

# Acerca de la procedencia de conocimientos sobre salud en mujeres del Gran Río Cuarto (Argentina)

About the Origin of Health Knowledge in Women from Gran Río Cuarto (Argentina)

Sobre a procedência dos conhecimentos em saúde nas mulheres do Grande Río Cuarto (Argentina)

María Paula Juárez

*Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC)*

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.14906>

## Resumen

El artículo parte del objetivo de comparar la procedencia de conocimientos sobre salud, enfermedad, cuidados y atención de mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto (Córdoba, Argentina). El estudio, realizado desde octubre de 2017 hasta octubre de 2024, se desarrolló desde una investigación cualitativa, basada en un diseño de estudio de casos comparativo con enfoque biográfico-narrativo. Se realizaron 39 entrevistas. Para el análisis de los datos, se guiaron los principios de la teoría fundamentada y del análisis comparativo. Como resultado, emerge la categoría “tipología de conocimientos según su procedencia y características”, compuesta por subcategorías

que aluden a diferentes procedencias de conocimientos sobre salud, enfermedad, cuidados y atención desde un análisis comparativo. Se reconocen procedencias comunes y diferenciadas de acuerdo con los grupos sociales de mujeres. Se concluye reconociendo cómo las desigualdades sociales se expresan de múltiples maneras. Haber identificado que es posible construir determinados tipos de conocimientos según la condición de clase visibiliza realidades de injusticia y vulneración de derechos. Se hace apremiante reconocer estas realidades y generar condiciones de justicia en términos epistémicos, como derecho de las poblaciones. **Palabras clave:** conocimientos, salud, mujeres, clase social

---

María Paula Juárez ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6087-387X>

El estudio ha sido realizado gracias al financiamiento inherente al plan de trabajo como Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina) y al proyecto “Mujeres narrando sobre salud. Estudio biográfico-comparativo y psicosociopedagógico acerca de qué saben, piensan y hacen mujeres con su salud en tiempos de pandemia”, aprobado desde el mismo organismo argentino de ciencia y técnica (Resol-2022-1930-APN-DIR#CONICET).

El estudio no presenta conflicto de intereses.

Correspondencia concerniente a este artículo deberá ser remitida a Ruta 36 km 601. Pabellón B. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Río Cuarto. Of. 23. Río Cuarto, CP. 5800. Córdoba, Argentina. Correo electrónico: mpaulajuarez@gmail.com

---

**Para citar este artículo:** Juárez, M. P. (2025). Acerca de la procedencia de conocimientos sobre salud en mujeres del Gran Río Cuarto (Argentina). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 43(1), 1-20. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.14906>

## Abstract

The article is based on the objective of comparing the origin of knowledge about health, illness, care and attention of women in poverty and from middle class in Greater Río Cuarto (Córdoba-Argentina). The study, carried out from October 2017 to October 2024, was developed from qualitative research, based on a comparative case study design with a biographical-narrative approach. Thirty-nine interviews were conducted. Data analysis was guided by the principles of grounded theory and comparative analysis. The category "typology of knowledge according to its origins and characteristics" emerged from the results, which is composed of subcategories that refer to different origins of knowledge about health, illness, care and attention from a comparative analysis. Common and differentiated origins are recognized according to the social groups of women. The conclusion recognizes how social inequalities are expressed in multiple ways. Having identified that it is possible to construct certain types of knowledge according to class status makes realities of injustice and violation of rights visible. It is urgent to recognize these realities and generate conditions of justice in epistemic terms, as a right of populations.

*Keywords:* knowledge, health, women, social class

## Resumo

O artigo tem como objetivo comparar a procedência do conhecimento sobre saúde, doença, cuidados e assistência de mulheres em situação de pobreza e da classe média do Gran Río Cuarto (Córdoba-Argentina). O estudo, realizado de outubro de 2017 a outubro de 2024, foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa, baseada em um delineamento de estudo de casos comparativo com abordagem biográfico-narrativa. Foram realizadas 39 entrevistas. Para a análise dos dados, foram seguidos os princípios da teoria fundamentada e da análise comparativa. Como resultado, surge a categoria "tipologia de conhecimentos de acordo com sua procedência e características", composta por subcategorias que se referem a diferentes origens de conhecimentos sobre saúde, doença, cuidados e assistência a partir de uma análise comparativa. São reconhecidas procedên-

cias comuns e diferenciadas de acordo com os grupos sociais de mulheres. Conclui-se reconhecendo como as desigualdades sociais se expressam de múltiplas maneiras. Ter identificado que é possível construir determinados tipos de conhecimento de acordo com a posição de classe torna visíveis realidades de injustiças e violações de direitos. É urgente reconhecer essas realidades e gerar condições de justiça em termos epistêmicos, como direito das populações.

*Palavras-chave:* conhecimento, saúde, mulheres, classe social

El artículo analiza una temática que surge de una investigación cuyo propósito principal refirió comparar las concepciones y prácticas de salud, así como la construcción de conocimientos de salud y su circulación, en mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto, al sur de la Provincia de Córdoba (Argentina)<sup>1</sup>.

Atendiendo a ello, el objetivo de este artículo refiere comparar la procedencia de conocimientos sobre salud, enfermedad, cuidados y atención (en adelante, SECA) de mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto. Se parte de los interrogantes: ¿Qué procedencia u origen es posible identificar en conocimientos contruidos sobre SECA en mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto? ¿Es posible reconocer similitudes y diferencias en los orígenes de esos conocimientos sobre SECA en ambos grupos?

Con la intencionalidad de analizar estas cuestiones, el trabajo toma los desarrollos de una perspectiva en psicología sanitaria y comunitaria

<sup>1</sup> Investigación desarrollada en el marco del plan de trabajo como investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (IF-2021-87938392-APN-DDRH#CONICET) y ligado al proyecto aprobado en la Convocatoria 2022-2023 PIBAA-CONICET: *Mujeres narrando sobre salud. Estudio biográfico-comparativo y psicosociopedagógico acerca de qué saben, piensan y hacen mujeres con su salud en tiempos de pandemia* (Resol-2022-1930-APN-DIR#CONICET).

latinoamericanas que aportan a una concepción de salud pública comunitaria (de Lellis, 2015; Isla & Muñoz, 2022; Morales, 2016; Saforcada et al., 2019; Saforcada et al., 2022) en articulación con contribuciones de la antropología de la salud, perspectivas de clases sociales y enfoques socio-históricos y culturales en educación y psicología, generando una amalgama que posibilite la comprensión del fenómeno en estudio.

Se parte de entender a la salud como:

Un proceso ecosistémico extremadamente complejo del cual depende el desempeño de las personas (...) en el vivir cotidiano con un relativo bienestar físico psíquico espiritual social y ambiental (...) debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente (...) entre las personas y sus ambientes (...) 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)

La perspectiva centrada en la psicología sanitaria permite atender al factor humano y la condición relacional que lo caracteriza, considerando un abordaje en relación con los emergentes positivos del proceso de salud inherentes al desarrollo y bienestar, así como a los vinculados a problemas de salud y el daño que suponen, como realidades que expresan la naturaleza psicosociocultural de estos procesos que condicionan directa o indirectamente la subjetividad y el comportamiento (Saforcada et al., 2019).

Morales Calatayud (2016) entiende que el ser humano es un sujeto protagonista de su propia salud, con representaciones, motivaciones, conocimientos, actitudes y prácticas con sentido único y personal. Para el autor, se vive la salud “en circunstancias sociales concretas, insertos en un modo de producción dentro del cual ocupamos una posición determinada” (Morales, 2016, p. 32).

Vinculado con ello, la perspectiva de clases sociales permite atender a las manifestaciones de las vivencias de salud de las mujeres del estudio. 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 otorga según su localización en la estructura económica. Ello se expresa a través de desiguales oportunidades de existencia de sus miembros, conformando opciones y limitaciones que condicionan las orientaciones psicosociales y la acción colectiva de las personas.

Para los autores, 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” (Sautu et al., 2020, p. 22). Desde el estudio, esta mirada permite contemplar las trayectorias sociosanitarias de las mujeres, ligadas a posibilidades de acceso 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, aspectos que permitirían comprender las tramas con que se configura la desigualdad en salud.

Diversas perspectivas han abordado la temática de las epistemes, saberes y conocimientos legos y populares de las poblaciones, así como, particularmente, por mujeres en lo referido a la salud. Es posible identificar enfoques vinculados a la educación general y popular, la epistemología social y crítica, la antropología de la salud, perspectivas de género y enfoques históricos en psicología sanitaria, de la salud y comunitaria, entre otros (Cuadrada, 2014; Disderi, 2001; Fricker, 2017; Idoyaga, 2005; Menéndez, 2009; Radi & Pérez, 2019; Rosado & Pena, 2020; Saforcada, 2011).

Alarcón et al. (2003) consideran que en la cultura confluyen dos dimensiones: una “ideacional o cognitiva”, inherente al mundo de la conceptualización, la cual se manifiesta en pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas por las personas a través del aprendizaje, y la otra “material”, referida

a las prácticas, conductas, artefactos culturales y normas que explicitan lo simbólico.

El estudio aborda la dimensión cognitiva que manifiestan mujeres sobre SECA. Para ello, se recuperan contribuciones desde la psicología socio-histórica y cultural de Lev Vygotsky. Moll (1993) entiende que, para Vygotsky, la educación no solo implica el desarrollo del aspecto cognitivo de la persona, sino el crecimiento histórico de la cultura, siendo “la capacidad de enseñar y de beneficiarse con la instrucción un atributo fundamental de los seres humanos” (p. 29). En este sentido, interesa reconocer cómo la cognición, entendida como la manera de conocer de las mujeres sobre SECA, “se incrusta en el mundo social y cultural, escenario en el cual los factores contextuales tienen un lugar clave en el pensamiento” (Moll, 1993, pp. 28-29).

### Método

El estudio se llevó a cabo desde una investigación cualitativa, definida por Denzin y Lincoln (2011) como aquella actividad que intenta interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan. La misma se basó en un diseño de estudio de casos comparativo con enfoque biográfico-narrativo y se desarrolló en el período comprendido entre octubre de 2017 a octubre de 2024, organizado en tres etapas.

La primera etapa, correspondiente al momento “prepandemia” (octubre de 2017 a diciembre de 2021), y la segunda etapa, inherente al tiempo de “pandemia” (enero de 2020 a diciembre de 2022), metodológicamente se desarrollaron mediante el enfoque biográfico-narrativo y el estudio de casos. El enfoque biográfico-narrativo habilitó la identificación de temáticas referidas por mujeres en situación de pobreza, atendiendo a un criterio temporal (Bolívar & Fernández, 2001) y reconociendo sus vivencias de SECA en tiempos previos, durante y posteriores a la pandemia por la enfermedad del Covid-19. Por su parte, el estudio

de caso se centró, en un primer momento, en un caso único de mujeres en situación de pobreza. En un segundo momento, se incorporó un nuevo caso, definido por mujeres en situación de clase media, redefiniéndose como “estudio colectivo de casos” (Simons, 2011). Esta perspectiva, sumada al enfoque biográfico-narrativo, permitió el estudio exhaustivo, particular y complejo de los casos con el fin de comprenderlos en sus escenarios.

A partir de lo planteado, se define una tercera etapa denominada “postpandemia” (enero de 2023 a octubre de 2024), caracterizada por el empleo del método comparativo, a partir del relevamiento de los documentos de 39 entrevistas a mujeres en situación de pobreza (Caso 1. 22 entrevistas) y de clase media (Caso 2. 17 entrevistas) (siendo del total de las entrevistadas, 33 mujeres madres y seis que no lo eran). Este volumen de datos permitió analizar la diversidad y la complejidad social que entrañan las concepciones, conocimientos y prácticas de SECA, enlazadas a trayectorias sociosanitarias y contextos de pertenencia de ambos grupos de mujeres. 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 casos de estudio.

En relación con los procedimientos muestrales empleados se optó un “muestreo intencional” (Maxwell, 1996, p. 6), que combinó una selección inicial basada en criterios simples con posteriores procesos secuenciales de selección a medida que el estudio avanzó. En este sentido, en la primera etapa (prepandemia) se implementaron estrategias para localizar la unidad poblacional relevante (Goetz & LeCompte, 1988), centrada en las mujeres en situación de pobreza. Para esto, se contactó con informantes claves que fueron un sacerdote cristiano y un alfabetizador que se desempeñaban en comunidades con esas características desde hacía varios años. Se seleccionó a los barrios Islas Malvinas (IM), Villa la Cava (LC) de la ciudad de Rio

Cuarto y a la Villa San Francisco (VSF) de Las Higueras, entrevistándose a once mujeres madres entre los 22 y 66 años.

En una segunda etapa (pandemia), realizamos un muestreo secuencial que implicó una nueva selección de caso determinada desde el análisis de datos emergentes que motivaron nuevos intereses de indagación a partir del avance del estudio (Goetz & LeCompte, 1988). Se seleccionó así un “caso discrepante” (Goetz & LeCompte, 1988, p. 181), nuevo, divergente respecto del anterior e identificado en el grupo de mujeres en situación de clase media, para generar nuevas comprensiones al fenómeno de las vivencias de SECA, atendiendo a una perspectiva de grupos/clases sociales.

Para la conformación de la muestra de mujeres en situación de clase media, se emplearon dos procedimientos: para la localidad de Las Higueras se procedió a través de informantes claves que permitieron contactar con mujeres residentes en el barrio centro (BCH). Para la ciudad de Río Cuarto, se operó mediante un “método de consenso de informantes claves” (Saford, 2002, p. 224) que permitió determinar barrios de clase media, siendo seleccionados: Banda Norte (BN), Bimaco (BB) y Centro (BC).

Seleccionado el contexto se procedió a realizar un muestreo propositivo (Hernández Sampieri et al., 2010) que permitió identificar los casos de interés para el estudio. Se entrevistaron algunas vecinas de estos barrios, con el método “bola de nieve” que posibilitó contactar con otras nuevas sugeridas por ellas, entrevistándose a 17 mujeres entre los 20 y 77 años de edad. Asimismo, en esta etapa se vio la necesidad de incorporar nuevas mujeres en situación de pobreza que ofrecieran sus vivencias sobre SECA con relación al período vivido en la pandemia. Se contactó así a una educadora popular del barrio Jardín Norte que ofició como informante clave y contactó con siete nuevas mujeres en situación de pobreza dispuestas a ser entrevistadas, entre los 29 a 47 años de edad.

Para determinar con un criterio empírico la pertenencia de clase social de los grupos de mujeres del estudio, se procedió en un doble sentido. De esta manera, los datos ofrecidos inicialmente por los informantes clave, en torno a los barrios por ellos considerados en ambas localidades del estudio, fueron convalidados mediante la información provista por indicadores socioeconómicos y demográficos ofrecidos por los resultados correspondientes al “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas” del año 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (INDEC, 2012), por medio de un tratamiento analítico basado en un criterio de división de radios censales inherentes a la geolocalización de los barrios de estudio, lo que otorgó consistencia empírica a lo relevado.

A los fines de caracterizar brevemente los barrios de estudio, se considera, en relación con aquellos seleccionados en situación de pobreza: a) el barrio Islas Malvinas, sector noroeste de Río Cuarto, se asienta sobre la margen derecha del Río Chocancharava, con una extensión longitudinal de unos dos mil metros de costa hacia el norte del puente Islas Malvinas. Las viviendas de las entrevistadas, construidas con chapas, ladrillos y en condiciones de precariedad, se sitúan en el tramo inicial sur, intermedio, centro y final-norte del barrio, conformadas por familias de nacionalidad argentina y paraguaya, muchas han emigrado de la pobreza rural a una pobreza urbana. b) Villa La Cava se ubica en cercanías del Río Cuarto sobre su margen derecha. Se compone por familias que se han asentado precariamente en terrenos fiscales, caracterizados por una gran depresión en su centro donde se ha producido un basural. c) Barrio Jardín Norte se encuentra en cercanías de la ruta de circunvalación nacional A005 al norte de la ciudad de Río Cuarto, se trata de un barrio constituido por un programa de viviendas del municipio local. d) Villa San Francisco se ubica a metros de la ruta Nacional n.º 158, en el tramo que une a la ciudad de Río Cuarto con Las Higueras. Si bien se trata



de pocas manzanas con viviendas construidas por algún plan municipal antiguo, se advierte su deterioro, las situaciones de carencia, el hacinamiento y la pobreza en las familias que la habitan.

Acerca de la geolocalización de los barrios de clase media seleccionados, Banda Norte se ubica sobre el margen noreste del Río Cuarto; Barrio Centro, en el centro geográfico de la ciudad, y Barrio Bimaco, en el sector sudoeste. Por su parte, el Barrio Centro de la localidad de Las Higueras se encuentra al sudeste de la Ruta Nacional 158 (véase mapa 1). Asimismo, la caracterización sociodemográfica de los barrios del estudio se realizó atendiendo a variables como la cantidad de personas por hogar, el máximo nivel educativo, las personas por condición de actividad, la conexión de servicios básicos de la vivienda, la calidad constructiva de la vivienda, los hogares por tenencia de computadora y las necesidades básicas insatisfechas en el hogar<sup>2</sup> (véase tablas 2 y 3 en el apéndice).

Para la recolección de datos se triangularon fuentes y procedimientos (Ragin, 2007). Además, se realizaron entrevistas individuales de tipo narrativa y semiestructurada a las mujeres y una entrevista grupal a dos referentes de la comunidad, así como observaciones discretas en recorridos por las comunidades, y el empleo de recursos fotográficos que las entrevistadas proveían opcionalmente para reflexionar sobre sus concepciones de salud y enfermedad.

Para el análisis de los datos, guiaron las premisas de la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002). Se recurrió a los procedimientos de la comparación constante y la codificación. El primero permitió, a medida que la estructura teórica

fue emergiendo, comparar los nuevos datos con las categorías construidas. Por su parte, la codificación otorgó a los datos comunes una denominación desde una misma referencia temática. Se realizaron operaciones de codificación abierta, axial y selectiva que permitieron el surgimiento de una estructura teórica explicativa de la naturaleza del fenómeno, a partir de dimensiones, categorías y subcategorías de análisis caso por caso. Seguidamente, se empleó un abordaje centrado en el método de análisis comparativo entre los casos de estudio que permitió focalizar en patrones de semejanzas y diferencias entre los grupos sociales de mujeres en situación de pobreza y de clase media, parangonando como una especie de control para constatar o refutar regularidades inherentes —o no— a los casos, permitiendo situar, explicar y comprenderlos mejor (Sartori, 1999).

Respecto a las consideraciones éticas, el estudio y los protocolos de entrevistas y consentimientos informados correspondientes, fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética de la Investigación (CoEdI) de la Universidad Nacional de Río Cuarto (07-2024. PIBAA-001). En este sentido, la investigación se desarrolló sustentada por los principios éticos de consentimiento informado, anonimato, confidencialidad y protección de las participantes<sup>3</sup>. Se procedió a optar por una doble modalidad de implementación de los consentimientos informados, siendo de tipo oral y escrita, con el fin de aumentar la protección de las participantes y disminuir cualquier tipo de riesgo que perjudique la investigación.

<sup>2</sup> Las definiciones de las variables y categorías que se consignan provienen de los datos de “Censo Nacional de población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Base de Datos REDATAM. Definiciones de la base de datos”. Disponible en <https://redatam.indec.gov.ar/redarg/CENSOS/CPV2010rad/Docs/Definiciones%20de%20la%20Base%20de%20Datos%202017.pdf>

<sup>3</sup> Para ello se tomó como sustento los documentos: CONICET: *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades*, elaborado por el Comité de Ética (Resolución D. N° 2857, diciembre de 2006); el *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina* (FePRA. Aprobado en 1999 y modificado en 2013); *Los principios éticos y código de conducta de la Asociación Americana de Psicología* (APA, 2010), y la *Ley de Habeas Data N° 25.326* (sobre protección de datos personales, Argentina).

## Resultados

En lo que sigue se exponen los resultados (véase tabla 1).

Tabla 1.

*Subcategorías de la categoría emergente “tipología de conocimientos según su procedencia” en la dimensión conocimientos sobre SECA en mujeres del Gran Río Cuarto*

| Diferenciación de aspectos | Casos                                                                                           | Subcategorías                                                         |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Aspectos comunes           | Caso 1<br>Mujeres en situación de pobreza<br>+<br>Caso 2<br>Mujeres en situación de clase media | Conocimientos que se transmiten generacionalmente.                    |
|                            |                                                                                                 | Conocimientos procedentes de la maternidad.                           |
|                            |                                                                                                 | Conocimientos de curanderos o familiares mediante ritos de sanación.  |
|                            |                                                                                                 | Conocimientos provenientes de la lectura de la propia salud.          |
|                            |                                                                                                 | Conocimientos contruidos en pandemia.                                 |
|                            |                                                                                                 | Conocimientos provenientes de la medicina occidental.                 |
| Aspectos diferenciales     | Caso 1<br>Mujeres en situación de pobreza                                                       | Conocimientos procedentes de comunidades étnicas.                     |
|                            | Caso 2<br>Mujeres en situación de clase media                                                   | Conocimientos sobre salud habilitados por las posibilidades de clase. |

Fuente: elaboración propia.

### Conocimientos sobre SECA

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: “tipología de conocimientos según su procedencia y características”, “modalidades de aprendizaje” y “andamiaje en la construcción y circulación de conocimientos so-

bre SECA”. Dado el objetivo de este artículo, se analiza la categoría “tipología de conocimientos según su procedencia y características”.

Esta categoría se integra por subcategorías (referenciadas en la tabla 1) que reúnen testimonios de ambos grupos sociales de mujeres que refieren a diversos tipos de conocimientos contruidos sobre SECA, atendiendo a sus orígenes y a una caracterización de sus contenidos. A partir del análisis comparativo, se pudo distinguir subcategorías en las que se identifican similitudes en relación con la procedencia de los conocimientos sobre SECA de ambos grupos sociales de mujeres y sus diferencias. Aspectos que se desarrollarán en lo que sigue.

## Aspectos comunes en la procedencia de los conocimientos sobre SECA

Ambos grupos de mujeres refieren el haber construido conocimientos que se transmiten generacionalmente, son procedentes de la experiencia de la maternidad, provienen de curanderos o familiares mediante ritos de sanación, surgen de la lectura de la propia salud, proceden de la vivencia de la pandemia, se originan a partir de contactos con referentes de la medicina occidental o provienen de medios de comunicación como la televisión o Internet.

### *Conocimientos que se transmiten generacionalmente*

Se trata de aquellos que las mujeres expresan haber construido inherentes a prácticas que han vivido a lo largo de sus vidas y en sus familias desde figuras referentes centradas en la mujer mayor, adulta sabia, que en general son sus abuelas, tías, allegadas, conocedoras y transmisoras de saberes sobre SECA.

(...) [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. Comunicadora Social. BBN. RC)<sup>4</sup>

(...) 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. RCC. VLC. RC)

### *Conocimientos procedentes de la maternidad*

Refiere a conocimientos que se construyen a partir de la experiencia de haber sido madres, junto con el contacto cercano con otras madres amigas o familiares con quienes se comparten sus vivencias de SECA, a las que se escucha y se confía.

(...) todos ellos [se refiere a sus hijos] tomaron la teta (...) 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. VLC. 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 (...) [también] escuchando a otras madres con historias (...) es como que cada una tiene su confianza (...) madres cercanas amigas (...). (MC2. V. 42 años. 3 hijos. Comunicadora Social. BBN. RC)

### *Conocimientos de curanderos o familiares mediante ritos de sanación*

Se reconoce en ambos grupos 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.

<sup>4</sup> Las referencias al pie de los testimonios 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. Ocupación. 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 de Río Cuarto—, BC: Barrio Centro —Las Higueras—). Localidad (RC: Río Cuarto, LH: Las Higueras). Por último, las siglas de las ocupaciones refieren a: RCC: Referente Centro Comunitario, TCC: Trabajadora

en Centro Comunitario, Responsable del Hogar y Gestión del Cuidado: RHGC, Trabajadoras de Casas Particulares: TCP y Gestión del Cuidado Particular: GCP.



(...) a mis nenes les cura el empacho mi mamá (...) lo único que me aprendí que me enseñó mi abuela fue a curar la “ojeadura” (...) mi abuela sabía hacer todo, curar el empacho, curar la “ojeadura”, los nervios. (MC1. S. 30 años. 2 hijos. TCC. VLC. RC)

(...) 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 (...) ella no más curaba. (MC2. O. 77 años. 3 hijas. 7 nietos. Jubilada. BBN. RC)

### ***Conocimientos provenientes de la lectura de la propia salud***

Se advierten testimonios de mujeres de ambos grupos 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 lo que han aprendido sobre sí mismas acerca de sus vivencias, sus sentires y sus cuerpos en una relación de salud integral, capaz de interpretar 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 angustió 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)

(...) yo antes no tenía la capacidad de darme cuenta de las cosas (...). Yo creo que el estar tan mal (...) ahí empecé a cambiar todo en mi vida, como el cuidarme, alimentarme (...) tomé la decisión de separarme del papá de ellos (...) me hacía muy mal (...) [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. TCC-TCP. BJN. RC)

### ***Conocimientos construidos en pandemia***

Se advierten apreciaciones, a partir de vivencia de la enfermedad del Covid-19 que no solo van en sentido de incorporación de hábitos de higiene y uso del barbijo propias de ese tiempo, sino 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.

(...) 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 (...) fue de a poco (...) y ahora ya lo necesito en mi vida. (MC2. E. 41 años. Psicóloga. BBN. RC)

[con la pandemia] lo que aprendí más es a disfrutar el momento, a darle otro significado a la salud (...) aprendí a (...) dejar esas cosas que vienen estipuladas (...) “y si no tengo ganas no la hago” (...) entonces empezás a disfrutar (...) es como que ahora uno lo tiene más presente. (J. 41 años. 2 hijos. Empleada administrativa. BB. RC).

### ***Conocimientos provenientes de la medicina occidental***

Pudo reconocerse un aspecto diferencial por parte de cada grupo de mujeres referido a las personas identificadas como referentes para construir ese tipo de 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 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.

[Aprendo de] los profesionales (...) es como que depósito mucha confianza (...) en los médicos que yo elijo (...) cuando veo al pediatra le pregunto, cómo que eso, le induzco (...). (MC2. V. 42 años. 3 hijos. Comunicadora social. BBN. RC)

(...) ella [se refiere a su madre] solamente estudio dos años (enfermería), 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. THGC. VLC. RC)

### **Aspectos diferenciales en la procedencia de los conocimientos sobre SECA**

Se advierte que las mujeres en situación de pobreza mencionan la procedencia de un tipo de conocimiento que no fue referido por las de clase media vinculado a aquellos procedentes de integrantes de comunidades étnicas (comunidades gitanas y de pueblos originarios de la región centro de Córdoba).

Por otro lado, en mujeres de clase media se identificó un tipo de conocimiento que no se reconoció en el grupo de mujeres en situación de pobreza, denominados conocimientos sobre SECA habilitados por las posibilidades de clase. Esta subcategoría revela una de las manifestaciones de las desigualdades en salud, por lo cual se considera pertinente detenernos en su tratamiento.

#### ***Conocimientos sobre SECA habilitados por las posibilidades de clase***

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 el estructuralismo constructivista, el sociólogo francés Pierre Bourdieu (2001) consideraba que las prácticas inherentes al saber/aprender/conocer deben valorarse de acuerdo con las normas de las prácticas consideradas legítimas y sus usos sociales, que 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 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 su apuesta por la articulación dialéctica del objetivismo (estructura) y del subjetivismo (sujeto), Bourdieu (2007) proponía los conceptos de campo, *habitus* y capital, los cuales 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, a su vez, capaces de transformarlas (Bourdieu, 2007).

Para el autor, el espacio social se manifiesta como una estructura de posiciones diferenciadas, donde las clases sociales refieren a “el conjunto de agentes que ocupan posiciones semejantes y que, situados en 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).

La socióloga argentina Gabriela Benza (2014) considera que existen diversos grados en que las clases sociales inciden sobre las oportunidades materiales de vida, las que dependen 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, en tanto estas clases contarían con mayores

recursos que las clases populares y 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.

Atendiendo a lo planteado, el estudio ha identificado dos cuestiones ligadas a las mujeres de clase media. Por un lado, ha sido posible hallar menciones que algunas de las entrevistadas realizan a sus trayectorias educativas vinculadas a la generación de conocimientos sobre SECA, mientras que, por el 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. De esta manera, 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 dan 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 era un propósito inicial. No obstante, ha podido reconocerse que algunas entrevistadas de clase media expresan una valoración hacia sus trayectorias educativas enlazadas a la posibilidad de haber aprendido sobre SECA:

(...) 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. Comunicadora social. BBN. RC)

[En relación a conocimientos sobre SECA] me ha ayudado que yo en la uni [sic] he cursado varias carreras (...) transite profesorado de inglés y trabajo social (...) cada cosa que voy haciendo voy pensándome yo en eso. (C1. N. 42 años. 1 hija. GCP y alfabetizadora. BC. LH)

Además, se advierte cómo las mujeres otorgan sentidos valorativos a los conocimientos realizados sobre SECA en el marco de sus trayectorias formativas y educativas, principalmente en la educación superior. Se percibe cómo el nivel de escolaridad logrado puede interpretarse como un indicador de oportunidad en la vida de mujeres de clase media. Relacionado con ello, Bourdieu (1998) propone el concepto de capital cultural como aquel que implica representaciones, habilidades, actitudes, aptitudes que posee una persona y que caracterizan su posición en la sociedad, consiguiendo ser excluida o apropiarse de los recursos y oportunidades que la sociedad le ofrece. De acuerdo con el autor, el capital cultural se manifiesta de diferentes formas, siendo el estado institucionalizado el que se advierte en los testimonios de las mujeres, al comprender las certificaciones como un reconocimiento institucional que se hace a una persona, según su trayectoria en la educación formal, y que da cuenta de la apropiación de saberes, habilidades y destrezas, trayendo a su portador beneficios materiales y sociales.

Respecto al otro sentido identificado en relación al conocer sobre SECA ligado a las posibilidades de clase, el análisis ha permitido identificar un conocimiento sobre SECA que resulta propio de este grupo de mujeres y depende de la posibilidad de ser construido de acuerdo con la oportunidad de consumo de ciertos servicios y bienes de salud (acceso a determinados profesionales de la salud, médicos, odontólogos, psicólogos; servicios o bienes de uso, como gimnasios; modalidades de alimentación; acceso a aplicaciones informáticas).

Aprendí (...) que soy una persona sana, y me enseña [sic] mi mamá. Me llevó a todos los médicos, siempre tuve presente el ir al dentista, a psicóloga, a todo, como 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. (MC2. L. 22 años. 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. Comunicadora social. BBN)

[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. Estudiante universitaria. BB. RC)

En esta aplicación que estoy estudiando, llevo 92 días consecutivos (...) de aprender (...) 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. Docente. 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 especialistas y profesionales de la salud, la realización de actividades ligadas a una salud física y al deporte, la adquisición de insumos para una alimentación acorde a dietas determinadas, la formación académica en distintos niveles e instituciones, entre otros.

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.

Vinculado con ello, otro aspecto refiere a los consumos en salud que ellas realizan, entendido como una instancia en que se adquiere o se emplean servicios o bienes de salud, con el propósito de satisfacer determinadas necesidades orientadas al bienestar o calidad de vida. En este sentido, se advierte de los testimonios una especie de mandatos que provienen familiarmente, los cuales se inculcan y aprenden desde la crianza para mantener la salud y el bienestar personal. Los padres, quienes ya han recibido ese mensaje en sus familias de origen, enseñan a sus hijas, ahora entrevistadas, que existe una disponibilidad económica para ello.

Uno de los relatos remite a la idea que saberse sano es posible solo si se recurre asiduamente a un profesional (“me hago chequeos, cada seis meses”). Se identifica la figura de un “otro” autorizado que certifica 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. Es una realidad de “consumo preventivo” de la que quedarían exentas mujeres del grupo en situación de pobreza.

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 relacionados 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.

### **Aspectos comunes hallados en ambos grupos de mujeres**

Pudo identificarse como semejanza en ambos grupos de mujeres que 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; 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.

Macchiarola (2022) refiere a un “conocer desde”, como aquel conocimiento al que se accede solo cuando se está en el contexto donde se ejerce cierta práctica. Así, se identifica en ambos grupos un conocimiento sustentado en una lógica de uso orientado hacia la resolución de situaciones, problemáticas y necesidades de la cotidianidad ligadas a acciones de protección, promoción, prevención, cuidados y atención personales, familiares y comunitarias.

Estos conocimientos consisten en construcciones socioculturales enraizadas a un tiempo, realidad y contexto, en el que transcurren las vidas de las mujeres, quienes construyen conocimientos 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 cognitivo que les permite interpretar sus circunstancias siendo capaces de decidir desde razones que justifican sus prácticas. Así, sus experiencias han sido organizadas en esquemas de pensamiento que les permiten predecir y guiar sus acciones acerca de cómo actuar frente a situaciones de SECA.

Lo planteado concede pensar en la sabiduría construida por las mujeres madres a lo largo de sus vidas. Al respecto, el filósofo mexicano Luis 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 “sabias” 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).

## Discusión

Este artículo analizó las procedencias de los conocimientos sobre SECA construidos por mujeres en situación de pobreza y de clase media, entendidos como construcciones socioculturales enraizadas a un tiempo y un contexto, generadas en contacto con otras mujeres y referentes de salud, en el escenario de su rutina familiar y comunitaria, e influidas, en algunos casos, por sus pasajes por espacios formales de educación, así como por los de salud en diálogo con profesionales, trabajadores y técnicos.

Tal como ha expresado el análisis de las categorías y subcategorías emergentes, el miramiento analítico comparativo estuvo focalizado en la tipología de los conocimientos sobre SECA según las diferentes procedencias, entre las que se mencionan: lo inherente a la transmisión generacional; la atinente a la condición de la maternidad; lo ligado a curadores populares, a la lectura de la propia salud, y lo vinculado a conocimientos provenientes de la vivencia de la pandemia y de la medicina occidental. Conocimientos cuyas procedencias se reconocen como comunes en las mujeres de ambos grupos sociales. Por otro lado, se identifican aspectos diferenciales en la proveniencia de conocimientos desde comunidades étnicas mencionados por mujeres en situación de pobreza, mientras que las de clase media aluden como una procedencia diferencial a conocimientos que se enlazan a una construcción posibilitada por sus condiciones de clase. En otros planos, como la condición de edad, por ejemplo, no se advirtieron aspectos discrepantes.

Deteniéndonos en lo referido a la identificación de conocimientos propios de un determinado grupo



social, como es el caso de aquellos que se construyen ligados a las posibilidades de clase media, vinculados al acceso a la atención de la salud y a ciertos bienes y consumos de SECA, se entiende que las desigualdades sociales se expresan de múltiples maneras, 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 con la clase de pertenencia y sus oportunidades permite reconocer realidades de injusticia y vulneración de derechos.

Si bien el artículo señala 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 a los profesionales, y con ello a la atención de los procesos de salud y enfermedad, lo que resuena. Lo anterior porque se trata espacios fundamentales en la vida de las personas, inherentes al desarrollo humano integral (Saforcada et al., 2015) que deberían habilitar la producción de conocimientos vinculados al cuidado y preservación de la propia salud, conocimientos que evitarían que se instale la enfermedad o 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.

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 & Pérez, 2019) no solo como espacios para construir conocimientos sobre SECA como derecho de las poblaciones, sino como encuentros en los que debe primar la validación del conocimiento producido por las comunidades en un genuino diálogo con los saberes profesionales.

## **Conclusiones**

Las constantes y dinámicas transformaciones y condiciones de existencia del mundo contemporáneo proponen nuevos temas y problemas al campo de la salud, en general, y de las políticas sanitarias en particular. Aunque muchos de ellos no sean explícitamente reconocidos por las políticas vigentes y quienes las delinear, nuestro desafío como investigadores sociales es dejarnos interpelar y ser sensibles para construir un conocimiento que permita comprender las situacionalidades en salud de las poblaciones, de cara a la posibilidad de elaborar propuestas de acción para aportar a sistemas de servicios de salud humanizados y humanizadores, nutridos desde enfoques sociales-expansivos, críticos e integrales.

En pos de transformar aquello, que diversos autores denominan “barrera psicosociocultural” (Juárez & Saforcada, 2013), posible de identificar en la realidad cotidiana en los servicios de salud y en los encuentros entre profesionales y comunidades consultantes, este escrito pretende ser una invitación, a los responsables de garantizar el derecho al acceso integral a la salud, a pensarse como educadores en una relación pedagógica con las poblaciones consultantes (Juárez, 2015). En este vínculo, las madres se configuran como verdaderas mujeres cognoscentes, cuyos saberes se constituyen en una plataforma para construir nuevos saberes sobre SECA, más enriquecidos a partir del diálogo con los saberes médicos. Estos nuevos conocimientos



redundarán en el desarrollo salubrista no solo de las familias a las que estas mujeres pertenecen, sino de sus mismas comunidades y en un efecto multiplicador.

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)

## Agradecimientos

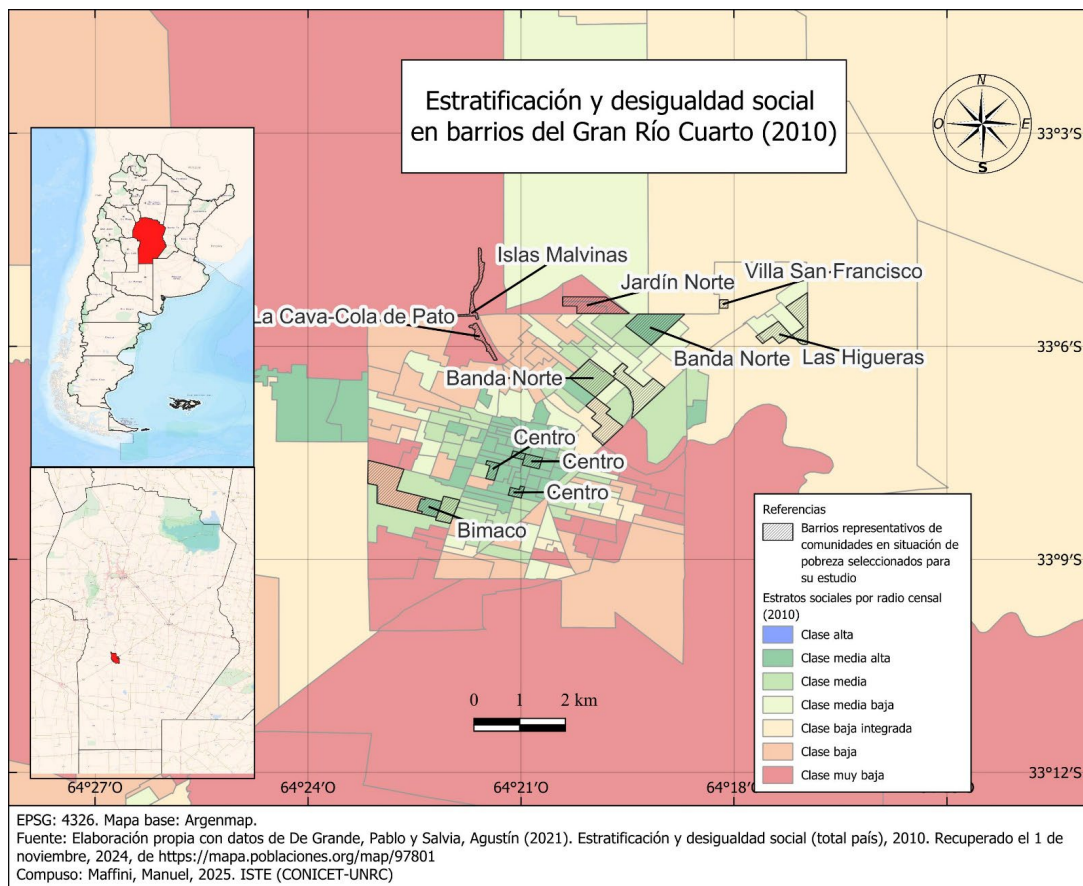
A las mujeres de las comunidades del Gran Río Cuarto que participaron generosamente de este estudio.

A la memoria viva del psicólogo sanitarista argentino Enrique Saforcada, quien ha acompañado y dirigido esta línea de investigación hasta agosto de 2023.

A la doctora Viviana Macchiarola por sus lecturas e interpelaciones constantes al estudio.

Al doctor Manuel Maffini, personal de apoyo a la investigación del Instituto de Investigaciones Sociales Territoriales y Educativas (ISTE-CONICET-UNRC), por su colaboración en el procesamiento de los datos sociodemográficos del estudio.

## Apéndice



Mapa 1. Estratificación y desigualdad social en barrios del Gran Río Cuarto

Tabla 2.  
*Características sociodemográficas de los barrios en situación de pobreza*

| Variables e indicadores censales             | Barrios de mujeres en situación de pobreza                                                                                                                                                 |                                                                                                 |                                                                                                 |                                                                                                 |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              | Islas Malvinas<br>—Río IV—                                                                                                                                                                 | La Cava<br>—Río IV—                                                                             | Jardín Norte<br>—Río IV—                                                                        | Villa San Francisco<br>—Las Higueras—                                                           |
| Cantidad de personas por hogar               | 32.1 %: una a dos personas.<br>54.5 %: tres a cinco personas.<br>13.5 %: seis o más personas.                                                                                              | 31.5 %: una a dos personas.<br>57.1 %: tres a cinco personas.<br>11.6 %: seis o más personas.   | 28 %: una a dos personas.<br>58.4 %: tres a cinco personas.<br>13.6 %: seis o más personas.     | 38.6 %: una a dos personas.<br>51.1 %: tres a cinco personas.<br>10.3 %: seis o más personas.   |
| Máximo nivel educativo alcanzado             | 4 % terminó el nivel inicial (incluye aquellos que no iniciaron el primario y aquellos que lo iniciaron y no lo terminaron).<br>60.1 % terminó el primario.<br>25 % terminó el secundario. | 5.5 % terminó el nivel inicial.<br>47.9 % terminó el primario.<br>31.5 % terminó el secundario. | 6.8 % terminó el nivel inicial.<br>53.8 % terminó el primario.<br>29.7 % terminó el secundario. | 4.6 % terminó el nivel inicial.<br>45.6 % terminó el primario.<br>32.6 % terminó el secundario. |
| Personas por condición de actividad          | 57.5 % ocupadas.<br>4.6 % desocupadas.<br>37.9 % inactivos.                                                                                                                                | 62.1 % ocupadas.<br>4.6 % desocupadas.<br>33.3 % inactivos.                                     | 62.8 % ocupadas.<br>7.4 % desocupadas.<br>29.8 % inactivos.                                     | 64.7 % ocupadas.<br>3 % desocupadas.<br>32.3 % inactivos.                                       |
| Conexión de servicios básicos de la vivienda | 0 % satisfactorio.<br>1.7 % básico.<br>98.3 % insuficiente.                                                                                                                                | 0 % satisfactorio.<br>39 % básico.<br>61 % insuficiente.                                        | 1.7 satisfactorio.<br>54.1 % básico.<br>44.2 % insuficiente.                                    | 1.5 % satisfactorio.<br>40.1 % básico.<br>58.4 % insuficiente.                                  |
| Calidad constructiva de la vivienda          | 16.9 % satisfactoria.<br>31.4 % básica.<br>51.7 % insuficiente.                                                                                                                            | 21.7 % satisfactoria.<br>33.2 % básica.<br>45.1 % insuficiente.                                 | 31.6 % satisfactoria.<br>51.4 % básica.<br>17 % insuficiente.                                   | 40.8 % satisfactoria.<br>48.7 % básica.<br>10.5 % insuficiente.                                 |
| Hogares por tenencia de computadora          | 15.2 % posee.<br>84.8 % no posee.                                                                                                                                                          | 34.6 % posee.<br>65.4 % no posee.                                                               | 26.4 % posee.<br>73.6 % no posee.                                                               | 44.9 % posee.<br>55.1 % no posee.                                                               |
| Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)      | 86.5 % sin NBI.<br>13.5 % con NBI                                                                                                                                                          | 81.6 % sin NBI.<br>18.4 % con NBI.                                                              | 90.8 % sin NBI.<br>9.2 % con NBI.                                                               | 92.3 % sin NBI.<br>7.7 % con NBI.                                                               |

Fuente: elaboración propia en colaboración con el personal de Apoyo a la Investigación del Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE-CONICET-UNRC).

Tabla 3.

*Características sociodemográficas de los barrios en situación de clase media*

| Variables e indicadores censales             | Barrios de mujeres en situación de clase media                                               |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                            |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              | Banda Norte                                                                                  | Centro (Río IV)                                                                              | Bimaco                                                                                       | Centro (Higueras)                                                                          |
| Cantidad de personas por hogar               | 39.9 %: una a dos personas.<br>54.4 %: tres a cinco personas.<br>5.7 %: seis o más personas. | 67.8 %: una a dos personas.<br>28.9 %: tres a cinco personas.<br>3.3 %: seis o más personas. | 44.8 %: una a dos personas.<br>51.4 %: tres a cinco personas.<br>3.8 %: seis o más personas. | 39.1 %: una a dos personas.<br>53 %: tres a cinco personas.<br>7.9 %: seis o más personas. |
| Máximo nivel educativo                       | 33.7 % terminó el secundario.<br>29.5 % alcanzó un nivel de educación superior.              | 27.7 % terminó el secundario.<br>48.3 % alcanzó un nivel de educación superior.              | 36.1 % terminó el secundario.<br>36 % alcanzó un nivel de educación superior.                | 40.5 % terminó el secundario.<br>18.5 % alcanzó un nivel de educación superior.            |
| Personas por condición de actividad          | 62.9 % ocupadas.<br>4.3 % desocupadas.<br>32.8 % inactivos.                                  | 57.9 % ocupadas.<br>1.7 % desocupadas.<br>40.4 % inactivos.                                  | 59.4 % ocupadas.<br>2.6 % desocupadas.<br>38 % inactivos.                                    | 59.7 % ocupadas.<br>3.4 % desocupadas.<br>36 % inactivos.                                  |
| Conexión de servicios básicos de la vivienda | 64.6 % satisfactorio.<br>19.2 % básico.<br>16.2 % insuficiente.                              | 99.8 % satisfactorio.<br>0.2 % básico.<br>0 % insuficiente.                                  | 99.4 % satisfactorio.<br>0.2 % básico.<br>0.4 % insuficiente.                                | 1.2 % satisfactorio.<br>83.6 % básico.<br>15.2 % insuficiente.                             |
| Calidad constructiva de la vivienda          | 48.4 % satisfactoria.<br>42.9 % básica.<br>8.7 % insuficiente.                               | 82.6 % satisfactoria.<br>17.3 % básica.<br>0.1 % insuficiente.                               | 63.2 % satisfactoria.<br>35.8 % básica.<br>1 % insuficiente.                                 | 55.1 % satisfactoria.<br>42.2 % básica.<br>2.7 % insuficiente.                             |
| Hogares por tenencia de computadora          | 62.8 % posee.<br>37.2 % no posee.                                                            | 65.3 % posee.<br>34.7 % no posee.                                                            | 70.2 % posee.<br>29.8 % no posee.                                                            | 56.7 % posee.<br>43.3 % no posee.                                                          |
| Necesidades Básicas Insatisfechas            | 92.4 % sin NBI.<br>7.6 % con NBI                                                             | 99.1 % sin NBI.<br>0.9 % con NBI.                                                            | 99.6 % sin NBI.<br>0.4 % con NBI.                                                            | 96.9 % sin NBI.<br>3.1 % con NBI.                                                          |

Fuente: elaboración propia en colaboración con el personal de Apoyo a la Investigación del Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE-CONICET-UNRC).

## Referencias

- Alarcón, M., Vidal, A., & Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Benza, G. (2014). *El estudio de las clases medias desde una perspectiva centrada en las desigualdades en oportunidades de vida*. Programa Universitario de Estudios del Desarrollo, Universidad Nacional Autónoma de México. [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/pued-unam/20170612034517/pdf\\_300.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/pued-unam/20170612034517/pdf_300.pdf)
- Bolívar, A., & Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología*. La Muralla.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 2(5). <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.
- Charlot, B. (2007). *La relación con el saber. Elementos para una teoría*. Ediciones del Zorzal.
- Collier, D. (1992). Método comparativo. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, (5), 21-46. <https://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/285>
- Cuadrada, C. (2014). Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres. *História: Questões & Debates, Curitiba*, 60, 229-253. <https://doi.org/10.5380/his.v60i1.38288>
- de Lellis, M. (Comp.). (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental. Colección Salud Comunitaria*. Nuevos Tiempos.
- Denzin, N., & 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. 43-100). Gedisa.
- Disderi, I. (2001). La cura del ojeo: ritual y terapia en las representaciones de los campesinos del centro-oeste de santa fe. *Mitológicas*, XVI(1), 135-151. <https://www.redalyc.org/pdf/146/14601605.pdf>
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. Herder.
- Gervás, J., & Pérez, M. (2013). *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas y necesarias)*. Los Libros del Lince.
- Goetz, P., & LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Idoyaga, 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>
- INDEC. (2012). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Resultados definitivos, Serie B No 2*. Recuperado el 6 de junio de 2024 de [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010\\_tomo1.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf)
- Isla, C. & Muñoz, M. (2022). *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias*. Nuevos Tiempos.
- 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.
- Juárez, M. (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., & 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://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-74752013000300001](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000300001)
- Macchiarola, V. (2022). Extensión crítica: Aproximaciones epistemológicas a una práctica universitaria alternativa. *Saberes y Prácticas. Revista de Filosofía y Educación*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.48162/rev.36.049>
- Maffini, M. (2025). *Mapa: estratificación y desigualdad social en barrios del Gran Río Cuarto (2010)*. Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE), CONICET-UNRC.
- Marin-Torres, V., Valverde, J., Sánchez, I., Sáenz, M., Polentinos-Castro, E., & Garrido, 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>
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design. An Interactive Approach*. Sage Publications. Disponible: [https://metodosautu.files.wordpress.com/2010/08/maxwell\\_1996\\_cap-1.pdf](https://metodosautu.files.wordpress.com/2010/08/maxwell_1996_cap-1.pdf)
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Moll, L. (Comp.). (1993). *Vygotsky y la educación. Connotaciones y aplicaciones de la psicología sociohistórica en la educación*. Aique.
- Morales, F. (2016). *Introducción a la psicología de la salud: un enfoque integral*. Nuevos Tiempos.
- Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. Doubleday and Co.
- Radi, B., & Pérez, M. (2019). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. *Revista Debates*, 5, 117-130. <http://revistas.filo.uba.ar/index.php/avatares/article/viewFile/3419/2314>
- 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.
- Rosado, V., & Pena, 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. <http://dx.doi.org/10.18002/cg.v0i15.6176>
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Saforcada, E. (2011). La salud en indoafroiberoamerica: el paradigma necesario. *Salud & Sociedad*. 2(3), 311-320. <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742467007.pdf>
- Saforcada, E. (2022). La delicuescencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX. *Horizonte Sanitario*, 21(1), 7-16. <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4594>
- Saforcada, E., Castella, J., & Alfaro, J. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E., de Lellis, M., Morales F., & Alves, M. (2019). *El factor humano en la salud pública*. Nuevos Tiempos.
- Sartori, G. (1999). Comparación y método comparativo. En J. Russo & M. Ruiz (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.

Simons, H. (2011). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Morata.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos*

*para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

Villoro, L. (1986). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI.

**Recibido: octubre 7, 2024**

**Aprobado: mayo 23, 2025**