

Relatos sobre desigualdades en salud de mujeres del Gran Río Cuarto (Argentina)

Stories about health inequalities among women in Greater Río Cuarto (Argentina)

María Paula Juárez

Palabras clave: mujeres, salud, desigualdades, enfermedad, atención

Keywords: Women, Health, Inequalities, Illness, Attention

Resumen

El estudio tiene por objetivo analizar vivencias que refieran a desigualdad social en los procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención de mujeres en situación de pobreza y de clase media que aludan al transcurso de sus vidas como al tiempo de pandemia por la enfermedad de covid-19, del Gran Río Cuarto (Córdoba-Argentina). Para su consecución se empleó un estudio de casos comparativo con enfoque biográfico-narrativo. Se relevaron 39 entrevistas a mujeres de ambos grupos, cuyo análisis, a través de procedimientos de la teoría fundamentada y del método comparativo, permitió el surgimiento de categorías y subcategorías. Los resultados advierten cómo las desigualdades en las vivencias de salud, enfermedad, cuidados y atención expresan una construcción que se produce a través de mecanismos y procesos sociales que se reproducen en los contextos cotidianos, manifestando posibilidades como imposibilidades de clase y, advirtiéndose, en algunos casos, cómo de estas vivencias emergen oportunidades para su transformación.

Abstract

The study aims to analyze experiences that refer to social inequality in the processes of health, illness, care and attention of women in poverty and middle class, which refer to the course of their lives, as well as the time of the Covid-19 pandemic, in Greater Río Cuarto (Córdoba-Argentina). To achieve this, a comparative case study with a biographical-narrative approach was used. 39 interviews were conducted with women from both groups, whose analysis, through procedures of the Grounded Theory and the comparative method, allowed the emergence of categories and subcategories. The results show how inequalities in the experiences of health, illness, care and attention express a construction that occurs through social mechanisms and processes that are reproduced in everyday contexts, manifesting possibilities as class impossibilities, noting in some cases, how opportunities for their transformation emerge from these experiences.

Datos de la autora

María Paula Juárez

Doctora en Psicología - UNSL

Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas - Conicet - Universidad Nacional de Río Cuarto

Correo electrónico: mpaulajuarez@gmail.com

Presentación

Atravesamos una época de desigualdades manifiestas; se trata de un proceso que deviene de larga data propiciado por un modelo neoliberal financiero responsable de agudizar las desigualdades en todos los ámbitos de la vida común (Battyán y Arata, 2022). La vivencia de la salud y sus expresiones humanas a través de las concepciones, los conocimientos y las prácticas que se construyen cotidianamente no resultan ajenas a su impacto.

Atendiendo a ello, este artículo analiza una temática que surge de una investigación mayor cuyo propósito refiere a comparar conocimientos, concepciones y prácticas de salud en mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto, al sur de la provincia de Córdoba, Argentina.

En este escenario, emerge el objetivo de analizar situaciones o vivencias que den cuenta de la desigualdad social en la salud, a partir del relato de las mujeres de ambos grupos sociales que refieren tanto al transcurso habitual de sus vidas, como al tiempo de pandemia. Para su abordaje, se parte de los interrogantes: ¿Es posible reconocer en los relatos de las mujeres elementos que den cuenta de realidades que manifiestan una desigualdad social en salud? ¿Y en tiempos de pandemia? ¿Cómo se manifiestan esas desigualdades? ¿De qué manera lo refieren?

Consideraciones conceptuales y antecedentes

Motta et al. (2020) expresan que en las últimas décadas el paradigma económico neoliberal desechó la consideración de las estructuras sociales y su función en la sociedad, poniendo énfasis en las capacidades individuales y en el funcionamiento autorregulado del mercado. A partir de ahí, dicen los autores, se habló más de pobreza que de desigualdad y las políticas sociales se dirigieron hacia la reducción de la pobreza más que hacia la redistribución de la riqueza. Respecto de ello, Pérez Sainz y Mora Salas (2009) consideran que ese fue uno de los grandes logros del orden neoliberal en nuestra región latinoamericana: el despolitizar la cuestión social proponiendo un discurso aséptico en términos de pobreza que hizo desaparecer toda referencia al poder y al conflicto en la misma.

Lo planteado torna ineludibles otras lecturas y apuestas desde las ciencias sociales para la comprensión de dicho fenómeno. Al respecto, Jelin (2020, 2022) considera que, al referirnos a las desigualdades, el desafío es ir más allá de la concepción econométrica y comprender que esa desigualdad económica en realidad es parte de un entramado de otras desigualdades de carácter político, social, cultural y socioambiental. La autora reconoce que en América Latina las desigualdades son múltiples, persistentes y cristalizadas. No solo son desigualdades de acceso, por ejemplo, a la salud o a la educación, sino que existe todo un sistema de desigualdades. Refiere a 'desigualdades' en plural (Jelin, 2020, 2022) como expresión

de múltiples asimetrías que suceden en el nivel micro de la organización cotidiana y de la reproducción de las familias, proponiendo mirar las bases microsociales de la ciudadanía en desigualdad, a partir del diálogo con las y los protagonistas de estos procesos. Al mismo tiempo, la autora invita a pensarlas en singular, en tanto desigualdades específicas que se insertan en una estructura social global.

En el campo de la salud, la socióloga inglesa Mildred Blaxter desarrolló estudios cualitativos centrados en los procesos sociales y la salud atendiendo a la perspectiva de mujeres en las sociedades industrializadas inglesas, francesas y norteamericanas. La autora analiza la relación de la salud con la estructura de la sociedad desde la idea de la desigualdad social en salud (1990, 2004).

Por su parte, Benach et al. (2008) consideran que la desigualdad en salud se manifiesta en procesos de desigualdad múltiple que afecta a los grupos más excluidos de la sociedad. Reconocen cinco características: las desigualdades en salud son enormes, graduales, crecientes, adaptativas e históricas. Los autores plantean que en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de recoger información sobre cómo factores sociales generan desigualdades de salud en el mundo. Expresan que ello llevó a que en 2008 la OMS publicara un nuevo informe en el cual una de sus conclusiones residía en que la desigualdad en salud es la principal «enfermedad» que asola nuestro planeta.

El sociólogo sueco Goran Therborn (2011) considera que los estudios sobre desigualdad desde finales del siglo XX han tomado direcciones multidimensionales. Su propuesta resalta perspectivas sobre la desigualdad y ofrece caminos para su abordaje. Reconoce los aportes del feminismo, la filosofía y los desarrollos de la epidemiología y la medicina social.

Entre los aportes para el abordaje de la desigualdad que dejan las mencionadas perspectivas a criterio de Therborn, consideramos la última mencionada, en tanto para el autor representa una interfaz relevante para el estudio de las desigualdades, una «frontera de investigación social escasamente indagada» (2011, p. 14). A ello, plantea la necesidad de «incorporar conocimientos de la medicina social y la psicología trascendiendo el monoculturalismo metodológico» (2011, p. 16) que ha primado en el abordaje sobre las desigualdades. En este sentido, el presente estudio se sitúa en el interjuego de una psicología sanitaria y de la salud comunitaria latinoamericana (Morales Calatayud, 2016; Quintal de Freitas, 2020; Saforcada et al., 2019; Saforcada, 2002; entre otros y otras) preocupada por las realidades y desigualdades en la vivencia de la salud de nuestros pueblos, que dialoga con otras ciencias sociales en búsqueda de comprensión a dicho fenómeno en pos de hallar, desde las propias comunidades, pistas para su problematización y transformación.

Método

Se realizó una investigación cualitativa basada en un diseño de estudio de casos comparativo con enfoque biográfico-narrativo (Archenti y Piovani, 2018; Rivas Flores et al., 2020). Se partió de entender a la investigación con sentido social, ubicada en los problemas del presente, desde las necesidades de los excluidos, en la resistencia frente a las desigualdades e injusticias, en la que el sujeto de la investigación es reconocido como constructor de teorías cotidianas con derecho a ser un cuestionador de sus condiciones de existencia (Sirvent y Rigal, 2023).

Para su consecución, el estudio se llevó a cabo en el período octubre de 2017 a octubre de 2024, y fue estructurado en tres momentos. El primer y segundo momento (de octubre de 2017 a diciembre de 2021, prepandemia, y de enero de 2020 a diciembre de 2022, pandemia) se fundamentó en el enfoque biográfico-narrativo y el estudio de casos, permitiendo el reconocimiento de temas sobre salud, enfermedad, cuidados y atención (en adelante SECA) surgidos desde las mujeres en situación de pobreza en una lógica temporal. En cuanto al estudio de caso se focalizó en el inicio en un caso único de mujeres en situación de pobreza. En el segundo momento se agregó un nuevo caso a partir de la incorporación de mujeres de clase media, configurando el estudio como «de casos colectivos» (Simons, 2011).

En un tercer momento del estudio (enero de 2023 a octubre 2024, pospandemia) se empleó el método comparativo, al cual se recurrió, a partir de la recaudación del total de los datos emergentes de 39 entrevistas narrativas y semiestructuradas a mujeres en situación de pobreza (22 entrevistas, caso 1) y de clase media (16 entrevistas, caso 2), para reconocer cómo se expresan semejanzas al tiempo que discrepancias en estos grupos de mujeres, identificando las tramas de las desigualdades atravesadas por realidades disímiles ligadas a diversas «trayectorias de clase» (Jiménez Zunino y Assusa, 2017, p. 840) que dan cuenta de oportunidades y constreñimientos en la vivencia y atención de la salud.

Participantes

Para la selección de participantes se recurrió a un «muestreo intencional» (Maxwell, 1996, p. 6) que articuló criterios simples en una instancia inicial seguidos de instancias secuenciales de selección. Así, en el primer momento (prepandemia) se efectuaron estrategias de localización de la unidad poblacional focalizando en las mujeres en situación de pobreza. Se recurrió a un alfabetizador y a un sacerdote cristiano como informantes clave, debido a que trabajaban con poblaciones que reunían esas características. Ello permitió escoger a las comunidades Villa San Francisco (en adelante VSF) de Las Higueras y Villa la Cava (en adelante VLC) e Islas Malvinas (en adelante IM) de la ciudad de Río Cuarto, logrando entrevistar a 11 mujeres en situación de pobreza de entre 22 y 66 años.

En el segundo momento (pandemia) se desarrolló un muestreo secuencial que posibilitó el escogimiento de un nuevo caso a partir del análisis de datos que se venía realizando y que orientó nuevos propósitos de investigación. Se optó así por seleccionar lo que Goetz y LeCompte (1988) definen como «caso discrepante» (p. 181) en tanto su calidad de divergente y nuevo con relación al anterior, configurado a partir de un grupo de mujeres de clase media, con la finalidad de construir nuevos análisis comprensivos en torno a la temática.

Para la constitución de la muestra de mujeres de clase media, se recurrió a dos recursos procedimentales: para la ciudad de Río Cuarto se utilizó el «método de consenso de informantes claves» empleado por el psicólogo sanitario argentino Enrique Saforcada en sus estudios (Saforcada, 2002), lo que habilitó la selección de los barrios: Centro (en adelante BC), Banda Norte (en adelante BN) y Bimaco (en adelante BB). Para Las Higueras se operó mediante informantes que posibilitaron el contacto con mujeres que habitaban en el barrio centro (en adelante BCH) de dicha localidad.

Una vez determinados los barrios, guiaron criterios del muestreo propositivo (Hernández Sampieri et al., 2010), orientados a relevar los casos de interés para el estudio. Se identificó a vecinas de estos barrios para ser entrevistadas, empleándose el método bola de nieve, lo que permitió entrevistar a 17 mujeres de entre 20 y 77 años. De la misma manera, en este momento se consideró preciso sumar nuevas mujeres en situación de pobreza que aportaran desde sus vivencias sobre SECA en lo referido al tiempo de la pandemia. Se trabajó con una educadora popular referente del barrio Jardín Norte (en adelante BZN) que articuló, como informante clave, con siete mujeres interesadas en participar en el estudio.

Recolección y análisis de los datos

Para el relevamiento de la información, se llevaron a cabo entrevistas individuales de tipo narrativa y semiestructurada (Marradi et al., 2007) a las mujeres, organizadas de manera presencial en el primer momento del estudio y virtual en el segundo momento, debido a las condiciones del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) por la enfermedad de covid-19. Se realizó también una entrevista colectiva a dos referentes de la comunidad, así como observaciones discretas en distintas jornadas en las comunidades, y la recuperación de imágenes fotográficas que opcionalmente las entrevistadas proporcionaban para aportar a sus reflexiones.

Para el desarrollo del análisis de la información emergente orientaron planteos centrales de la teoría fundamentada en los datos (*Grounded Theory*) (Strauss y Corbin, 2002). Se acudió a los procedimientos de comparación constante y codificación. Posteriormente, el método de análisis comparativo entre los casos de estudio permitió atender a patrones de aspectos comunes y discrepantes entre los grupos sociales de mujeres.

Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos, el estudio se llevó a cabo guiado por los principios de consentimiento informado, anonimato, confidencialidad y protección de las participantes, instancia para la cual se tomaron como sustento los documentos: *Conicet: lineamientos para el comportamiento ético en las ciencias sociales y humanidades* (Resol. D. N.º 2857, diciembre de 2006), el *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina* (FePRA, aprobado en 1999 y modificado en 2013), los principios éticos y código de conducta de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) y la Ley de Habeas Data N.º 25.326 (sobre protección de datos personales).

Tanto el proyecto de investigación como los instrumentos de recolección diseñados y los consentimientos informados correspondientes fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética de la Investigación (CoEdI) de la Universidad Nacional de Río Cuarto (07-2024-PIBAA-001).

Resultados

La dimensión de análisis emergente del estudio *Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA* permite identificar cómo las mujeres de ambos grupos sociales, al reflexionar sobre estos procesos, dan cuenta de realidades que manifiestan desigualdades, las que se expresan en sus vivencias y trayectorias sociosanitarias, posibles de inferir de sus testimonios —aunque no aludan directamente a la denominación «desigualdad»—, así como aquellas menciones explícitas a realidades complejas manifestadas por ellas como injustas, en términos de las diferencias y desventajas sociales, exclusiones sistemáticas, escenarios de conflicto, violencia simbólica y concreta, asimetría, ejercicio poder y vulneración de derechos; vivencias y trayectorias referidas tanto al coyuntural escenario de la pandemia por la enfermedad de covid-19 así como preexistente a él.

La dimensión se constituye por dos grandes categorías integradas por subcategorías, atendiendo a un criterio temporal que permite pensar las desigualdades previas a la pandemia, así como atender a aquellas que se reconocieron con más crudeza durante su transcurso. A los fines de graficar los elementos que surgen del análisis, se presenta la tabla 1.

**Tabla 1: Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA
en mujeres del Gran Río Cuarto**

Casos	Dimensión	Categorías	Subcategorías
C1 y C2 Ambos grupos de mujeres	Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA	Escenario prepandemia y preexistencia de matrices de las desigualdades en salud Escenario de pandemia y visibilización de matrices de las desigualdades en salud	Trayectorias diferenciadas en el acceso a la atención de la salud-enfermedad Condiciones de vida y salud diferenciadas Significado atribuido a la desigualdad en salud desde las condiciones propias como de otros grupos sociales Concepciones de salud comunitaria como reconocimiento de la desigualdad y anhelo por la igualdad Pandemia, salud y tensión igualdad-desigualdad Condiciones de vida y salud diferenciadas en la vivencia de la pandemia Significado atribuido a la desigualdad en salud durante la pandemia desde las condiciones propias como de otros grupos sociales Sentidos que expresan acciones para transformar las desigualdades en escenarios previos como durante la pandemia

Escenario prepandemia y la preexistencia de matrices de las desigualdades en salud

Se reúnen en este apartado relatos que expresan realidades que dan cuenta de desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA entre los grupos de mujeres del estudio previos a los tiempos de pandemia.

Trayectorias diferenciadas en el acceso a la atención de la salud-enfermedad

Los testimonios dan cuenta de recorridos y posibilidades de acceso a la atención y cuidado de la salud-enfermedad ligados a condiciones propias de cada grupo social, entre los que se hallan aspectos discrepantes.

El grupo de mujeres en situación de pobreza relata trayectorias sociosanitarias que se expresan en verdaderos peregrinajes para acceder a atención de la enfermedad, manifestando dificultades en el acceso o bien inaccesibilidades (económica, geográfica, administrativa y simbólica-cultural) a los Servicios de Atención de la Salud Pública:

En todos los lugares públicos lo que me mata es la espera, es la demora, si vas con un chico enfermo te tenés que ir a las 5 de la mañana y esperar hasta las 7 de la mañana [...] el problema que tenemos es que hay una sola doctora para todos. (Mujer de caso 1 —en adelante MC1—, 29 años, BJJN)

A mi marido le pasó que [...] se cayó en el trabajo [...] de un andamio y un tumor se le formó ahí en el brazo [...] fuimos al médico acá al hospital [...] no había los especialistas que él necesitaba [...] nos mandaron a Córdoba al hospital [...] allá le sacaron un pedazo [...] del brazo para estudiar [...] cuando fuimos a buscar el resultado [...] nunca estaban [...] así estuvimos como 4 meses [...] un día [...] llamaron por teléfono [...] y era el doctor M [...] nos sacó turno en (Córdoba) [...] fuimos [...] el tumor de mi marido [...] con el peso que tenía [...] no podía andar [...] ahí nos atendieron [...] pero ya era tarde [...] el doctor [...] le amputó el brazo. (MC1, 47 años, VLC)

Las entrevistadas en situación de pobreza expresan vivencias propias y de su grupo social en el acceso a la atención y cuidado de la salud. Sus realidades dan cuenta de trayectorias médicas en la salud pública que las expone a incesantes recorridos para acceder a la atención de la enfermedad, así como a tiempos de espera que exceden las necesidades inmediatas, llegando las respuestas desacompasadas a las demandas.

Tengo familiares que han fallecido por este sistema de salud, y es como que siento que no ha cambiado nada en años, sigue siendo igual [...] siento como que es medio violento [...] a veces dejas de llevarlos a la guardia [...] y bueno, la terminaba medicando yo (se refiere a su hija). (MC1, 29 años, BJJN)

Mi tía que falleció de cáncer de mama [...] la doctora la llama para hacerle un control, porque le habían dado mal unos últimos análisis del embarazo, y no le quiso atender porque tenía olor, le dijo que tenía que higienizarse para poder hacerle el control, entonces mi tía se enojó y se fue. Mi tía estaba de 8 meses en ese momento, entonces mi tía no se hizo más controles [...] Cuando la nena tenía 6 meses mi mamá le pregunta «por qué no le das el pecho a la nena» [...] «No, no porque tengo lastimado», y cuando se levanta así mi tía tenía todo el pecho quemado [...] le había agarrado un cáncer de mama, y mi tía duró dos meses a partir de ese día y se murió. (MC1, 29 años, BJJN)

Los testimonios expresan realidades de expulsión, de exclusión, que el sistema de salud propicia a partir de las vivencias que estas personas experimentan cotidianamente y que, en lo aciago, doloroso y recalcitrante de su impacto, conducen a la toma de decisiones y comportamientos como la autoatención, la automedicación y el no acceso al sistema, que terminan recalando negativamente en las propias vidas de estas mujeres y sus familias.

Este planteo permite reconocer aquello que Therborn (2011) expresa acerca de cómo calan las desigualdades desde la posibilidad de causar la muerte a quienes la padecen, y el valor de los estudios desde corrientes más sociales de la salud como perspectiva capaz de exponer esa realidad. En este sentido, el autor permite pensar en los mecanismos de la reproducción de las desigualdades, en este caso en los contextos de acceso a la salud, atendiendo a los aspectos psicológicos que se dinamizan en las personas que los vivencian. Refiere a cómo afectan la autoimagen y confianza en sí mismos de los actores, y cómo estos efectos psicológicos van generando efectos acumulativos en los mecanismos distributivos de las desigualdades, generándose espirales descendientes de miedo, dudas, oportunidades perdidas, fracasos y más dudas.

Por su parte, las trayectorias de mujeres de clase media manifiestan aspectos discrepantes en relación con la accesibilidad a los servicios de atención de la salud tanto públicos como privados. Todas cuentan con mutual u obra social, así como manifiestan distintas posibilidades y características que hacen a la atención de su salud:

Exponemos un relato de cómo una entrevistada cuenta la atención que recibió en situación de enfermedad:

Volví acá y a seguir la terapia con mi psicóloga [...] en el tiempo que estuve en Córdoba hice terapia con una gestáltica [...] me fue muy bien [...] y con una psicooncóloga también [...] yo trataba de cubrir todos los frentes porque yo sabía que tengo una tendencia a la depresión, a la ansiedad. (Mujer de caso 2 —en adelante MC2—, 55 años, BBN)

Yo empiezo reeducación postural, porque he hecho acupuntura, he hecho de todo, resonancias [...] me hicieron además una audiometría dónde tengo un poco más bajo el volumen de escucha del oído izquierdo [...] que me explicó la neuróloga sobre ese [...] síndrome vertiginoso. (MC2, 52 años, BC)

Los relatos manifiestan un acceso a la atención de la salud que parece ligarse a condiciones y posibilidades de clase media. El poder asumir y solventar gastos en salud, el abonar el pago de consultas a profesionales, el poder viajar a otras localidades para interconsultas, el realizar determinados tratamientos o terapias complementarias, el acudir a diversidad de profesionales frente a un mismo cuadro, el acceder virtualmente a la atención, la oportunidad de comunicarse con los profesionales a través de su número telefónico. Se trata de prácticas que se identificaron en los relatos y que evidencian cómo se posibilitan para este grupo social de mujeres.

Condiciones de vida y salud diferenciadas

Se reúnen testimonios que aluden a la vivencia de condiciones que hacen a la salud inherentes a la alimentación, la vivencia del tiempo libre y el ocio, como aspectos que discrepan en un grupo social y en otro.

Respecto a las condiciones de vida del grupo de clase media, pudo reconocerse testimonios que dan cuenta de aspectos tales como el acceso a determinados alimentos que posibilitan una dieta nutricia variada y la vivencia del tiempo libre expresada en la práctica de deportes en clubes sociales, la actividad física en gimnasios o la posibilidad de viajar a destinos turísticos.

[Para que mis hijos sigan estando sanos y no se enfermen] trato de que coman, que tengan una rutina, en el horario de las comidas trato de que incorporen algo bueno, siempre hay comida, fruta, verdura, carne, pan, leche, toman leche todos los días [...] trato de pensar y tener una alimentación sana, y de implementar cosas dentro de la rutina. (MC2, 42 años, BBN)

Asocio mucho la salud de mi familia con la estabilidad económica. [...] Si tenés dinero) podés comer bien, comer sano [...] podés pagarte un gimnasio [...] si no tenés plata no podés hacer todo eso y por ende vas a terminar mal de la salud [...] (cuando tenemos buena salud con mi familia) viajamos, cocinan bien, o sea hay buenos hábitos alimenticios. (MC2, 20 años, BB)

Los testimonios dan cuenta de la posibilidad de llevar a cabo cotidianamente una dieta saludable, disponiendo de variedad de alimentos como una constante de la vida de familias de clase media. Uno de los relatos reflexiona sobre la disponibilidad económica como condicionante de una buena salud y bienestar. Analiza aquello que beneficia a la salud, reflexiona que ello implica contar con dinero y cómo la falta de este pondría en tensión esa condición de salud.

Respecto al grupo de mujeres en situación de pobreza con relación a aspectos que hacen al cuidado de la salud desde la alimentación, se advierten aspectos que contrastan con la realidad de mujeres de clase media.

En el tema de la buena alimentación, nuestro trabajo es darles de comer [refiriéndose a su trabajo en el comedor comunitario], sí, les llenas del estómago, pero no le podes dar un buen alimento, porque nosotros no tenemos de dónde sacar. [...] Nos gustaría hacerles una comida sana, porque nosotros sabemos, pero no tenemos los materiales de trabajo. ¿Y qué es lo que hacemos? Un estofado, un guiso de arroz, un guiso de fideos [...] y está bien, te llenás, pero no te alimentás. (MC1, 37 años, BJJ)

Se advierte cómo con relación a la alimentación las mujeres dan cuenta de conocer acerca de una alimentación saludable y los insumos necesarios que se requieren, pero señalan que no disponen de ellos debido a la realidad socioeconómica que atraviesan. Tanto en los planos familiares como cuando se desempeñan como responsables de comedores comunitarios, las limitaciones económicas impactan en sus posibilidades de alimentación. Del relato de una de las mujeres se infiere la diferenciación entre *alimentar* y *nutrir*, advirtiendo que ellas pueden avanzar respecto del primero, satisfaciendo la sensación de hambre, mientras que respecto a nutrirse, como instancia que supone saciar el hambre a partir de alimentos que aportan vitaminas, minerales y aminoácidos que necesita el cuerpo para realizar sus funciones, reconocen que se encuentran imposibilitadas para propiciarla. Por otro lado, al señalar la situación económica para pensar en el consumo de determinados alimentos, los planteos muestran similitudes con el razonamiento de una de las entrevistadas de clase media que refería a la importancia de la disponibilidad económica como garantía de bienestar y salud.

Significado atribuido a la desigualdad en salud desde las condiciones propias como de otros grupos sociales

Se reúnen reflexiones de las entrevistadas a partir de las cuales expresaron sus sentidos en torno a la desigualdad en los procesos de SECA considerando sus propias condiciones de vida en comparación con la de otros grupos sociales.

En el grupo en situación de pobreza se advierte que algunas mujeres dan cuenta de cierta dificultad para reconocer la desigualdad en tanto comparación de la vivencia y acceso a la salud desde el propio grupo de pertenencia como de otros. Al respecto, Blaxter (1990, 2004) advertía que la desigualdad no es un tema que sea demasiado reconocido en las representaciones de las mujeres de entornos desfavorecidos. La autora sostiene que, al utilizarse en sus estudios como método de indagación las narrativas de salud-enfermedad ligadas a la identidad social, no resultaba esperable que las mujeres devalúen esa identidad etiquetando su propia «desigualdad». No obstante lo señalado por Blaxter en sus estudios, algunos relatos emergentes expresaron contrastes sobre su propia vivencia de la desigualdad en salud respecto de la realidad de otros grupos sociales:

[Cuando los patrones se enferman] están semana en cama [...] lo que les hace falta [...] yo no te digo que a mi marido le den permiso para ir a un recital, pero sí [...] «tomate una semana y lleva a tu papá al médico». [...] Ellos trabajan como quieren (refiriéndose «a los patrones»), [...] el José no, el José tiene que cumplir [...] las horas [refiriéndose a su marido], [...] pero por lo menos [...] que a este hombre [...] que estaba enfermo [refiriéndose al padre de su marido], que lo lleve al médico, que le haga los estudios [...] ¡No supimos de qué se murió! [...] Fue una atención rápida, [...] pero a los 15 minutos se murió y nadie supo

decirnos «se murió de tal cosa». [...] Ellos son patrones, tienen derecho a estar una semana en cama si estás enfermo, perfecto, pero el José también. (MC1, 68 años, BIM)

Este testimonio coloca el foco del análisis en un reconocimiento de las condiciones de desigualdad que la entrevistada advierte respecto de la posibilidad de acceso y atención a la salud. La mujer establece un parangón acerca de lo que significa estar enfermo para los empleadores y qué significa para su familia y grupo social. Enuncia que los primeros disponen de tiempo para la atención y recuperación, mientras los segundos, en condiciones de trabajo precario o informal, continúan con sus quehaceres en condiciones de enfermedad o no pudiendo atender a sus familiares en esa condición, e identifica esas vivencias como injustas. La entrevistada otorga sentido a la desigualdad, su testimonio visibiliza una realidad de la que ella es plenamente consciente, puede reconocerse un ejercicio de reflexión y análisis en torno a lo vivido.

Por otro lado, respecto de las entrevistadas del grupo de clase media, algunos testimonios daban cuenta de haber transitado distintas instancias de reflexión en torno a la cuestión:

Toda la vida lo pensé: uno tiene una buena mutual, está en un lugar donde puede ir a los mejores médicos. Siempre lo pensé en todo el transcurso de mi enfermedad. ¡Qué injusticia, que desigual! [...] Conocí gente [...] que por no poder moverse se murió de cáncer de mama, no tuvo las posibilidades que tuve yo. (MC2, 55 años, BBN)

Se advierte cómo algunas mujeres de clase media refieren a la vivencia de la desigualdad en las condiciones de acceso a la salud entre su grupo de pertenencia y el que se encuentra en situación de pobreza. El relato nos conduce como ejemplo a uno de los testimonios precedentes que alude a la muerte de una mujer por la no atención a su enfermedad como consecuencia de la expulsión por ella sufrida, como efecto del sistema de salud.

Concepciones de salud comunitaria como reconocimiento de la desigualdad y anhelo por la igualdad

En el marco de las entrevistas realizadas a las mujeres de ambos grupos, al proponer el pensar sobre «salud comunitaria» y sobre «salud comunitaria ideal», pudo identificarse planteos que iban en el sentido de analizarlas reconociendo escenarios de desigualdad así como anhelos de igualdad en salud. En este sentido, algunas mujeres en situación de clase media expresaron:

[Salud comunitaria], yo ya incluiría la igualdad ahí [...] lo saludable tiene que ver con que no haya carencias de ningún tipo, me parece, y el tema de las oportunidades también, todo tiene que ver con lo saludable. [...] Pensar en una [salud comunitaria ideal] es que todos tengamos igualdad de oportunidades. [...] Lo que pasa es que no todos tenemos las mismas oportunidades y no tenemos las mismas carencias. (MC2, 42 años, BCH)

De manera semejante, algunas mujeres en situación de pobreza mencionaron la idea de la salud comunitaria o de la salud ideal en el sentido de igualdades y desigualdades:

Una salud ideal de la comunidad [es] que todos tengan acceso a la salud pública, que todos tengan respuestas. (MC1, 31 años, BJR)

[Salud comunitaria] sería [...] que todos los del barrio tengan sus derechos a tener su turno, a tener un médico de cabecera. (MC1, 37 años, BJR)

Se advierte cómo, cuando se propone a las mujeres pensar en términos de una «salud comunitaria ideal», en algunas de ellas emerge la idea de «igualdad» como un estado ideal que representaría un arquetipo social de iguales condiciones y posibilidades en lo real y cotidiano que supone la vivencia del derecho a la salud.

Escenario de pandemia y la visibilización de matrices de las desigualdades en salud

Se consignan en este apartado relatos sobre desigualdades en los procesos de SECA identificados como propios del tiempo de pandemia.

Pandemia, salud y la tensión igualdad-desigualdad

Se reúnen testimonios de las mujeres de ambos grupos que dan cuenta cómo la pandemia aparece como fenómeno sociosanitario que operó en un doble sentido: por un lado, visibilizando y pronunciando las desigualdades ya existentes, y por el otro emergiendo la idea de una «igualdad aparente».

El pensador español Ignacio Ramonet (2020) consideró a la pandemia como un hecho social total que exhibió una realidad desde la cual ya se venía concibiendo —en gran parte de los países capitalistas del mundo— a la salud como una mercancía. Ello propició un escenario en el que algunos grupos sociales —descuidados por los Estados— quedaron más expuestos a la infección, y las medidas de confinamiento e higiene resultaron imposibles para ellos.

En este sentido, las mujeres de ambos grupos sociales del estudio expresaron una especie de tensión en torno a las ideas de igualdad-desigualdad de la

población en tiempos de pandemia. Se advierten así argumentos que expresan que el virus colocó a todas las personas en una misma situación:

Antes había mucha diferencia entre personas, clases sociales, en cambio ahora todo, todo el mundo está viviendo un común denominador [...] porque esta pandemia no perdonó ni plata, ni países, ni color, de piel, ni edad. (MC2, 59 años, BB)

[La pandemia nos hizo más] iguales, y en el sentido que todos sufrimos de lo mismo, en estar encerrados, en el de padecer algo que no sabíamos cómo se seguía, todos estuvimos un poco frenados con el trabajo. (MC1, 29 años, BJR)

Se plantea la idea de la igualdad en términos de la experiencia de sufrimiento humano, encierro, incertidumbre y detenimiento de la vida cotidiana. Se generalizan estos aspectos sin considerar las diferentes condiciones económicas de cada grupo social.

En este sentido, de Sousa Santos (2022) reflexiona que, con el coronavirus apareció la idea de la pandemia como «democrática» al atacar el virus a todas las personas por igual. No obstante, para el autor contrariamente la situación pandémica fue caótica, pero no democrática, y las desigualdades se agravaron: «las tasas de mortalidad del virus se concentraron en mayor medida en la gente pobre, negra o indígena» (p. 23). Algunos relatos se expresan en ese sentido:

Con la pandemia [...] me di cuenta de esto que [...] algunos dicen que «la pandemia nos hace iguales a todos» y yo creo que no. La pandemia nos hizo más desiguales a todos en las ventajas y desventajas que tenemos en la salud y no que somos todos seres mortales, porque no todos podemos acceder a la salud y hay gente que ya tenía su cama si le pasaba algo y otras que no sabían a dónde recurrir, que no tenían agua y eso marcó mucho las diferencias. (MC2, 42 años, BCH)

Esta pandemia nos afecta a todos, pero aún más a la gente que no tiene las mismas posibilidades que yo. [...] Esta situación vino a reafirmar la importancia del Estado y las garantías de los derechos. (MC2, 40 años, BN)

Mientras en los testimonios iniciales las entrevistadas proponen lo que podríamos denominar «la igualdad ante el virus», como una especie de igualdad de condiciones como punto de partida, los relatos restantes dan cuenta del contraste que evidenció la pandemia entre los grupos sociales. Las reflexiones ofrecen claridad para pensar la realidad de las desigualdades en la vivencia de la salud, permitiendo pensar como un «mito» o como una suerte de historia ficticia la idea de la igualdad social en pandemia, idea que por esos tiempos muchos medios de comunicación instalaron y difundieron, y se reprodujeron entre las personas.

Condiciones de vida y salud diferenciadas en la vivencia de la pandemia

Se reúnen testimonios que dan cuenta de aspectos diferenciales en las condiciones de vida de los grupos entrevistados, vinculadas al lugar que ocupan en la estructura socioeconómica en función de sus realidades y posibilidades, atendiendo al escenario de pandemia y cómo ello se deriva en desigualdades en la vivencia de procesos de SECA. Al respecto, en lo referido a condiciones habitacionales durante la pandemia, algunos relatos de mujeres de clase media manifestaron la posibilidad de disponer de más de una opción de vivienda para habitar, pudiendo elegir en dónde vivir con mejores condiciones en el contexto del ASPO.

Nosotros acá estamos en Banda Norte en una casita que tenemos de fin de semana, la casa del verano. [...] Allá en el centro estamos tan rodeados de las clínicas [...] que nos pareció [...] que era mejor estar acá. [...] Yo creo que fue una buena decisión en cuanto a la salud. (MC2, 77 años, BBN)

El relato pone sobre la mesa la realidad de algunas familias de clase media. La alternativa de escoger en cuál hogar de los que se posee (como bien material) es posible vivir de mejor manera en un determinado momento y condiciones sociohistóricas es viable solo para algunas familias pertenecientes al sector medio, así como para un grupo de posición social, política y económica privilegiado.

En relación con el grupo de mujeres en situación de pobreza, estas manifiestan haber vivenciado la pandemia en las condiciones habitacionales y barriales que les eran habituales. Ningún relato refirió a condiciones de hacinamiento como dificultad para sostener el ASPO o DISPO (distanciamiento social preventivo y obligatorio) durante ese período. Si bien muchos aluden al permanecer dentro de sus hogares, también se reconocen expresiones que refieren al circular en las calles del barrio, fuera de las viviendas, como una realidad que se mantuvo en este escenario, de la que podría suponerse su efecto de mitigación de una realidad de hacinamiento en que viven muchas de estas familias.

No estuve ni un día encerrada en mi casa. [...] Yo seguía normal, el trabajo comunitario que hacía, lo seguí sosteniendo. (MC1, 37 años, BBN)

Veía gente [...] que [...] andaba en la calle. (MC1, 47 años, BBN)

Los relatos dan cuenta de la realidad para estas familias durante la pandemia: la necesidad de salir para sostener el trabajo comunitario o el salir por necesidad personal. Algunos testimonios aluden a la problemática laboral que generó la pandemia:

La pasé re mal con mi trabajo, de situación económica, mal, mal. (MC1, 47 años, BBN)

[Con la pandemia] la gente que trabajaba en la arena, en los carros, esa gente que era vendedora ambulante, la gente que trabaja en construcción, mucha gente quedó a la deriva. (MC1, 47 años, BJR)

Se describe una realidad golpeada en términos económicos y de subsistencia para estas familias que dependen del ingreso diario proveniente de trabajos informales o changas.

Respecto a las condiciones laborales y ocupacionales en pandemia de las mujeres de clase media, algunas ya jubiladas continuaron percibiendo sus haberes mensuales; otras en condiciones de trabajo formal, como administrativas de servicios públicos o privados de salud, o docentes de nivel medio y universitario tuvieron sus salarios garantizados y permanecieron en el transcurso de la pandemia desempeñando sus quehaceres desde el teletrabajo como modalidad laboral desde sus hogares.

[Como mi mamá estaba enferma y yo como docente trabajaba en casa] entonces yo tapaba la cámara, iba a su habitación y le preguntaba: «Querés un té? ¿Necesitás algo?». Para mí, en ese sentido la pandemia estuvo genial. (MC2, 52 años, BC)

[En pandemia] tuve más trabajo que nunca porque económicamente me vino de diez: empecé a dar clases online, tuve más alumnos que presenciales, trabajé en mi casa tranquila. (MC2, 63 años, BC)

Significado atribuido a la desigualdad en salud durante la pandemia desde las condiciones propias como de otros grupos sociales

Se reúnen relatos de las entrevistadas que manifiestan sus sentidos sobre la desigualdad vivenciada en relación con los procesos de SECA durante la pandemia, considerando sus propias condiciones de vida en esos tiempos en comparación con la de otros grupos sociales.

Vinculado con ello, Motta et al. (2020) entienden que las posibilidades de vida, el acceso a bienes y servicios, incluso la esperanza de vida, difieren ampliamente según la «suerte» de haber nacido en un lugar o en otro. Los autores citan a Brubaker (2015, en Motta et al., 2020, p.17) quien entiende que esta diferencia en apariencia neutral está íntimamente ligada con la estructura de las desigualdades, pudiendo estas desigualdades de nacimiento reforzarse y recrudecerse frente a diferentes escenarios y condiciones, como lo fue la pandemia y su impacto en diferentes grupos sociales.

En relación con ello, la pregunta: «¿Cómo pensás que vivieron la pandemia quienes habitan en los barrios del centro de la ciudad?» realizada en el marco de

la entrevista al grupo de mujeres en situación de pobreza permitió pensar en un escenario concreto que posibilitó reflexiones que tensionaron la vivencia de la pandemia desde el propio barrio de pertenencia en relación con otros.

Barrios así humildes como el de nosotros se ve que (la pandemia) les ha afectado un montonazo [...] más en dónde ha habido, así como yo, copitas, que las comidas [se refiere a comedores comunitarios], que tenía que hacer viandas, le repartía a las mujeres, a los chicos [...] en el centro [se refiere a los barrios del centro de la ciudad]. Habrá sido como un día cualquiera para ellos, pero en un barrio humilde yo creo que no ha sido un día cualquiera. (MC1, 45 años, BIM)

Surge el reconocimiento de cómo la pandemia afectó las dinámicas cotidianas en los comedores comunitarios donde varias de estas mujeres se desempeñaban, colocando esa realidad en contraposición a barrios del centro de la ciudad.

Por otro lado, en mujeres de clase media se reconocen testimonios que dan cuenta de reflexiones en torno a las desigualdades en tiempos previos como durante la pandemia:

Me parece que (la pandemia) fue un caso muy concreto para evidenciar que, más allá de que una enfermedad [...] no elige a quien afectar. Hay condiciones estructurales y contextuales que hacen a la enfermedad, porque me parece que no se puede entender como [...] una situación aislada [...] y que pone en evidencia cómo las desigualdades juegan en la posibilidad de ser o no ser, de sentirse mejor o sentirse peor. [...] Fue evidente el tema de las condiciones socioeconómicas culturales y simbólicas y cómo juega eso en la enfermedad o en la salud. [...] [La salud] es un derecho y de la importancia que el Estado esté presente para ayudar a sostener eso. (MC2, 25 años, BB)

El relato expresa el reconocimiento de la desigualdad como un fenómeno que ya existía antes de la pandemia, pero que se identifica con nitidez a partir de la crudeza con que esta se manifestó en poblaciones en situación de pobreza. Las reflexiones esgrimen la importancia de resignificar las condiciones socioeconómicas, los derechos y el rol del Estado como su garante en pos de sociedades más igualitarias, pensando en el acceso a la salud y su vivencia de bienestar. La desigualdad es pensada como condición de vida en la que la integralidad y dignidad del ser y su bienestar se ven afectados, como un obstáculo para su desarrollo humano integral (Saforcada, 2021).

Jamás me pregunté qué era la salud. Y además [...] mi mamá es médica, entonces como que nunca tuve que vivenciar el proceso de ir a un hospital y esperar para sacar un turno. [...] Cuando tenía [...] síntomas, sabía qué tomar, así que tampoco estaba expuesta a un malestar. [...] [A partir de la pandemia] hubo una

situación puntual en el barrio [se refiere a un barrio popular donde desarrolla prácticas como estudiante de Trabajo Social], que una de las mamás nos contaba que ella las primeras semanas de la cuarentena le había agarrado como una angustia [...] y era como esto, cuántas veces esa persona se ha podido encontrar consigo misma en un momento de silencio, para poder poner en palabras eso que siente [...] y en ese sentido, qué ventajas que tiene uno, qué herramientas, por ahí en el mismo contacto con los amigos, la posibilidad de acceder a un psicólogo [...] no sé, hasta páginas de Instagram. Y ahí me di cuenta que era fundamental. (MC2, 25 años, BB)

Se grafica con claridad la percepción de la desigualdad en salud. Se contrastan condiciones de vida propias inherentes a los procesos de SECA, el tipo de acceso a instituciones, profesionales, medicamentos, las posibilidades de compartir y desahogar el dolor humano, con relación a mujeres en situación de pobreza atravesadas por tramas a partir de las cuales se expresan las desigualdades en salud en sus vidas. El relato muestra la potencia que tiene atender dimensiones que se intersecan en las personas para pensar cómo se juegan las desigualdades. En este sentido, se advierte cómo la intersección permite considerar cómo constituyen a las personas, a un grupo o sector, dimensiones que pueden combinar posiciones de opresión-subalternidad o posiciones de privilegios (Davis, 2008), tal como da cuenta la joven de clase media entrevistada, desde su concepción de salud y desigualdad.

Sentidos que expresan acciones para transformar las desigualdades en escenarios previos como durante la pandemia

Pudieron reconocerse relatos del grupo de mujeres en situación de pobreza que refieren a la realización de tareas vinculadas a un centro comunitario que asiste a familias del barrio. Relatan que, generalmente los accesos al Sistema de Atención a la Salud Pública por consultas habituales resultan burocráticos, con trabas, impedimentos y dificultades para el acceso de las poblaciones, aspectos que se incrementaron con la pandemia. Enuncian que reconocer ese escenario las motivó a realizar una capacitación como «promotoras de salud» (que efectuaron de manera virtual y fue dictado por la Facultad de Filosofía y Letras [UBA] y Ministerio de Salud y de Desarrollo Social) a los fines de dar respuestas a necesidades sanitarias del barrio, mantener el comedor, promover cuidados y acompañar en pandemia.

Siempre tuvimos el problema [...] de que el Estado colabora muy poco. [...] [Hace un tiempo hicimos una] junta de firmas como una forma de movilizar porque si nos sentamos a esperar que venga la municipalidad [...]. Surgió [...] por la problemática de una compañera; [...] ella se fue a las cinco de la mañana a sacar turno, porque tenía el nene enfermo. A las [...] seis de la mañana [...] la

llama el marido diciéndole que tenía a la [otra] nena con vómitos. [...] Le plantea [a la secretaria del dispensario] que venía con el nene [...] pero que [...] el marido la había llamado porque la nena estaba con vómitos. ¿Y la secretaria que le dijo? «Bueno, elegí uno o elegí el otro [...] porque se da un turno por persona nada más». [...] [Así se inició la junta de firmas], nos dedicamos a ir casa por casa en el barrio. Firmaron todos los vecinos, [...] juntamos algo de 600 firmas. [...] [Una vez juntadas esas firmas] escribimos una carta entre todas [...] dirigida al Secretario de Salud diciendo el reclamo de los vecinos, [...] comentando la problemática. [En esa carta contamos] que no hay especialistas, que la doctora se enfermó y [...] entonces no hay médico. [...] Todas las semanas yendo 'al Cabrera' [refiere al centro de salud que nuclea todos los dispensarios de la ciudad] a ver si me daban respuestas. Fui aproximadamente un año [...] me junté con el subsecretario de Salud, [...] me reunió con la doctora, [...] pensando que era una problemática de mala atención. Pero yo le aclaré que con la doctora no teníamos ningún problema, al contrario. [...] No es lógico que de 600 firmas que juntamos [...] ella no puede estar atendiendo sola a 3 barrios. Una sobrecarga para ella y un malestar para los vecinos. (MC1, 36 años, BJR)

Motta et al. (2020) entienden que las desigualdades sociales siempre están arraigadas en las dinámicas de transformación y cambio, lo cual puede implicar tanto el cambio emancipatorio como las transformaciones necesarias para dejar, paradójicamente, intactas las estructuras de desigualdad. Denuncian problemáticas identificadas en la atención pública, reconociendo una vulneración al derecho a la atención de la salud. Este escenario las interpeló, las condujo a la organización colectiva para expresar su reclamo y generar posibles cambios. Se advierte así que las iniciativas de las mujeres van en el sentido de una apuesta por generar transformaciones emancipatorias.

El testimonio conduce a aquello que Reygadas (2020) señala sobre la existencia de dispositivos simbólicos que acompañan la resistencia cotidiana a la desigualdad donde las asimetrías sociales son cuestionadas. El autor reconoce estrategias simbólicas que deconstruyen las desigualdades y promueven equidad, aquellas que revaloran lo subalterno, la defensa de acciones que buscan una distribución más justa de los recursos contra las injusticias y la legitimación de la igualdad.

El relato permite pensar en las «espirales positivas» a las que Therborn (2011, p. 20) aludía para referir a cómo en estas mujeres la confianza en las propias capacidades, la asunción de riesgos, el entusiasmo por probar nuevas oportunidades y el sentirse valoradas por sus comunidades resultan aspectos que alimentan su confianza y propia estima, contribuyendo a renovar diariamente su compromiso hacia sus territorios en una lucha incesante contra las desigualdades.

Discusión

En un contexto latinoamericano en el que las diferencias por clase social, género, etnia y edad se enlazan a una estructura social atravesada por un sistema económico político neoliberal que da origen a múltiples configuraciones de las desigualdades y la exclusión, es imperante apartarnos de estudios y lecturas económicas acotadas a datos y estadísticas que rigidizan estos fenómenos, para abocarnos a la tarea de «desnaturalizar los fundamentos de la desigualdad» (Batthyány y Arata, 2022, p. 13), leyendo y releyendo las realidades de injusticia social que viven nuestros pueblos.

En este sentido, posicionados desde una psicología sanitaria latinoamericana en diálogo con las ciencias sociales, este estudio partió de pensar a la desigualdad, en el sentido que proponen Therborn (2011) y Jelin (2020, 2022) en tanto construcción social, antítesis a una idea de la desigualdad como natural, desde la consideración de que las desigualdades se producen de diferentes maneras, desde procesos recurrentes y mecanismos sociales a través de los cuales se reproducen en una variedad infinita de contextos posibles de reconocer desde miradas microsociales de la vida cotidiana.

El devenir del estudio ha permitido un análisis de testimonios de mujeres, caso por caso, identificando relatos que exhiben realidades en primera persona, así como historias cercanas que visibilizan desventajas, violencias simbólicas y concretas, exclusiones y vulneración de derechos. Ello, en paralelo con narrativas de mujeres que dan cuenta de oportunidades, privilegios y ventajas de clase. Mujeres a las que la cuestión parece no permearlas, mientras que otras muestran reflexividad y sensibilidad en torno a ello, que expresan empatía e interpelación, reconociendo las desigualdades en aquellos a quienes esta golpea cotidianamente.

Conclusiones

Cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar y entender la realidad.
Benach et al. (2008)

En los escenarios descritos, donde se exponen realidades discrepantes e injustas, es el análisis de los relatos que exponen construcciones esperanzadas en torno a las vivencias que las desigualdades generan, lo que augura un trabajo desde los recursos y las fortalezas de las propias comunidades. Ello posibilita partir desde ellas, significándolas como potencias contrahegemónicas que cobran cuerpo en modos de resistencias cotidianas que se constituyen en motores que traccionan muchas comunidades argentinas y latinoamericanas cuyos derechos se encuentran vulnerados en los tiempos que corren. Realidades que nos exhortan a los profesionales de la salud con perspectiva social a seguir aprehendiendo de las comunidades en

pos de una labor compartida, donde sean ellas quienes marquen las sendas de un quehacer transformador que debemos acompañar.

Agradecimientos

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

A la memoria viva del psicólogo sanitario argentino Enrique Saforcada, quien acompañó y dirigió esta línea de investigación hasta agosto de 2023.

A la lectura comprometida, interpeladora y minuciosa de la doctora Viviana Macchiarola.

Referencias bibliográficas

- Archenti, N. y Piovani, J. I. (2018). La comparación. En A. Marradi, N. Archetti, y J. I. Piovani (eds.), *Manual de metodología de las ciencias sociales* (pp.1-15). Siglo XXI.
- Battyány, K. y Arata, N. (comps.). (2022). *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella). Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista*. Siglo XXI- Clacso.
- Benach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, (130), 29-40.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. Routledge.
- Blaxter, M. (2004). *Health. Key concepts*. Wiley.
- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword. A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1), 67-85. <https://doi.org/10.1177/1464700108086364>
- de Sousa Santos, B. (2022). Las lecciones de la pandemia (y qué podemos hacer al respecto). En K. Battyány y N. Arata (comps.), *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella): ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista* (pp.19-34). Siglo XXI- Clacso.
- Goetz, J. y LeCompte, L. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Jelin, E. (2020). Desigualdades y diferencias: género, etnicidad/raza y ciudadanía en las sociedades de clases (realidades históricas, aproximaciones analíticas). En E. Jelin, R. Motta y S. Costa (comps.), *Repensar las desigualdades: cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 155-179). Siglo XXI.
- Jelin, E. (2022, 26 de agosto). Entrevista a Elizabeth Jelin con motivo de la 9.na Conferencia de Clacso sobre desigualdades [Archivo de audio]. Canal radial Hunt Benas Comunicación. <https://soundcloud.com/user-534169122/elizabeth-jelin-conferencia-de-clacso-sobre-desigualdades>
- Jiménez Zunino, C. y Assusa, G. (2017). ¿Desigualdades de corta distancia? Trayectorias y clases sociales en Gran Córdoba, Argentina. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(4), 837-874.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Emecé.

- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design. An interactive approach*. Sage Publications.
- Morales Calatayud, F. (2016). *Introducción a la psicología de la salud: un enfoque integral*. Nuevos Tiempos.
- Motta, R., Jelin, E. y Costa, S. (2020). *Repensar las desigualdades: cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Siglo XXI.
- Pérez Sainz, J. P. y Mora Salas, M. (2009). Excedente económico y persistencia de las desigualdades en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(3), 411-451.
- Quintal de Freitas, M. de F. (2020). Vida comunitária e saúde comunitária: formas de resistência e afirmação na perspectiva da Psicologia Social Comunitária Latino-Americana. En J. Castellá Sarriera, C.V. de Macedo y J. E. Coin de Carvalho (comps.), *Salud comunitaria: perspectivas, escenarios y cuestiones relevantes* (pp. 101-114). Nuevos Tiempos.
- Ramonet, I. (2020, 6 de mayo). *Coronavirus: La pandemia y el sistema-mundo*. Página 12.
<https://www.pagina12.com.ar/262989-coronavirus-la-pandemia-y-el-sistema-mundo>
- Reygadas, L. (2020). La construcción simbólica de las desigualdades. En E. Jelin, R. Motta y S. Costa (comps.), *Repensar las desigualdades: cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 201-219). Siglo XXI.
- Rivas Flores, J. I., Márquez García, M. J., Leite, A. E. y Cortés González, P. (2020). Narrativa y educación con perspectiva decolonial. *Márgenes Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1(3), 46-62.
<https://doi.org/10.24310/mgnmar.v1i3.9495>
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Saforcada, E. (2021). Estado, universidad pública y salud comunitaria. *Revista IT*, 8(8), 20-40.
- Saforcada, E., de Lellis, M., Morales Calatayud, F. y Moreira Alves, M. (2019). *El factor humano en la salud pública*. Nuevos Tiempos.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Morata.
- Sirvent, M. T. y Rigal, L. (2023). *La investigación social en educación*. Miño y Dávila.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Therborn, G. (2011). Inequalities and Latin America. From the Enlightenment to the 21st Century, *desiguALdades.net Working Paper Series*, (1). https://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/WPTherbornOnline.pdf