaços em Educação (RTEO)*. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/64792>
- SEDRONAR. (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas) (2021). *Guía de estrategias de atención y acompañamiento comunitarios para los DTC*. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.
- SEDRONAR. (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas) (2023a). *Manual de conceptos y herramientas para la investigación sobre consumos de sustancias psicoactivas* (Barrientos, R. coord.). [Manual institucional] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual_de_conceptos_y_herramientas_para_la_investigacion_sobre_el_consumo_de_sustancias psicoactivas.pdf
- SEDRONAR. (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas) (2023b). *Estrategias para trabajar con familias y entornos afectivos en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias*. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.
- Segato, R. (2016). Patriarcado: Del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocalíptica del capital. <https://feministresearchonviolence.org/patriarcado-del-borde-al-centro-disciplinamiento-territorialidad-y-crueldad-en-la-fase-apocaliptica-del-capital-by-rita-segato/>
- Segato, R. (2020). Coronavirus: Todos somos mortales. Del significante vacío a la naturaleza abierta de la historia. En O. Quijano Valencia & C. Corredor Jiménez (Comps.), *Pandemia al sur* (pp. 11–22). Prometeo.
- Segato, R. (2022a). Manifiesto en cuatro temas. *Critical Times*, 1(1). <https://read.dukeupress.edu/critical-times/article/1/1/212/139311/Manifiesto-en-cuatro-temas>
- Segato, R. (2022b). En torno a una nueva agenda feminista (y porqué el patriarcado se opondrá a ella). En K. Batthyány & N. Arata (Comps.), *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella)*. *Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista* (pp. 35–52). Siglo XXI-CLACSO.
- Shimizu, H. E., Sousa, Y. S. O., & Apostolidis, T. (2025). As representações sociais da COVID-19 dos usuários dos serviços da atenção primária no contexto da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(2), e14132023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.14132023>
- Silva Bautista, J., & Corona Miranda, R. (2020). Las creencias: Un abordaje desde la psicología social. En J. Silva Bautista, *La ciencia: Teoría y práctica* (pp. 36–55). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. <https://www.zaragoza.unam.mx/ciencia-teoria-practica/>
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Morata.

- Sirvent, M. T., & Rigal, L. (2023). *La investigación social en educación: Diferentes caminos epistemológicos, lógicos y metodológicos de producción de conocimiento*. Miño y Dávila.
- Skeggs, B. (2019). *Mujeres respetables: Clase y género en los sectores populares* (G. Ventureira, Trad.). Ediciones UNGS.
- Skrabanek, P. (1999). *La muerte de la medicina con rostro humano*. Díaz de Santos.
- Solé, I. (1999). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Barcelona. ICE- Horsori.
- Solitario, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y articulación en salud: Su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología, UBA*, 15, 263–269.
- Soneira, A. (2006). La “teoría fundamentada en los datos” de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1ra ed., pp. 153–173). Gedisa.
- Soto Pimentel, V., Reiri, M., & Gradin, A. (2024). *La conflictividad social durante el primer año del gobierno de Javier Milei* (Informe N.º 46). Observatorio de Políticas Públicas y Reforma Estructural, Área Estado y Políticas Públicas – FLACSO Argentina.
- Souza Santos, B. (2005). *La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad*. Miño y Dávila.
- Souza Santos, B. (2009). *Una Epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI.
- Spicker, P.; Álvarez Leguizamón, S. & Gordon, D. (2009). *Pobreza, un Glosario Internacional*. Buenos Aires: CLACSO. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/13083/1/glosario.pdf>
- Stake, R. (1998). *La investigación con estudio de casos*. Morata.
- Stake, R. (2013). Estudios de caso cualitativos. En N. Denzin & Y. Lincoln (Comps.), *Manual de investigación cualitativa. Vol. III: Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Stolkiner, A. (2006). La accesibilidad a los servicios de salud: Una experiencia con adultos mayores de 59 años. En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación, Segundo encuentro de Investigadores del MERCOSUR* (Tomo I, pp. 58–59). Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social / salud colectiva latinoamericano. En J. Llambías Wolff (Ed.), *La enfermedad de los sistemas de salud: Miradas críticas y alternativas* (pp. 136–150). Ril Editores.
- Stolkiner, A. (2024). Lo comunitario en la encrucijada del presente: riesgos y potencia . *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 221-227. <https://revistas.unla.edu.ar/salud-mentalycomunidad/article/view/5592/2638>
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 101(XXIII), 57–67. <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf>
- Strauss, A, y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.

- Suárez Rojas, L. A., & Calvo, G. (2024). Historia de vida como experiencia y estrategia de investigación cualitativa, a propósito de la pandemia COVID-19. *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 10(19), 101-124. <https://doi.org/10.32776/arcsh.v10i19.413>
- Svampa, M. (2021, 30 de marzo). *¿Qué será de América Latina tras la pandemia?*. *openDemocracy*. <https://www.opendemocracy.net/es/america-latina-tras-pandemia/>
- Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M., & Raich-Escursell, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: Concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (113), 14–25.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos*. Paidós.
- Tejada de Rivero, D. A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas*, 8(1), 2–7.
- Teodoro, E. F., Simões, A., & Gonçalves, G. A. (2019). Psychic suffering nowadays: From gadgets to the consumed subject. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35437>
- Therborn, G. (2011). Inequalities and Latin America. From the Enlightenment to the 21st century. *desiguALdades.net Working Paper Series*, 1. *desiguALdades.net Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America*.
- Thompson, T. L. (1990). *Patient health care: Issues in interpersonal communication*. En E. Berlin & L. Donohew (Eds.), *Communication and health: Systems and applications* (pp. 27–50). Lawrence Erlbaum Associates.
- Tolli, M., Muñoz Rodríguez, M., & Sabéz, M. (2019). Prácticas éticas en las investigaciones participativas en salud: Revisión sistemática de estudios en Latinoamérica y en el Caribe. *Salud Colectiva*, 12(3), 144–156.
- Toro Pérez, C. (2020). Aprendiendo de saberes y haceres: Los Nadies en tiempo de pandemia. En O. Quijano Valencia & C. Corredor Jiménez (Comps.), *Pandemia al sur* (pp. 99–116). Prometeo.
- Torres López, T. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Précis*, 23, 1-17.
- Torres López, T., Aranzazú Munguía Cortés, J., Pozos Radillo, E. & Aguilera Velasco, M. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria*, 42(3), 154–161.
- Torres, C. A. (1995). *Estudios Freireanos*. Libros del Quirquincho.
- Torres, C.A. (Comp.) (2002). *Paulo Freire y la agenda de la educación Latinoamericana en el siglo XXI*. CLACSO.
- Torres, R. M. (1985). Sobre educación popular: Entrevista a Paulo Freire. En *Educación popular: Un encuentro con Paulo Freire*. Biblioteca Digital CREFAL.
- UNESCO. (2024). *Global education monitoring report 2024/5: Leadership in education – Lead for learning*. <https://www.unesco.org/gem-report/en/leadership>

- Unzué, M., & Romé, N. (2025, marzo). *Annus horribilis. Balance preliminar del primer año del gobierno de Milei para los sistemas universitario y científico. Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (marzo). <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/2419>
- Ursa Herguedas, A. (2018). La meditación como práctica preventiva y curativa en el sistema nacional de salud. *Medicina Naturista*, 12(1), 47–53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6267068>
- Valdivieso, S., & Ramírez, C. (2002). El insight en psicoanálisis y sus dimensiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 371-380. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400009>
- Vallejo, J., & González, J. (2013). Las lombrices de tierra en la medicina popular española: Contraste con el uso medicinal a través de la historia. *Revista de Medicina Naturista*, 7(2), 81–86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4297884>
- Vasco Uribe, A. (2025). *Salud, medicina y clases sociales*. EdUNLa. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/61/71/228-5> (Obra original publicada en 1975).
- Vasilachis de Gialdino, I. (2018). Propuesta epistemológica, respuesta metodológica y desafíos analíticos. En A. Reyes Suárez, J. Piovani & E. Potaschner (Coords.), *La investigación social y su práctica: Aportes latinoamericanos a los debates metodológicos de las ciencias sociales* (pp. 27–60). CLACSO.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Vasilachis de Gialdino, I., & Pérez-Abril, M. (2012). Investigación, epistemología e identidad en Latinoamérica: Entrevista a Irene Vasilachis de Gialdino. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 4(9), 513–523.
- Vega Solís, C. (2019). Reproducción social y cuidados en la reinención de lo común: Aportes conceptuales y analíticos desde los feminismos. *Revista de Estudios Sociales*, 70, 49–63. <https://doi.org/10.7440/res70.2019.05>
- Velasco Juez MC. (1999). El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. *Index de Enfermería* 27. 25-30. http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php.
- Victorio-Pérez, J; Mormontoy-Laurel, W; & Díaz-Pizán, M. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(1), 70-79. <https://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i1.3496>
- Villa, A., & Rodríguez, M. (2022). Evaluación del sentido de comunidad y su variación según las características del contexto geográfico costarricense. *Universitas Psychologica*, 20(1), 95–117. <https://doi.org/10.14718/9786287554320.2022.4>
- Villafranca, J., Diaz, G., Rengifo, J., Ramos, M., Cella, G., & Zuluaga, J. R. (2024). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Private Aesthetic Clinical Settings in Four Latin American Countries: A Cross-Sectional Study. *Aesthetic plastic surgery*, 48(22), 4687–4692. <https://doi.org/10.1007/s00266-024-04185-w>

- Villalobos Galvis, H. (2020). Psicología y salud mental, los retos que nos ha develado el Covid-19. En: N. Molina Valencia (Ed.), *Psicología en contextos de Covid-19, desafíos poscuarentena en Colombia* (1ra ed. pp. 91-100). ASCOFAPSI.
- Villoro, L. (1986). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI Editores.
- Vinacour, C. A., Méndez, G. R., García, R., & Young, B. (2018). Evolución de los niveles de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes bipolares que participaron de un taller de psicoeducación. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 288–298. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/306>
- Viotti, N. (2003). Deshaciendo daños: Representaciones y prácticas de la brujería en el noroeste de Argentina. *Scripta Ethnologica*, 25, 117–140. <https://www.redalyc.org/pdf/148/14802507.pdf>
- Visca, J. (1997). Ámbitos de la psicopedagogía. En Boggio, R. y otros. *Perspectivas teóricas en torno al aprendizaje*. Paideia.
- Vogliotti, A. (2001). Relación educativa como instancia de conocimiento: ¿Es posible la compatibilidad de las perspectivas constructivista y crítica? *EFUNARC*.
- Vogliotti, A. (2022). Construcción de conocimiento crítico en una investigación sobre la relación educación-salud. *Erasmus. Revista para el diálogo intercultural*, 24, 1–36.
- Wassler, P., & Talarico, C. (2021). Sociocultural impacts of COVID-19: A social representations perspective. *Tourism Management Perspectives*, 38, 100813. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2021.100813>
- Weingast, D. (2000). *Significados y prácticas ante la enfermedad en un grupo de mujeres que viven en condiciones de pobreza*. En *Actas del V Congreso de Antropología Social*. Universidad Nacional de La Plata. <http://www.equiponaya.com.ar/congresos/contenido/laplata/LP2/25.htm>
- Weingast, D. (2012). Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: A propósito de las infecciones respiratorias agudas. En *Actas de las VII Jornadas de Sociología*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/31395/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Weingast, D. (2021). Trayectorias de atención: De la autoatención a la consulta biomédica. Un estudio antropológico de los problemas respiratorios infantiles. En L. Pagnamento (Comp.), *Salud, enfermedad, atención y cuidados: Miradas desde las ciencias sociales* (pp. 63–106). Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/184>
- Wiesenfeld, E. (2003). *La Psicología Ambiental y el desarrollo sostenible. ¿Cuál psicología ambiental? ¿Cuál desarrollo sostenible? Estudios de Psicología (Natal)*, 8(2), 253–261. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000200007>
- Witter, S., Namakula, J., Alonso-Garbayo, A., Wurie, H., Theobald, S., Mashange, W., Ros, B., Buzuzi, S., Mangwi, R., & Martineau, T. (2017). Experiences of using life histories with health workers in post-conflict and crisis settings: methodological reflections. *Health policy and planning*, 32(4), 595–601. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw166>

- Woolf, C., Muscara, F., Anderson, V. A., & McCarthy, M. C. (2016). Early Traumatic Stress Responses in Parents Following a Serious Illness in Their Child: A Systematic Review. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 23(1), 53–66. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9430-y>
- Worldometer. (2025). Argentina COVID- Coronavirus Statistics- Woldometer. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/argentina/>
- Zapata, M. J. (2022). Ollas privadas: Una mirada transfeminista de la gastronomía. *Revista Entramados: Género y Diversidades*. Facultad de Ciencias Humanas, UNRC. <https://www.hum.unrc.edu.ar/genero-y-diversidades-entramadx-s-n5/>
- Zibecchi, C. (2014). Trayectorias de mujeres y trabajo de cuidado en el ámbito comunitario: Algunas claves para su estudio. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 5(39), 97–139. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000100006&lng=es&tlng=es
- Zubieta, E., Stocki, C. T., Sosa, F., & Yolde, M. B. (2022). Representaciones Sociales del COVID-19 y la Vacuna en estudiantes universitarios y docentes argentinos. *Revista Educação E Cultura Contemporânea*, 19(58), 193–221. <https://doi.org/10.5935/2238-1279.20210150>

Mujeres narrando sobre salud

Un estudio psicopedagógico comunitario
en tiempos complejos

María Paula Juárez

A partir de una investigación desarrollada durante ocho años en el Gran Río Cuarto, su autora María Paula Juárez, Investigadora de CONICET y docente de la Universidad Nacional de Río Cuarto explora las concepciones, conocimientos, creencias y prácticas vinculadas con la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención construidas por mujeres de distintos sectores sociales. A partir de una perspectiva situada e interdisciplinaria, se recuperan las voces, experiencias y saberes de quienes históricamente han asumido un papel central en el sostenimiento de la salud familiar y comunitaria, analizando, además, el impacto de la pandemia de COVID-19 en estos procesos.

Desde una psicopedagogía comunitaria que dialoga con los aportes de la salud comunitaria, la psicología sanitaria y distintas disciplinas de las ciencias sociales y humanas latinoamericanas, esta publicación constituye una contribución relevante para investigadores, estudiantes, profesionales de la salud y de la educación, como así también para quienes buscan comprender los complejos entramados socioculturales que configuran los procesos de salud y cuidado en nuestros territorios.



UniRío
editora



Universidad Nacional de

Río Cuarto

Secretaría

Académica