



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

ISSN: 2007-7459

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

México

Paula Juárez, María

Creencias, saberes y prácticas populares de salud en mujeres en  
situación de pobreza en el Gran Río Cuarto (Córdoba-Argentina)

Horizonte Sanitario, vol. 21, núm. 1, 2022, Enero-, pp. 75-88

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Villahermosa, México

DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4509>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457869056009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# Creencias, saberes y prácticas populares de salud en mujeres en situación de pobreza en el Gran Río Cuarto (Córdoba-Argentina)

Beliefs, knowledge and popular health practices in women living in poverty in the Gran Río Cuarto (Cordoba-Argentina)

María Paula Juárez<sup>1</sup> 

DOI:10.19136/hs.a21n1.4509

Artículo Original

• Fecha de recibido: 8 de abril de 2020 • Fecha de aceptado: 18 de junio de 2021 • Publicado en línea: 20 de octubre de 2021

Autor de Correspondencia:

María Paula Juárez. Dirección Postal: Ruta 36 km 601. Pabellón B, Facultad de Ciencias Humanas.  
Universidad Nacional de Río Cuarto. CP. 5800. Río Cuarto, Córdoba, Argentina.  
Correo electrónico: mpaulajuarez@gmail.com

## Resumen

**Objetivo:** El artículo reflexiona acerca de saberes, creencias y prácticas en salud, enfermedad y atención de mujeres en situación de pobreza del sur de la provincia de Córdoba, Argentina. El mismo se posiciona en la propuesta conceptual del psicólogo sanitarista Enrique Saforcada sobre “los contextos fundamentales de la salud pública”, centrándose en el “contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad”.

**Materiales y métodos:** Desde una metodología cualitativa se recuperan relatos de 11 mujeres, residentes en tres comunidades en situación de pobreza. La muestra se conformó por informantes voluntarios acorde a su disposición para participar en el estudio. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas en base a los ejes saberes, prácticas y creencias en salud. El análisis cualitativo se desarrolló, en clave sincrónica, construyéndose un esquema explicativo teórico, sustentado en procedimientos de la Teoría Fundamentada y, en clave diacrónica, interpretados los datos desde la perspectiva biográfico narrativa.

**Resultados:** Surgieron las categorías: construcción y dinamización de saberes populares en salud en la vida de las mujeres; usos y costumbres en las prácticas de sanar/curar; creencias orientadas al sanar/curar.

**Conclusiones:** Las concepciones, prácticas y creencias en salud-enfermedad-atención conforman saberes populares emergentes de procesos intersubjetivos y dialógicos, donde las protagonistas son mujeres adultas y jóvenes que, como enseñantes y aprendientes, dinamizan un tipo particular de interacción social basada en significados de salud, enfermedad, cuidado y atención ligados a sus experiencias de vida, conformando un cuerpo epistémico que nutre acciones de promoción y protección de la salud, así como de atención de la enfermedad y restauración de la salud. Se reflexiona sobre: a) la importancia de saberes en salud frente a escenarios de expropiación/apropiación de la salud; b) los paradigmas subyacentes a estas concepciones y prácticas legas.

**Palabras claves:** Salud comunitaria; Creencias; Conocimientos; Prácticas

## Abstract

**Objective:** The article reflects on knowledge, beliefs and practices in health, illness and care of women in poverty in the south of the province of Córdoba, Argentina. It is positioned in the conceptual proposal of the sanitary psychologist Enrique Saforcada on “the fundamental contexts of public health”, focusing on the “context of the lay health concepts and practices of society”.

**Materials and methods:** From a qualitative methodology, stories of 11 women living in three communities living in poverty are recovered. The sample was made up of voluntary informants according to their willingness to participate in the study. Semi-structured interviews were conducted based on the axes of knowledge, practices and beliefs in health. The qualitative analysis was developed, in a synchronic key, building a theoretical explanatory scheme supported by Grounded Theory procedures and, in a diachronic key, interpreting the data from the narrative biographical perspective.

**Results:** The categories emerged: construction and dynamization of popular knowledge in health in the lives of women; uses and customs in healing / healing practices; healing / healing oriented beliefs.

**Conclusions:** The conceptions, practices and beliefs in health-disease-care make up popular knowledge emerging from intersubjective and dialogical processes where the protagonists are adult and young women who, as teachers and learners, dynamize a particular type of social interaction based on meanings of health, disease, care and attention linked to their life experiences, forming an epistemic body that nurtures actions for the promotion and protection of health, as well as care for disease and restoration of health. It reflects on: a) the importance of knowledge in health in the face of scenarios of expropriation / appropriation of health; b) the paradigms underlying these lay conceptions and practices.

**Keywords:** Community health; Beliefs; Knowledge; Practices

<sup>1</sup> Doctora en Psicología. Magíster en Ciencias Sociales. Licenciada en Psicopedagogía. Diploma de Estudios Avanzados en Psicología Evolutiva y de la Educación. Máster de Iniciación a la Investigación en Psicología de la Comunicación, Interacción Social y Desarrollo Humano. Profesora Adjunta en la Lic. en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Río Cuarto. Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas. Córdoba, Argentina.

## Introducción

Este artículo tiene el objetivo de conocer y describir saberes, creencias y prácticas en relación a la salud, la enfermedad y la atención de la misma, por parte de mujeres en situación de pobreza estructural residentes en comunidades ubicadas en el conurbano de la ciudad de Río Cuarto y de la localidad de las Higueras, ubicadas en el sur de la provincia de Córdoba, Argentina.

Los interrogantes que configuran el problema de investigación expresan: ¿Cuáles son los saberes, creencias y prácticas en relación a la salud, la enfermedad, el cuidado y la atención que han construido mujeres madres en situación de pobreza a lo largo de sus vidas? ¿Cómo los han construido? ¿Cómo han sido esos procesos? ¿Circulan esos saberes entre las mujeres de la comunidad? ¿Cómo? Preguntas que develaron realidades, posturas e historias que se analizarán en este trabajo.

Para el análisis de la temática se toma como punto de partida la propuesta conceptual del psicólogo sanitarista argentino Enrique Saforcada<sup>1</sup> sobre “los contextos fundamentales de la salud pública”, tomando en cuenta específicamente el “contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad”. Atendiendo a ello, desde una perspectiva de análisis cualitativo, se trabajó con los relatos de las mujeres con el propósito de reconocer cómo el mencionado contexto se dinamiza y cobra vida en distintas comunidades a partir del lugar que ellas asumen allí.

Saforcada<sup>2</sup> considera que son los contextos –entornos físicos o de situación– de carácter económico político, socio histórico, psicosociocultural, científico técnico y/o profesional, los que logran poner a la vista del analista crítico la razón de ser de los fenómenos y sus consecuencias. Resalta la naturaleza sistémica y sinérgica del concepto de contexto, reconociendo como una de sus propiedades la interdependencia de sus componentes.

Para ello aborda la perspectiva del “análisis contextual crítico”<sup>2</sup> entendiendo que el mismo implica llevar adelante un procedimiento de indagación, que permita diferenciar claramente los componentes del entorno físico, económico político, histórico, psicosociocultural, de salud, educacional y territorial en que se ha generado una situación de salud, para lograr visualizar y comprender los factores, procesos, dinámicas y sinergias intervinientes en su causación.

El autor resalta que siempre que se desarrolle un análisis crítico de una situación de salud de un grupo humano es pertinente la perspectiva histórica, dado que lo que emerge en un momento específico es siempre producto de un proceso más largo, cuyo análisis permitirá comprender cómo han ido

tomando forma las cosas para llegar a presentarse tal como se las percibe hoy. Atendiendo a ello, reconoce nueve contextos decisivos en el escenario de la salud pública: 1) Contexto del poder; 2) Contexto de las concepciones y prácticas de salud profesionales legalmente habilitadas; 3) Contexto de la enfermedad pública; 4) Contexto de las vertientes operativas de la salud; 5) Contexto de las profesiones de las ciencias de la salud; 6) Contexto de las perspectivas; 7) Contexto del conocimiento científico y empírico (producción y circulación); 8) Contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad; 9) Contexto de la Salud Territorial. Interesa para este trabajo circunscribirse al “contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad”<sup>2</sup>.

Desde sus estudios a lo largo de los años, Saforcada ha desarrollado distintos aportes conceptuales que abonan a la comprensión de este contexto. Considera los conocimientos que se dinamizan en contextos de salud desde su definición de “Sistema Total de Salud” (STS), la cual refiere a todo lo que la sociedad genera y pone en práctica en relación con los emergentes –positivos o negativos– del proceso de salud-enfermedad<sup>3</sup>. Dentro del mismo identifica un “Sistema Oficial de Salud” (SOS) y un “Sistema Popular de Salud” (SPS)<sup>3</sup>. Para el autor el SPS activa (a través de la demanda de la población, vinculada a sus propias visualizaciones, concepciones, prácticas, creencias y saberes legos que ella tiene de sus enfermedades) al SOS (integrado por instituciones de salud, profesionales y técnicos).

En este sentido, las personas que concurren a consulta, o no lo hacen, identifican lo que les sucede desde saberes previos, que les permiten construir criterios que les facilitan re-conocer y actuar en relación a lo que les acontece. Ya lo señalaba el sociólogo francés Boltanski<sup>4</sup> al decir que todas las poblaciones tienen conocimientos y una teoría de la salud con sus correspondientes semiología y clínica legas.

En relación con ello, para Gervas y Pérez Fernández<sup>5</sup> cada individuo, según su cultura familiar y social tiene una propia interpretación y vivencia del enfermar, el sufrimiento, el diagnóstico y ofrecen respuestas frente a ello. De esta manera interpretan los síntomas con mayor o menor alarma. Reconocen un “saber ancestral popular”<sup>5</sup> que da autonomía y capacidad para enfrentarse a los inconvenientes y las vicisitudes de la vida. Consideran que el paciente tiene síntomas que suele interpretar de acuerdo a su mejor entender. En caso de preocuparse comenta los síntomas con familiares o amigos, quienes suelen valorar su importancia de acuerdo a sus propios criterios. Se combinan así valores, experiencias y conocimientos del paciente con los de aquellos que pueden entenderlo. Seguidamente suele considerar los síntomas como expresión de anormalidad que tiene importancia, o bien considerarlos como un problema menor que desaparecerá con el tiempo, si el entorno considera que los síntomas son

expresión de anormalidad, el paciente podrá ver confirmado su enfermar y se planteará la necesidad de solicitar ayuda profesional que diagnostique y confirme el origen de su sufrimiento<sup>5</sup>.

Saforcada<sup>3</sup> identifica un componente formal y un componente informal en los sistemas de servicios de salud, señalando que éste último está constituido por la población y que es posible identificar en él “los saberes populares en salud”, “los efectores populares” y “los referentes válidos de salud”.

Respecto al subcomponente de los saberes en salud, el autor reconoce tres vertientes: 1) La del saber de la población puesto en práctica cotidianamente, desde una semiología y clínica legas que modelan las percepciones acerca de sus estados de salud y sus comportamientos frente a estos estados; 2) La del saber de aquellas personas –sanadores o curadores populares– que ofrecen prestaciones en salud a los miembros de la población; 3) La de los saberes sistematizados en salud, como las medicinas tradicionales o componentes de algunas de ellas como acupuntura, herboristería, etc.

El subcomponente de los efectores populares incluye también a los protectores populares. Está integrado por personas que, reconocidas por la población, desarrollan acciones de salud protectiva, preventiva y/o curativas. Considera que este subcomponente es amplio y de límites difusos, identificándose dos líneas: a) Una línea espiritualista, constituida por representantes de religiones como sacerdotes carismáticos del catolicismo, pastores del protestantismo, referentes de religiones afrobrasileñas y sectas religiosas; b) una línea filosófica que incluye corrientes esotéricas, en general de origen oriental.

El subcomponente de los referentes válidos en salud está constituido por todas las personas a quienes los miembros de las comunidades les solicitan información o de quienes las reciben sin pedirla y que incide en sus comportamientos salubristas. Incluye a los efectores legalizados (profesionales, técnicos) como a los no legalizados pero reconocidos por la población.

El conjunto de semiología y clínica legas que reconocía Boltanski<sup>4</sup>, así como la organización por niveles de consulta entre legos que filtran desde el síntoma a la enfermedad que mencionan Gervas y Pérez Fernández<sup>5</sup>, o las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad que identificaba Saforcada<sup>3</sup>, pueden romperse cuando se dinamiza en la sociedad el proceso de “expropiación de la salud”<sup>5</sup>, que conduce a las personas a abandonar el nivel de consulta a pares, amigos o familiares; a desconfiar de sus propios criterios y adoptar el hábito de consultar directamente a los médicos ante los más mínimos síntomas. Esto genera un proceso que tensiona y amenaza la centralidad que

tienen los saberes, concepciones y prácticas populares para la protección, cuidado y preservación de la salud de las comunidades, dando lugar a un proceso de medicalización de la vida cotidiana con resultados francamente negativos, que motiva la necesidad de desarrollar estrategias de prevención cuaternaria a la vez que incentiva la formación de médicas y médicos sociales, junto a la necesidad de emplear la Atención Primaria de Salud en el primer nivel de atención<sup>6,5,7,8,9,10</sup>.

## Materiales y métodos

El estudio que aquí se presenta se viene ejecutando desde el año 2018, desde una perspectiva de investigación cualitativa interpretativa y crítica sustentada en los desarrollos del Paradigma de Salud Comunitaria<sup>11,12,13</sup>, como plexo epistémico y axiológico en salud pública latinoamericana. El mismo se configura de saberes y prácticas populares en salud, entramados con diferentes desenvolvimientos provenientes de la psicología sanitaria, de la salud, la psicología social comunitaria, la pedagogía de Paulo Freire, la antropología de la salud y la sociología de la salud, lo que permite ir abonando la comprensión del contexto de las concepciones y prácticas legas de la sociedad desde un posicionamiento relativista cultural y social expansivo<sup>3</sup>, que parte de considerar a los grupos humanos como protagonistas de sus actuaciones sociosanitarias.

El estudio se orienta a conocer las concepciones, saberes y prácticas populares en salud de un grupo de mujeres en situación de pobreza estructural. Se emplea este enfoque ya que, como plantea Flick<sup>14</sup>, la investigación cualitativa pretende acercarse al mundo de “afuera” y entender, describir y explicar fenómenos sociales desde “el interior”, intentando desgranar cómo las personas construyen su mundo, lo que hacen o lo que les sucede desde sus propios significados y comprensión. Para este autor, la investigación cualitativa tiene relevancia al orientarse al estudio de la pluralización de los mundos vitales, desde una sensibilidad metodológica para el abordaje empírico de los problemas, prácticas e interacciones de las personas que se estudian en su complejidad, en su contexto y vida cotidiana<sup>15</sup>. Para ello se considera que los puntos de vista y las prácticas en contexto son diferentes, a causa de las distintas perspectivas subjetivas y los ambientes sociales relacionados con ellas, por lo que es central partir de los significados subjetivos y sociales que las personas otorgan a los fenómenos en indagación. Se definió el tipo de estudio como “estudio de caso con enfoque biográfico narrativo”<sup>16</sup>, donde las personas como casos relataron sus historias, sus vivencias y situaciones de salud, enfermedad, cuidado y atención a partir de narrativas que nos permitieron comprender su realidad socio-sanitaria.

De esta manera, en el período mayo de 2018 a mayo de 2019 se entrevistaron a 11 mujeres que participaron voluntariamente, siendo madres de familia y abuelas entre 22 y 66 años. Algunas de ellas se desempeñan como amas de casa en actividades relacionadas a la crianza de sus niños y niñas, tareas domésticas como aseo de la vivienda, la elaboración de las comidas diarias; algunas de ellas realizan, o han realizado, trabajos como empleadas domésticas en casas de familia donde también se desempeñan en el cuidado de la infancia.

Las entrevistadas son residentes en comunidades en situación de pobreza estructural al Sur de la provincia de Córdoba, en el departamento del Gran Río Cuarto. Las mismas fueron contactadas en el barrio Islas Malvinas, Villa la Cava y Villa San Francisco. El ingreso a estos territorios se logró con la mediación de un sacerdote católico responsable de las parroquias de dos de estas comunidades de estudio; y en la otra comunidad, fue por un docente referente de procesos de alfabetización, constituyéndose en porteros que propiciaron la introducción al campo.

En Islas Malvinas (en adelante IM) viven unas 70-80 familias de nacionalidad argentina y paraguaya que se asentaron sobre la margen derecha del Río Chocancharava, ubicándose geográficamente la comunidad a 4.4 km de la plaza central de referencia de la ciudad de Río Cuarto. Villa la Cava (en adelante VLC) está integrada por unas 30 familias que ocuparon terrenos fiscales, situada a 3.6 km de la plaza central de la ciudad de Río Cuarto. Villa San Francisco (en adelante VSF) es una comunidad constituida por unas 140 familias que habitan viviendas a una zona aledaña a las vías del ferrocarril y de una ruta nacional en la localidad de Las Higueras hallándose a una distancia de 6.7 km de la plaza central de la ciudad de Río Cuarto. El transporte público no llega hasta el emplazamiento de estas comunidades. Las mismas tienen en común el hecho de que sus pobladores y pobladoras han permanecido allí desde varias generaciones anteriores en situación de pobreza.

La selección muestral se concibió como un procedimiento abierto, dinámico y secuencial<sup>17</sup> que permitió la constitución de un muestreo de casos reputados<sup>17</sup>, pudiendo hacerse las elecciones por recomendación de otros expertos, siendo el sacerdote y el alfabetizador como informantes claves quienes indicaron mujeres en condiciones de pobreza, que hubiesen atravesado situaciones de salud personales o familiares, siendo posibles de ser entrevistadas. De ese grupo de casos reputados la muestra se integró por informantes voluntarias<sup>18</sup> acorde a su accesibilidad y disposición para la participación en el estudio. Se establecieron entrevistas semi-estructuradas a partir de un guión organizado en ejes, que permitió privilegiar el libre fluir de los testimonios y narrativas de las mujeres, pudiendo indagar en su universo de significación en

relación a sus saberes, prácticas y creencias con respecto a la salud, la enfermedad y el curar.

Para el procesamiento de datos recolectados, se realizó un registro de grabación de las entrevistas -previo consentimiento otorgado por las participantes- posteriormente se clasificaron esos archivos y transcribieron textualmente para su estudio, teniendo acceso a ellos sólo la investigadora responsable del mismo y guardándose el anonimato de las protagonistas al emplearse la inicial para referenciar sus nombres.

El proceso de análisis cualitativo se realizó a partir de una lectura, tanto en clave sincrónica como diacrónica, del fenómeno de estudio. Ello ha orientado una conjugación de los datos surgidos en diálogo con situaciones contextuales de las comunidades que integran estas mujeres, así como sus propias historias de vida.

En clave sincrónica, se construyó un esquema explicativo teórico a partir de un trabajo de codificación de los datos, guiado por el método de comparación constante como uno de los componentes de la Teoría Fundamentada<sup>19</sup>. Se llevó a cabo un proceso de codificación abierta que permitió el surgimiento de dimensiones de análisis, categorías y subcategorías, para posteriormente continuar profundizando el esquema conceptual en una instancia de codificación axial y selectiva que permitió la construcción de proposiciones explicativas atinentes a la naturaleza del fenómeno en estudio elaborando conceptos, caracterizaciones de los mismos y propiedades, avanzando así en la descripción, análisis e interpretación de las concepciones, prácticas y saberes populares de salud.

Simultáneamente, en clave diacrónica, los datos fueron interpretados desde una perspectiva biográfico narrativa, que permitió reconocer en los relatos ejes temáticos que se presentaban atendiendo a coordenadas temporales. En este sentido, la construcción del esquema teórico-explicativo mencionado anteriormente se conjugó con un análisis narrativo categórico<sup>20</sup>, que recuperó cuestiones tales como: historias de vida en relación a salud/enfermedad/atención/ saberes construidos de salud/creencias de salud, el porqué de lo sucedido, el reconocimiento a personas que intervinieron en dichas historias y el contenido de las historias de vida, como así también la secuencia de los eventos que informan en sus narrativas.

Hasta el momento, se ha podido reconocer la emergencia de dimensiones, categorías y subcategorías con sus propiedades, que abonan a la comprensión del contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de comunidades en situación de pobreza, tal como lo expone la Tabla 1.

**Tabla 1:** Dimensiones, categorías, subcategorías y propiedades emergentes del “Estudio psicosociocultural y pedagógico de las concepciones y prácticas en salud de mujeres en situación de pobreza” (Véase “Notas”)

DIMENSIONES	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	PROPIEDADES
Concepciones de salud	Personal	Salud como insumo para el trabajo	Salud como frontera O Salud como geografía emancipatoria
		Salud como valor para vivir la vida	
	Familiar		
	Comunitaria		
	Institucional		
	Ideal	Personal	Salud ideal como concretud O Salud ideal como tensión
		Familiar	
Comunitaria			
Concepciones de enfermedad	Personal	Enfermedad como amenaza para el desempeño laboral	
		Enfermedad, infancia y trabajo	
		Enfermedad, adultez y trabajo	
	Familiar		
Comunitaria			
Prácticas de salud/ enfermedad	Prácticas de autocuidado		
	Prácticas de cuidado familiar		
	Usos y costumbres en las prácticas de sanar/curar	Mujeres que comparten medicación con otras mujeres	
		Mujeres que demandan a los CAPS por medicación	
		Mujeres que adquieren medicación en farmacias	
		Mujeres que recurren al saber popular para sanar	
		Mujeres que transitan la enfermedad sin medicarse	
		Mujeres en contra de la automedicación	
	Atención del proceso salud-enfermedad	Auto-atención	
Atención en Instituciones de salud			
Atención por referentes de salud no legalizados			
Aprendizajes, saberes y conocimientos de salud	Construcción y dinamización de saberes populares en salud (personal, familiar y comunitaria)	Tipología de saberes populares	Saberes que se transmiten generacionalmente
			Saberes de mujeres o referentes sustentados en la medicina occidental
			Saberes de integrantes de comunidades étnicas
			Saberes de curanderos o familiares mediante ritos de sanación
			Saberes procedentes de la maternidad
			Saberes de medios de comunicación
		Estructura o andamiaje posibilitador en la construcción de saberes en salud	Momentos de aprendizaje
			Contextos de aprendizaje
			Protagonistas: enseñantes y aprendientes
			Diálogo como activador de procesos.
	Sistemas de conocimientos populares orientadores de políticas públicas posibles	Motivaciones subyacentes a los aprendizajes	
		Circulación de esos saberes	
		Roles asumidos en la circulación de saberes de salud.	
Creencias populares orientadas a sanar/ curar	Creencias arraigadas a una devoción popular		
	Creencia en iglesias evangélicas y pastores		
	Creencia en curanderos y “brujerías”		

Fuente. “Estudio psicosociocultural de las concepciones y prácticas en salud de familias pobres estructurales” (Resolución No. 4163/16) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Argentina.

La tabla que se expone –aún en proceso de elaboración final– permite cartografiar un mapa de situación en torno a lo que emerge, cuando lo que se pretende es conocer las concepciones, creencias y prácticas legas de salud en comunidades en situación de pobreza. En este artículo se centra la discusión en torno a los resultados en las categorías de: aprendizajes, saberes y conocimientos de salud, prácticas de salud/enfermedad y creencias populares orientadas a sanar/curar.

## Resultados

### *Construcción y dinamización de saberes populares en salud en la vida de las mujeres*

Ya desde la década de 1970, como precursor del movimiento de la Investigación Acción Participativa (IAP), el sociólogo colombiano Orlando Fals Borda insistía en la necesidad de reconocimiento del saber popular, observando en él una salud popular naciente de la propia entraña de las mujeres ancianas informantes, de su tradición oral, de sus propias memorias históricas familiares ancestrales, ofreciendo en sus relatos “interpretaciones válidas”<sup>21</sup>.

En línea con ello, este artículo reflexiona sobre los saberes populares en salud contruídos por mujeres en situación de pobreza estructural, atendiendo a sus experiencias de vida como algo subjetivo e intersubjetivo, propio, particular, diverso, único y no unívoco, ni uniformante, ni igualador, sino revelador de múltiples realidades, modos de ser y estar en el mundo, modos de conocer, aprender y valorar la salud/enfermedad y su atención; por ello, un saber ligado a su contexto, entramado a su historia y a la subjetividad de quien lo narra.

En ese escenario, puede identificarse cómo los relatos de las mujeres expresan determinadas posturas, actitudes, maneras de pensar, de creer y de actuar, con relación a los procesos de salud/enfermedad/cuidado. Reconocen haber construido/aprendido dichos saberes en distintos períodos o ciclos de sus vidas, desde la infancia hasta su vida adulta actual. En sus relatos puede identificarse una *tipología de saberes populares*, atendiendo a:

a) *Saberes que se transmiten de generación en generación.* Destacan el rol de la mujer mayor, adulta sabia, las abuelas, aquellas conocedoras y transmisoras de saberes y procedimientos vinculados con la alimentación saludable, las prácticas de cultivo y cosecha de vegetales y frutas en huertas, la cría de animales para el consumo, el procesamiento y cocción de alimentos, el consumo de agua, el cuidado de la salud a conciencia, la práctica de ofrecer un consejo en torno a un vivir saludable. “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!’*.” (S. 43 años, 7 hijos, VLC).

Otros saberes que se transmiten generacionalmente son los vinculados a preparados para emplear como remedios frente a enfermedades o malestares tales como picaduras, granos, infecciones, empachos, fiebre, parásitos, dolor o malestar estomacal. Se elaboran infusiones, se realizan preparados con hierbas, yuyos (palam, burrito, ajeno, ruda, aguaribay), emplastos. “...para la panza ella sabía preparar una mezcla con harina, huevo y alcohol y nos ponía para bajar el empacho el vinagre, nos ponía para que se nos fuera la fiebre las papas en la cabeza”. (S. 43 años, 7 hijos, VLC); “...ceniza ahí del fuego y nos la poníamos, la ceniza te quita la picazón y te saca la roncha donde te pica la hormiga, y si te pica una abeja ir al barro podrido...” (B. 64 años, 5 hijos, IM).

b) *Saberes de mujeres de la comunidad fundamentados en algún tipo de formación desde la medicina occidental* (cursos de primeros auxilios, de cuidado y de enfermería, años de estudio en la carrera de enfermería, cuidado de enfermos y de adultos mayores, trabajo como enfermeros en hospitales, entre otros). Son personas valiosas para su entorno por ser capaces de orientarlos, contenerlos e informarles sobre cómo proceder frente a cuadros de enfermedad. Se trata de referentes que en distintas situaciones ayudan a dilucidar: si consultar a un profesional o no, si medicar qué y cómo, si no medicar, entre otras. Estas personas, por algún acontecer particular de sus vidas (muerte o enfermedad de un hijo o familiar) se han visto interpelados y a partir de ese hecho se han formado y asumido un rol activo con relación a la salud, cuidado, enfermedad y atención de sus propias familias y de sus comunidades. “...yo hice un curso de enfermería... coloco inyecciones, hice un curso de 6 meses en la Cruz Roja, entonces como que más o menos algo sé... acá si me llaman a cualquier hora yo voy, por ejemplo, para medir la presión o colocar algún inyectable...ayudar me gusta mucho, como ser le duele algo ... yo siempre pido inscripción [refiere a “prescripción”] del médico...” (C. 28 años, 2 hijos, VLC); “Quiero terminar el secundario... para poder después trabajar... en enfermería ... porque hace mucho quería empezar ... en la Cruz Roja... se me ocurrió por el Pablo X (referente barrial) él es enfermero y ... lo sabía ver en el hospital o atendiendo a los chicos. (J. 26 años, 4 hijos, VLC).

c) *Saberes procedentes de integrantes de comunidades étnicas.* Se detectaron prácticas de cultivo provenientes de sus ancestros de pueblos originarios (comechingones), así como a prácticas de curación enseñadas por integrantes de comunidades gitanas. “...yo cuando abrí los ojos mi mamá tenía animales...los chanchos, las ovejas, yo amo los animales... tengo ... como 60 pollos ...y bueno me gusta...

*fui aprendiendo de mi mamá, de mi papá... como ellos criaron los animales... sobrevivíamos con eso... sus padres, que serían mis abuelos, tenían caballo, chanco, ovejas, chivos ... y un campito chico ... mi papá era hijo de indios... él siempre me dijo 'nosotros somos raza india por eso somos duros para el trabajo' ... [más adelante agrega] cuando me duele la cabeza, corto un pedazo de ruda ... y me lo pongo acá, se ve que el olor me quita el dolor de cabeza... me lo dijo mi abuela ¡y un gitano me dijo!... (B. 64 años, 5 hijos, IM).*

*d) Saberes que provienen de curanderos o integrantes de la familia que curan mediante ritos de sanación –en los que se cree y confía–. Las mujeres aludieron a haber recurrido o recurrir en caso de necesidad a sanadores populares, así como a algún miembro de la familia que posee conocimientos en relación a la cura de afecciones como el “mal de ojo”, “empacho”, “los nervios”, entre otros. “a mis nenes les cura el empacho mi mamá...yo lo único que aprendí que me enseñó mi abuela antes de morir fue a curar la “ojeadura” ... creo que su mamá le había enseñado” .... (S. 30 años, 2 hijos, VLC).*

*e) Saberes de la experiencia proveniente de la maternidad. Algunas mujeres identifican a la vivencia de la maternidad como fundante en la generación de saberes ligados al cuidado de los propios hijos e hijas en cuestiones de salud-enfermedad, embarazo, lactancia, maternaje y crianza. “... todos ellos tomaron la teta y después la dejaron solitos... es bueno 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”. (J. 26 años, 4 hijos, VLC).*

*f) Saberes que provienen de medios de comunicación. Solo algunas pocas mujeres reconocieron a la televisión e Internet como vías para acceder a información valiosa de salud o enfermedad.*

Pensar las vías por medio de las cuales las mujeres reconocen haber llegado a construir estos saberes populares de salud, conduce a identificar toda una *estructura o andamiaje posibilitador de esas construcciones cognitivas e intelectuales* de su saber. Caracterizan distintas instancias en que se configuran conjuntos, articulaciones y la organización de estos procesos señalando: a) momentos claves de sus vidas; b) contextos donde se construyeron estos aprendizajes; c) protagonistas de estos procesos identificando mujeres enseñantes y mujeres aprendientes; d) el diálogo como elemento pedagógico activador de esos procesos; e) motivaciones subyacentes a los aprendizajes; f) procesos de circulación de esos saberes; g) roles asumidos en la circulación de esos saberes de salud.

a) En relación a los *momentos de sus historias de vida*, señalan sus infancias a través de diálogos con sus abuelas mientras realizaban tareas domésticas en sus hogares. Expresan que en esos encuentros se generaban conversaciones, propiciadas por estas mujeres mayores que enseñaban sobre prácticas y ofrecían mensajes orientados a aprenderlas para preservar la salud. “*mi abuela murió cerca de los 100 años...ella me sabía decir ... ‘toma mucha agua ‘y me decía ‘come mucha verdura... de las que uno siembra, no la comprada ‘... nos decía estas cosas cuando le regábamos la quinta, le ayudábamos a sacar los yuyos, a limpiar y cortar la verdura...’*” (S. 43 años, 7 hijos, VLC); “*...me enseñó mi abuela antes de morir a curar la ‘ojeadura’*” (S. 30 años, 2 hijos, VLC).

b) En cuanto a los *contextos donde se construyeron estos saberes* mencionan al barrio en el que vivieron, sus viviendas, o bien en el campo, lugares donde ellas transitaban su infancia y juventud.

c) Se identifican como protagonistas de estos procesos a: una *mujer mayor, la enseñante, eslabón clave* que se constituye en testimonio viviente de sus saberes y premisas de salud, manteniendo vivo un legado familiar por años. También se reconoce a una *mujer joven aprendiente*, aquella que quiere saber, conocer, orientada por un ánimo especial, dispuesto al fin educativo de esas tertulias. La voluntad de “querer aprender” pareciera generarse a partir del contacto con aquella que enseña, una referente que ha acumulado saberes y cuya motivación radica en el querer compartirlos como legado para su descendencia, de manera generosa y franca. Se propicia así una tradición familiar sustentada en la transmisión de usos y costumbres en salud/enfermedad/cuidado/atención, ritos, enseñanzas que se traspasan y se atesoran generacionalmente por el respeto a la sabiduría de la mujer mayor.

d) Se trata de saberes que se construyen a través de *procesos que se activan mediante un diálogo ameno*, entre mujeres que comparten en común-unió experiencias ligadas a sus propias vidas y al cuidado de sus familias y de sí mismas, en situaciones de intimidad y horizontalidad.

e) Se reconoce como *motivación de los aprendizajes* a experiencias de vida en relación a situaciones de enfermedad y la necesidad de atención. “*...hace mucho quería empezar ... en la Cruz Roja... siempre me gustó enfermería... no sé... para curar ... con ellos –alude a sus hijos– pase un montón de cosas, siempre se han golpeado, él... se quebró ... estuvo internado ... le hicieron puntos ... se fisuró...’*” (J. 26 años, 4 hijos, VLC). A veces parece no estar claro el motivo por el cual querer conocer sobre salud, se advierte que más que aprender sobre salud, se quiere aprender en relación a la enfermedad y su atención, a partir del daño, o cómo proceder

frente a circunstancias de accidentes, entre otras cuestiones. Sucesos de este tipo llevan a que el eje esté puesto en el saber curar.

Lo planteado interpela desde una perspectiva salubrista dado que, si bien se reconocen en otros testimonios intereses ligados al aprender para mantener la salud y protegerla, este relato da cuenta de otras orientaciones implicadas en los interrogantes siguientes: *¿porqué no aprender sobre salud para promoverla en la comunidad?, ¿qué subyace a la idea de querer aprender desde trayectos educativos más formales, como enfermería, sólo para curar?* Podría anticiparse como respuesta que, probablemente, en comunidades en situación de pobreza lo urgente en atención de la enfermedad gana a lo necesario en protección de la salud. En otras palabras, se configura como urgente lo que requiere atención inmediata, una rápida actuación para atenuar los daños /o el sufrimiento. Situaciones como las mencionadas movilizan a las mujeres y sustentan esas motivaciones hacia el querer saber para actuar frente a la enfermedad. Lo demás (la protección y promoción de la salud) puede esperar, no se visibiliza como algo necesario para algunas mujeres. Por otro lado, se reconocen motivaciones en torno al aprendizaje de saberes en salud-enfermedad, que emergen por interés propio, gusto particular, curiosidad y un deseo de ayudar, cooperar, socorrer o auxiliar a otras personas, familiares o integrantes de la comunidad. *“al curso lo hice porque me gusta, me gusta, es una curiosidad y más de todo eso de ayudar a la gente...”* (C. 28 años, 2 hijos, VLC).

f) En relación a la *dinamización y circulación de estos saberes* en la comunidad, se percibe que la clave está en el diálogo, la palabra, el testimonio narrado desde la oralidad, que no se reduce sólo al hecho de promover la construcción de estos saberes, sino a generar su difusión y propagación para poder actuar en diversas situaciones de sus vidas donde ponen en acción esos saberes en el plano personal, tanto familiar como comunitario.

g) *El rol que asumen las mujeres, como función desempeñada en la comunidad en cuanto a saberes de salud/enfermedad/atención/cuidado, es el de enseñantes y aprendientes.* Asumen un rol protagónico en el transmitir lo vivido y conocido en experiencias de salud y de enfermedad, el comunicar sus vivencias a otras mujeres, principalmente aquellas próximas en el seno familiar; reducto en el que se ponen en acción estos conocimientos. *“Yo me crie con el pensamiento ese de mi abuela y cuando me junté con mi marido empecé a hacer lo que mi abuela me había enseñado Para que mis hijos sigan estando sanos y no enfermen ¡les transmito lo mismo que mi abuela mi transmitía a mí!”* (S. 43 años, 7 hijos, VLC); *“Mi mamá es casi enfermera porque estudió enfermería... 2 años, pero trabaja cuidando abuelos hace más de 20 años, ella sabe ponerte inyecciones... ella sabe todo, qué tomar para el dolor de que cosa, ella sabe*

*muchas cosas... yo la llamo y ahí no más me dice si tengo que ir al médico, si no tengo que ir, o qué solución tengo que darle, todo el tiempo...”* (T. 21 años, 2 hijos, VLC). Ya sea para el cuidado de hijos, hijas, nietos, nietas o el cónyuge se activa este rol protagónico de las mujeres en el enseñar y aprender. Se enseña en el contacto con hijas, sobrinas, nietas, niñas a las que se cura o que ven curar a sus madres, tías o abuelas; se enseña a las hijas ya mayores siendo madres (en el ejercicio de la maternidad); a las esposas de los hijos que se suman como integrantes del grupo familiar; a alguna vecina que viene en búsqueda de ayuda para afrontar una situación de enfermedad propia o de un familiar. *El rol asumido por las mujeres tiene la característica principal de ser dinámico*, dado que se moviliza con el transcurso del tiempo. Es decir, por lo general, cuando niñas y jóvenes las mujeres ejercen el rol de aprendientes, en cuestiones de salud/enfermedad/atención/cuidados, cuando éstas son mayores desempeñan el rol de enseñantes por la sabiduría acumulada a lo largo de los años en sus experiencias de vida.

#### *Usos y costumbres de las mujeres en las prácticas de sanar/curar*

En relación a aquello que las mujeres emplean para curar, tanto a los suyos como a sí mismas, se halla toda una cosmovisión de sus maneras habituales de pensar y comportarse en relación con la salud, la enfermedad y su atención. Pudo reconocerse que hay:

a) *Mujeres que comparten medicación con otras mujeres* (familiares y vecinas), cooperando o auxiliándose en momentos de atención inmediata. (...) *“yo con las chicas que viven acá al lado... ¿no tenés algo para los oídos?, ¿no tenés alcohol?, ¿... gotas para el estómago?”* (S. 43 años, 7 hijos, VLC).

b) *Mujeres que demandan a profesionales en los Centros de Atención Primaria de la Salud por medicación.* Se reconoce la práctica de solicitar remedios en estos centros municipales. No se especifica si ello va acompañado de prescripciones donde se detallen dosificaciones, horarios y pautas de tratamiento con esos fármacos, sí se señala que es en estas instituciones donde se los solicita y se dispensan, generándose una especie de proveeduría farmacológica que a algunas madres les permite hacer un acopio que parece ofrecerles cierto reaseguro frente a un eventual escenario de enfermedad. (...) *“yo tengo siempre que voy al dispensario y le pido al doctor las gotas de los oídos, siempre he tenido porque a mis hijos siempre le duelen los oídos...”* (S. 43 años, 7 hijos, VLC); *“...en la heladera tengo una farmacia ¡de todo tengo!... ibuprofeno, dipirona, budesonide, salutamol, fruticort, fruticasona, difedrinamida...betametasona... son cosas que sé cuándo las tengo que usar, cómo las tengo que usar...”* (S. 30 años, 2 hijos, VLC).

c) *Mujeres que compran remedios en farmacias.* Señalan la práctica de adquirir en farmacia remedios como antiinflamatorios, analgésicos, protectores hepáticos, entre otros, que no requieren de prescripción médica para su compra –no obstante estar autorizados por el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de Argentina) para su venta bajo receta– “...o por ahí cuando compro en la farmacia, sé comprar ‘Tafirol’ para el dolor de cabeza, compro ‘Actron’”. (Silvia, 43 años, 7 hijos, VLC); “yo tomo la ‘Milanta’ porque si tomo mate con pan me agarra la acidez ...o el ‘Sertal’ para el hígado...” (B. 64 años, 5 hijos, IM).

d) *Mujeres que emplean procedimientos del saber popular para sanar.* Enuncian que para curar a sus hijos de cuadros como fiebre o empacho recurren a prácticas populares de curación. (...) “Yo a ellos ... les pongo papa, para que le baje la fiebre...para curar usamos los típicos tés... cuando están así resfriados, ... mi mamá me dice que le ponga trapitos calientes en el pecho o harina o maicena... se la frota así en el pecho o sino así con diarios... los ayuda...” (S. 30 años, 2 hijos, VLC).

e) *Mujeres que prefieren pasar el trance de la enfermedad sin medicarse porque no creen en el poder curativo de los remedios.* Manifiestan desconfianza en la efectividad de los fármacos tanto como en el efecto secundario patogénico que los mismos pueden desencadenar en el organismo. (...) “los remedios que uno compra... algunos son buenos y otros no tanto... por ahí si tomas un antibiótico te cortan la infección, pero te hacen mal al estómago, te agarra diarrea... a mí me hacen mal al estómago los antibióticos (B. 64 años, 5 hijos, BIM).

f) *Mujeres en contra de la automedicación.* Un grupo de mujeres explicitó no estar de acuerdo en medicarse sin indicación previa de un profesional, creyendo al mismo tiempo en el poder de restauración del organismo. (...) “no tengo botiquín familiar o remedios... si alguno tiene fiebre o le duele algo...siempre uso lo básico...el ibuprofeno ...si están con la garganta roja ahí lo llevó a la salita y que le den el antibiótico que corresponda, no los automedico yo” (C. 47 años, 10 hijos, VSF); “... yo de mí no puedo tomar medicamentos, me da asco, no los tolero, yo me recupero a medida que van pasando los días. Yo ... no soy de meterle medicamentos...me recupero así, a medida que van pasando los días, pasan las noches así...” (G. 22 años, 1 hija, IM).

#### *Creencias de las mujeres orientadas al sanar/curar*

En cuanto a aquello a lo que las mujeres se aferran como creencias para curar o sanar, emerge todo un bagaje de ideas y afirmaciones de tipo místicas, tradicionales, espirituales, así como de cierta religiosidad popular. Se reconocen:

a) *Creencias arraigadas a una devoción popular practicada principalmente por personas ligadas al catolicismo.* Se identifican figuras e historias de personajes de culto, como la Difunta Correa y el Gauchito Gil, una especie de santos paganos cuyas historias surgen de las clases populares del Noroeste y el Litoral argentino. Frente a situaciones de enfermedad, algunas mujeres expresaron devoción por este tipo de personajes a los que se les pide y se les encomienda la propia recuperación o la de sus familiares. “Acá en el barrio, para curarse o pedir cuando hay enfermedad muchos le piden al Gauchito Gil, acá lo quieren todos mucho...acá en la punta hay una casa de una porteña... qué tiene un altarcito, también hay un chico que lo tiene ‘en el bajo’ ... y también la Difunta Correa...el altar grande de él [Gauchito Gil] está allá en Corrientes, y se hace una procesión cada 8 de enero...he ido una sola vez... fui de curiosa a conocer ... y así mi devoción era cada vez más por el Gauchito Gil”. (S. 43 años, 7 hijos, VLC).

b) *Creencia en iglesias evangélicas y pastores.* Se reconoce en algunas mujeres que se inician en ellas a partir de vivencias de enfermedad, accidentes o traumas, situaciones frente a las cuales buscan ayuda o la reciben de allegados, vecinos, amigos u otros familiares que ya predicaban estos cultos y que se acercan para ayudarles. Expresan que se trata de un tipo de fe que supone renunciar a devociones anteriores ligadas al catolicismo (la veneración a diversos santos) y que produce grandes cambios en sus seguidores. (“... después que mi marido ... se cayó de un andamio y un tumor se le formó ahí en el brazo (...) empezamos a ir a una iglesia evangélica, conocimos un pastor a través de un chico que es amigo de mi marido y nos empezó a llevar a la iglesia evangélica y cuando entras a la iglesia evangélica es como que te cambian los pensamientos ...tenés que dejar todo lo que es Santos...ellos creen en Dios y en su hijo Jesucristo, nada más.... nos ayudó un montón, empieza a cambiar la mente...vos sola empezás a tener otra visión...yo pienso que es Dios el que te cambia... te ‘limpea’ y vos dejás todo lo malo atrás ... Eso nos ayudó en ese momento difícil ... porque a él lo levantó... porque no quería salir; y a llorar; llorar ... no quería que lo vieran. Y bueno, ya lo levantó un pastor ...lo hablo...y le dijo ‘vos tenés que salir; vos tenés que mostrarte, los chicos te quieren ver ... hablar con la gente ...’, entonces a él le sirvió porque él se levantó al otro día, anduvo afuera...se llenó de chicos, los vecinos venían a verlo.... para nosotros Dios vive, está vivo y a donde estamos nosotros él está...le tenés que pedir con fe con fuerza para que lo que vos pedís se cumpla la fe por sobre todas las cosas... yo siempre invocándolo a él, cuando mis hijos están enfermos, cuando mis hijos se van de mi casa, cuando se van a trabajar, estoy siempre orando pidiéndole...” (S. 43 años, 7 hijos, VLC).

Emerge la figura del pastor como un individuo influyente en la vida de las personas, al que se respeta, se sigue en los consejos y se valora su cercanía, su proximidad, el llegarse hasta los hogares de sus seguidores y ofrecer una palabra de aliento. Se especifica una forma de prédica sustentada en la fe, la invocación impetuosa a un único Dios frente a situaciones de enfermedad. Gérvas y Pérez Fernández<sup>5</sup> consideran que para la población la enfermedad es sufrimiento, amenaza y preocupación ante la presencia de síntomas y signos inconvenientes. Frente a ello, los autores destacan que el apoyo social que dan el matrimonio, la familia y la religiosidad permiten a las personas enfrentarse a graves problemas de salud de mejor forma y con ánimo templado y sereno. (...) *seguir estando sana para mí es aprender a valorar, a valorarme yo misma, porque si usted hubiera venido hace un tiempo atrás...yo ... comía todo el día y había llegado a engordar ...y bueno el año pasado ... en una campaña que sabe haber ahí me saltó que tenía diabetes ... y la tensión alta y me dijeron que era por el exceso de peso... era la ansiedad, me di cuenta de eso ... porque yo estoy yendo a la iglesia 'Río de Dios, Jesús en Movimiento' ... llegué ahí cuando ... una chica me invitó de acá del barrio, que conoce mi situación y bueno, ... son reuniones que se hacen a veces de mujeres por un lado, los hombres por otro, ... vamos ahí para corregir nuestra vida ... en ese momento había ido para sanar el alma porque en el alma se guardan muchos dolores, sufrimientos, soledad, angustia y en esas reuniones es el paraíso para poder sanar el alma y poder corregir y a la vez ... ayudar a otras personas...yo ahí he podido perdonar ... porque muchas veces si uno no perdona, también el perdón acarrea todo eso, toda esa enfermedad y todo esto tiene que ver con la salud y si yo no hubiera ido a esa iglesia ... no estarían mis hijos conmigo...ya ha sido sanada mi vida, mi alma ha sido sanada porque yo con este varón con el que estaba juntada, el papá de los seis más chicos...tenía una vida ... de mucho maltrato ... yo y todo el grupo familiar ... tuvimos que hacer la denuncia ... una de las nenas recibió manoseo, uno de los varones había sido abusado por él... Por eso digo, que al lado nuestro estuvo un grupo de gente de la iglesia que nos ayudaba y nos contenía...[más adelante en la entrevista refiriéndose a su madre quien la abandonó de niña y con quien se reencontró en la adultez] (...) y le digo a mi madre ' ...vos te debes perdonar y vas a ver que tus malestares que tenés se te van a ir' ...internada...fuimos a cuidarla ...y un día me dice 'he sido mimada por mis tres hijas ... yo no me había perdonado porque las dejé y ahora me siento en libertad porque me he perdonado'. Entonces ... cuando hay perdón hay sanidad, porque se sana el alma, por sanarse el alma se sana el cuerpo` (C. 47 años, 10 hijos, VSF).*

Los relatos dan cuenta de momentos de sufrimiento, dolor, enfermedad e incluso de soledad, donde reciben una invitación por parte de personas que ya concurren a estas

iglesias, que practican estos cultos cuya misión se vincula a “ganar al perdido y conectarlo con Dios” (según su propio sitio oficial: <http://iglesiariodedios.com>).

Estas invitaciones llegan en momentos de vulnerabilidad en la vida de las personas donde se reconoce que es necesario transformar, corregir algo, y esa es la tarea que se encara en estas participaciones de culto. En su testimonio, una de las mujeres lo liga a la salud, reconociendo que es necesario sanar el alma, como lugar no físico y espiritual en el que se “guardan muchos dolores, sufrimientos, soledad, angustia”. Se considera a las reuniones en estas iglesias como “el paraíso” remitiéndose a un lugar en el que parecería que sólo algunos elegidos pueden estar.

En los testimonios se alude al perdón y al pecado como elementos ligados a la enfermedad, el no perdonar a otros o no perdonarse a uno mismo ligados a la presencia de la enfermedad y, como contraparte, el poder perdonar como instancia relacionada con la recuperación de la salud. Estos testimonios llevan a percibir cómo estas mujeres relacionan la salud con cuestiones espirituales. Asimismo, se enuncia en uno de los relatos que conservar la salud está relacionado a una autovaloración de sí mismo, lo que supone un aprendizaje del orden del amor propio, la autoestima, la autoconfirmación de uno mismo.

c) *Creencia en curadores populares, curanderos y “brujerías”.* Otros testimonios dieron cuenta de la creencia en curaciones específicas que realizan sanadores populares, frente a supuestas maldiciones o magias oscuras que se reciben de otros y que, cuando son percibidas por quienes las padecen, los lleva a demandar los servicios de curadores. “(...) mi abuela sabía hacer todo, curar el empacho, curar la “ojeadura”, los nervios .... al nenito de acá al lado, al nietito de Silvia cuando era bebé, yo lo cure, le sabía curar la “ojeadura” ...no es difícil, tenés que tener mucha fe...eso lo tiene que enseñar a alguien de tu familia que sepa...mi hija no más puede ser...” (S. 30 años, 2 hijos, VLC).

Se reconoce la figura del curador popular como personas de la comunidad a las que por tradición se le ha enseñado y que por tradición enseñan sus saberes solo a algunas personas determinadas que actúan con relación a afecciones como “el empacho” y “la ojeadura o mal de ojos”. Lo que subyace como meollo de la efectividad de estas curaciones se vincula a la fe y a orar, oraciones que sólo pueden ser enseñadas y aprendidas en fechas determinadas y por personas de la misma familia.

Otras veces se recurre a prácticas de curanderos desde la creencia de ser víctimas de un mal o una brujería, “brujería de muerte”. (...) *el nene mío viviendo acá...no me dormía de noche, no me quería entrar a la casa ... de chiquito decía que*

*'en la ventana veía el cuco' ... y no nos dejaba dormir...se transformaba, tenía un año ... y se tiraba para atrás así y no lo podíamos tener ... y tuvimos una curandera, amiga de mi suegra, yo no sabía si creerle o no porque en una situación así vos no sabes ya qué hacer; y fuimos y la mujer nos dijo que nos habían hecho como una 'brujería', que nos querían separar a mí y a mi marido...ella me lo curó gracias a Dios. Y después, cuando nos fuimos a vivir el año pasado al campo a mi marido lo habían agarrado del cuello pero cuando yo me desperté ya no había nadie y él se estaba asfixiando y era porque había una 'brujería de muerte', fuimos con esa señora y nos ayudó [refiriéndose a la curandera]... era un espíritu de muerte que habían dejado en esa casa y gracias a Dios no lo mató ...y mi cuñada no sé qué lo que es, pero es como que ella presiente, entra cómo con agua bendita a la pieza y se le pone toda la piel de gallina y se pone eructar, como con ganas de vomitar, como que había algo malo en la pieza (...) nos costó muchísimo volver a dormir... vivimos una experiencia muy horrible...nos ayudó la misma curandera...nos dijo que nos iba ayudar, que todo iba a salir bien, que ya estábamos fuera de peligro, que estuviéramos tranquilos, que abriéramos la Biblia...cerca de la cama y que todas las noches rezáramos, oráramos...gracias a Dios pudimos salir adelante ... pero el miedo se me queda ... (T. 21 años, 2 hijos, VLC).*

El relato, nutrido por un halo de sobrenaturalidad y misticismo, da cuenta de haber atravesado situaciones por parte de una familia joven que recurre a una curandera que les informa que en la primera oportunidad han sido víctimas de una “brujería de separación”, que parece manifestarse en el niño pequeño, y que posteriormente fueron objeto de “una brujería de muerte”. Este segundo episodio, narrado con más angustia, da cuenta de un impacto tal de la vivencia que puede haber condicionado o tensionado el estado de salud de los integrantes del grupo familiar. La mujer valora la ayuda de la curandera y el haberse aferrado, como familia, a la religión y a elementos de culto como la biblia y el dedicarse a la oración.

Se advierte así cómo las creencias populares, en sus diversas manifestaciones, tienen incidencia en las formas, prácticas y comportamientos de salud de las personas y sus familiares.

## Discusión

*“(...) las gentes del común merecen conocer más sobre sus propias condiciones vitales para defender sus intereses, que aquellas otras clases sociales que han monopolizado el saber; los recursos, las técnicas y el poder mismo (...) la ciencia ... exige tener una conciencia moral...Cabeza y corazón tendrían que laborar juntos, enfocando desafíos ... mediante la aplicación de una epistemología holística”<sup>21</sup>*

Las concepciones, prácticas y creencias en salud-enfermedad-atención conforman saberes populares, que emergen de procesos intersubjetivos y dialógicos de construcción que tienen por protagonistas a mujeres adultas y jóvenes, que en los roles de enseñantes y aprendientes, dinamizan un tipo particular de interacción social basada en significados y valoraciones de signos, síntomas y otras manifestaciones del proceso de la vida vinculados en sus concepciones con la salud, la enfermedad, el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad que integran sus experiencias e historias de vida. Esto se inserta en el proceso de elaboración de sus tramas vivenciales que se transmiten de generación en generación, por tradición oral con mujeres pares y referentes, que alimentan la construcción de un saber popular en salud —con su semiología y clínicas legas— como un cuerpo epistémico específico y propio que motiva acciones de promoción y protección de la salud, así como de atención para sanar y restaurar el estado de salud perdido —prevención primaria, secundaria y terciaria—.

Para finalizar, interesa reflexionar sobre esta realidad en dos sentidos: a) en cuanto a su importancia frente a escenarios posibles de expropiación/apropiación de la salud; b) en relación a la posibilidad de reconocer paradigmas subyacentes a estas concepciones y prácticas legas.

a) *La posible tensión entre las concepciones, prácticas y saberes legos de salud de las comunidades frente a la expropiación/apropiación de la salud*

Como se mencionaba inicialmente, Gervas y Pérez Fernández<sup>5</sup> emplean la denominación *expropiación de la salud*, para referirse a una medicina extrema que procede, a través del poder y del monopolio de los médicos en sintonía con decisiones industriales, empresariales, políticas, de expertos y de grupos científicos de sociedades médicas para determinar qué es salud, qué es enfermedad, quién está enfermo, qué proceso de atención es conveniente, que lugar y qué tipo de intervenciones y procedimientos se deben realizar, colocando a las poblaciones consultantes en el lugar de aquellas que deben aceptar porque no hay otra alternativa.

A través de mecanismos vinculados a una “exuberancia irracional de diagnosticar y el abuso imprudente de prescribir”<sup>25</sup>, sumado al bombardeo mercadotécnico —marketing— de las industrias que introducen miedo e incrementan la hipocondría para crear falsas necesidades en torno a la salud, a fin de promover el consumo de insumos y servicios destinados a atender la enfermedad y la seudoenfermedad, los médicos expropián la salud y convierten a los pacientes en combustible del sistema.

Como *consecuencia* de este juego expropiador de la salud, los autores señalan que se ignora el enfermar del paciente y lo que la enfermedad significa en su vida, el enfermo deja de ser visto como una persona doliente y se transforma en sujeto paciente, que renuncia a su propio saber y a la riqueza de respuestas con que responder al enfermar.

En este escenario, las poblaciones se vuelven médico-dependientes perdiendo gran parte de su autonomía, de sus habilidades de autocontrol y autocuración, de sus capacidades de valoración del enfermar y de la enfermedad, y el poder de enfrentarse sin miedo, por ejemplo, a situaciones como un parto o la muerte. De esta manera, tanto los sanos y los enfermos requieren cada vez más del médico para saber qué grado de salud tienen y para decidir sobre los síntomas que les aquejan.

Se incrementan así sectores de la población sin capacidad de juzgar su propio grado de salud y de enfermedad, aumentando los miedos a ella y al sufrimiento, configurándose según estos autores, una forma de “infantilización de la sociedad”<sup>5</sup> por la cual, como niños, se depende de otros para el cuidado de la propia salud. Se genera una sociedad temerosa de la enfermedad, el sufrimiento, la muerte; ansiosa con los resultados de exámenes sanitarios y dependiente de los médicos a quienes se requiere para adaptarse a los más mínimos cambios vitales.

Se pierden así habilidades y capacidades individuales y familiares de respuesta ante los síntomas, el dolor, el sufrimiento y también valores como prudencia, serenidad, solidaridad y tolerancia, pues la aceptación de la interpretación médica suele implicar una visión puramente biológica de la complejidad humana.

En este proceso de expropiación de la salud, de exacerbación del poder médico y de medicalización de la vida, se pierde poco a poco la construcción social de la salud y de la enfermedad, expropiando a las poblaciones sobre amplios campos del vivir en el plano personal, familiar y comunitario (vivencias tales como el embarazo, el parto, el dolor, la enfermedad, el envejecimiento y la muerte) generando desánimo, sentimientos de vacío existencial, miedo al futuro.

Para estos y otros autores, como Petr Skrabanek<sup>22</sup>, la solución llega desde una medicina de rostro humano, favorecedora de atención médica de cálida calidad a los que más la precisan, con profesionales sensibles al padecer del paciente que coloca al ser humano y su sufrimiento por delante de la enfermedad, dando central importancia a lo subjetivo, desde una renuncia al poder que da la expropiación de la salud, la enfermedad y la muerte. Esta renuncia al poder es una forma de respeto que facilita el desarrollo de las habilidades de autocuración, de las capacidades de valoración de la

propia salud de las poblaciones y de construcción de saberes, desde una perspectiva centrada en la consideración global y holística que algunos profesionales asumen sobre la persona sana o enferma<sup>5, 22</sup>.

Atendiendo a esta vía de solución, es que en este artículo se propugna por la investigación en la salud pública y sus contextos, pero particularmente en el contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad y en el contexto de las concepciones y práctica de salud profesionales legalmente habilitadas, dado que ello permite la configuración de dos caminos necesarios para el cambio del sistema de salud desde abajo hacia arriba, a través de procesos sociales de ejercicio de una ciudadanía integral que implique trabajar y generar transformaciones en el primero de estos contextos al mismo tiempo que, hacia arriba, se logren los cambios necesarios en las universidades, especialmente las públicas, y los poderes del estado desde los que se gestiona la salud de la sociedad.

Conocer las concepciones, prácticas, saberes y creencias de salud no sólo remite al orden de lo simbólico y subjetivo –en tanto forma parte de los deseos, esperanzas, expectativas y realidades que atraviesan a las mujeres de la sociedad– sino también al orden de lo político en tanto permite reconocer el contraste entre lo que poseen y lo que no poseen, entre lo que el Estado, a través de la Universidad Pública, el subsistema público de servicios de salud y de las políticas públicas implementadas, genera o no genera, les hace posible o les quita. Esto sería posible a través de un trabajo de restitución de la salud a las propias comunidades, con un fuerte protagonismo que oriente a la apropiación de la salud y toma de decisiones por parte de sus integrantes –mujeres, hombres y familias– para desencadenar procesos y ambientes salutogénicos, tal como propuso Aaron Antonovsky<sup>23, 24, 26</sup>, persuadiendo u obligando al contexto de las concepciones y prácticas profesionales a replantearse su formación y el desempeño de su rol.

b) *Concepciones, prácticas y saberes legos de salud de las sociedades: trabajo preliminar para tratar de dilucidar los paradigmas subyacentes*

Los avances de nuestro estudio han permitido una primera aproximación a las concepciones, prácticas, creencias y saberes populares de salud/enfermedad/cuidado/atención de mujeres en situación de pobreza estructural. A partir del material revelado siguen emergiendo nuevos interrogantes que orientan la indagación hacia horizontes de futuros caminos investigativos por recorrer. Estos expresan: *¿Es posible reconocer –en las concepciones, saberes y prácticas legas en salud de la sociedad– paradigmas subyacentes?; ¿Podrían enlazarse estos paradigmas con los identificados por Saforcada<sup>3</sup> en el ámbito de las profesiones legalizadas?*

Arriesgando respuestas provisionales —como supuestos tentativos sujetos a futuras investigaciones confirmatorias—, a partir de los resultados emergentes hasta el momento, pareciera que en la población en estudio se perfilan tres paradigmas de concepciones y prácticas de salud: a) uno *clínico patogénico*, centrado en la enfermedad y parangonable con el individual-restrictivo hallado por Saforcada, centrado en la consulta inmediata a profesionales y el empleo de medicación farmacéutica; b) otro *salubrista integral*, centrado en una perspectiva de protección/promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad, conjugando saberes ancestrales, populares y experiencias acumuladas por las poblaciones en el arte de proteger, sanar y curar; c) un tercer paradigma basado en creencias sobrenaturales, donde la salud y la enfermedad son puestas en estrecha dependencia de creencias y prácticas religiosas, místicas, sobrehumanas.

También en esta línea de anticipación de sentido, aún por confirmar en futuros trabajos, puede señalarse que, a diferencia de los paradigmas profesionales, donde la presencia de un paradigma excluye e invalida al otro, en el caso de las concepciones y prácticas legas estos paradigmas podrían, aparentemente, convivir y dinamizarse a partir de lo que una misma persona piensa y hace con respecto a la salud, propia o de un familiar.

## Conclusión

Pareciera que, en las concepciones y prácticas legas de la sociedad, los paradigmas se pueden mixturar sin aparecer límites netos, como en el caso de los paradigmas profesionales porque en las comunidades no hay disputas de poder en torno a esta cuestión, como sí las hay con los paradigmas social expansivo e individual restrictivo<sup>3</sup>, donde se produce un choque en tanto hay, entre varias cuestiones, un mercado de la enfermedad que se está disputando. Mientras el paradigma individual restrictivo permite la construcción del mercado de la enfermedad, el paradigma social expansivo lo imposibilita, diluye y minimiza esa posibilidad.

Finalmente expresar que se sigue apostando a la investigación en salud pública, como posibilidad de indagar sobre la fertilidad de amalgamar estas semiologías y clínicas legas con el quehacer médico y de las distintas profesiones de la salud, en el primer nivel de atención; de modo que en base a una plataforma común de respeto y comunicación cooperante, se logre un mejor horizonte de eficacia y eficiencia en este nivel de atención de las personas, acercándolo así más a las propuestas y objetivos de la Atención Primaria de la Salud.

## Conflicto de intereses

El presente estudio no presenta conflicto de intereses de ninguna índole.

## Agradecimientos

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

## Notas

Este estudio es parte del Plan de trabajo “Estudio psicosociocultural de las concepciones y prácticas en salud de familias pobres estructurales” (Resolución No 4163/16) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Argentina.

Este estudio mantiene la confidencialidad y el anonimato de los participantes, habiendo sido aprobados los principios de ética en las instancias de evaluación al que fue sometido el Plan de Trabajo de ICIC (Ingreso a Carrera de Investigador de CONICET) aprobado por CONICET (Resolución N° 4163/16).

## Referencias

1. Saforcada, E. Investigación en salud. Módulo del Doctorado de Psicología y maestrías de Psicología Clínica y de Psicología y Educación. Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) – Uruguay, noviembre y diciembre de 2020. Material de uso interno.
2. Saforcada, E. La salud pública y sus contextos fundamentales. Una introducción al análisis contextual crítico del escenario de la salud. Buenos Aires: en edición en la Editorial Nuevos Tiempos; 2021.
3. Saforcada E. Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2002.
4. Boltanski, L. Descubrimiento de la enfermedad. Madrid: Ciudad Nueva; 1975.
5. Gérvas, J. & Pérez Fernández, M. La expropiación de la salud. Barcelona: Los libros del lince; 2015.
6. Starfield, B. Is US Health really the best in the world? JAMA. [Internet]. 2000 [citado abril de 2021]; 284 (4): 483-485. Disponible en: [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/A154.pdf](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A154.pdf)
7. Starfield, B.; Hyde, J.; Gérvas, J. y Heath, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J. Epidemiol. Community Health. [Internet]. 2008. [citado abril de 2021]; 62 (7): 580-583. DOI: 10.1136/jech.2007.071027

8. Henrique Norman, A. y Dalcanale Tesser, C. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2009. [citado abril de 2021]; 25 (9): 2012-2020. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/15.pdf>
9. Starfield, B. y Gervas, J. Prevención de la población al paciente y viceversa ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria? El Médico. [Internet]. 2009. [citado abril de 2021]; 1104: 34-36. Disponible en: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/10/prevencion-el-medico-2009.pdf>
10. Barcos Pina, I.; Álvarez Sintés, R. y Hernández Cabrera, G. Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2019. [citado abril de 2021]; 45 (4):1-14. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/rt/printerFriendly/1506/1453>
11. Saforcada E. El estado actual del campo de la salud comunitaria. En: Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del MERCOSUR. San Luis, Argentina. Universidad Nacional de San Luis; [Internet]. 2010. [citado abril de 2021]; 1-18. Disponible en: [http://www.unsl.edu.ar/index.php/main/ver\\_noticia/3557](http://www.unsl.edu.ar/index.php/main/ver_noticia/3557)
12. Saforcada E, De Lellis M, Mozobancyk S. Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Paidós Argentina; 2010.
13. Saforcada E, Castella Sarriera J, Alfaro, J. Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad. Buenos Aires: Nuevos Tiempos Argentina; 2015.
14. Flick, U. ¿Qué es la investigación cualitativa?. En: Gibbs, G. El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2012. p. 11-20.
15. Flick, U. Introducción a la investigación cualitativa. (Segunda Edición). Madrid: Morata; 2007. 313 p.
16. Bolívar Botia, A. El estudio de caso como informe biográfico narrativo. Arbor CLXXI, 675 (Marzo), 559-578.
17. Goetz, p. y LeCompte, M. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata; 1988.
18. Martínez Salgado, C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciência & Saude Colectiva. [Internet]. 2012. [citado marzo de 2021]; 17 (3):613-619. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
19. Strauss, A. y J. Corbin. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
20. Bolívar Botia A, Fernández M. La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología. Madrid: La Muralla España; 2001.
21. Fals Borda, O. La ciencia y el pueblo. En Fals Borda, O; Hall, B; Vio Grossi, F; Cohen, E; Le Boterf, G; Rubín, E; Pierre, J; Grandoit, F; Schutter, A; de Wit, T. & Gianotten, V. Investigación Participativa y praxis rural. Nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Lima: Mosca azul editores; 1981.
22. Fals Borda, O. Orígenes universales y retos actuales de la IAP. Análisis político. [Internet]. 1999. [citado marzo de 2021]; 38:73-89. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/79283/70535>
23. Skrabanek, P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
24. Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. [Internet]. 1996. [citado abril de 2021]; 11 (1):11-18. Disponible en: [https://salutogenesi.org/images/PDF/The\\_salutogenic\\_model\\_as\\_a\\_theory\\_to\\_guide\\_health\\_promotion.pdf](https://salutogenesi.org/images/PDF/The_salutogenic_model_as_a_theory_to_guide_health_promotion.pdf)
25. Ruano Casado, L. y Mercé Valls, E. Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. Enfermería Global. [Internet]. 2014. [citado abril de 2021]; 34:384-394. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.165721>
26. Neiva da Silva, A.; Magalhães de Mendonça y Vianna Vettore, M. Uma abordagem salutogênica à promoção da saúde bucal. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2008. [citado abril de 2021]; 24 (4): 5521-5530. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600005>