

# Concepciones y prácticas de salud en un escenario prepandemia

Reflexiones de un estudio con mujeres en situación de pobreza estructural

## Conceptions and health practices in a pre-pandemic scenario

Reflections of a study with women in a situation of structural poverty

**María Paula Juárez | Orcid:** [orcid.org/0000-0002-6087-387X](https://orcid.org/0000-0002-6087-387X)

[mpaulajuarez@gmail.com](mailto:mpaulajuarez@gmail.com)

CONICET

**Argentina**

*Recibido: 16/12/2021*

*Aceptado: 1/3/2023*

### Resumen

El estudio parte del interrogante: ¿Cómo conciben la salud mujeres en situación de pobreza estructural del Gran Río Cuarto (Córdoba, Argentina)? Para dar respuesta a ello, se asume un enfoque psicosociocultural y sanitario, desarrollándose una investigación cualitativa desarrollada en el período de octubre de 2017 a mayo de 2019 que implicó un muestreo de casos reputados. El procesamiento analítico procedió desde una perspectiva diacrónica a través de un análisis narrativo categórico y una sincrónica, construyéndose un esquema explicativo teórico guiado por la *Teoría Fundamentada*. De los resultados emergen dimensiones de salud, de enfermedad, prácticas de cuidado y atención. Las que se organizan en categorías y subcategorías sobre lo personal y familiar. Se concluye que las concepciones en salud y enfermedad que las mujeres sustentan pueden o no desarrollarse en sintonía a prácticas de atención y cuidado consecuentes.

**Palabras clave:** Mujeres; Salud; Pobreza.

### Abstract

The study starts from the question posed: How do women in a situation of structural poverty in the Gran Río Cuarto (Córdoba, Argentina) conceive health? In order to respond to this, a psychosociocultural and health approach is assumed, developing a qualitative research carried out in the period from October 2017 to May 2019 that involved a sampling of reputable cases. The analytical processing proceeded from a diachronic perspective through a categorical narrative analysis and a synchronic one, building a theoretical explanatory scheme guided by *Grounded Theory*. Dimensions of health, disease, care practices and attention emerge from the results. Those that are organized into categories and subcategories on the personal and family. It is concluded that the conceptions in health and disease that women sustain may or may not develop in tune with consistent care and care practices.

**Key words:** Women; Health; Poverty.

## Introducción

Este artículo parte del objetivo de conocer y analizar las principales concepciones y prácticas en salud y enfermedad de un grupo de mujeres, madres de familia, en situación de pobreza estructural del Gran Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

Cuando se menciona la situación de pobreza estructural se hace alusión a una condición de su existencia, resultado de largos procesos de desigualdad, exclusión, concentración del poder económico, falta de acceso a recursos políticos, privación a derechos como el acceso a tierra, agua, medios de comunicación, toma de decisiones políticas, el derecho a la autoexpresión cultural, junto con violaciones sistemáticas a los derechos humanos, sociales y públicos básicos (Spicker, Álvarez Leguizamón y Gordon, 2009).

El estudio considera la perspectiva de mujeres madres por considerarlas agentes del cuidado de la salud de los miembros de la unidad doméstica. Son en general ellas, junto con las identidades feminizadas, las que han sido tradicionalmente figuras sobre las que recae la organización de los cuidados asumiendo tareas que históricamente les han sido asignadas por un sistema patriarcal que ha propiciado que estas prácticas manifiesten uno de los nudos centrales que expresan las relaciones de poder y las desigualdades de género, siendo ejercidas en los espacios invisibilizados de sus hogares (Jelín, 2022; Svampa, 2021; Baththyány y Araujo Guimaraes, 2022; Segato, 2022).

Esta realidad, más allá de las particularidades en las formas esenciales de reproducción de la vida de acuerdo a las clases sociales, sigue prevaleciendo en su ejercicio por parte de las mujeres y las identidades feminizadas en los diferentes niveles socioeconómicos y en casi todas las culturas. Prácticas que, en general, implican la detección, diagnóstico y atención de padecimientos y enfermedades de la familia, la toma de decisiones con respecto a qué hacer ante éstos, si emprender consulta médica o no, autoatención

y/o no atención (Pagnamento y Weingast, s/f); así como el control de los tratamientos cuando hay intervención facultativa.

Orientan el estudio los siguientes interrogantes de investigación: ¿cómo conciben la salud las mujeres? ¿qué hacen con su salud? ¿qué hacen por su salud? ¿por qué quieren estar sanas? ¿qué es para ellas la salud de sus hijos? ¿qué hacen sus hijos cuando están sanos? ¿qué es para ellas la enfermedad? ¿y la enfermedad de un hijo? ¿qué hacen ante la enfermedad de un hijo?

Múltiples investigaciones han indagado en saberes, concepciones y prácticas en torno a 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 la importancia de incidir, a partir de ese conocimiento, en el diseño de políticas y programas de salud pública (Pagnamento y Weingast, s/f; Conde y Concha, 2001; Weingast, 2005; Pérez de Nucci, 2005; Torres Aliaga y Torres Secchi, 2010; Rangel Esquivel, 2011; entre otros). No obstante, casi en su mayoría se centran en indagaciones socioantropológicas que atienden a las realidades en salud de comunidades aborígenes o bien grupos de mujeres en situación de pobreza. Interesa particularmente en este estudio conocer, desde un enfoque psicosociocultural y sanitario, las concepciones en salud, enfermedad y atención de mujeres pertenecientes a comunidades en situación de pobreza estructural de Córdoba, Argentina.

El estudio se posiciona en la propuesta conceptual del psicólogo sanitarista Enrique Safford (2021) sobre *los contextos fundamentales de la salud pública*, atendiendo al *contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad*, que refiere a todo lo que la sociedad genera y pone en acción desde concepciones, prácticas, creencias y saberes legos en relación al proceso de salud/enfermedad.

## Consideraciones metodológicas

Para el logro del objetivo planteado se desarrolló una investigación cualitativa sustentada en el paradigma interpretativo y crítico llevada a cabo como una 1° etapa de un estudio mayor<sup>1</sup> en el período octubre 2017 / mayo 2019, etapa que actualmente, luego de la investida por la enfermedad de Covid-19, suele ser denominada como *período pre-pandemia*. Al situarse en el paradigma interpretativo, el estudio busca la comprensión de la realidad simbólica del contexto y el sentido de la acción del mundo de la vida desde las participantes (Vasilachis, 2007). Asimismo, se pretende la construcción de un conocimiento crítico que interpele la realidad sociosanitaria moldeada por el contexto de las participantes, generando instancias para actuar críticamente y transformar esa realidad (Quintar, 2018). Esta perspectiva permitió acceder a las narrativas de las mujeres por fuera del Sistema Formal de Salud (aquel integrado por instituciones de salud, profesionales y técnicos, según Saforcada 2002) identificando los componentes de un saber lego en el marco de un Sistema Popular de Salud (constituído por las propias visualizaciones, concepciones, prácticas, creencias y saberes sobre enfermedad y salud que poseen las poblaciones, de acuerdo a Saforcada, 2002) situado en sus comunidades de origen.

Se asume una perspectiva *emic* en estudios cualitativos que permite identificar las metáforas, las acepciones simbólico-culturales de *la/s saludes* (Conde y Pérez Andrés, 1995) expresadas por las mujeres, como actoras autónomas que motorizan la mejora de la propia salud y la de los suyos.

El desarrollo del estudio se estructuró en dos momentos:

Un **primer momento** se caracterizó por el proceso de recabación de datos en las comunidades de estudio pertenecientes al Gran Río Cuarto: barrio Islas Malvinas (Río IV), Villa la Cava (Río IV) y de Villa San Francisco (Las Higueras), y se entrevistaron 11 mujeres madres entre los 66 y 22 años. La muestra se definió como no probabilística y se conformó a partir de un *muestreo de casos reputados* (Goetz y LeCompte, 1988:101-102) al proponer los informantes claves mujeres por ellos conocidas en situación de pobreza que tu-

viesen diversas vivencias en salud y que podrían estar dispuestas a mantener una entrevista de investigación.

Para la aproximación al terreno y acercamiento a las mujeres se resolvió un abordaje neutral a través de referentes sociales de base con trayectoria en las comunidades, constituyéndose en informantes claves. Se contactó así con un sacerdote cristiano que trabajaba en los barrios Islas Malvinas (IM) y Villa la Cava (LC) de la ciudad de Río IV, y un alfabetizador que se desempeñaba en la Villa San Francisco (VSF).

Respecto a algunas características sociodemográficas de las comunidades: IM se conforma por familias de nacionalidad argentina y paraguaya, son entre 70 y 80 las que habitan sobre las márgenes derechas del Río Chocancharava de Río IV. Muchos de sus pobladores han emigrado de la zona serrana cambiando de una pobreza rural a una pobreza urbana. LC se integra por alrededor de 30 familias que se han asentado en terrenos fiscales, denominada así producto de un terreno en depresión donde se ha producido un basural. VSF se conforma por unas 140 familias que viven en la localidad de Las Higueras en una zona próxima a las vías del ferrocarril y a una ruta nacional. Los pobladores de estas comunidades se han afincado en las mismas desde varias generaciones en situación de pobreza.

Para la recolección de datos se triangularon fuentes y procedimientos (Ragin, 2007). Se realizaron entrevistas individuales a las mujeres y una entrevista grupal a los referentes de la comunidad, así como observaciones discretas en recorridas por las comunidades.

Las entrevistas se concibieron como *encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes [...] dirigidos hacia la comprensión de [...] sus vidas, experiencias o situaciones [...] con sus propias palabras* (Taylor y Bogdan, 1986:1). Éstas estuvieron reguladas por un guion focalizado en ejes temáticos teniendo libertad el entrevistador para improvisar preguntas necesarias.

El **segundo momento** implicó desarrollar procesamientos de la información recabada gracias al registro de grabación de las entrevistas, la catalogación de esos archivos y la transcripción de las mismas. Posteriormente se realizó el análisis cualitativo de los datos que procedió en una doble perspectiva:

- ◇ *Diacrónica*, a través de un análisis narrativo categórico (Bolívar y Fernández, 2001) que promovió una interpretación situada en un

<sup>1</sup> Estudio *psicosociocultural de las concepciones y prácticas en salud de familias pobres estructurales* (Resolución N° 4163/16) financiado por el **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas** (CONICET) Argentina. Investigadora Asistente. Dirigido por Dr. Enrique Saforcada y Co-dirigido por la Dra. Viviana Macchiarola. El estudio mantiene la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

*continuum* temporal considerando cómo las narrativas de las mujeres en salud/enfermedad/atención se suceden en una secuencia de eventos.

- ◇ *Sincrónica*, que permitió la elaboración de un esquema explicativo teórico a partir la codificación de la información orientada por el método de comparación contante como uno de los elementos centrales de la *Teoría Fundamentada (Grounded Theory)* (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).

Siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada se realizó un análisis temático focalizado operando desde una *codificación abierta* (Strauss y Corbin, 2002:73) que permitió fragmentar los datos en componentes, examinarlos

en sus similitudes y diferencias, y agruparlos en *categorías* como conceptos abstractos que aluden a fenómenos que emergen de los datos (Strauss y Corbin, 2002:73). En una fase siguiente se desarrolló una *codificación axial y selectiva* (Strauss y Corbin, 2002:73) que permitió la construcción de nuevas proposiciones dando cuenta de relaciones entre las distintas categorías y sus subcategorías.

Se construyó así una estructura explicativa teórica a partir de los datos que analiza el fenómeno de las concepciones y prácticas en salud amalgamando el contexto donde habitan estas mujeres con sus propias narrativas.

De los resultados emergentes del estudio, en lo que sigue, este artículo analizará las dimensiones, categorías y subcategorías sobre concepciones y prácticas de salud, enfermedad, cuidado y atención de mujeres en situación de pobreza estructural que se exponen en el siguiente cuadro (Véase Cuadro 1).

**Cuadro 1: Concepciones y prácticas de salud, enfermedad, cuidado y atención de mujeres en situación de PE del Gran Río Cuarto**

Dimensión	Categoría	Subcategoría
<b>Concepciones de salud</b>	Personal	Salud como bienestar del cuerpo Salud como autocuidado para cuidar a otros Salud como un insumo posibilitador del trabajo Salud como episodio Salud como un valor para vivir la vida
	Familiar (de los hijos)	Salud de los hijos como totalidad Salud de los hijos como proceso Salud de los hijos como orgullo de madres Salud familiar como unidad Salud de los hijos como compleja
<b>Concepciones de enfermedad</b>	Personal	Concepción negacionista de la enfermedad Concepción providencial de la enfermedad Concepción de la enfermedad como lo peor
	Familiar (de los hijos)	Enfermedad de un hijo como desanimo ante la vida Enfermedad de un hijo como lo peor Enfermedad de un hijo como afectación del insumo posibilitador del trabajo
<b>Prácticas de cuidado/atención de la salud-enfermedad</b>	Personal	Prácticas en salud como quehaceres cotidianos Ausencia de prácticas de autocuidado
	Familiar (de los hijos)	Prácticas de cuidado como búsqueda de atención a la enfermedad de los hijos Prácticas de cuidado a los hijos como dispositivo de reflexión-acción integral. Binomio amor/temor como subyacente a las prácticas de cuidado a los hijos.

Fuente: elaboración propia.

## Concepciones y prácticas de salud, enfermedad y cuidado personal de las mujeres

Gervás y Pérez Fernández (2015) consideran que la salud puede ser entendida como un constructo subjetivo cuando es expresada por las poblaciones, un recurso para vivir la vida en un estado cambiante que permite afrontar los problemas de la vida diaria. Para los autores la salud es un continuo atravesado por inestabilidad. 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 concreto personal, familiar y social.

Asimismo, es parte de la naturaleza humana construir creencias y saberes así como ponerlas en práctica en la interacción con el medio ambiente posibilitando el desarrollo de la propia vida.

Se entiende por *concepciones de salud/enfermedad/atención* a las perspectivas, creencias, puntos de vista, ideas formadas, valoraciones y formas de ver y comprender la realidad en salud, enfermedad y atención que han elaborado las personas a lo largo de sus historias de vida, justificadas en sus experiencias personales, familiares, comunitarias y culturales.

Por su parte, se entiende a las *prácticas de salud/enfermedad/atención* como acciones, comportamientos y quehaceres que realizan las personas en su vida cotidiana (consecuentes de las concepciones que se sustenten) en relación con la protección y promoción de la salud, el autocuidado y el cuidado a los otros (hijos, demás familiares, amigos) frente a la enfermedad, la atención y curación. Desde esta perspectiva, en lo que sigue se analizará qué piensan y hacen con su salud mujeres en situación de pobreza estructural.

### Concepciones de salud personal

Los testimonios analizados permitieron reconocer las siguientes concepciones de salud personal:

- ◇ **Salud como bienestar del cuerpo.** Algunas mujeres 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 como fundamento que posibilita hacer otras cosas (*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 ...* C. 28 años, 2 hijos, VLC). Sus reflexiones se ciñen al orden de lo orgánico y la actividad, sin aparecer otras dimensiones de la salud.

- ◇ **Salud como autocuidado para cuidar a otros.** Refiere a la idea de la propia salud como condicionante posibilitador del cuidado de otros (*...cuando estamos bien de salud sobre todo hay que cuidarlos a ellos.* T. 21 años, 2 hijos, VLC).

- ◇ **Salud como un insumo posibilitador del trabajo.** Refieren que estar sanas les permite trabajar. Expresan que cuando aparece la enfermedad, se hace difícil cumplir con esa responsabilidad por estar enfermos, aunque para ellas enfermo se trabaja igual, pero con dificultad (*Con la salud vos, si la tenés bien, podés vivir, podés trabajar...* G. 22 años, 1 hija, IM). No se visibiliza la posibilidad de que la persona enferma pueda eludir esas responsabilidades. Ingresas así, en la cosmovisión de estas mujeres, la salud como un insumo que toma parte necesaria en la producción de otros usos, aquello que se emplea para el desempeño de un trabajo como forma de supervivencia humana. Frente a ello podría pensarse: ¿han tenido estas mujeres la posibilidad de pensar en su salud más allá de aquella instancia biológica primordial para sobrevivir mediante el trabajo? ¿Han tenido la posibilidad de reflexionar valorativamente sobre su salud para el ejercicio de otras actividades (no laborales ni domésticas) que impliquen vivenciar dimensiones psíquica, espiritual, ambiental y sociocultural de la salud?

- ◇ **Salud como episodio.** Alude a aquellos testimonios que reconocen la existencia de la salud sólo a partir de una situación que implica su pérdida, es decir para estas mujeres salud es ausencia de enfermedad, siendo la intención de su reestablecimiento lo que permite tomar conciencia de ella, pero concibiéndola como un suceso aislado. Esta restitución les exige determinados comportamientos en un breve período de tiempo como concurrir al médico, tomar medicación, entre otros. Otras explicitaron que tanto sanas como enfermas continúan con aquello que habitualmente hacen apreciando la idea de la salud como episodio pero diluida en una realidad que les exige un hacer automatizado y desvinculado del ser integral.

◇ **Salud como un valor para vivir la vida.** Fueron pocos los testimonios que dieron cuenta de esta concepción de la salud como cualidad que se preserva como recurso para vivir la vida enlazada al desarrollo humano integral. Una de las mujeres la relacionó a un proceso de alfabetización en que ella se hallaba inmersa, vinculándola así a dimensiones sociales, culturales y ambientales de la vida humana en sociedad (*Salud es aprender a leer y escribir... para saber uno cuando va por ahí... me siento contenta, feliz porque estoy aprendiendo...* M. 48 años, 5 hijos, VSF). El conocer, el ir ganando conciencia del mundo y de su posicionamiento en él, son características de una vivencia de salud integral, relacionándose a lo que Gervás y Pérez Fernández (2015) consideran de la salud como recurso para vivir en la vida siendo la persona capaz de afrontar las adversidades de cada día.

## Concepciones de enfermedad personal

Las personas interpretan el enfermar y los síntomas como expresión de una particular forma de vivir y de entender la vida, de la idiosincrasia familiar y de la cultura del que los padece (Gervás y Pérez Fernández, 2015). El análisis realizado permitió identificar las siguientes concepciones de enfermedad:

◇ **Concepción negacionista de la enfermedad.** Alude a cómo la mujer pobre parece no poder reconocer su enfermar, dado que no está habilitada a correrse del eje de conductora del quehacer cotidiano que tracciona su estructura familiar. Es así que muchas transitan alguna enfermedad negando esa condición, siguiendo con sus vidas como si no lo estuvieran (*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...* S. 30 años, 2 hijos, VLC). Podría pensarse que esto sucede por varios motivos: antes que la propia salud está el cuidado de los hijos y la familia, el deber de salir a trabajar, el gasto de dinero que representa el enfermar (del que no se dispone) y si lo hubiera otras prioridades existen antes que la propia salud de la madre. Parece no haber nadie que pueda reemplazarlas, no mencionan la figura de un compañero, esposo o padre que pueda relevarlas de su responsabilidad para poder permanecer el tiempo necesario de descanso. Tampoco se menciona a otras mujeres, hermanas, madres o tías que las suplanten hasta que el ciclo de enfermedad remita. No obstante, se hace ineludible

pensar cómo, en una cultura patriarcal estas otras mujeres también conllevan sus responsabilidades familiares a cuestas, lo que torna lógico comprender el porqué no pueden relevarse entre unas y otras.

◇ **Concepción providencial de la enfermedad.** Refiere a ideas pseudo místicas vinculadas a disposiciones anticipadas en un orden superior que determina el padecimiento o no de una enfermedad, como cierta destinación a una enfermedad desde una voluntad divina que obra a través de su intervención en quienes la padecerán o no (*La enfermedad... te puede pasar a vos, me puede pasar a mí, no sé si será por si te cuidás o porque realmente ya la ibas a tener*, J. 26 años, 4 hijos, VLC).

◇ **Concepción de la enfermedad como lo peor.** Alude a la idea de la enfermedad como suceso desfavorable, temido o perjudicial que puede ocurrir en la vida de una persona, frente a lo cual, el hecho de pensarlo conduce a algunas de las entrevistadas a agradecer por la salud que se tiene a una fuerza divina como aquella que parece proveerla, mantenerla y que tiene la potestad de despojarnos de ella (*La enfermedad para mí es lo peor que puede haber... no se lo deseo a nadie... yo sana, ¡gracias a Dios!* S. 43 años, 7 hijos, VLC).

## Prácticas de salud personal

El análisis de los relatos de las mujeres permitieron reconocer las siguientes prácticas en salud personal:

◇ **Prácticas de salud como quehaceres cotidianos.** Refiere a cómo para estas mujeres su salud las habilita a desarrollar quehaceres, comportamientos, actividades y tareas en su vida cotidiana, constituyéndose en verdaderas prácticas de salud (*con la salud vos podés hacer las cosas de la casa, salir a caminar, estar con tus hijos*. D. 29 años, 2 hijos, IM; *...cuando estoy sana la puedo sacar a mi hija ...con la salud se puede hacer varias cosas...* G. 22 años, 1 hija, IM). Algunas emplean la denominación “normal” para referirse a los cuidados ordinarios que realizan para preservar su salud, como comer sano o hacer las tareas habituales. Al pensar en qué hacen con su salud algunas se remiten directamente a la enfermedad, contrapunto que les permite valorar todo aquello para lo que la salud las habilita en sus vidas.

◇ **Ausencia de prácticas de autocuidado de la salud.** Alude a testimonios que refieren a cómo frente a la salud o la enfermedad la rutina diaria de las mujeres permanece inalterable. Expresan no realizar prácticas de

autocuidado que las preserve de la enfermedad así como el transitar enfermedades desoyendo sus propios cuerpos, malestares y sentires. Como un correlato al que subyace una concepción negacionista de la enfermedad. Se cae en la paradoja de la *cuidadora que se descuida por cuidar*. Mientras 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 (*Para seguir estando sana no hago nada ... no me cuido porque digamos comida cosas así, no, nada*. J. 26 años, 4 hijos VLC). Podría pensarse que las expresiones que remiten al *no me cuido* pueden estar vinculadas a una idea de 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 alta. Idea impulsada por medios de comunicación que instalan a través del marketing del cuidado de la salud una ideología hegemónica que impone consumos determinados. Prácticas sustentadas en las lógicas del vivir bien del capitalismo, vedadas para las comunidades pobres. Creer que la propia salud no es cuidada por no poder acceder a estos cánones artificiales de cuidado van de la mano de los argumentos del “vivir mejor” del capitalismo (Boff, 2012). Este razomaniento de “los cuidados son algo a lo que no se puede aspirar porque no se puede costear” amenaza toda posibilidad de concebir por parte de estas mujeres a la salud desde una perspectiva integral del ser humano, comunitaria y sustentada en las lógicas del *buen vivir* de Abya Yala, inmerso en una gran comunidad terrenal que incluye al ser humano en comunión con la Pachamama, con las energías del universo y con Dios (Saforcada, 2017).

## Concepciones y prácticas de salud, enfermedad y atención de los propios hijos

Las narrativas femeninas exceden las vivencias individuales y se transforman en dinamizador de toda una visión del grupo familiar, lo que se puso de manifiesto desde las entrevistadas al concebir la salud de un hijo como algo inherente a su propia vida.

Gervás y Pérez Fernández (2015) consideran que la vivencia de la salud es un constructo, quien esta sano tiene una vivencia profunda que le ayuda a disfrutar de la vida en sus circunstancias personales, familiares, laborales o sociales. Puede interpretarse como las mujeres perciben la vivencia de la salud más cuando la piensan en relación a sus hijos que en sí mismas, pasando a reflexionarla como una salud integral. Los testimonios permiten reconocer las siguientes concepciones:

- ♦ **Salud de los hijos como totalidad.** Remite a la idea de la salud como una construcción atributiva que señala un todo en relación con la vida, aquello opuesto a una parte de la misma. Se concibe la salud de un hijo como esencial para su desarrollo humano, cuya preeminencia frente a otras cuestiones es clave (*La salud de un hijo es todo...* B. 64 años, 5 hijos, IM; *es lo primordial, cuando están sanos juegan, corren... son sanos, porque están en contacto constante con la naturaleza [...] y se los ve felices* C. 47 años, 10 hijos, VSF). Ema-

nan variados elementos que caracterizan el constructo de la vivencia de la salud a partir de sus hijos involucrando atributos como: alimentación saludable, higiene, buen trato, juego, actividad física, contacto con la naturaleza, estudio, disfrute y la felicidad. Así, el concepto de salud, que en lo personal estribaba en la idea de un bienestar del cuerpo, se amplía al pensar en los hijos, considerándose dimensiones referidas al bienestar físico, psíquico, espiritual, social, cultural y ambiental (Saforcada, 2017).

- ♦ **Salud de los hijos como proceso.** Alude a un conjunto de fases sucesivas que configuran el fenómeno del cuidado y preservación de la salud intencionado desde acciones y comportamientos que implican sostén y continuidad en el tiempo. La salud entendida como algo procesual reconoce el lugar de las madres como preocupadas constantemente por su bienestar, cumplimentando instancias de alimentación, higiene y vestimenta, trato psicoafectivo, esparcimiento, actividad, contacto con la naturaleza, así como instancias de controles pediátricos, consultas con profesionales, visitas por vacunaciones, concurrir a Centros de Atención Primaria o a Hospitales, cuidarlos del clima adverso, así como velar por su salud frente a la enfermedad (*lo llevo a todos los controles*

y le pongo todas las vacunas y... si tiene fiebre no duermo... C. 28 años, 2 hijos, VLC; les doy alimentación, los tengo vestidos, con todas las vacunas al día... D. 29 años, 2 hijos, IM)

◇ **Salud de los hijos como orgullo de madres.**

Alude a la idea de la buena salud de los hijos significa un orgullo para ellas desde un sentimiento de satisfacción por la tarea lograda, habiendo puesto en juego sus capacidades, recursos y dedicación por su parte. Una de ellas valoró el hecho de haber gestado a sus hijos en el tiempo debido por la naturaleza considerando que ello incide en que ellos tengan en el presente una buena salud (*orgullosa de que tienen salud, de que han nacido bien a los 9 meses...* D. 29 años, 2 hijos, IM; *Salud de un hijo para mi es mi alegría... es algo que me emociona...* G. 22 años, 1 hija, IM). Gervás y Pérez Fernández (2015) expresan que tener salud significa redescubrir un sentido y un propósito a la vida y en recuperar la propia autoestima. En consonancia con ello, para muchas de las mujeres de este estudio su proyecto y sentido de vida son sus propios hijos, por lo cual que ellos se encuentren bien de salud habla de su trabajo en el cuidado y protección de la misma, pudiendo pensarse que el emocionarse y enorgullecerse por ello da cuenta de una autovaloración por la tarea lograda.

◇ **Salud familiar como unidad.** La salud y la enfermedad revisten complejidad dado que en ellas se entremezclan cuestiones psicológicas y sociales, más allá de la biología, que tienen impacto en la vivencia de la vida (Gervás y Pérez Fernández, 2015). 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 (*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...* G. 22 años, 1 hija, IM). Se contiene al enfermo y entre los cuidadores se contienen. Elementos como la unión y el estar juntos contribuyen al sentimiento de la fuerza, como vigor que ofrecen los familiares sanos para que el enfermo sienta esa fortaleza y la haga propia en su recuperación, desde la sinergia de estos elementos.

◇ **Salud de los hijos como compleja.** Refiere a una concepción en salud enlazada al atributo de complicación, señalando el ingreso de la enfermedad como aquella que altera ese estado. Puede reconocersela como una categoría de salud en transición hacia la concepción de enfermedad. La salud como algo “complicado” emerge desde experiencias de

algunas madres con sus hijos quienes han atravesado episodios de su alteración, enmarañados por diversidad de factores que intervienen, incomprensibles, situaciones repetitivas de enfermedad, largos períodos de internaciones, de indagación clínica o bien de ausencia de respuestas y de atención comprometida desde los servicios de salud pública (*La salud es complicada... yo a él lo estoy estudiando por fibrosis quística... hace años que vengo renegando... nunca me hicieron un estudio para saber porqué se enferma tanto...* S. 30 años, 2 hijos, VLC).

## Concepciones de enfermedad de los hijos

Gervás y Pérez Fernández (2015) plantean que la enfermedad conlleva algo más que la carencia de la posibilidad de gozar de la vida, pues tiene una connotación de sufrimiento, amenaza y preocupación. La enfermedad es la dificultad para afrontar los problemas y las adversidades de la vida, en sentido físico, psíquico o social, repercutiendo en el trayecto vital personal, familiar, laboral y social. De las narrativas analizadas emergen las siguientes concepciones:

◇ **Enfermedad de un hijo como desánimo ante la vida.**

Alude a la generación en las mujeres de un sentimiento de desapego, falta de interés o apatía ante la vida cuando se piensa que la salud afectada es la de los propios hijos, como unas ganas de no querer existir para verlos sufrir. Enlazado a ello, 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 (*Cuando a mí me dijeron que mi hijo tenía cáncer yo le pedí a Dios que se abriera la tierra y me tragara...* B. 64 años, 5 hijos, BIM).

◇ **Enfermedad de un hijo como lo peor.**

Emerge la idea de un hijo enfermo desde un calificativo que supone algo desfavorable, temido o perjudicial que, presume sufrimiento para ellos y para las madres.

◇ **Enfermedad de un hijo como afectación del insumo posibilitador del trabajo.** Se identifica la enfermedad de los hijos en un contexto donde deben continuar trabajando atravesando en silencio una situación de aflicción donde el deseo por la restitución de la salud estriba en la valoración que se hace de ésta como insumo posibilitador del 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”...* B. 64 años, 5 hijos, IM).

Las concepciones analizadas permiten reconocer cómo para las madres pensar la salud y la enfermedad en relación a sus hijos 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 preocupación y amenaza, con el agravante de haber atravesado, muchas de ellas, vivencias de desatención por parte de los servicios de salud pública.

## Prácticas de cuidado y atención de la salud de los hijos

Del análisis a los testimonios de las entrevistadas emergen las siguientes categorías:

- ◇ **Prácticas de cuidado como búsqueda de atención a la enfermedad de los hijos.** Refiere a la atención a la enfermedad de un hijo como algo imperioso a lo que se debe acceder más allá de las dificultades geográficas que signifiquen dónde se hallan las instituciones de salud (*si veo que no mejora salgo a cualquier hora... yo me he ido caminando al hospital... me cruzaba los campos a cualquier hora... C. 28 años, 2 hijos, VLC*). En estas búsquedas de atención se alude a complicaciones que aparecen incluso una vez en la institución de salud, vinculadas al no acceder en lo simbólico y existencial a esa atención (largas es-

peras en las guardias, profesionales que no son claros en las explicaciones, derivaciones a otros centros, etc.)

- ◇ **Prácticas de cuidado a los hijos como dispositivo de reflexión-acción integral.** Refiere a quehaceres cotidianos en que las madres se implican con atención y diligencia, orientados a asistir, aguardar, velar y poner su energía en la atención de sus seres queridos. Involucran tareas como: llevarlos a controles pediátricos, que estén vacunados, alimentados, vestidos acorde al clima, con actitud pendiente de ellos, de sus necesidades, de su salud, de su enfermedad y frente a ello atenderlos, darles las medicaciones adecuadas para los tratamientos que se realicen, el llevarlos a la hora que sea y de la manera que sea a una guardia médica. Sus testimonios dan cuenta de poner en acción todo un dispositivo comportamental y reflexivo intencionado y focalizado en torno a sus hijos como seres integrales a los que se les procura bienestar, captando sus estados y viviendo en advertencia respecto de ellos. Se percibe cómo subyacente a éste tipo de prácticas se hallan concepciones de la salud como totalidad y como proceso.
- ◇ **Binomio amor/temor como subyacente a las prácticas de cuidado a los hijos e hijas.** Algunas mujeres consideran al amor como la base que subyace a los cuidados que dispensan a sus hijos e hijas, y reconocen un sentimiento de cierto temor a que algo les suceda, como un estado de permanente alerta por cómo ellos se encuentran.

## Hacia algunas discusiones y reflexiones de cierre

Tal como plantean Gervás y Pérez Fernández (2015) la medicina tiende a considerar como cierta la disyuntiva biológica entre salud y enfermedad desde una visión sustentada en la ciencia positivista que descuartiza ambos procesos negando la posibilidad de pensarlos como parte de un continuum. Como contrapartida, las mujeres del estudio se sitúan como referentes de cuidado de sus familias y ofrecen una compleja riqueza de concepciones y prácticas de salud, enfermedad y atención, sustentadas en saberes, vivencias, experiencias, costumbres, usos e historias, que la medicina y los servicios de salud deberían conocer para trabajar a partir de ellas y con ellas.

Se advierte cómo las concepciones y prácticas de salud/enfermedad/cuidado y atención conforman una semiología lega, una cosmovisión popular donde la salud, si bien es reconocida como un estado diferente al de enfermedad, ambos son asociadas constantemente.

Los resultados emergentes permiten reconocer que en las mujeres de esta investigación pueden reconocerse al menos tres paradigmas de concepciones y prácticas de salud:

- ◇ uno **clínico patogénico**, centrado en la enfermedad y centrado en la consulta a profesionales, parangonable con el individual-restrictivo caracterizado por Saforcada (2002);
- ◇ otro **salubrista integral**, centrado en una perspectiva de protección/promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad, conjugando saberes y experiencias acumuladas por las mujeres en el arte de proteger, sanar y curar a sus familiares, semejable al paradigma social-expansivo caracterizado por Saforcada (2002);
- ◇ un tercer paradigma basado en creencias sobrehumanas -que sería lógico denominar **paradigma sobrenatural**- donde la salud y la

enfermedad son puestas en estrecha dependencia de cuestiones de fe y prácticas religiosas o místicas.

Los resultados de este estudio permiten advertir que en las concepciones y prácticas legas estos paradigmas podrían convivir y activarse a partir de lo que una misma persona piensa y hace con su salud o la de un familiar, pudiendo mezclarse estos paradigmas entre sí, lo que da lugar, a veces, a la aparición de límites difusos en los modos en que se presentan, en una misma persona, estas concepciones y prácticas de salud.

En sintonía con ello, se ha podido identificar que estos paradigmas pueden o no enlazarse a las prácticas consecuentes. Es decir, entre el decir de las concepciones y el hacer de las prácticas se reconocen, a veces, ciertas inconsistencias. Es así que, una persona que sustenta la concepción de la salud como un valor o recurso primordial para la vida puede tanto mostrar prácticas ligadas a lo salutógeno como una evidente falta de cuidado, de atención y de preservación de la propia salud. Se reconoció así, por ejemplo, cómo mientras algunas de las entrevistadas valoraban el preservar la propia salud para cuidar a los hijos, al mismo tiempo ellas expresaban una falta de atención de su enfermedad o daños visibles a su salud no atendida.

El estudio ha permitido conocer que muchas mujeres ofrecen una concepción de salud personal enlazada al bienestar de su cuerpo y a la posibilidad de desarrollar sus quehaceres en la vida cotidiana. Algunas conciben la salud sólo como un insumo para el trabajo, aunque enfermas trabajen igual y no realicen prácticas de autocuidado para su restablecimiento por priorizar su necesidad de ingreso económico. Muy pocas conciben la salud como un valor para vivir la vida y desarrollan prácticas sostenidas en el tiempo para su preservación.

Se advierte la preeminencia de una dimensión personal-individual de la salud ligada a concebirla como episodio. Esta idea se amplía abarcando elementos psicosocioculturales, ambientales y espirituales cuando se refieren a la salud de sus hijas e hijos y a su rol como cuidadoras. En lo familiar, prima una idea de la salud como proceso haciéndola depender del conjunto de tareas de cuidado que ellas desarrollan.

Para finalizar es oportuno agregar que, atendiendo al período pre-pandemia donde se sitúa este primer estudio como parte de una investigación mayor que continúa en desarrollo, la apuesta que viene desarrollándose actualmente radica en reconocer cómo estas concepciones y prácticas de salud, enfermedad, cuidados y atención fueron interpeladas a la luz de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 en este grupo de mujeres y en otros en situación de pobreza, así como en mujeres pertenecientes a grupo social de clase media, intentando vislumbrar cómo este fenómeno vino a cristalizar una desigualdad social en salud en los tiempos que corren<sup>2</sup>.

En este sentido, se considera que el estudio aquí presentado con respecto a las concepciones y prácticas de salud/enfermedad/atención de la población es parte de un cuerpo epistemológico y axiológico en salud popular no solo legítimo sino también esencial para ser considerado en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas y programas de acción en salud dirigidas a la sociedad, tanto a poblaciones en situación de pobreza estructural como a otros estratos socioeconómicos.

<sup>2</sup> Se hace referencia al estudio desarrollado en el marco del 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*. Juárez, M.P (2022). Proyecto aprobado en la Convocatoria a Proyectos de Investigación Bianuales Para Investigadoras/es Asistentes y Adjuntos de Reciente Ingreso Al CONICET (PIBAA). Convocatoria 2022-2023. Resol-2022-1930-APN-DIR#CONICET.

## Referencias bibliográficas

- Batthyány, K. y Araujo Guimaraes, N. (2022). “¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados? (y porqué su invisibilización es fuente de desigualdades)”. En Batthyány, K. y Arata, N. (comp.) (2022). *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella)*. Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista. Argentina: Siglo XXI-CLACSO.
- Boff L. (2012). *¿Vivir mejor o el buen vivir?*. Recuperado el 5 de mayo de 2021 de <http://servicios-koinonia.org/agenda/archivo/obra.php?ncodigo=757>.
- Bolívar Botia, A. y Fernández M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología*. España: La Muralla.
- Conde F. y Concha, G. (2001). “Sistema de Información sobre Salud de Carácter Sociocultural: Las concepciones de Salud de las Mujeres. Informe 2000”. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, N° 89. España: Instituto de Salud Pública.
- Conde F. y Pérez Andrés, C. (1995). “La investigación cualitativa en Salud Pública”. *Rev Esp Sal Púb*, Vol. 69, N° 2, pp. 145-149.
- Gérvas, J. y Pérez Fernández, M. (2015). *La expropiación de la salud*. España: Los libros del lince.
- Goetz, P. y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. España: Morata.
- Guillemette, F. (2006). “L’approche de la Grounded Theory; pour innover?” *Recherches qualitatives*, Vol. 26, N° 1, pp. 32-50
- Jelín, E. (2022). *Conferencia de CLACSO sobre desigualdades*. Canal radial Hunt Benas Comunicación. Recuperado el 26 de agosto de 2022 de <https://soundcloud.com/user-534169122/elizabeth-jelin-conferencia-de-clacso-sobre-desigualdades>.
- Pagnamento L. y Weingast D. (s/f). *Estrategias ante la enfermedad. Un campo que se negocia*. Recuperado el 7 de junio de 2021 de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD044.PDF>.
- Pérez de Nucci, A. (2005). *La medicina tradicional del Noroeste Argentino. Historia y presente*. Argentina: Serie Antropológica-Ediciones del Sol.
- Quintar, E. (2018). “Crítica teórica, crítica histórica. las paradojas del decir y del pensar”. *Archivos de Ciencias de la Educación*, Vol. 12, N° 13, pp. 1-11. Universidad Nacional de La Plata.
- Ragin, Ch. (2007). *La construcción de la investigación social*. Colombia: Siglo del hombre.
- Rangel Esquivel, J. M. (2011). “Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública”. *Iberofórum. Rev de Cs Soc Univ Ib*; N° 11, pp. 28-56.
- Saforcada E. et al. (2021). *La salud pública y sus contextos fundamentales. Una introducción al análisis contextual crítico del escenario de la salud*. Argentina: Editorial Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- (2017). “El rol fundamental de la psicología en el campo de la salud”. *Congreso Universitario de Psicología*. Asunción, Paraguay: Universidad Nacional de Asunción.
- Segato, R. y LASTESIS (2022). “En torno a una nueva agenda feminista (y porqué el patriarcado se opondrá a ella)”. En Batthyány, K. y Arata, N. (comp.) *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella)*. Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista. Argentina: Siglo XXI- CLACSO.
- Spicker, P., Álvarez Leguizamón, S. y Gordon, D. (2009). *Pobreza, un Glosario Internacional*. Argentina: CLACSO.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Svampa, M. (2021). “¿Qué será de América Latina tras la pandemia?”. *OpenDemocracy*. Recuperado de: <https://www.opendemocracy.net/es/america-latina-tras-pandemia/>.
- Taylor S. y Bogdan, A. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Argentina: Paidós.
- Torres Aliaga, T. y Torres Secchi, A. (2010). *Poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud. Iruya 1978-2008: ¿Por qué callan, si nacen gritando?* Anizacate.
- Vasilachis I. (coord.) (2007). *Estrategias de Investigación cualitativa*. España: Gedisa.
- Weingast, D. (2005). “Prácticas de auto-atención implementadas por un grupo de mujeres de sectores pobres urbanos de la localidad de Punta Lara, Partido de Ensenada, Argentina” En Barone, M. y Schiavoni, L. (comp.) *Efectos de las políticas de ajuste en la década del 90*. Argentina: Editorial Universidad Nacional de Misiones.