

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES.
CRES DEÁN FUNES.

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social.

TESINA DE GRADO.



“Comunes y silvestres”

Acciones colectivas de las mujeres del norte cordobés, desde una mirada del trabajo social.

Intervención Pre-profesional:

Lic. Gregorio Lilian.
Lic. Exequiel Torres.

Orientadora Temática:

Lic. Gamboa Fernández Mariana.

Redacción de Escritura y Sistematización:

Mgter. Patricia Chávez.

Referente institucional:

Lic.: Soledad Fernández.

Autoras:

Figuroa María Lucrecia.
Rodríguez Karen.

Año: 2018-2019.

“Ha llegado la hora de la mujer que comparte una causa pública y ha muerto la hora de la mujer como valor inerte y numérico dentro de la sociedad. Ha llegado la hora de la mujer que piensa, juzga, rechaza o acepta, y ha muerto la hora de la mujer que asiste e impotente, la caprichosa elaboración política de los destinos de su hogar. Ha llegado la hora de la mujer argentina, íntegramente mujer en el goce paralelo de deberes y sus derechos comunes a todo ser humano que trabaja, y ha muerto la hora de la mujer argentina remida del tutelaje social, y ha muerto la hora de la mujer relegada a la más precaria tenencia con el verdadero mundo dinámico de la vida moderna”

Eva Duarte de Perón. (Discurso de 1947)

Agradecimientos

Dar gracias es asumir que hay otro/as, fundamentales para “hacer redes”. Por ello, *dar gracias* se dice en plural como toda nuestra trayectoria académica. Anunciamos algunos nombres, como forma de reflejar en rostros y miradas el caminar junto a otro/as:

A nuestra amiga y compañera Daiana Cejas por el acompañamiento y amor en nuestro proceso; sin sus aportes nada hubiera sido posible. A través de ella, su hijo Camilo.

A nuestras familias Figueroa y Rodríguez por sostener, acompañar y motivar el esfuerzo cotidiano. Por inculcarnos la educación como herramienta principal de libertad.

A Carmela, nuestra semilla, quien acompañó desde los inicios y quien continuará con esta idea de cambiar la realidad desde el amor colectivo.

A nuestros amigos/as, compañeros/as que, con sus aportes, sus miradas, sus posiciones, mates, risas, noches de desvelo construimos la formación de forma colectiva, ellos fueron nuestro alivio en este andar.

A todos/as los/las docentes, trabajadores de la Facultad y de nuestro C.R.E.S; por sostener y llenar de conocimientos y sentires nuestro andar.

A la educación pública, laica, gratuita, de calidad y con ello a todos los Gobiernos nacionales y populares que a lo largo de nuestra historia intervinieron en la universidad; eliminando el arancelamiento, destinando presupuesto y cometiendo “la locura” de crear universidades por todo el territorio argentino. En especial, a nuestro olvidado Norte cordobés. Gracias a ello muchos/as de nosotros/as hoy somos la primera generación de universitarios de nuestras familias.

A los y las compañeras de militancia, política y feminista por permitirnos - a lo largo de estos años- habitar espacios de forma comprometida y apasionada.

A las instituciones y organizaciones con sus profesionales - trabajadores sociales, militantes y voluntarios - de quienes nos llevamos sueños compartidos y horizontes de justicia social.

A esas mujeres, esas madres, abuelas e hijas de nuestra familia que han puesto el cuerpo y el alma en la lucha por un mundo más justo. De ellas hemos recibido el legado de la lucha, la resistencia, la fuerza y convicción para torcer lo dado, pelear en contra de lo terrible y lo injusto. De ellas hemos aprendido a estar firmes ante las atrocidades del poder y del estado patriarcal. Con parte de estas valientes mujeres realizamos este trabajo y que hoy nos llena de orgullo. Sabemos que con la comunidad de Villa Quilino construimos lazos sociales, derechos y conocimientos.

A esas personas que nos han brindado contención y también un voto de fe como Emi y Mariana. A quienes nos marcaron el camino y nos enseñaron al andar, a Exequiel y Lilian.

Y por último a los y las más humildes de nuestra América Latina que la pelean todos los días para salir adelante en medio de tantas injusticias.

A todos y todas estas personas les dedicamos este trabajo con el intento de aportar y construir una patria más justa y feminista.

El viento sopla y nos amontona.

Marzo 2022 Deán Funes -Sarmiento.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 8 |
| Introducción | 9 |
| Capítulo I | 11 |
| Mujeres y ruralidad. | 11 |
| El mujerío: Acerca de la perspectiva de género. | 13 |
| Construyendo el feminismo popular. | 15 |
| Contexto Teórico-Territorial. | 17 |
| Acerca de la salud: La salud como capacidad de lucha | 19 |
| “Aquí se respira lucha”: | 23 |
| Acerca de las representaciones sociales y vida cotidiana | 23 |
| La tertulia: repensando la participación y la cultura. | 24 |
| Capítulo II | 27 |
| Abriendo juego al campo de intervención. | 28 |
| Escenario territorial/institucional: “Quilino y La Villa” | 30 |
| Poder popular: Movimiento Campesino de Córdoba- “La Ocunc” | 32 |
| Marco normativo: El Estado y las políticas públicas en tensión | 36 |
| Revolución normativa | 40 |
| “Comunes y Silvestres”: Caracterización de las sujetas de intervención: las mujeres y la construcción de necesidades. | 43 |
| Capítulo III | 48 |
| Nuestro proceso de intervención. | 48 |
| Pensar, sentir y actuar. | 49 |
| El Trabajo social y la salud pública | 49 |
| Construcción campo problemático. | 51 |
| Campo de intervención y objeto de intervención | 53 |
| El silencio no es salud: Acciones colectivas. | 58 |
| CAPÍTULO IV | 62 |
| De-construimos al andar | 62 |
| Al final hay recompensa. | 62 |

| | |
|--|-----------|
| Reflexiones finales o de cómo seguir pensando. | 64 |
| Derechos de las humanas (Liliana Daunes, Claudia Korol y otras) | 68 |
| Referencias bibliográficas: | 68 |



Sede OCUNC-MOVIMIENTO CAMPESINO CÓRDOBA,

Villa Quilino 27 de septiembre del año 2018.

Resumen

Nuestro trabajo se inserta en un contexto de ruralidad en el norte de la Provincia de Córdoba que presenta ciertas particularidades: retroceso demográfico y dificultades para el acceso a derechos fundamentales -como salud, educación, cultura y fuentes laborales formales. La realización de nuestro proyecto se basó en un proyecto de desarrollo comunitario dentro del **Movimiento Campesino de Córdoba** en la Organización de Campesinos Unidos del Norte de Córdoba, perteneciente a la comunidad de Villa Quilino. La intervención abordó a mujeres de esta comunidad en situación de vulnerabilidad frente al acceso a los derechos y a la perspectiva de género. En este horizonte, nuestro desafío ético y profesional consistió en desandar y desentrañar las prácticas cotidianas de estas mujeres – y en alguna medida de nosotras mismas- ante las situaciones de desigualdad social y económica.

Introducción

El presente trabajo analiza la intervención pre-profesional de la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Específicamente, dicha intervención se realizó en OCUNC (Organización de Campesinos Unidos del Norte de Córdoba) sobre la vulnerabilidad de derechos de las mujeres campesinas. Esta institución, desarrolla un trabajo colectivo en los pueblos y pequeñas ciudades con comunidades rurales pertenecientes a los sectores populares. En términos institucionales, la misma pertenece al Movimiento Campesino de Córdoba y la central se encuentra ubicada en la comunidad de Villa Quilino, al norte de nuestra provincia.

Realizamos la intervención desde la función de educadores a través de encuentros enmarcados en talleres; los cuales direccionaron la construcción de estrategias de intervención. Allí, se generó una relación con las mujeres que nos permitió conocer sus experiencias de vida y la significación que otorgan a sus prácticas. A partir de ello, recuperamos las trayectorias individuales y colectivas para realizar una lectura del campo problemático. Utilizamos la perspectiva de Pierre Bourdieu identificando en nuestro espacio de intervención cuáles son los capitales, habitus y las relaciones de poder. Así, tras analizar las características del contexto, consideramos que las mujeres del norte de Córdoba no poseen las mismas oportunidades con las que cuentan las mujeres pertenecientes a las grandes zonas urbanas. Ello es importante a la hora de contextualizar nuestra intervención porque nosotras somos mujeres del norte cordobés por lo que compartimos la reproducción social de prácticas con nuestros sujetos/as de intervención.

En este horizonte, nuestro trabajo se orientó a fortalecer la organización y participación comunitaria para potenciar vínculos recíprocos y de solidaridad. Así, la intervención procuró acompañar las modalidades de trabajo de la organización campesina, que promueve la educación popular como metodología, rescata los saberes del campesinado y pone atención a los sujetos que integran esta organización. En este sentido nuestro objetivo principal se basó en el abordaje comunitario y participativo, con mujeres desde una perspectiva de género. Por ello, reconocemos cuáles fueron los obstáculos y elementos facilitadores que inciden en la efectiva participación de las mujeres como sujetas activas desde una dimensión material como simbólica.

A lo largo de las siguientes páginas reconstruimos los aspectos fundamentales del proceso de intervención. Para ello, ordenamos este trabajo en cuatro capítulos a los fines

de facilitar la lectura; sin embargo, cabe resaltar que el contenido de los mismos permite un diálogo analítico entre las distintas dimensiones del abordaje profesional. De este modo, los/as lectores podrán encontrar en cada capítulo un “hilo conductor” constituido por los aspectos teóricos, éticos-políticos y metodológicos integrales a todo el trabajo. Nuestra intención es que, a través de los capítulos, se pueda reflejar nuestra práctica pre-profesional con las complejidades que contiene en sí mismas. Pretendemos que este escrito sea un instrumento que pueda utilizarse en la construcción de lazos para realizar acciones colectivas.

Realizadas estas aclaraciones, nuestra tesis se organiza en diferentes capítulos, el primer capítulo abordaremos el marco teórico de nuestra intervención pre profesional, el segundo capítulo tiene como eje la caracterización de la organización , el territorio y las mujeres de Villa Quilino, mientras que el tercer capítulo desarrollaremos nuestro campo de intervención, por último y cuarto capítulo se basará en las reflexiones finales de los aciertos y desaciertos construidos a lo largo de este proceso.

Capítulo I

Mujeres y ruralidad.



“Soy mujer. Y un entrañable calor me abriga cuando el mundo me golpea. Es el calor de las otras mujeres, de aquellas que hicieron de la vida este rincón sensible, luchador, de piel suave y corazón guerrero”

Alejandra Pizarnik.

Desde donde nombramos y sentimos a las mujeres.

Para comenzar con el desarrollo de reconstruir nuestro proceso de intervención, nos resulta fundamental explicitar el posicionamiento teórico, ético-político e ideológico que construimos para este abordaje profesional. A partir de este posicionamiento, nos dispusimos a reflexionar, analizar e interrogar nuestra práctica pre-profesional de finalización de la Licenciatura en Trabajo Social.

Nuestro proceso estuvo guiado por la necesidad de conocer, identificar y promover la participación de las mujeres de Villa Quilino en los espacios comunitarios. Y en este caso, en la **Organización de Campesinos Unidos del Norte de Córdoba** (en adelante OCUNC) de la comunidad Villa Quilino de la Provincia de Córdoba.

Para ello, nos posicionamos desde un paradigma de derechos, siendo las mujeres sujetas de derechos. Específicamente, abordamos las problemáticas y las necesidades que atraviesan que en la mayoría de los casos constituyen problemas de subordinación de género. A través de nuestro análisis, pudimos problematizar y poner en tensión lo antes mencionado. A saber:

En primer lugar, queremos aclarar que la concepción de mujeres se enuncia en plural por una decisión política que busca poner en relieve la heterogeneidad que esta categoría expresa. Hablaremos de mujeres como categoría política que representa una diversidad configurada por distintas posiciones, experiencias de vidas e intereses; y, al mismo tiempo, comparte una estructura estructurante de *habitus* propios del mundo capitalista y patriarcal que conocemos hoy.

En segundo lugar, diremos que al utilizar el término mujeres, reconocemos la disputa que se produce de acuerdo a las expresiones que adquiere, puesto que se utiliza de modos dispares, en función de los intereses que posean sus enunciadores.

En este marco, y para dar cuenta de tal tensión, ponemos en cuestión el lugar históricamente asignado a la mujer con el objetivo de visibilizar otras posiciones que existen sobre **qué es ser mujer**. En este sentido, nos posicionamos desde una retórica que recupere la categoría mujeres como lucha ancestral y política. Es decir, resignificamos el hecho de ser mujeres como aquella expresión del lenguaje que refiere al conjunto de identidades auto-percibidas, subordinadas a operatorias de violencias patriarcales que se inscriben sobre los cuerpos. En el mismo sentido son aquel conjunto de subjetividades

que a través de mecanismos sutiles, cotidianos y colectivos sostienen un interminable e ininterrumpido entramado de resistencias frente a esas violencias.

Y por último nos propusimos mirar estas mujeres desde el territorio donde éstas se insertan, el campo. Siendo ellas mujeres campesinas del norte de Córdoba. Para ello retomamos a Bainotti.A y Gamboa (2020):

“(…) De la mano de los feminismos se incorpora la noción de territorialidad del cuerpo de las mujeres, cuerpo como territorio político. En este sentido, con el avance de la agroindustria, las feminidades campesinas-indígenas son victimizadas nuevamente. Se agudizan situaciones de violencia intra domésticas, las decisiones económicas y políticas se asientan en los varones intensificando los pactos de masculinidad entre varones de las comunidades y el sector empresario. Se desvaloriza el trabajo doméstico y predial sobrecargando a las mujeres. Se producen cambios en las lógicas familiares y comunitarias, introduciendo el consumo como fetiche. Asimismo, son las mujeres las que están pariendo cotidiana y generacionalmente las prácticas culturales ancestrales, es en la esfera doméstica donde se cocina el antagonismo entre opresión y resistencia” .(Pág. 95)

Estas mujeres serán aquellas protagonistas de nuestro trabajo.

El mujerío: Acerca de la perspectiva de género.

En este apartado, analizamos las construcciones sociales de las mujeres de Quilino y Villa Quilino con las que desarrollamos nuestra práctica pre profesionales, quienes residen en un medio que presenta características rurales y urbanas; considerándolos como centros escasamente poblados con menos de 2000 habitantes y que sin tener la categoría de ciudad o pueblo, cuentan con servicios públicos o municipales suficientes para darles funcionalmente algunas características urbanas, sin embargo las características económicas sociales y culturales son en torno a la ruralidad.

La economía está dada fuertemente por la producción animal y forestal. Se da una clara división sexual del trabajo, los hombres son los que se dedican a la producción de leña y carbón o venden su fuerza de trabajo como peones golondrinas de producciones empresariales en busca de ingresos, son changarines o cuentan con algún oficio. Mientras que las mujeres son las sostenedoras de la producción familiar, la reproducción cotidiana y la crianza de los hijos/as, las tareas domésticas y la producción animal como lechones, pollos que consolidan el autoabastecimiento de la alimentación cotidiana de la familia y

la economía familiar. Son ellas quienes le dan sentido de la vida campesina, las poseedoras de la sabiduría ancestral, del cuidado y reproducción del monte nativo, para la producción de alimentos como dulces caseros, además de pan, tortilla y tipos de embutidos, otra de las producciones que realizan es la artesanal con diferentes recursos de la región. Y en lo laboral por fuera de su casa sigue haciendo tareas de limpieza y cuidado.

Las mujeres de esta comunidad están atravesadas por situaciones de vulnerabilidad en cuanto al género tales como la imposibilidad de tener un trabajo por fuera- del hogar que no sea que “le asigna por ser mujer, a acceder a la educación obligatoria y/o superior, ejercer el derecho real a la salud, incorporarse a la participación política, de acceder a una vivienda digna y vivir una vida libre de violencias.

Frente a estas situaciones de vulnerabilidad consideramos a las mujeres como sujetas de derechos, como actores socio-políticas en la toma de decisiones, aun sabiendo que en este contexto, el varón es considerado el modelo de sujeto de derechos y de la política, siendo estos quienes participan en actividades relacionadas a lo público.

Para analizar esta situación, sumamos los aportes de Staff Wilson -Mariblanca (2017) quien define al género como el “(...) término que denomina la construcción social de las identidades diferenciadas de mujeres y hombres” (Pag,5)

Otro de los aportes que para comprender la noción de género es lo desarrollado por Susana Gamba:

“(...) quien refiere “tomando a la “perspectiva de género”, en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, capacitación o desarrollo de políticas o programas, implica: a) reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorio para las mujeres (...) b) que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas (...) c) que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.” (Gamba, 2008:27)

Queda dilucidada la discriminación que se tiene para las mujeres sobre la inserción en la sociedad, la adquisición de trabajos formales y la falta de reconocimiento de sus derechos y necesidades.

En el contexto territorial de nuestro trabajo - población de Villa Quilino y Quilino - los derechos y las necesidades de las mujeres no son un tema de problematización. Es

decir que hay una escasa voluntad política de ser entendidos como necesidades sociales para que el Municipio las contemple en su agenda política. A lo largo de nuestras prácticas, dilucidamos que los roles de hombres y mujeres están condicionados por el género. Por ende, y de acuerdo con una visión heteronormativa, no se contemplan los proyectos de vida de las mujeres; al contrario, se reproducen los roles femeninos vinculados a las tareas domésticas. Al contrario, el rol de los hombres se vincula con el lugar de lo público y de ser proveedor económico del hogar porque trabajan por fuera del hogar. Esta división de tareas de acuerdo con el género no es cuestionada desde la estructura familiar; por el contrario, son aceptadas como parte de los mandatos sociales que se deben cumplir. Sumado a ello la pobreza, el hacinamiento, el bajo nivel de escolarización y la deficiente atención médica hacen de la situación de las mujeres del norte cordobés una cuestión de vulnerabilidad de derechos. Consideramos que el hecho de que la responsabilidad exclusiva del trabajo doméstico recaiga en las mujeres es un factor que limita las oportunidades de participación social y política.

Lo anterior se refuerza con el aporte de Domínguez (2014):

En este sentido, el enfoque de género propone la construcción de una visión acerca de las relaciones sociales de género en términos de relaciones desiguales de poder, las cuales se han ido y se van construyendo en sociedades concretas y momentos históricos precisos. Estas miradas contribuyen al reconocimiento de asimetrías de géneros presentes en los diferentes espacios sociales, sacándolas del ámbito privado –desprivatizándolas- y situándose en el espacio de lo público, es decir politizándolas. (...) Perspectiva que considera la capacidad de “agencia” de los sujetos/agentes sociales tanto en la producción como en la re-creación de sus prácticas (de acuerdo a los contextos y relaciones existentes entre lo opresivo y lo emancipatorio) y no como un sujeto determinado y mero reproductor de lo dado”. (Domínguez, 2014: 27).

Construyendo el feminismo popular.

A lo largo de la intervención, se requirió un análisis constante que permitiera entender las particularidades del contexto. Una de las características fundamentales fue el interactuar con las mujeres, conocer sus historias de vida, sus representaciones sociales en torno a distintas problemáticas, sus necesidades y sus modos de vida, por lo que nos ayudó a observar que no tenían un posicionamiento desde lo que plantea el feminismo en sus concepciones teóricas, pero que sus prácticas cotidianas sin que ellas lo pudieran

identificar y/o reconocer tenían varios aspectos del feminismo popular. Consideramos mirar al feminismo desde el concepto de intersectorialidad.

Retomando a Walby y Armstrong (2012)” propusimos una estrategia de intervención y de análisis en torno a las múltiples inequidades sociales que general la exclusión, de esta manera la formas que adquiere la dominación patriarcal, colonial y capitalista en cada colectivo y subjetividad modifica las posibles bitácoras de trabajo con ellas” (Pág. 94)

Comprendiendo que las mujeres tienen distintas pertenencias y que ello va configurando su inclusión, en este caso las mujeres de villa Quilino poseen otras características que las mujeres de otros sectores como los urbanos, entendiendo que no es lo mismo ser mujer en Villa Quilino y ser mujer en Córdoba capital, estas diferencias son las configuran las luchas de manera diversa.

Por ello es que tomamos a Martínez.Guerra y Martínez.C (2020) el concepto de interseccionalidad “ha de permitir eslabonar escenarios de comprensión que posibiliten desde el Trabajo Social las hojas de ruta necesarias para construir las acciones de intervención pertinentes que ayuden a que la vida no se termine en primavera. De hecho, el concepto de interseccionalidad será relevante como cuerpo teórico para descubrir y resignificar todo lo oculto que hay tras los hechos violentos que han circundado en los territorios durante siglos de dominaciones múltiples que impactan en los cuerpos de las mujeres de manera particular” (pág. 102)

En la intervención posicionarnos desde este enfoque aportó a la riqueza y a la complejidad del análisis de los problemas sociales siendo necesaria su incorporación en los procesos de intervención social. Es decir, nos permitió crear otras maneras de abordar y construir los vínculos, mirar las necesidades y a partir de esta construcción poner en tensión el contexto actual, haciendo una lectura de los tipos de violencia e injusticias, reflexiones críticas de nuestras miradas y prácticas problematizando las estructuras patriarcales, capitalistas, heteronormativa y coloniales que producen y reproducen desigualdades que nos oprimen, solo por el hecho de ser mujeres.

Todo esto contribuye al autoconocimiento de sus luchas cotidianas, la importancia que tienen las estrategias de supervivencia que desarrollan en sus unidades domésticas y en los espacios colectivos.

En este horizonte, retomamos algunos fragmentos realizados por Korol y Castro (2016) en su obra “Feminismos populares, pedagogías y políticas”:

La coyuntura que atraviesa nuestro territorio continente nos obliga a repensar a los feminismos populares en clave de resistencia, de intensa rebeldía, de ampliación de modos de auto organizarse y de encontrarnos con otros. Feminismos populares, solidarios que al mismo tiempo que redoblan la apuesta de sobrevivir reinventando la vida que nos niegan, se enfrentan de diversos modos a las muchas violencias, a la del día a día en la casa, en la escuela, en el hospital, en la calle, a la represión del barrio o la comunidad, a la militarización de los territorios. (Korol y Castro, 2016:14)

En este proceso de intervención, consideramos importante los saberes populares porque cada una de las mujeres tiene en su trayectoria de vida un sinfín de saberes que han aprendido en este territorio. Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta en la intervención es poder saber sobre los intereses y motivaciones que ellas tenían sobre lo que se iba a desarrollar. La construcción de este proceso se vincula con la participación de todas las mujeres que, a través de la educación popular, se trabajó sobre las trayectorias de vida, las problemáticas que las atraviesan, las necesidades cotidianas y los modos de satisfacción. De esta manera, surge la necesidad de considerar a la salud de estas mujeres por medio de su propia voz y no a través de mediaciones profesionales.

Para profundizar sobre educación popular, retomamos a Korol y Castro (2016) en el apartado “La educación popular como creación colectiva de conocimiento”:

La creación colectiva de conocimientos es un modo de valorar los saberes acumulados por los pueblos en sus luchas, y de recuperarlos no como punto de llegada sino como punto de partida. Esto significa que lo más importante en nuestra lógica pedagógica es lo que no conocemos, los conocimientos que necesitamos crear o encontrar. Este punto de partida permite enfrentarse al dogmatismo de un mundo de certezas, que cree que las respuestas ya están dadas, y que solo se trata de aprenderlas para aplicarlas bien, método característico de la educación bancaria. También cuestiona el culto a los saberes ancestrales como saberes intocables e indiscutibles, desde una posición

conservadora que no se anima a criticarlos, como si en el ayer estuviera todo el conocimiento necesario. (Korol y Castro, 2016: 75-76)

Contexto Teórico-Territorial.

Para ilustrar a nuestro sujeto de intervención - organización Movimiento Campesino de Córdoba- es que necesitamos hablar sobre el contexto territorial. Trabajamos en el territorio del norte de Córdoba desde un abordaje comunitario.

Mirando a “lo comunitario” como un territorio, un espacio geográfico construido socialmente por personas. Es un espacio habitado, vivido y producido por relaciones sociales y configuraciones históricas. Además, es un determinado modo de vivir en ese espacio con otros donde existen identidades, vínculos y cultura común, donde somos parte de algo que nos identifica.

En este marco, nos preguntamos ¿Qué nos hace comunidad? Porque si bien el espacio físico-territorial no define a la misma, en muchas ocasiones actúa como un factor contribuyente, en ese sentido nos nuclea como tal.

Desde un abordaje comunitario nos propusimos pensar, problematizar y acompañar las diferentes demandas desde la participación, otorgando a este territorio el carácter de sujeto activo. En nuestra aproximación al territorio pudimos analizar que muy poco se había reflexionado sobre la importancia de un espacio de participación de mujeres, en el cual se pudieran expresar y escuchar su voz, también tener en cuenta la construcción de las necesidades y sus problemáticas. No se le habría dado sobre la importancia de crear un espacio de participación de mujeres, en el que la voz, la construcción de las necesidades y sus problemáticas fueran tenidas en cuenta en la comunidad

En este capítulo, en relación con lo desarrollado hasta aquí, utilizamos el concepto de territorialidad de Joan Pedro Stedile -referente del Movimiento Sin Tierra (Brasil): “Tierra no es solo para trabajar. Tierra es Territorio, donde uno reproduce su vida. La Tierra es cultura. Si tú no tienes tierra no tienen territorio, no tienes cultura; por lo tanto, no te reproduces como sujeto social. (Stedile, 2017). En este sentido, el territorio se construye en el espacio geográfico, compuesto tanto por objetos naturales (“ríos, sierras y monte nativo”) como por relaciones sociales. En esta construcción hay una

intencionalidad política que expresa actos de interpretación, creación y significación en los que está presente el poder, representando los intereses de las clases sociales.

Es por ello que retomamos a Mançano Fernández (2008) quien construye el concepto de multiterritorialidad:

La multidimensionalidad tiene en cuenta, las dimensiones económicas, sociales, culturales y políticas. A partir de la multiescalaridad se reconocen los diferentes tipos de territorios que definen las clases sociales y los espacios de gobernanza que determinan la Soberanía de los territorios, son definidos por órganos gubernamentales y agencias multilaterales. Estos organismos como estrategias de dominación, tienden a reconocer una sola territorialidad, anulando a otras y omitiendo las conflictividades existentes. (Fernández, 2008:132)

Por lo tanto, decimos que en nuestra intervención ha quedado dilucidado que el territorio es multidimensional, entendiendo que el territorio no solo define la ubicación de las clases sociales en el espacio geográfico, sino a la vez condiciona/posibilita la cotidianidad que enfrentan los sujetos en este territorio. Y en esta definición también los sujetos pueden modificar esas cotidianidades modificando el territorio que habitan.

Acerca de la salud: La salud como capacidad de lucha

Las mujeres deben tener garantizado el acceso a la salud para decidir sobre su cuerpo, acceder a la información, obtener autonomía y construir herramientas que sean modos de empoderamiento. Sin embargo, la deficiente atención médica y acceso a controles especiales, el aislamiento de centro urbano, además de la falta de acciones de prevención de las enfermedades, la promoción de la salud no son temas atendidos constantemente. Frente a esto observamos que son las mujeres quienes piensan y se ocupan de la salud de las familias, vecinos/as, quienes demandan mejores atenciones, quienes buscan recursos, soluciones y quienes tienen saberes ancestrales que les ayuda a poder sobrellevar diferentes situaciones y complicaciones en lo cotidiano de la comunidad. Es por eso que nuestra posición sobre la salud se acerca a la categoría de *campo de la salud* desde la perspectiva de Hugo Spinelli:

El muy utilizado concepto "sistema de salud" expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado (...). Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo. Es por ello que en este texto trabajaremos el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal, la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. (Hugo, 2010: 279)

La importancia de este análisis se presenta como una herramienta de diálogo entre la salud y la comunidad. Por ello, lo anterior nos llevó a discutir nuestro concepto de “salud y comunidad”. Es decir, asumir que la salud se vincula con la perspectiva de derechos humanos ligada a la historia de vida de las comunidades.

En este marco adoptamos el concepto de Ferrandini (2010) entendiendo a la salud como un proceso que está en constante tensión y conflicto para mejorar la calidad de vida de los sujetos, que a su vez está condicionada por las potencialidades, capacidades y limitaciones que evidencian las personas, familias y comunidades en el manejo de los recursos disponibles. La autora manifiesta a la salud como la capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas.

En esta línea, el Movimiento Campesino de Córdoba garantiza el derecho a la salud a pesar de las dificultades en los contextos de ruralidad. Por ello, recuperar la salud colectiva implica un análisis crítico del modelo multicausal que reside en su limitación para interpretar la salud como compleja. El problema es que los factores biológicos, mentales y sociales quedan asociados a factores de riesgo sin poder establecer jerarquizaciones en sus actuaciones en los procesos particulares. De acuerdo con el aporte de Silva Paim (2017) se define a la salud colectiva:

(...) como al proceso salud/enfermedad de manera superadora al causalismo, ya que refiere a la dimensión de lo social como determinante en tanto allí se concibe la producción y reproducción de la salud -en las dimensiones de lo general, lo particular y lo singular-. En sus palabras, este enfoque trata de incorporar la dimensión social e

histórica de los individuos en la colectividad, eso no significa dejar de lado la dimensión biológica de esos individuos como materia integrante de la naturaleza (Paim, 2017:156)

La autora cuestiona la idea del “complejo salud/enfermedad” como una escala gradualista para sostener que la salud es un proceso que incluye dimensiones sociales como el trabajo, la producción, la reproducción social y clases sociales. Desde este enfoque, las colectividades son quienes miran y construyen estrategias desde el nivel local. Se procura recuperar su pertenencia cultural y posiciones en las estructuras económicas, sociales, raciales y de género para resolver los problemas de salud. Estas prácticas son estrategias colectivas para mejorar la calidad de vida; sin olvidar que la salud es un campo en conflicto sobre distintas maneras de vivir y entender a la salud.

En este sentido, el Trabajo Social como disciplina tiene un lugar fundamental para comprender la salud/enfermedad como proceso social. Por tanto, puede aportar a la articulación en los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad con relación a la salud. Por ello, desde este enfoque de salud se propone un modelo de atención construido de manera colectiva desde el territorio, donde existen diversas concepciones de los procesos de salud/enfermedad.

Así, aparecen también otras corrientes de pensamiento con la misma matriz de sentido en lo que respecta a la determinación social y colectiva de la salud, como lo son la Epidemiología Crítica Latinoamericana, enunciada desde mediados de la década del '70. Uno de sus representantes es Breilh (2013) quien postuló que junto “con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública” (Breilh, 2013, 13).

De este modo, la salud colectiva -como corriente de pensamiento- surge para ampliar y problematizar la connotación hegemónica de la salud pública. Por ello, cuestiona el modelo dominante que prioriza una atención individualizada, institucionalizada y fragmentada. Por el contrario, el enfoque de salud colectiva implica construir nuevos sentidos a partir de las prácticas sociales. Por esto, es posible superar las miradas que entienden a las prácticas de salud como acciones verticalmente estatales y jerarquizar las iniciativas populares y colectivas. La Epidemiología Crítica Latinoamericana, propone una crítica al paradigma epidemiológico empírico-

funcionalista, teniendo como base la lucha contra el modelo de acumulación capitalista, patriarcal y colonial.

En este sentido, Paim (1992) refieren que el campo de la salud pública, no está estructurado sólo por las instituciones, disputando a la totalidad de la organización social, incluyendo las formas de organización del estado y los sistemas socio-culturales diversos. Incorporando las diversas miradas que tiene el estado sobre los problemas de salud en torno a repercusiones económicas, políticas, sociales realizando diversas percepciones o formas de entender a los problemas de salud que los van produciendo y reproduciendo socialmente y de manera territorializada.

Asumir a la salud colectiva como campo es considerar a las prácticas de salud junto a lo colectivo; donde el proceso salud/enfermedad adquiere significación diferenciada. En nuestro carácter de agentes externos, reconocimos estas situaciones de injusticia y vulnerabilidad, para luego participar generando movimiento en lo local, porque consideramos que estas cuestiones no son individuales, las mismas trascienden y se vuelven parte de una comunidad, haciéndose cuerpo, voz e interés colectivo para mejorarlas. Allí, las capacidades de las mujeres y sus vidas cotidianas juegan un papel fundamental en la salud y el bienestar del territorio.

La salud colectiva en palabras de Paim (1992):

(...) abarca también un conjunto articulado de prácticas técnicas ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones de salud y en las instituciones de investigación vinculadas a distintas corrientes de pensamiento resultantes de proyectos de reforma en el campo de la salud. (Paim, 1992,57)

Este enfoque está en permanente construcción para articular ideas, prácticas, saberes, organizaciones, instituciones y colectivos.

“Aquí se respira lucha”:

Acerca de las representaciones sociales y vida cotidiana

Es fundamental recuperar la noción de totalidad en la mirada de la historia; por ello entendemos que en los relatos de las mujeres se encuentran entrelazados aspectos subjetivos, historias en la comunidad y factores objetivos. Nuestra intervención estuvo enfocada en escuchar las historias individuales, familiares, colectivas y comunitarias. Por ello, nos posicionamos desde la concepción que tiene Maru León sobre la categoría de representaciones sociales y vida cotidiana (León, 2003). En sus propias palabras las representaciones sociales son como:

(...) teorías o formas de pensamientos de sentido común, socialmente elaborados y compartidos, que les permite a los individuos interpretar y entender su realidad y orientar y justificar el comportamiento de los grupos. Son construidas en los procesos de interacción y comunicación social, en las conversaciones de la vida diaria y al mismo tiempo guían y dan forma a esos procesos de intercambio y comunicación. (León, 2003, 369)

Esto se pudo llevar a cabo a través de una metodología de carácter cualitativo donde aplicamos diferentes técnicas como entrevistas en profundidad, observación participante. Además reflexionamos sobre los relatos de vida de las diferentes mujeres. Realizamos entrevistas a otros actores como al agente sanitario, médica, trabajadoras sociales y referentes del movimiento. Sumado a ello realizamos análisis de información secundaria tales como informes sobre la salud de las comunidades de Quilino, Villa Quilino, Campo La libertad.

En nuestro trabajo, las entrevistas tienen un eje principal: está relacionado a los datos de residencia y su ocupación que tenían que ver con las características objetivas. En cuanto a las representaciones sociales de salud que tienen las mujeres indagadas se puede apreciar la coexistencia de vivencias personales -como mitos, barreras en falta de acceso al sistema de salud- con situaciones de violencia familiar y género.

En palabras de una de ellas:

(...) yo lo hice para que no quede en la nada, porque había veces que las madres se callaban, no hacían nada, hay veces que han pasado lo mismo y desde entonces empieza a salir todo viste, ahora no se callan nada. (Claudia, comunicación personal, 2018)

En cuanto a lo que implica la vida cotidiana, retomamos a Reguillo (2000) quien nos plantea que:

Una manera de definirla es mediante una operación de oposición y al mismo tiempo de complementariedad: de un lado, lo cotidiano se constituye por aquellas prácticas, lógicas, espacios y temporalidades que garantizan la reproducción social por vía de la reiteración-,es el espacio de lo que una sociedad en particular, un grupo, una cultura considera como normal y lo natural; de otro lado, la Rutinización normalizada adquiere visibilidad para sus practicantes tanto en los periodos de excepción como cuando alguno algunos de los dispositivos que la hacen posible entran en crisis.(Reguillo, 2000,78)

La tertulia: repensando la participación y la cultura.

En el desarrollo del proceso de nuestra intervención se nos plantearon algunas dificultades, por lo que nos llevó a pensar que el espacio no estaba funcionando en relación a nuestro objetivo. A medida que profundizamos el conocimiento del espacio territorial es que descubrimos que a varias de las mujeres les atraían los momentos lúdicos.

Después de varios encuentros concluimos que el juego era una distracción para ellas, porque muchas mujeres nos comentaban que en su infancia y adolescencia no pudieron acceder a los momentos de recreación. Así, redefinimos nuestra estrategia para brindar un espacio de encuentro de mujeres, a partir de esto, nos posicionamos desde la participación -a través de la recreación y la cultura entendidas como derechos- para las mujeres de nuestra intervención.

La recreación ocupa un lugar importante en la vida de las mujeres, por ende, se construyen redes para abordar necesidades e intereses. Entonces se realizó un proceso indagatorio sobre el tiempo libre y el ocio de las mujeres que concurren a los espacios, con sus voces, sus iniciativas. Es que hicimos foco en los motivos, los gustos, los intereses que subyacían en la elección de las actividades de participación recreativas que las mujeres realizaban en la comunidad y cuales querían realizar debido a que debíamos

generar un espacio con los momentos de recreación en donde poder abordar las problemáticas.

Es por ello que entendemos al juego como una herramienta de intervención, una forma de participación, que nos permite problematizar y reflexionar en relación a una problemática o necesidad.

Ello se vincula con la noción de participación que se entiende como:

(...) Y participación es una herramienta de democracia, de “toma de la palabra” de las comunidades, como protagonistas de su salud traducidos en el hacer de la vida cotidiana. Se pretende abordar las relaciones entre vida cotidiana, salud, derechos, contexto social, así como también los niveles de participación, protagonismo e involucramiento por parte de las comunidades en las acciones relativas a las experiencias- (Tognoni, 2011,5)

En relación a la cultura, Villa Quilino es uno de los pueblos del norte donde las celebraciones tradicionales -procesiones, carnavales, festivales- son vividas por todo el pueblo. Además, estos encuentros, habilitan a ferias con artesanías creadas por las mujeres de la comunidad. Por ello, un aspecto de nuestra intervención fue revalorizar la identidad cultural de las mujeres que atraviesa la vida cotidiana y el quehacer popular.

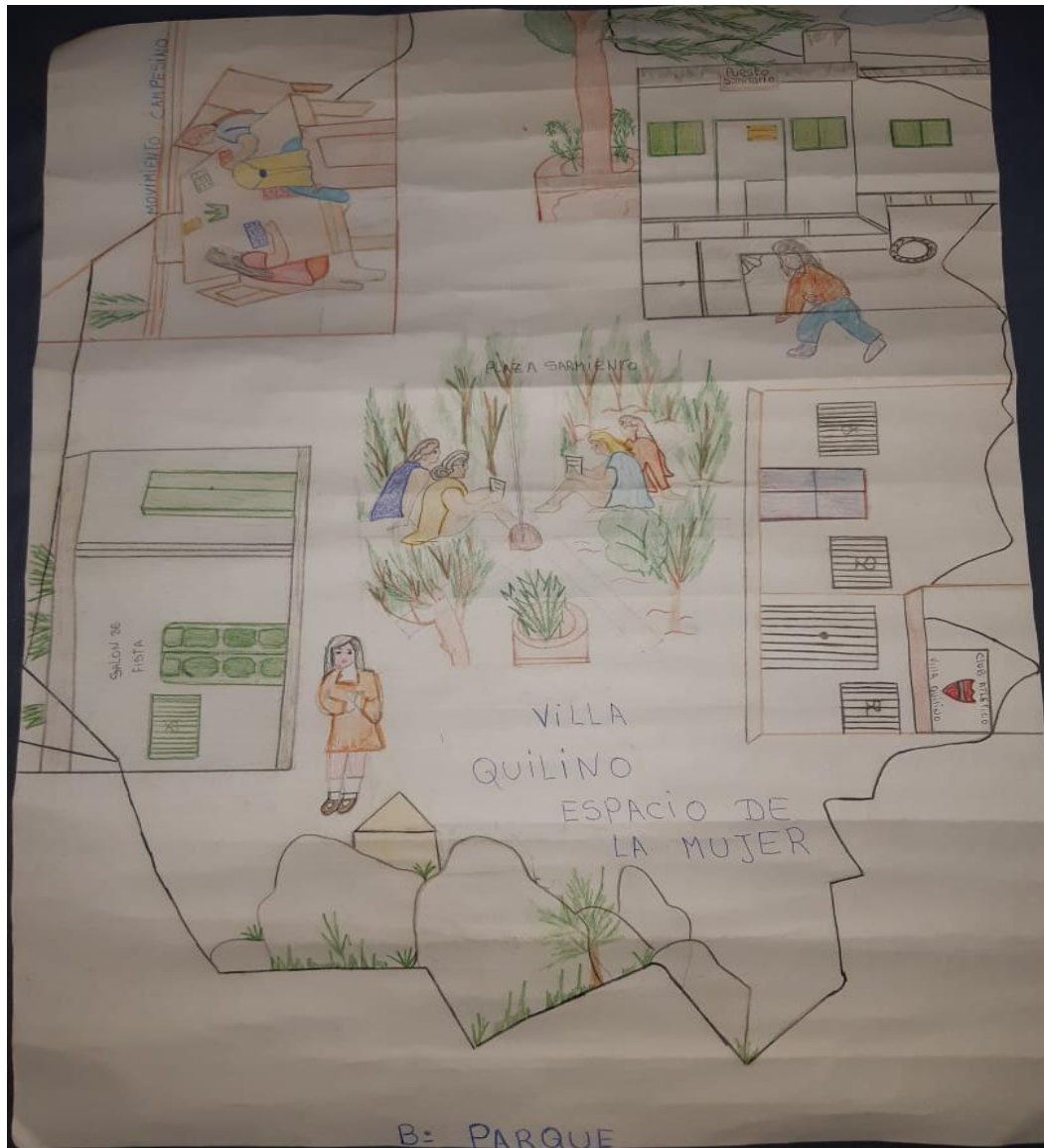
Villa Quilino tiene en sus calles un encanto especial, pero sin dudas el mayor atractivo que hace resonar su nombre en todo el país son sus cabritos. Tal es la excelencia que tiene esta carne de la zona que cada año se realiza una fiesta donde se reúnen pobladores y visitantes de toda la provincia a degustar el único y exquisito cabrito ensillado. La celebración también es propicia para exhibir las artesanías que producen las familias del lugar...además, un escenario por el que desfilan las máximas figuras del folclore argentino. (Altamirano, 2015, 142-143)

En este proceso comprendimos la significación que las mujeres tenían de sus actividades recreativas y culturales; donde podían ocupar un espacio de participación. Por ello, observamos que en este pueblo del norte de Córdoba se ha construido una identidad social desde sus tradiciones, gustos y saberes populares. Ello nos llevó a interpretar el arte y la creatividad desde una concepción política, es decir, como una herramienta de expresión, comunicación e intercambio. Las mujeres podían sentirse capaces y útiles como protagonistas de las actividades culturales. Es por eso que, en relación a lo cultural

de la Villa, pudimos denotar que son las mujeres las principales participantes en estos festejos. En sus relatos nos cuentan que ellas organizan y preparan las diferentes actividades festivas; entre las que se destacan la realización de comidas típicas, costura de trajes y realización de las carrozas. Las celebraciones/festividades ocupan un lugar significativo en lo cotidiano de estas mujeres.

Capítulo II

El escenario institucional



Cartografía feminista, realizada por mujeres de Villa Quilino en el proceso de intervención, año 2019.

Abriendo juego al campo de intervención.

En este capítulo desarrollaremos una breve reseña del espacio territorial e institucional del campo de la salud en el Movimiento Campesino de Córdoba. De acuerdo a las particulares del territorio, esta organización es un espacio donde se disputan y resuelven las necesidades de las mujeres. Por ello, nos introducimos en el contexto normativo como fundamental para toda intervención profesional, debido a que sostenemos que el rol del Estado tiene que cumplir con los niveles de obligación: respetar, promover, proteger y garantizar el bienestar y la reproducción social de toda la sociedad. Como futuros profesionales tenemos la responsabilidad de incentivar y acompañar - con diferentes acciones- a los y las sujetas en el ejercicio de sus derechos. Específicamente, se caracteriza a las mujeres desde las nociones de participación, identidad, problemáticas de salud, representaciones sociales y vida cotidiana.

En este sentido, hay que expresar que cada pueblo del norte de Córdoba preserva tradiciones y costumbres que perduran en la mayoría de sus habitantes. Quilino y Villa Quilino es uno de estos pueblos de raíces profundas y gente sencilla. Si bien en sus calles se respira la serenidad de otros tiempos, también se sienten los aires de progreso de una comunidad que crece y se desarrolla en su tierra ancestral.

“Del tiempo e Ñaupá”: Breve reseña histórica de Villa Quilino.

Recordemos que esta localidad fue parte de un amplio territorio habitado por poblaciones originarias -Quilinos- de donde deviene el nombre del poblado. Algunos investigadores indican que en la lengua originaria significa “Pueblo de la laguna”. Procedemos a hacer una breve introducción de cómo se llevó a cabo la fundación del pueblo:

Cuando llegaron los conquistadores al norte de Córdoba se encontraron con un pueblo muy desarrollado, rodeado de los mejores bosques y con un sistema de acequias para regar sus chacras y huertos, vivían los Quilinos, pueblo comechingón. En 1573 llegaron las tropas de Jerónimo Luis De Cabrera, las tierras se dividieron y entregaron a la merced. En los años sucesivos diversos fueron sus dueños hasta que el gobernador

Márquez de Sobremonte ordenó que allí se funde un pueblo. Con el pasar de los años se generó un asentamiento hasta que en 1877 que entregaron los títulos originales a la merced y se creó oficialmente Villa Quilino:

Es por ello que pasó a ser la encomienda más importante de la provincia de Córdoba, con epicentro en la actual localidad de Villa Quilino hasta la ciudad de Deán Funes. A mediados del siglo 17 el abuso, la explotación, la esclavitud eran moneda corriente, por esos días la disminución de la población nativa se debía a genocidios, epidemias extranjeras y las miserables condiciones de trabajo, toda la población originaria sin distinción de edad, ni sexo trabajaba forzada de sol a sol bajo el control del encomendero. Algunos historiadores cuentan que solo quedaron muy pocas mujeres y niños/as originarios/as a pesar de esta parte de la historia de dicho pueblo Cordobés en Villa Quilino las acequias siguen regando pequeños sembradíos, mandarinas, olivos, higos y tunas como también alimentado a las cabras lo que conlleva a los pobladores a mantener sus costumbres, siendo este un pueblo con una gran identidad cultural, popular pero también uno de los más empobrecidos a lo largo de la historia.(entrevista N°4, Diego trabajador de INTA: huerta comunitaria sede OCUNC)

Escenario territorial/institucional: “Quilino y La Villa”

Villa Quilino se encuentra ubicada a unos 3,2 km de Quilino y cuenta con una población total de 1252 personas. (569 son hombres y 576 son mujeres, con 78 niños/as) Diferenciándose de la localidad cabecera de la cual depende, Quilino, cuya población oscila entre los 6000 habitantes. Por ello, se puede observar la diferencia poblacional entre ambas localidades ya que Villa Quilino, no cuenta con todos los servicios prestados por el Municipio -por más que integra el Municipio de Quilino. En este sector geográfico, existe un clima benévolo con vertientes y manantiales que favorecen el desarrollo de una abundante vegetación.

En cuanto al servicio educativo, Villa Quilino cuenta con una guardería municipal y una escuela primaria a la que concurren 107 niños/as de entre 6 a 12 años. Por lo que podemos decir que, de los datos obtenidos, en total hay 185 niños y niñas en este pueblo. Los servicios que posee son de agua potable provisto por la localidad de Quilino, alumbrado público -sólo en algunos sectores- y recolección de basura. Además, hay un club de fútbol Club Villa Quilino, donde funciona un buffet que sirve para actividades de recreación de los lugareños.

En cuanto al servicio de salud se organiza a través del hospital municipal y postas sanitarias que están distribuidas en Villa Quilino - Los Cadillos, Las Chacras, El Bañado, La Libertad/San Antonio de la Costa y Barrio San Martín - que son de jurisdicción municipal gestionados por el programa SUMAR. Este programa nacional ofrece financiamiento a cambio de prestaciones preestablecidas que brinda el centro a la comunidad. Recibe medicamentos del programa CUS medicamentos (ex remediar). De cualquier manera, el hospital de referencia está ubicado en la Ciudad de Deán Funes – Hospital Dr. Ernesto Romagosa- de jurisdicción provincial a donde se derivan las consultas urgentes. El Ministerio de Salud de la Provincia ejecuta los programas nacionales mencionados en los Centros de primer nivel de atención -como el caso de Quilino- que están desfinanciados por la descentralización que sufrió el sistema de salud en la Provincia de Córdoba en los años 90.

En términos históricos, el Hospital Villa Quilino fue creado en 1955 y era considerado dispensario porque solo atendía primeros auxilios con un médico y una enfermera. En la actualidad posee varias especialidades médicas como Pediatría, Psicología, Oftalmología, Ginecología, Ecografía, Cardiología, Laboratorio, Radiología, Odontología y Fisioterapia. Dispone de servicios como vacunación, entrega de leche, control de niño sano, entrega de medicamentos y anticonceptivos, "plan nacer", "programa remediar", etc. Para completar la descripción del servicio de salud, hay que mencionar que existen consultorios privados de varias especialidades. Las mujeres entrevistadas expresaron que son utilizados para resolver aquellas consultas que el Hospital no brinda. El problema radica en que estos consultorios requieren el pago por el servicio o una obra social, situación a la que no todos los pobladores tienen acceso.

En Villa Quilino existe un puesto sanitario en el que trabaja un agente sanitario a cargo de la atención primaria de la salud. Sus tareas se desarrollan dentro y fuera del

puesto sanitario ya que realiza visitas domiciliarias. En cuanto a la asistencia médica se lleva a cabo una vez por semana.

Para analizar toda esta descripción, usamos el aporte de Ase y Buriyovich (2009):

Una de las principales particularidades es la proximidad de la salud pública con los territorios, como la APS, que ha sido concebida como estrategia de primer nivel de contacto, entre los individuos, familias y comunidades con el sistema nacional de la salud, acercándose lo más próximo posible la atención sanitaria esencial, lo cual debe fundarse en el método científico y tecnológico socialmente aceptables y ser accesible universalmente a través de una participación plena y a costos, que estén al alcance de la nación y la comunidad. Ahora bien, el pasaje de la formulación teórica-ideológica a la implementación política de la estrategia de APS no ha sido sencillo. Por el contrario, en términos generales, la APS pasó a ser una tensión selectiva mediante programas sanitarios compensatorios o de emergencia destinados a los llamados “grupos vulnerables” de la población. (Ase y Buriyovich, 2009:28)

A pesar de esto, son grandes los factores que impactan en la atención de las mujeres porque el sistema de salud local responde directamente al sistema de salud provincial. Aquí, solo se trabaja desde la demanda y no desde la problemática. La atención se caracteriza como cerrada y burocrática, es decir, que no se dimensiona las necesidades cotidianas de las mujeres que asisten a ella. Frente a ello, nuestra propuesta de intervención se focalizó en aquello que necesitaban estas mujeres. Y sostenemos que desde la promoción de la salud hay que focalizarse en las mujeres como las principales responsables del cuidado y de la autonomía del cuerpo.

Poder popular: Movimiento Campesino de Córdoba- “La Ocunc”

Desde el Trabajo Social caracterizamos al sujeto de nuestra intervención como “un sujeto de necesidades”. Pero, desde nuestro posicionamiento ético, consideramos que

todo sujetos/as tienen capacidades y potencialidades para ser protagonistas activos en resolver las problemáticas que las/os atraviesan. Sostenemos que son sujetos que tienen historia, trayectorias de vida que lo van definiendo, pero también permitiendo nuevos aprendizajes y modificaciones. Los sujetos de intervención se encuentran insertos en una estructura social e histórica que produce impacto en la vida cotidiana, las dimensiones familiares, las estrategias de reproducción y de resistencia.

Por ello, Gamboa (2011) afirma que:

Y en este caso un ejemplo de estas resistencias es la experiencia de las comunidades campesinas; quienes a través de la recuperación de experiencias organizativas de base comunitaria y la formulación de proyectos sociales que dieran cauce a sus reclamos y luchas, vieron germinar un nuevo actor social: El Movimiento Campesino de Córdoba, (MCC), conformado por varias organizaciones campesinas del Norte y del Noreste de la Provincia. Un hilo común articula a todas estas organizaciones; las formas solidarias y democráticas de organizar el trabajo, y la creencia y la asociatividad, la cooperación, el compromiso, y la solidaridad son necesarias para dar solución a los problemas de trabajo, para lograr la posesión de las tierras, para acceder a la salud y para que la vida en el campo sea digna. (Gamboa, 2011:30)

En términos históricos, la organización surgió en el país a fines de la década del 90' luego de las crisis sociales producidas en Argentina en aquellos años. Por tal razón, su objetivo es revalorizar la vida campesina y defender los derechos de las clases minoritarias. Este objetivo se vincula con una realidad actual de la Provincia de Córdoba que es el avance de la frontera agropecuaria. Principalmente, por la rentabilidad del agronegocio que se acaparan nuevos territorios en zonas que no forman parte de la agricultura extensiva. Para ello recurren al desmonte, desalojos y extorsiones a familias campesinas. Como respuesta a estos avances, se construyen organizaciones de base comunitaria para resistir la imposición de este modelo.

Para describir el proceso más reciente del desarrollo de este sujeto colectivo retomamos un texto de (Gamboa, 2003) donde afirma que La primera organización surge en el año 1999 en la zona de Serrezuela, APENOC (Asociación de Productores del Noroeste de Córdoba); en el año 2000, en las comunidades de la costa de la Salinas de Ambargasta la OCUNC (Organizaciones Campesinas Unidas del Norte de Córdoba), con su central funcionando en Villa Quilino. La región de Traslasierra se organiza bajo el nombre de UCATRAS (Unión Campesina de Traslasierra), con su central en Villa las Rosas. Por su parte, en la región del Noreste, en el año 2001, se conforma la UCAN (Unión Campesina del Norte de Córdoba) con su central en la localidad de Sebastián Elcano. A la par de estos procesos de formación de organizaciones territoriales se llevan a cabo experiencias relacionadas a los espacios rururbanos vinculando el trabajo territorial de los parajes campesinos con el de los barrios ubicados en pueblos y ciudades del interior. De ese proceso surgen núcleos de base en Serrezuela, Las Peñas y la experiencia de la OTRABU (Organización de Trabajadores Barriales Unidos). (...) Se suman comunidades organizadas en las zonas de riego del Departamento Cruz del Eje dándole vida al Zonal. Del mismo modo se conforma otra central en las sierras del departamento Minas, la UCOS (Unión Campesina del Oeste Serrano).

Para terminar debemos destacar nuestra participación en la última etapa de este proceso y recuperar lo acontecido en la última década, la estrategia urbana del Movimiento Campesino con la política “la vuelta al campo” la UTP (unión del trabajo popular) en Deán Funes y Cruz del Eje.

En ellas existe un frente de lucha para fortalecer las reivindicaciones del sector rural. A partir de su surgimiento, se conforma como un actor político con capacidad de enfrentar al agronegocio y negociar con el Estado. La sede o central de la organización se encuentra en Villa Quilino, denominándose Organización Campesinos Unidos del Norte de Córdoba (OCUNC), actualmente realizan actividades tales como huerta comunitaria, taller de pintura, talleres de producción de dulces y conservas (La soberanía alimentaria es bandera de los movimientos campesinos-indígenas) con niños, niñas, y mujeres.

En relación con el territorio, se caracteriza por la resistencia campesina en territorios codiciados por el agronegocio. Es por ello que su principal intervención es su trabajo en el campo comunitario “La Libertad” - a unos 50 kilómetros de la Localidad de

Quilino - en donde viven aproximadamente cincuenta familias que se encargan de resistir, luchar y organizarse para seguir viviendo en este territorio, uno de los modos de organización tiene que ver con la economía, que está fuertemente dada por la producción animal y forestal.

Por otro lado, dentro del mismo se encuentra funcionando un puesto sanitario, el mismo surge de la organización de las familias campesinas, que su funcionamiento y jurisdicción corresponde al Municipio de Quilino, con atención médica cada quince días. Cabe mencionar que, en el año 2010, con la incorporación de profesionales al Programa de Médicos Comunitarios, se conformó un equipo de salud junto con integrantes de los parajes del Movimiento Campesino de Córdoba. Esta acción contribuyó al diagnóstico comunitario de la situación de salud; siendo unos de los problemas claves la dificultad para acceder a los servicios sanitarios esenciales. Así mismo permitió la formación de promotores comunitarios en salud, en su mayoría mujeres encargadas de promover la salud en este territorio.

En el campo La Libertad se encuentran factores que dificultan el acceso a la salud por varias razones: el camino se encuentra en un estado crítico, la escasa red de comunicación, el aislamiento de la zona. Por ello, en estas comunidades se recupera la medicina tradicional a base de métodos naturales, intentando revalorizar la cultura campesina.

Frente a este escenario, la estrategia de la Organización ha sido formar promotores de salud que promuevan la autonomía reconociendo los saberes ancestrales. El Movimiento Campesino de Córdoba gestiona el Programa de Médicos Comunitarios, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, para trabajar en el territorio la Atención Primaria de Salud con la participación de agentes sanitarios de la comunidad. Además, el trabajo de la organización permite generar pensamiento crítico respecto de la realidad y promoviendo el diseño de estrategias para resolver necesidades y conflictos a corto y largo plazo.

Al respecto Gamboa (2003) afirma:

(...) somos movimiento porque estamos en permanente cambio y profundización. Buscamos la lógica que mueve el sentir de los pueblos de nuestro continente profundo. No nos obsesiona la velocidad porque somos hijos de un pensamiento ancestral que se sustenta en encontrar hilos conductores que nos conduzcan a un mundo diverso y justo.

Abrazamos un principio democrático para la toma de decisiones, apelando al consenso y la discusión colectiva. Nuestras calles polvorientas y de tierra suelta nos trasladan a la acción directa. Muchas veces tomamos el cemento para movilizarnos, marchar, cortar rutas, tomar edificios públicos, debatir al Estado. Y luego volvemos al campo para resistir en los territorios cortando alambres, armando carpas, rechazando al invasor. La acción directa es guía y señal para volver a la reflexión en el alero del rancho. La cultura es la memoria de los pueblos, nuestra lucha campesina es el símbolo de que otro país es posible y otro campo está gestándose desde la historia. Así estamos, así somos para ser lo que somos. (Gamboa, 2003:110).

Para finalizar este apartado consideramos importante reconocer varias luchas del movimiento tales como el acceso y derecho de propiedad de la tierra y el reconocimiento del campesino/campesina como sujeto productivo. Con esta lucha se fueron tejiendo redes dentro de las comunidades y las organizaciones quienes hicieron que se sostengan sus intervenciones tales como el acceso a la atención de salud y la educación; en aquellos lugares en cuales había ausencia. También construyeron herramientas para la capitalización de su producción poniendo foco en la comercialización, defendiendo la soberanía alimentaria como una forma de promover la justicia social.

Otra conquista fue la ocupación de espacios en donde los y las campesinas estaban invisibilizadas como los espacios de toma de decisiones, de discusión y disputa en las contiendas electorales. La incidencia del movimiento campesino en todo el territorio demuestra la importancia de estar organizados/as, siendo un actor clave para la lucha, el acceso y la garantía de estas políticas.

Dentro de la vía campesina las mujeres cumplen un papel crucial por lo que en el movimiento se defienden sus derechos y la igualdad de género. Propone repensar los modos patriarcales que se desarrollaban al interior del movimiento y de las familias. En este sentido hoy se disputan y se practican las nuevas formas con las que se quiere abordar y mirar las problemáticas.

Marco normativo: El Estado y las políticas públicas en tensión

Nuestro abordaje comunitario grupal desarrolla su intervención con las distintas mujeres de Villa Quilino. Nos posicionamos desde el paradigma de género, ya que es necesario indagar sobre los roles y estereotipos en la vida cotidiana de las mujeres. Por ello, es fundamental conocer el marco legislativo que contempla nuestro posicionamiento con respecto al género. En este capítulo, realizamos un análisis del funcionamiento, articulación y coordinación de los programas que forman parte de las leyes nacionales, provinciales y locales. Asimismo, marcamos algunos puntos en tensión que existen en la implementación de las leyes y las prácticas de las instituciones.

Por otro lado, entendemos a la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, mediante la implementación de políticas sanitarias o políticas de salud. En tanto derecho involucra la prevención, promoción y atención médica. En este sentido la relación del Estado/atención-salud varió a lo largo del tiempo. Estas ideas, en palabras de Rofman (2016):

Las políticas públicas de salud, han ido cobrando características particulares en un complejo y continuo proceso de transformación, con tensiones, continuidades y rupturas que inciden en el lugar que ocupa el estado en relación a la atención de las manifestaciones de la cuestión social. Estas modificaciones se traducen en las políticas en general, y en las maneras en las que se ha configurado la estructura del campo de salud en particular. (Rofman, 2016:89)

Las acciones estatales sobre la salud se pueden constituir en paradigmas, los cuales son formas institucionalizadas de categorías teóricas que, con el tiempo, se constituyen en el sentido común instalando formas de pensar de determinados aspectos sociales, como ejemplo la salud. En Argentina la asistencia de la salud es universal; sin embargo, el hecho de que existan las instituciones y los recursos humanos no asegura ni la equidad ni la accesibilidad a los servicios de salud. En este sentido, las discusiones teóricas actuales plantean la necesidad de garantizar que los ciudadanos puedan acceder a los diferentes servicios que aseguran sus derechos.

Por ello, lo que interesa resaltar es la discusión sobre la accesibilidad a los servicios de salud, ya que entendemos que hay que garantizar las condiciones materiales para que los ciudadanos accedan a los servicios de salud.

Engelman (2006) define cuatro tipos de barreras de acceso a la salud.

- Barreras geográficas: refieren a las dificultades para desplazarse a donde se encuentran los servicios de salud. Es decir, aquellos habitantes de parajes y localidades alejadas que, para llegar al hospital, deben transitar caminos en mal estado.
- Barreras organizacionales: son las “(...) normas y valores que tienen que ver con la rectoría, el financiamiento y el aseguramiento de los servicios” (Engelman, 2006, 224). Es decir, las características de las diferentes instituciones y organizaciones que se ocupan de la atención de la salud, sus posibilidades o imposibilidades financieras y materiales concretas afectan la calidad del servicio prestado y, en consecuencia, la accesibilidad disminuye.
- Barreras económicas: se refieren a la imposibilidad de acceder a determinados servicios tarifados o los medicamentos prescritos.
- Barreras culturales: es cuando el vínculo entre las personas y los servicios se obstaculiza por sus creencias culturales. En este sentido las barreras culturales aparecen cuando las prácticas de salud hegemónicas y socialmente aceptadas por la mayoría no son aceptadas por determinados sectores poblacionales y por lo tanto no es posible el acceso.

En concordancia con lo anterior, analizamos las legislaciones sobre el sector de la salud: la Ley N° 25.673 que refiere a la salud pública como:

“ Consideramos a la misma como la ley base y con esto poner en foco la importancia de la salud pública reivindicando y promoviendo un mejor acceso, para garantizar el derecho a la salud en territorios donde las complejidades y las distintas barreras aumentan con mayor relevancia, considerando que el estado el que debe garantizar la misma y por otro lado es que a partir de la misma en argentina se empezaron a desarrollar otras legislaciones que pusieron en tensión, en práctica otros programas los cuales no solo las mujeres pudieron acceder para la protección a la salud”

Esta ley propone la creación del **Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable** que marca un hito en la historia de la salud sexual de las mujeres y jóvenes. El debate legislativo en torno a esta ley comenzó en 1995 con la media sanción en la Cámara de Diputados. La sanción definitiva ocurrió en el 2002. Ello cambia el posicionamiento histórico pro natal de la misma, construyéndose en un derecho universal, con los objetivos de garantizar a toda la población, el acceso a la información, orientación,

métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. Esta ley contiene una fuerte perspectiva de género.

Continúa esta línea, la aprobación de la **Ley de Contracepción Quirúrgica (Ley N°26.130)** y la **Ley de Educación Sexual Integral (Ley N° 26.150)**. En el 2007 el Ministerio de Salud de la Nación distribuye la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) como método anticonceptivo en el programa médico obligatorio. En cuanto a esta ley y con relación a la población que nos ocupa, varias de las mujeres identifican dicho programa y han accedido por lo menos alguna vez a su atención.

Sin embargo, los médicos de Quilino administran estos métodos sin contemplar las necesidades de las mujeres y sus trayectorias en torno a la salud. Además, si lo analizamos desde una perspectiva de género, podemos decir que la salud sexual y reproductiva está a cargo solo de las mujeres, son las mismas que desarrollan estrategias para el cuidado de la reproducción, mientras que los hombres no contemplan ningún método, haciendo meramente responsable a las mujeres de los procesos de reproducción.

Una de ellas planteó: “Encima no sé si estoy embarazada, ya le pedí plata a mi marido para comprar un test porque tengo todos los síntomas, me descuide, nunca usamos nada, porque es caro comprar las pastillas” (Alicia, 2018). Además, la comunidad estuvo muy afectada por lo que le sucedió a una de ellas: el fallecimiento de su bebé ya sea por la negligencia, el desamparo, la falta de administración e información y complicaciones en las derivaciones, también la escasa atención médica en el momento previo al nacimiento del bebe.

El siguiente es un relato que nos permite dar cuenta de los mitos y desconocimientos sobre los cuidados en cuanto a la salud sexual y reproductiva. La joven relata: “Yo perdí un embarazo a los 15 años, lo perdí por tonta, jugaba con mi prima, saltaba y un día hice mala fuerza” (Patricia., 2018). De acuerdo a lo manifestado, observamos que la joven afronta la pérdida del embarazo como un suceso normal en su vida. Solo toma trascendencia al pasar los años cuando puede darse cuenta de lo que implicaba el embarazo. Así, identificó algunos factores en cuanto a la falta de información de métodos anticonceptivos y a la salud sexual y reproductiva. Estas historias de vida dan cuenta de las representaciones en torno al embarazo y la sexualidad en el campo de intervención.

Para completar lo dicho, reproducimos lo que las mujeres escribieron sobre que era la salud para ellas: “la salud es comprometerse a tener más atención en los hospitales”; “salud: es muy difícil hablar de bienestar en este pueblo”. Estas frases nos fueron guiando y/o direccionando para definir nuestro objetivo.

En este caso el programa de salud sexual y procreación responsable, se implementa sin tener en cuenta los mitos, tabúes o resistencias de la población. En cuanto los/las profesionales de la salud, no brindan información en torno a cómo cuidarse, protegerse, ni sobre el acceso a los derechos (no) reproductivos.

Dicho esto, es importante interrogarse ¿Quiénes diseñan los programas de salud? ¿Cómo inciden? ¿El territorio está preparado para dichos programas? ¿Se tiene en cuenta la voz de la decisión de las mujeres? ¿Se indaga sobre la trayectoria de la salud sexual de los sujetos?

En este sentido, observamos que el abordaje de la salud sexual y (no reproductiva) es concebido como un dispositivo biologicista, que restringe la libertad de decidir sobre sus propios cuerpos (autonomía sexual) de las mujeres y se centra en un modelo de atención individual. Solo se prioriza la prevención y la atención de las enfermedades, sin concebir trayectorias de vida. Entonces los programas “son bonitos, correctos” pero cuando “bajan” al territorio siguen una reproducción de prácticas históricamente dadas y una vez más, se vulnera el acceso a los derechos de la salud y en este caso a la salud sexual.

Revolución normativa

A continuación, una breve contextualización de las legislaciones en torno a la protección y garantía del acceso al derecho de la salud.

Comenzamos, por una parte, siguiendo los parámetros de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (Corte interamericana de derechos humanos) en el Art. nro. 10, donde se postula que toda persona tiene acceso a la salud siendo el Estado quien debe garantizarla.

- Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

- Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a- La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
- b- La extensión de los beneficios sociales de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
- c- La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.

Además, el lugar que ocupa la mujer bajo el sistema patriarcal tanto en ámbito público como privado, es que consideramos seguir los parámetros de la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW) que en el art. nro.13. Establece:

Los Estados partes adoptan todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Las leyes que mencionamos irrumpen en el campo de la salud, produciendo cambios significativos para el abordaje de los problemas de salud desde una posición integral y con perspectiva de género y esto no es menor porque consideramos que las problemáticas sociales complejas y los problemas de salud no pueden ser resueltos a través de respuestas típicas, tradicionales de las instituciones se requiere de respuestas acordes al interior de las comunidades, con respecto a los derechos humanos de las mujeres y con la perspectiva de género.

En esta misma línea, los objetivos de la **Ley N°26.485 de Protección Integral de las Mujeres** establece:

(...) que fue sancionada en la Argentina y que es respaldada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), retomar dicha ley pone

en manifiesto lo dilucidado en los meses trabajados con las diferentes mujeres, en el que varias de ellas pudieron contar situaciones personales y de mujeres conocidas que vivieron algún tipo de violencia y que debido a esto ellas necesitaban poder proteger o tener algún tipo de ayuda.

En el proceso de la intervención, trabajamos otras problemáticas que influyen en la salud de las mujeres como es violencia de género. En uno de los relatos, una de las mujeres nos manifestó:

(...) menos mal que vinieron, estoy con muchos problemas, me siento angustiada” (...) “mi marido hace un tiempo se quedó sin trabajo y está en la casa nomás yo le dije que quiero que termine nuestra casa, que le haga el techo para que ya nos podamos ir porque en la casa de los parientes de él no es vida. Él está ahí y me trata mal nada que ver a como es conmigo cuando estamos en otro lado (...) yo le di el último aviso que si él no se mueve yo me voy a separar y no quiero que mi hija se enoje con él, porque apenas sepa lo que él me hace no lo habla más. (Sandra, comunicación personal, 2018)

Estas manifestaciones son las que direccionaron nuestros intereses como futuras trabajadoras sociales. Por eso, en el diseño sobre el contenido de las actividades propuestas, giraron en torno a la visibilidad, reflexión y problematización de estas situaciones de violencia.

Es por eso que nos parece importante remarcar cómo las leyes se tensionan con las prácticas de las mujeres en el proceso de intervención. Esto se desprende de aquellos aspectos que se fueron problematizando en los espacios de taller donde se llevaron a cabo jornadas de promoción de la salud y prevención de la violencia. Una de las leyes abordadas en estos talleres es la ley de Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud (Ley N. 26.529). Esta ley fue una de la más importante con la que trabajamos debido a su contenido donde se establece el secreto profesional. Justamente, es uno de los aspectos en el que las mujeres manifestaron que no es respetado en el Hospital de la zona. En palabras de una de ellas: “(...) no podés ir al hospital porque cuentan todo” (Jimena, comunicación personal, 2018).

A partir de estas verbalizaciones, como otras manifestaciones, observamos cómo se desarrollan algunas prácticas de médico-administrativo, en donde se daban diferentes situaciones de conflicto, malestar y resistencia. Esto generaba un obstáculo a la hora de asistir al hospital local porque las pacientes tenían falta de confianza con los respectivos médicos. Por eso tomamos la decisión de trabajar dicha ley para que se pudiese conocer y comprender sobre sus derechos.

Existen actores de la sociedad civil, los movimientos sociales y las organizaciones que a lo largo de la historia han intentado poner diferentes problemáticas y necesidades de la mujer en lo público. Éstas son el Movimiento de Mujeres quienes hicieron visibles algunas necesidades como la anticoncepción, la salud sexual y (no) reproductiva. Además, pusieron en tensión al Estado y la sociedad con relación al tema de la salud de las mujeres. Con esto queremos destacar cómo el feminismo viene marcando la agenda política frente a una iglesia, quien impuso históricamente su poder y sus creencias con respecto a nuestro cuerpo y a la salud pública.

En conclusión, consideramos que cuando en la sociedad civil y en las instituciones exista la igualdad de derechos y de oportunidades en las leyes y en sus prácticas, el derecho será la herramienta e instrumento de justicia para las mujeres. Si bien existen reglamentaciones y programas que debieran garantizar la accesibilidad a diferentes sectores hay que avanzar en la eliminación de estas barreras para el acceso a la salud sexual de las mujeres.

“Comunes y Silvestres”: Caracterización de las sujetas de intervención: las mujeres y la construcción de necesidades.

En el proceso de inserción al territorio pudimos compartir y acercarnos a algunas de las mujeres, con algunas generamos un vínculo cercano y con otras mantuvimos encuentros y charlas esporádicas. Esto nos permitió conocer las condiciones objetivas y subjetivas de algunas de las mujeres, que se reconstruyen a continuación:

Las mujeres con las que desarrollamos nuestra estrategia de intervención son mujeres residentes de la comunidad de Villa Quilino, esta localización geográfica se encuentra en las periferias urbanas por lo que se dificulta el acceso a bienes y servicios.

Trabajamos con mujeres de diferentes edades que conforman distintas unidades domésticas. Muchas de ellas tienen hijos e hijas pequeños/as por lo que se les imposibilitaba asistir los encuentros que desarrollamos, porque no tenían quien las reemplace en las tareas de cuidado.

Con respecto a la trayectoria familiar-relacional, un aspecto principal que comparten las mujeres, es que algunas de ellas provienen de familias numerosas. Algunas son madres, han estado casadas, en pareja o conviviendo; reiteramos esto ya que con las mujeres que intervenimos eran de un gran tejido familiar. Por ello, las relaciones que ellas han establecido estuvieron marcadas por la experimentación de obstáculos en el acceso a la salud, enfermedades crónicas, sentimientos de pérdidas, violencia de género y violencias institucionales. Todos estos factores influyeron negativamente en su subjetividad y su vida cotidiana. Sus cuerpos aparecen vinculados con la reproducción porque la madre está ligada a los hijos/as y dedicada a actividades orientadas a su cuidado. Distintos de los varones que habitan el nivel de las relaciones intrafamiliares.

Para describir algunas características de estas mujeres, distinguimos el proceso de reconocimiento de las necesidades.

Empezaremos por el nivel educativo alcanzado donde identificamos que la mayoría tiene bajos niveles de escolaridad porque solo terminaron el primario. Las mujeres adultas de la comunidad nos relataron que era muy difícil estudiar en esos tiempos porque vivían alejadas del centro educativo, tenían que caminar muchos kilómetros por el monte para llegar a la escuela y sus padres no podían sostener los estudios. En la actualidad los hijos y las hijas de estas mujeres están realizando la escuela primaria local y la secundaria en Quilino con algunas dificultades para la permanencia, debido a que esta última tiene grandes complejidades en el sistema, ya que tiene un tinte privado y no público. En el discurso de las mujeres adultas notamos que la falta de continuidad en la formación a futuro no es problematizada, muchas de ellas lograron sobrevivir sin estudios, pero si conciben la importancia de la educación.

Algunos de sus relatos en torno a la educación fueron: “Educación: un gran paso para cada niño y también para la familia, el compartir la educación el trabajo mutuo (...) mi educación fue hermosa, maestras ejemplares, hice primaria completa ¡qué hermoso recuerdo!” (Mujer, comunicación personal, 2018)

Por otro lado, relataron que no pudieron realizar la escuela secundaria por la distancia en la que había desde el campo hasta dicha escuela, todos terminaron la primaria “Por lo menos todos han terminado la primaria, no se ha podido más, ahora tienen toda la facilidad en el sentido que hay ayuda y ninguno quiere estudiar” (Perla, 2018).

Claramente esta mujer compara su época con la de sus hijos/as, pero encontraría limitaciones en advertir que el sistema educativo en Quilino no es inclusivo. Esta problematización si está presente en las generaciones más jóvenes que tampoco pudieron terminar por cuestiones excluyentes de la institución educativa.

Otras de las mujeres, en este caso una joven, nos cuenta que no pudo seguir con sus estudios pero que quiere terminar. En sus palabras: “En realidad termine, pero tengo materias previas, el año que viene quiero terminar para estudiar asistente social, acá las secundarias te sacan por todo y cuesta ir por la situación económica.” (Romina, comunicación personal, 2018)

En torno a las necesidades y recursos económicos o ingresos, la mayoría de las mujeres no trabaja por fuera del hogar, pero sus parejas si tienen una vida laboral activa. Por ende, podemos observar cómo se reproduce la división sexual del trabajo, asignado socialmente a las personas según su sexo. A las mujeres el espacio reproductivo ligado al ámbito doméstico y a los hombres el espacio productivo ligado a la esfera pública. También observamos que algunas de las mujeres realizan estrategias de supervivencia a corto plazo, dirigidas a cubrir las necesidades básicas. Ejemplo de ello es la producción de dulces, cría de gallinas, venta de pan casero, ferias americanas, bingos, venta de productos y libros por catálogo.

Por otro lado, acceden a recursos económicos o ingreso a través de transferencias formales que brinda el Estado como la Asignación Universal por Hijo (la AUH el 99% la administran las mujeres), pensiones no contributivas, madre de 7 hijos y jubilaciones de ama de casa. Además de algunos “programas” por parte del municipio local, en el cual muchas de ellas lo hacen limpiando la plaza y las calles de la comunidad, donde reciben una baja remuneración. Ellas se dedican a todas las tareas domésticas y de cuidado sea de niños/as o adultos mayores de la comunidad de la Villa.

Esta descripción y análisis de las trayectorias laborales de las mujeres, está relacionada con el concepto de economía del cuidado, entendido como lo plantea la autora Corina Rodríguez (2005):

(...) un espacio indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas. (Rodríguez, 2005:2)

Incluyen aquellas actividades como la crianza de los niños/as, las tareas de cocina y limpieza, el cuidado de enfermos y ancianos que, cotidianamente, las mujeres han realizado en sus hogares. Dichas actividades no son visualizadas ni percibidas como un trabajo ya que no es remunerado y porque socialmente son consideradas tareas inherentes a las mujeres. La mayoría de las actividades laborales de las mujeres se desarrollan en el ámbito informal, obteniendo una remuneración económica baja sin acceso a beneficios sociales (aportes previsionales, vacaciones pagas y acceso a obras sociales) debido a la precarización laboral por parte del municipio.

Haciendo hincapié en lo que plantean los autores en el informe que realizó la editorial de Derechos humanos “Mujeres rurales”: “El trabajo informal lleva a la falta de derecho de la seguridad social, obra social y su trabajo doméstico, lleva a no tener aportes” (Informe SOMBRAS, 2018). Existe una dependencia económica que tiene la mujer en relación al varón, del cual difícilmente pueden sustraerse. Esta situación se agrava por acontecimientos de maltrato - como sometimiento en las decisiones de sus parejas sobre la crianza de los hijos, distribución de tareas en el hogar, en la incorporación al mercado de trabajo – que son naturalizados por las sujetas.

A lo largo de nuestro trabajo, nos han relatado experiencias con respecto a las problemáticas surgidas en el acceso a la salud; sobre todo quienes no tienen acceso a una cobertura de obra social. Otro espacio extra doméstico de participación de las mujeres es en la cooperadora escolar de la escuela. Allí se realizan actividades y eventos para recaudar fondos para mejorar la institución a la que asisten sus hijos/as. Es decir que, en algunos casos, existe una amplia trayectoria de trabajo comunitario, pero no hay antecedentes de participación sostenida en otros espacios de la comunidad.

A medida que iban transcurriendo los encuentros, observamos que varias de estas mujeres se apropian del espacio, tomaban decisiones y sugerían actividades para los

próximos encuentros. Nos gustaría destacar su buen humor, predisposición y saberes que facilitaron la realización de nuestro proyecto. Por ello, creemos que es importante crear un vínculo sobre la confianza.

Por último, queremos dejar plasmado que el nombre de este trabajo fue sugerido por las mujeres con quienes trabajamos. Ellas se identifican como *comunes y silvestres*, enunciado que se fue relacionando con la diversidad y con la riqueza de los saberes populares, de vida en la comunidad. Además, sostenemos que el M.C.C, a través de lo común y silvestre, construye su identidad como movimiento social del norte de Córdoba.

Capítulo III

Nuestro proceso de intervención.



Bitácora de viaje del proceso de nuestra intervención, realizado por las estudiantes año, 2019.

Pensar, sentir y actuar.

En este capítulo hablaremos sobre nuestro proceso de intervención. En un primer momento, analizaremos la construcción del campo de intervención y el objeto de intervención. Allí, hablaremos sobre las estrategias de intervención: como el diseño de la actuación profesional, plan de acción además de su definición y objetivos de nuestra apuesta metodológica, dimensiones abordadas, ejes analizadores e impactos con el grupo de mujeres. En un segundo momento, explicaremos los posicionamientos políticos-ideológicos que configuran al Trabajo Social. Asimismo, haremos mención del aporte específico que hace nuestra profesión al campo problemático construyendo el objeto de intervención que nos permite tener una lectura sobre la realidad específica. Por último, desarrollamos una descripción y análisis del acompañamiento en diferentes procesos en la organización OCUNC en conjunto con un grupo de mujeres de Villa Quilino.

El Trabajo social y la salud pública

El Trabajo Social en el ámbito sanitario es un proceso histórico que comienza en el siglo XIX cuando la medicina se preguntó por el contexto social del paciente. A partir de ello se construyó “El acercamiento médico” o asistencia social – a partir de 1902. Argumenta Richmond (1922) que para que el resultado de los tratamientos, fueran mejores es que se necesitaría incorporar a los trabajadores sociales. La constitución del Trabajo Social en el campo de la salud pública reconoce una trayectoria vinculada con las luchas discursivas y con los modos en que se resolvió la intervención en salud por parte del Estado. Los contenidos de estos debates fueron de carácter ideológico, político, teórico y metodológico. Y hacen referencia a conceptualizaciones sobre la salud, sus dimensiones y perspectivas de intervención y otras definiciones acerca del lugar de las profesiones en el sostenimiento de la salud pública.

Por ello, el Trabajo Social forma parte de los equipos interdisciplinarios de salud porque tiene a su cargo la vinculación con sujetos que demandan atención sanitaria. La médica Isabela Egea (médica comunitaria, quien trabajó durante en la comunidad, actualmente se encuentra trabajando en otra institución de otra ciudad) comenta el trabajo que realizó en Quilino y Villa Quilino:

En estos parajes, diferentes cuestiones se ponen en discusión, ya que la salud no es un servicio, la educación no es un servicio y no son reconocidas como derechos. En cuanto al área de la salud, tuvimos que adaptarnos a los recursos, a las necesidades locales, que no son las

mismas en un barrio, una ciudad, sino que en zona rural tiene otras características. Los problemas abordados, el principal fue identificar en conjunto cuáles eran las barreras y los facilitadores para acceder al cuidado de la salud. (Dra. Egea, comunicación personal, 2018)

El Trabajo Social forma parte de los mecanismos del Estado para minimizar los efectos de las desigualdades sociales que se materializan en los procesos de distribución secundaria del ingreso (Aquin, 2009; Fernández Soto, 2002; Yamamoto, 2003). Además, el concepto de campo de Bourdieu:

(...) es aplicado a la salud, posibilita su comprensión como un espacio relacional en el que las/los agentes-instituciones que forman parte del mismo (obras sociales, hospitales, centros de salud, municipios, prestadores, profesionales, usuarias/os pacientes, afiliadas/os, etc.) desarrollan estrategias disputando poderes de nominación (sentidos y significados) y prácticas de intervención según sus posiciones, habitus y trayectorias en cada momento socio histórico. (Bourdieu, 1999, 48)

Dentro del campo de la salud, el entramado de conflictos y poderes responde a que las relaciones asimétricas que no solo se dan en la relación agentes-usuarias/os de los servicios, sino también entre las/los propios agentes. Los componentes de orden social, cultural y simbólico no siempre son incorporados para comprender e intervenir en los procesos médicos. Por ello, el hecho de no incluir estos determinantes sociales y los aspectos subjetivos, repercuten en los procesos de producción de los servicios. De esta manera se amplían las desigualdades en el acceso al derecho a la salud.

Por otro lado, y con relación al tema de este trabajo, destacamos que el campo de la salud pública en Argentina se conforma en el siglo XX con un esquema fragmentado y segmentado que refleja las tensiones entre universalismo y particularismo. Entendemos que es importante analizar a la salud históricamente, identificando los modelos de tensión, paradigmas y las concepciones que coexisten en las instituciones del campo de la salud. Todo ello permite comprender las lógicas en los procesos y dinámicas de este campo porque son modos de mirar a los sujetos y las sujetas. Es decir, que nuestras posiciones ideológicas y políticas nos permiten llevar a cabo la intervención.

Para poder definir el horizonte de intervención, necesitamos identificar y construir el campo problemático. Lo que realizamos a continuación.

Construcción campo problemático.

En primer lugar, hacemos mención al campo problemático desde la perspectiva de Margarita Rozas Pagaza (2001):

Es una expresión de las manifestaciones de la cuestión social encarnadas en la vida cotidiana que los sujetos desarrollan, lo cual adquiere una dinámica de confrontación permanente con la satisfacción de necesidades. (Rozas Pagaza, 2001: 236)

Este extracto permite considerar que el Trabajo Social tiene como objeto a la cuestión social, donde los instrumentos y conocimientos teóricos-metodológicos permiten intervenir en la realidad. A medida que el proceso de intervención transcurría, se nos interpela nuestro posicionamiento como estudiantes y futuras trabajadoras sociales. Esta relación de externalidad en cuanto a la organización, comunidad y con las mujeres marcó cierta distancia epistemológica con el saber y el campo de intervención. En función de las demandas de las sujetas desarrollamos una intervención fundada bajo dimensiones teóricas, metodológicas y políticas.

La autora propone restituir a lo social su carácter político. Entiende al campo problemático como la manifestación de la cuestión social en la vida cotidiana de las personas, reconstruyendo las trayectorias que transitan estos sujetos hasta la marginalidad. Para tener una lectura completa de los problemas sociales es necesario tener en cuenta la perspectiva histórica de dichas trayectorias. Así se analizan las demandas individuales en relación a la pertenencia a un sector, teniendo en cuenta cómo impacta en la dimensión material y subjetiva de los sujetos.

Para superar la mirada pragmática, unilateral y autonomizada de su intervención, la herramienta del profesional es la dimensión analítica y teórica que le permite desentrañar las manifestaciones de la cuestión social y reconstruirla desde una práctica fundamentada teóricamente.

En base a lo analizado en este apartado, la cuestión social se manifiesta como campo problemático de la salud en torno al modelo hegemónico-biologicista y su paradigma biomédico- ciencias naturales.

Es por ello que de acuerdo a lo planteado Menéndez (2010) quien sostiene la cuestión social y la concepción biologicista es de carácter curativo, a-histórico, a-cultural e individualista, que realizando su abordaje con el paciente de manera asimétrica y sin reconocer el saber del paciente. Además, se justifica desde la racionalidad científica, la escisión entre teoría y práctica, la medicalización de los problemas y la comprensión de salud-enfermedad como mercancía.

Esto se manifiesta a través de las situaciones que viven las mujeres en estos territorios que son problemáticas que están ocultas y naturalizadas. Sus vivencias no toman relevancia porque se encuentran de manera individual, histórica y, por ende, se interviene de manera medicalizada, jerarquizada, burocratizada y cerrada.

En este sentido, la atención de la salud-enfermedad se sujeta a determinantes biológicas, desconociendo los otros y las diferentes formas de intervenir. Es por eso que nuestra profesión reconoce los distintos determinantes sociales, económicos, culturales y políticos. Y a partir de eso, entiende a los y las sujetas como personas capaces de decidir en la propia salud, rompiendo con el modelo biológico-hegemónico. En este territorio el Movimiento Campesino Córdoba marca la agenda para tensionar el modelo de salud hegemónico y propone a la salud- enfermedad como un proceso social. A su vez, incorpora en su intervención una crítica de la relación asimétrica, no colectiva, a histórica que el modelo hegemónico impone.

Por todo ello, entendemos que el campo problemático se configura como una noción que permite al trabajador social reflexionar en torno a la dimensión situada de profesión. Es por eso que identificar, teorizar y analizar permite abordar críticamente lo social, colectivo e integral en la salud. Es decir que el campo problemático se traduce, en términos materiales y simbólicos, en el ejercicio de las mujeres al derecho de la salud integral. Por ello debemos intervenir en acciones colectivas que mejoren la eficacia de las acciones de la salud y contribuyan a hacer efectivos los derechos humanos básicos de los ciudadanos.

A partir de describir e identificar el campo problemático seguiremos por la construcción del campo de intervención.

Campo de intervención y objeto de intervención.

El campo de intervención profesional de acuerdo a los conceptos que propone Nora Aquin (2010):

El campo del Trabajo Social es el campo de la reproducción cotidiana de la existencia. En los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, Trabajo Social interviene en tanto se presenten obstáculos a dicha reproducción, y sean socialmente reconocidos como tales, estableciendo vinculación entre las necesidades y carencias y los satisfactores involucrados en la intervención. Los procesos de vinculación entre necesidades y carencias, por un lado, y satisfactores por otro, tienen una dimensión material y una no material; esta última incorpora las representaciones o saberes y las relaciones entre los sujetos. (Aquin, 2010, 23).

Nuestro campo de intervención se estructura a partir de las condiciones y situaciones en torno a la salud de las mujeres. Esta intervención se realizó en conjunto con la organización OCUNC y las mujeres que habitan dicha organización. Se pudo desentrañar, reflexionar y problematizar las necesidades, intereses y saberes para realizar acciones en conjunto. Tal como plantea Strauss y Corbin, (1990):

Esto se llevó a cabo a través de la metodología cualitativa, lo cual se ocupa de la vida de las personas, las historias, comportamientos, pero además del funcionamiento organizacional o de las relaciones interaccionales. (Corbin, 1990:17)

Estas situaciones están atravesadas por diferentes factores que se analizaron a lo largo de estos capítulos. Se pudo dilucidar que existen vulneraciones al derecho de la salud, escasez de información y falta de recursos económicos, sociales y culturales. Estos son los que producen grandes desigualdades en la vida cotidiana de las mujeres y afectan su bienestar. Desde nuestra intervención pretendemos lograr cambios positivos y acompañar el proceso que mejoren la calidad de vida de estas mujeres.

Objeto de intervención

En primer lugar, realizamos una conceptualización sobre el objeto de intervención del Trabajo Social diciendo que el objeto es el equivalente teórico de un problema. Es una construcción teórica y en Trabajo Social se trabaja con las dificultades que tienen los sujetos/as en el acceso a recursos materiales y/o simbólicos necesarios para la reproducción cotidiana de la existencia. En cuanto a la construcción de nuestro objeto de intervención, identificamos la construcción de las necesidades de nuestros sujetos de intervención, entendiendo a estos desde el concepto que plantea Héller cuando sostiene

que “(...) como intrínsecamente humanas, pero como sinónimo de una necesidad socialmente producida. Y pueden entenderse como individuales o colectivas, materiales o simbólicas.” (Héller, 1986, 19)

A partir de esta categoría se fundamentan las necesidades presentes en las relaciones sociales existentes dentro del territorio de Villa Quilino. A través de las entrevistas realizadas, observamos la preocupación y necesidad en torno a la inexistencia de un espacio de encuentro y reflexión de sus necesidades. En relación a dicha categoría ubicamos a esta necesidad dentro del orden de las necesidades propiamente dichas; entendiendo a éstas a la satisfacción de la reproducción social.

Identificar y poder definir el/los objeto/s de intervención, significa delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de ser modificados con nuestra intervención profesional. Las distintas problemáticas a las que nos aproximamos son aquellas atravesadas por estas necesidades y deben delimitarse a fin de esclarecer lo que es posible de enfrentar profesionalmente. Se trata de construir un objeto de intervención buscando un hilo conductor que acerque al profesional al mundo de las necesidades de los/los sujetos sociales para el logro de mejores condiciones de vida.

Es por ello que nuestro objeto de intervención fue el ***“reconocimiento del derecho al real acceso de la salud y los escasos espacios de problematización”***. Dicha construcción implicó sucesivos acercamientos, diálogos y debates entre nuestros intereses y el de las mujeres, las demandas de la organización y el encuadre de la práctica pre profesional. Por ende, el objetivo general fue: Promover un espacio de mujeres para crear lazos y redes que colaboren en el abordaje de las problemáticas en el territorio y de manera colectiva. A partir de ello, en clave de objetivos específicos intentamos identificar los obstáculos en la creación, sostenimiento y continuidad de los espacios pensados para las mujeres.

Matus (1996) fundamenta que la dimensión teórica - metodológica es una herramienta que hace de nuestra práctica una profesión fundada, ya que haciendo uso de ella asumimos nuestra práctica profesional como una forma de trabajo reflexivo y crítico, que permita plantear lo que ve de manera conceptual y creadora.

Por otro lado, podemos afirmar que la intencionalidad de cambio y de desarrollo del espacio profesional requiere de capacidades políticas y estratégicas que permiten dar dirección a la acción. Además, concebir los juicios de valor en los que se asientan los

objetivos de la intervención, posicionarse en contextos específicos donde se expresan las luchas de poder, fortalecer los colectivos profesionales, ocupar espacios en los ámbitos públicos, hacer valer nuestra palabra fundada y comprometida sobre la realidad social ante otros actores sociales. Este posicionamiento tiene dos caras: el primero, de la posición del trabajador social en el campo; y, el segundo, como mujeres, feministas y ciudadanas sujetas de derechos y futuras profesionales del Trabajo Social. Por ello, la vulneración de derechos nos pone en alerta sobre nuestra futura profesión y posición en el campo.

Además, en nuestra intervención pusimos foco en la diversidad de instrumentos llamados técnicas al momento de aplicarlos, que no pueden ser concebidas por fuera de la totalidad que conforma con las otras dimensiones.

Al diseñar una estrategia específica, se concibe a un proyecto profesional como una guía para la acción ya que establece finalidades o resultados ideales para el ejercicio profesional y las formas para concretarlo. Para ello, son oportunas las palabras de Cristina González (2001) para fundamentar porqué se habla de estrategias y no de metodología, la autora se refiere a que:

(...) Definir o planificar estrategias supone proyectar de forma adecuada a cada circunstancia de intervención, una combinación particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos, cuya particular va a estar dada por la manera específica en que se articulan un marco de referencia propio, unos objetivos y unas funciones con las características de los agentes (su biografía personal o familiar), condiciones sociales de los mismos, así como situación macro social (contexto económico, políticos, sociales, etc.). (Cristina González, 2000:8)

Por lo expresado anteriormente, cuando pensábamos en nuestra estrategia de intervención, tuvimos en cuenta sugerencias de la organización, es decir, su demanda. La organización procuraba generar un espacio de mujeres con el objetivo de trabajar y participar en el área socio-productiva. Además, considerábamos que trabajar desde un enfoque de género favorecía el ejercicio de una lectura crítica que contribuya a problematizar realidades específicas de las condiciones de vida de las personas.

En primer lugar, empezamos la intervención con algunas de las mujeres que asistían al espacio recreativo de niñez para la preparación de la merienda. Indagamos sobre los intereses del espacio y obtuvimos como respuesta que las mujeres querían

realizar productos para vender para solventar gastos de los y las niñas que asistían al espacio recreativo. En segundo lugar, realizamos meriendas colectivas acompañadas del espacio de taller. En palabras de Vélez Restrepo (2003):

El trabajo social ha utilizado el taller desde una perspectiva formalista donde el profesional que lo implementa cumple un rol de instructor externo, que entrega contenidos despojados de toda fundamentación teórica metodológica y de su convivencia o pertenencia histórica, social del profesional. El taller es un dispositivo metodológico, interactivo-reflexivo donde se conjuga la palabra y la acción para posibilitar, encuentros, diálogos de saberes, e intercambios comunicacionales que produzcan pizcas clasificadoras sobre las situaciones humanas y sociales. Que soporta en la interacción como puente o camino para la construcción de lenguajes comunes para crear acuerdos consensuales importantes para la convivencia en la organización social. (Vélez Restrepo, 2003:116 -117)

Es por ello que los espacios se enfocaron en conocer más allá de esa primera aproximación. Observamos que la participación de las mujeres se concentraba en cuestiones y tareas vinculadas a las necesidades básicas de la familia, en este caso de sus hijos e hijas que asistían a ese espacio. En un primer momento, nuestra intervención estuvo enfocada y guiada por la organización en donde se proyectó crear un espacio de producción para las mujeres. Sin embargo, a medida que se avanzó en el proceso, surgieron por parte de las mujeres otros intereses ligados a un espacio de encuentro.

Podemos observar que en los procesos participativos se encuentran diversas manifestaciones de la desigualdad de género. Puede suceder que se perciba y valore la participación femenina únicamente en función de intermediarias de fines de bienestar para otros como lo vimos en el inicio del proceso.

En un segundo momento continuamos nuestra inserción en la capacitación de dulces y conservas dictado por integrantes de dicha organización. En dicho espacio surgió, por el interés y demanda de algunas mujeres, producir algún alimento para venderlo y generar un dinero para el espacio de niños/as que funciona los sábados. Además, que sea un ingreso para ellas y sus familias.

Todo ello, se lo puede analizar desde la perspectiva de género porque sostenemos que una forma de desigualdad que enfrentamos las mujeres es no tener un ingreso propio. A pesar de que haya cambios en las estructuras sociales y culturales, es complejo alcanzar un lugar de autonomía y/o independencia económica para las mujeres.

El espacio de la organización era abierto a todo el público por lo que asistían otras mujeres de la comunidad que no pertenecían a la organización campesina, por ello nos entusiasmó esta posibilidad de intervención en este escenario. Este espacio de mujeres surge por la necesidad de “hacer para otros” -para los y las niñas- y como los intereses individuales primaban no se pudo cumplir con el objetivo. No se pudo sostener a pesar de que la organización fue la principal en acompañar con los recursos técnicos instrumentales para el proceso. Todo con el fin de consolidar un proyecto socio-productivo a través de un plan de trabajo colaborativo.

Además de la dimensión socio-educativa en la que se generaron procesos de enseñanza -aprendizaje con los saberes cotidianos de las mujeres. Así, se pretendió construir un espacio de interacción e integración social que contribuya a la contención y a la expresión de los sujetos, fortaleciendo las redes comunitarias.

El espacio de mujeres fue pensado por nosotras -como equipo de trabajo- como un “espacio” y no como grupo, en tanto éste tiende a cerrarse con la participación de sus miembros y dificulta el acercamiento de otras mujeres una vez que este está constituido. Pensándolo de esta manera permite mantener el espacio abierto para integrar a otras mujeres; sin embargo, a medida que íbamos desarrollando la intervención, trabajamos con un grupo reducido de mujeres. Logramos construir un espacio de toma de decisiones, empoderamiento, recreación y esparcimiento.

En reflexión sobre nuestra estrategia de intervención a lo largo del año, se puede considerar que se fue construyendo junto con las mujeres. Además, se respetó que el espacio tenía sus propias lógicas y movimientos como las mujeres tenían sus propios tiempos y procesos. Es decir, que las estrategias y objetivos de trabajo se transforman, se reescriben y se redefinen constantemente.

Los encuentros se realizaban en diferentes lugares como en la sede, puesto sanitario de Villa Quilino, en el balneario municipal Villa Quilino, en la plaza Sarmiento, en el club Villa Quilino, tuvimos en su totalidad, 15 encuentros, alternando estrategias constantemente para poder llevar a cabo la intervención, realizamos talleres, campañas de promoción y prevención de violencia de género, surgieron algunas ferias americanas y juegos para los y las niñas que participaban en el taller de niñez, meriendas compartidas en espacios públicos como la plaza y el balneario.

Por otro lado, observamos como las condiciones de opresión de estas mujeres se profundizan en situaciones específicas como ser madres jóvenes, que atraviesan

embarazos no deseados, convertidas en objeto por las distintas formas de violencia de género, mujeres con obstáculos en el ejercicio de sus derechos sexuales y (no) reproductivos o que atraviesan violencia institucional a lo largo de sus vidas. La problematización de estos aspectos requiere preguntarse cómo se reproduce y particulariza la opresión patriarcal en las mujeres y la vinculación con la construcción de proyectos colectivos emancipatorios. Es por eso que en este capítulo desarrollaremos y ampliaremos las actividades y cuestiones relevantes del espacio de mujeres.

El silencio no es salud: Acciones colectivas.

En este apartado nos ocupamos de la salud en la comunidad; es decir como las barreras en el acceso a la salud impactan sobre las mujeres. Recordemos que el acceso a los servicios de salud es deficitario e inadecuado para las necesidades de la comunidad, por ello, generamos algunas condiciones particulares para enfrentar los obstáculos de acceso a la salud.

Tal como se desarrolló, identificamos obstáculos concretos en el reconocimiento de estas mujeres como sujetas con derechos a la salud. Observamos que, frente al saber médico hegemónico, las mujeres pierden la autonomía y se invisibilizan sus saberes y necesidades. A lo largo de todo el proceso, el abordaje de dichas dificultades permitió deconstruir en términos simbólicos algunas de las representaciones aprehendidas e impuestas.

Por ello, en cada necesidad e interés se devolvió promoción y prevención de las problemáticas de salud, información y asesoramiento sobre la violencia de la mujer. Por ello es importante remarcar que los servicios de salud son ofrecidos desde la institución de manera lineal. En nuestro trabajo son resignificados y reinterpretados por las experiencias de las sujetas. Por otro lado, pudimos trabajar sobre el conocimiento y acceso de los distintos métodos anticonceptivos, controles preventivos y el reconocimiento de sus cuerpos en los procesos de salud/enfermedad. Y con ello, trabajamos las cuestiones que las mujeres de Quilino nos planteaban en el compartir diario: “*¿Si una mujer sufre diferentes tipos de violencia como diferenciarse?, ¿Cómo ayudar a las mujeres que sufren violencia y no se animan a hablar?, ¿Cómo hago para ayudar una amiga con violencia? Me gustaría saber cómo convocar mujeres para este taller para hablar temas de la salud*”.

A partir de ello, consideramos a las palabras y los testimonios como herramientas de acción, denuncia y demanda. Ya que nunca se habían tenido en cuenta sus voces, sus opiniones y sus experiencias en torno a estas problemáticas. Eso nos permitió la reflexión sobre los sucesos de violencia, promover el derecho del paciente e indicar los espacios concretos de intervención. Por ello, entendemos que el Programa de Salud Sexual y (no) Reproductiva mejora sustantivamente la situación de género, por lo tanto, se reconoce a las mujeres y su derecho de tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

A partir de ello, pensamos y planificamos la propuesta final de intervención:

En un primer momento nos reunimos con la representante institucional y le comentamos nuestra posible propuesta de intervención que consistía en la construcción de un espacio, donde se pueda llevar a cabo la consejería de salud y violencia para el asesoramiento y acompañamiento con los horarios de atención al público. Sin embargo, en estos intercambios los representantes del movimiento nos hicieron reflexionar sobre los tiempos académicos y la imposibilidad de sostener el espacio en ese tiempo. A partir de eso, sugerimos una jornada de capacitación en cuanto a salud y violencia de género.

En el proceso de planificación de la jornada, las representantes del MCC sugirieron que invitemos a profesionales con quienes ya tenían trabajos previos en la comunidad. Nos contaron sobre una médica que integra el equipo interdisciplinario de salud en la comunidad de Villa Quilino. Ello era un punto a favor, al ser reconocida en la comunidad, era más factible que la convocatoria funcionara y que asistieron más mujeres a la jornada. En cuanto a responder sus inquietudes sobre violencia, la representante institucional nos comentó de la Trabajadora Social del Hospital Regional Dr. Romagosa.

Una vez acordado con las profesionales empezamos a construir con las mujeres como sería la jornada, en donde ellas propusieron que se llamara “Consejos saludables para la vida de la mujer”. Propusieron que fuera en el Club Social y Cultural ubicado en el centro de Villa Quilino. La fecha y la hora fue un acuerdo entre todas. Luego se realizaron convocatorias, difusión de “boca en boca” y pegar folletería en lugares públicos como en el Centro de Salud, la escuela, la plaza y negocios aledaños.

En la jornada se brindó información y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos, cuidados del cuerpo, legislaciones vigentes, programas, insumos y recursos. Estas demandas fueron trasladadas a la doctora a cargo de la jornada. Todo ello, demuestra que la salud es social, y que las problemáticas que las mujeres atraviesan no

responden sólo a cuestiones de orden biológico. Más bien, se necesita de información y asumir la responsabilidad de resguardar lo que las pacientes expresan sobre sus cuerpos.

En un segundo momento, se hizo hincapié en los diferentes tipos de violencia, se brindaron contactos telefónicos Sobre abordaje de violencia y se relató la experiencia de la mujer que forma parte de la unidad de violencia de género. Se pudo observar que muchas se sentían identificadas con el relato e incluso algunas compartieron sus experiencias.

A partir de esto, se realizaron actividades de cierre a todo lo trabajado. Las cuales fueron dialogar las experiencias vividas, resguardar la privacidad y los mecanismos para la exigibilidad de recursos, insumos, información y asesoramiento.

En este sentido se realizaron dos campañas de prevención y promoción de la salud y de prevención de la violencia. Con todo lo trabajado en el espacio del movimiento, permitió que las mujeres que asistían tomarán protagonismo y fueron rompiendo con los estereotipos naturalizados, ya que fueron resolviendo necesidades individuales y colectivas. Por todo esto, consideramos a la salud como una herramienta de lucha en este territorio.

Esto nos llevó a pensar la importancia de la voz de la lucha y de las potencialidades de las mujeres, por ello brindamos herramientas que les permitieran seguir construyendo un proceso de conocimiento sobre la salud/enfermedad a partir de experiencias, saberes y necesidades.

Se realizó una última jornada para darle un cierre y evaluar lo que habíamos trabajado. Se evaluó a través de un cuestionario para ampliar y dejar registro de lo trabajado en cuanto a la salud de las mujeres con las que habíamos trabajado. Para ello, realizamos una recolección y sistematización de información que nos había parecido relevante además de la ley del paciente.

El cuestionario hacía hincapié en preguntas sobre la atención que recibían de parte de los médicos, como ellas se sentían, donde se hacían atender, cuáles eran los controles que se habían realizado y qué conocimientos tenían sobre los diferentes métodos anticonceptivos. A partir de ello, se realizó un informe donde explicaba cuáles eran las demandas y problemáticas que tenían las mujeres. Allí concluimos que las mujeres saben y van construyendo desde el intercambio los medios y las herramientas para que su voz sea escuchada, qué lugar ocupa el Estado y de qué forma le corresponde actuar. A partir

de la experiencia de las jornadas, tomaron conciencia que la lucha es colectiva para mejorar nuestra calidad de vida.

Como reflexión final, las mujeres manifestaron que el espacio sirvió para conocerse, entretenerse, “sentirse útiles”, estar seguras, sentirse escuchadas y con posibilidades de expresar aquello que sentían. Por ello, parece fundamental promover la creación de dispositivos y espacios que aborden demandas y problemáticas. Esto permitió re-significar nuestra práctica pre profesional, la que nos permitió construir diferentes perspectivas y horizontes.

CAPÍTULO IV

De-construimos al andar



Último encuentro del año 2018, con las mujeres de Villa Quilino en la “SEDE OCUNC”

Al final hay recompensa.

A modo de reflexiones finales, en este último capítulo abordamos la cuestión de valores, principios, aportes y desafíos que instituyeron en nuestra intervención. Destacamos la importancia de haber construido y alcanzado logros en la inserción e intervención en estos ámbitos, los cuales nos llevan a repensar la profesión desde una posición comprometida y responsable. Resaltamos lo importante de encontrarnos entre mujeres para interpelarnos, fortalecernos y sanarnos. Ello permitió construirnos y reconstruirnos para luchar contra las desigualdades patriarcales. Para finalizar, nos parece fundamental -como parte ineludible de toda intervención profesional- realizar una evaluación de estos procesos.

¿Qué logramos con las mujeres de Quilino?

Como practicantes pre profesionales de la Licenciatura en Trabajo Social y del Movimiento Campesino de Córdoba, compartimos los objetivos alcanzados:

Los objetivos de nuestra intervención era visibilizar y problematizar nuestro lugar en la sociedad a través de un cuestionamiento de lo instituido como prácticas arraigadas de negación del ejercicio de los derechos de las mujeres. Ser mujer es quedar relegadas a los espacios privados para los quehaceres domésticos, el cuidado de los hijos y de la familia. En muchos casos sin derecho a acceder a la salud, a la educación, a los espacios de participación y a la recreación.

Por ello, la participación de las mujeres en el espacio significó romper con su cotidianeidad y salir de su espacio habitual ligado a las tareas del hogar. Además, y con el transcurso de los encuentros, se construyó un espacio sólo de mujeres para divertirse, jugar, compartir problemáticas comunes y organizar diversas actividades. Así, las mujeres se fueron apropiando del espacio hasta ser ellas quienes sugerían las propuestas y actividades a realizar.

El apropiarse de nuevos espacios significó para las mujeres -y para nosotras- un proceso de aprendizaje mutuo como un lugar de creación y de intercambio colectivo. Trabajar con mujeres, desde una perspectiva de género, permitió reflexionar sobre las representaciones que se construyen en torno a las relaciones establecidas entre hombres y mujeres.

La realización de actividades comunitarias por parte de la mujer fue fruto de la organización campesina en conjunto con el equipo de tesis. Aprendimos a escuchar los deseos de las mujeres, y a problematizar aquello que las mujeres desean hacer.

Además, nos parece importante como futuras profesionales hacernos interrogantes tales como: ¿Cómo llegar a las mujeres desde un lugar respetuoso de sus autonomías, situación y territorialidades? ¿Por dónde aportar para construir colectivamente procesos reflexivos y de acción vinculados a la salud colectiva en el marco del territorio en particular? ¿De qué modo evaluar durante el mismo proceso las acciones y direccionalidades que proponemos para abordar las dimensiones del proceso que resultaban emergentes y prioritarias a trabajar? ¿Cómo construir desde un Trabajo Social crítico, puentes para la elaboración de prácticas desde el feminismo y que no reproduzcan viejos problemas de intervención? Todos ellos, y tantos más, fueron los interrogantes que nos acompañaron durante este proceso. Entendimos que las respuestas se fueron construyendo durante la intervención de manera flexible y procesual.

Reconstruyendo las demandas, reivindicaciones y visiones del mundo que se sostuvieron y elaboraron desde un análisis situado, recuperando sistemáticamente el protagonismo de aquellos/as junto a quienes trabajamos, con un interés particular en promover procesos de transformación micro-local para colaborar en la apropiación y resignificación de la salud desde un enfoque colectivo.

Además, reflexionar si en la planificación de políticas sociales presentes se reconoce el triple rol de las mujeres. Se ignora que ellas - a diferencia de los varones- están limitadas por la carga que significa sostener el equilibrio entre los roles de reproductora, productora y gestora.

Reflexiones finales o de cómo seguir pensando.

Llegamos al final... con nostalgia, amor, orgullo y compromiso por eso que vamos a plasmar las conclusiones de un camino “que se hizo al andar”:

Hablaremos de nuestro equipo de trabajo, los límites que fueron transformados en posibilidades y aprendizajes. Como equipo consideramos que llegamos al proceso de intervención profesional con conocimientos teóricos metodológicos por afianzar y trayectorias académicas distintas sin un trabajo en equipo previo. Ello implicó redefinir día a día posiciones y posicionamientos de nuestra intervención.

Nuestra inserción en la organización “OCUNC” permitió comprender lo que era un campo social con posiciones, posicionamientos y capitales en juego. Para nosotras era algo inexplorado, pero se obtuvieron recomendaciones y consejos por parte del equipo que ahí trabajaba. Así, se pudieron dar a conocer los espacios de la institución y que otras personas tuvieran acceso a las actividades que allí se realizaban.

Resignificamos la importancia que tuvo la supervisión de tesis semanal, espacio que posibilitó problematizar mejor nuestra intervención. Con todo esto sumado a nuestras discusiones como equipo permitió encontrar el giro a nuestra práctica.

Destacamos la planificación del proceso donde aprendimos a organizar, focalizar, evaluar y reflexionar el proceso como un conjunto. Por ello, las herramientas indispensables para nuestra intervención fueron la observación participante y los registros.

En quinto lugar, el aspecto ético de la práctica profesional que un proceso muy rico, donde aprendimos nuevos modos de intervenir e hicimos foco en intervenciones que tenían que ver con las significaciones, representaciones sociales de los y las sujetas superando otros modos de intervenciones estrictamente materiales o desde la gestión de recursos.

En sexto lugar, decir que en este territorio la salud impacta de distinta manera de acuerdo a las condiciones materiales, por ello es importante crear facilitadores en la accesibilidad de la salud. Consideramos que el rol del Trabajador Social es escuchar, gestionar, reflexionar y orientar desde una perspectiva de derechos. Es decir que el Trabajo Social se enfrenta a nuevos desafíos que implican rupturas, desnaturalización, construcciones y reconstrucciones de la práctica profesional. Ello exige continua formación teórica acorde a las actuales manifestaciones de la cuestión social.

De esta manera Carballeda “(...) plantea la intervención social refuerza como espacio intersubjetivo, atravesado por las representaciones sociales que rodean al problema o necesidad que generó la demanda de intervención con más y nuevos horizontes que van desde la naturalización de la desigualdad hasta la recuperación de la ciudadanía” (Carballeda, 2013: 33). Ello permitió mirar desde lo profesional los aspectos colectivos de las mujeres. En los encuentros se promovió la autonomía, se reforzó la identidad, se fortalecieron lazos y se promovió el espacio democrático.

Luego de hacer este recorrido de esta reflexión proponemos como posibles intervenciones:

- Fortalecer la construcción de lazos sociales entre toda la comunidad.
- Recuperar los saberes y la vida cotidiana de las mujeres como protagonistas del cuidado de la salud.
- Incentivar a que las mujeres puedan sostener el espacio colectivo.
- Generar espacios/grupos/actividades de reflexión, debates y acción de sus problemáticas en la comunidad.
- Exigir la implementación de las políticas sociales específicas que consideren las particularidades del territorio y la voz de las mujeres.
- Contribuir a la coordinación y articulaciones de instituciones locales.
- Pensar en conjunto, sentirnos el uno al otro, y actuar como si fuéramos todos.

A modo de cierre de este trabajo, tomamos una frase de Eduardo Galeano para seguir pensando, seguir haciendo y seguir sintiendo por que la lucha es continua.

“(...) la energía creadora se desarrolla haciendo y haciendo juntos. Al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y transformarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.”

Eduardo Galeano, Fragmento de: El derecho a la alegría, en Ser como ellos y otros artículos, 1990.



**Cartel realizado por las mujeres, en la campaña de promoción de la salud,
Año 2019.**

Derechos de las humanas (Liliana Daunes, Claudia Korol y otras)

1. Todas las mujeres tenemos derecho a la felicidad.
2. Todas las mujeres tenemos derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas.
3. Todas las mujeres tenemos derecho a gozar sexualmente de nuestra sexualidad.
4. Todas las mujeres tenemos derecho a ser madres y a no serlo.
5. Todas las mujeres tenemos derecho a decir nuestra palabra y a callarla.
6. Todas las mujeres tenemos derecho a amar a hombres o mujeres o a cualquier persona de la opción sexual que sea.
7. Todas las mujeres tenemos derecho a interrumpir un embarazo no deseado, y a continuar un embarazo deseado. Todas las mujeres tenemos derecho a respetar nuestro deseo y a exigir que sean respetados.
8. Todas las mujeres tenemos derecho a exigir una educación sexual adecuada. Todas las mujeres tenemos derecho a recibir gratuitamente anticonceptivos. Educación sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir.
9. Todas las mujeres tenemos derecho a creer en los dioses o en las diosas que nos acompañen en nuestras resistencias. Y también el derecho a no creer en dioses o diosas, sino, en las brujas milenarias que arden en las piras fundamentalistas.
10. Todas las mujeres tenemos derecho a que no se considere democracia un sistema donde las mujeres seguimos siendo desaparecidas por las redes de prostitución.
11. Tenemos derecho a no ser consideradas mujer-cuerpo- para el placer de otros.
12. Tenemos derecho a que la prostitución no sea naturalizada como un "trabajo" cuando es una violación de Derechos de las Humanas.
13. Todas las mujeres tenemos derecho a denunciar los femicidios como un crimen de lesa humanidad, a buscar a los culpables y a exigir justicia, verdad y castigo.
14. Todas las mujeres tenemos derecho a nacer con esperanzas en el mundo y envejecer con dignidad.
15. Todas las mujeres tenemos derecho a ser izquierda
16. Todas las mujeres tenemos derecho al trabajo, a igual salario por igual trabajo, a la salud, a la educación, a la vivienda, a la tierra, a la identidad cultural originaria, a la soberanía alimentaria, a la soberanía de nuestros cuerpos. A la reforma agraria, a

desalambrar nuestros cuerpos y las creencias religiosas, científicas y políticas sobre nosotras.

17. Todas las mujeres tenemos derecho a rebelarnos frente al patriarcado y a todas las opresiones. Tenemos derecho a desobedecer frente al orden que manda y disciplina. Tenemos derecho a gritar frente al poder que silencia.

18. Todas las mujeres tenemos derecho a vivir en paz. A enfrentar el orden imperialista que invade y mata, que vuelve nuestros cuerpos trofeos de guerra.

18. Todas las mujeres tenemos derecho a bailar, para celebrar nuestros derechos y para olvidar los mandatos y las culpas impuestas. Todas las mujeres tenemos derecho a cantar en el coro inconveniente de todas las rebeldías.

PD: La emancipación de las mujeres, será obra de las mujeres mismas.

Referencias bibliográficas:

Alejandra., D. (2014). *Violencia de Género. Una realidad en la Universidad. Universidad Nacional de Córdoba*. Córdoba.

Altamirano, M. (2015). *Noreste de Córdoba*, 1a edición especial. Córdoba: Marcos Javier Altamirano, 2015.

Aquin, N. (s.f.). *Acerca del objeto del Trabajo social*, recuperado de <http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000138.pdf>

(2010). *Fundamentos del Trabajo Social Comunitario*. Universidad Nacional de Córdoba. Ficha de cátedra.

Asel, Buriyovih.J.(2009), La estrategia de atención primaria de la salud ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Nro. 5 (1:27-47). Ed. Salud Colectiva, Buenos Aires.

Bourdieu, P. (1999). *Razones prácticas, sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31. Colombia: Universidad de Antioquia.

Carballeda, A. J. (2013). La intervención social en los escenarios actuales. Una mirada al contexto y el lazo social. *Revista Margen n° 68*. pág. 33 Buenos Aires.

ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social.Vol. 4 (2020) Nro. 7 - ISSN 2591-5339 [https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCiencia Social](https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial).

ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social.Vol. 3 (2020) Nro. Especial 2 - ISSN 2591-5339 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial>.

González, Cristina. (2001). La intervención en el Abordaje familiar - Escuela de Trabajo Social - UNC, Córdoba. Argentina (Material de cátedra sin editar)

Engelman, M. (2006). Discriminación y estigmatización como barreras a la accesibilidad a la salud. *Anuario de Investigaciones*, XIV, Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología- UBA. Buenos Aires.

Ferrandini, D. (2010), *Salud: opciones y paradigmas*. Editorial Mimeo

Gamba, S. (2008). *Mujeres en red*. Recuperado de <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article 1395>

Gamboa, M. (2003), El campesinado en el territorio cordobés, *La infancia campesina Discutiendo sus derechos cartilla de página 9-11 UNC-SEU-ETS 2013*. Córdoba.

Héller, A. (1986). *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós.

Iamamoto, M. (2003). *La práctica como trabajo y la inserción del asistente social en los procesos de trabajo. En servicio social en la contemporaneidad*. Sao Paulo: Cortez.

Korol, C., & Castro, G. C. (2016). *Feminismos Populares. Pedagogías y Políticas*. 1º edición. La Fogata. Colombia.

Laurel, A. C. (1986). *El estudio del proceso salud-enfermedad en América latina. Cuadernos Médico-Sociales*.

León, M. (2003). *Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y ciencia social. En morales J.F, Páez, Kornblit, A.L*. Buenos Aires: Pearson Education

Mançano Fernández, B. (2008). *Territorio, teoría y política*. UNESP.

Silva Paim, J. (2017), La salud colectiva y los desafíos de la práctica. *En: La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.

Spinelli, H (2010 diciembre). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista soberanía sanitaria*.

Staff Wilson, M., (1999), Género y Derecho. Curso de Formación en Género. Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá, Sibauste.

Stedile, J P (2010), Reflexiones sobre las tendencias del capital en la agricultura y los desafíos del movimiento campesino en América Latina, Documento de debate para el V Congreso de la Coordinadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo –CLOC.

Reguillo, C. (2000). *La vida cotidiana y su espacio de temporalidad*. Barcelona: Anthropos.

Richmond, M (1922). (¿What is social case work?) *¿Qué es el trabajo social con casos individuales?* Fundación Rusell Estados Unidos.

Rodríguez, M. E. (2005). *Derechos de las mujeres y salud mental. La intervención del Trabajo Social en los procesos de externación del hospital psiquiátrico*. Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

Rofman, A. (2016). *Participación, políticas públicas y territorio. Aportes para la construcción de una perspectiva general*. Los polvorines: Ungs.

Rosas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación a la cuestión social*. Buenos Aires: Espacio.

Tognoni, G. (2011). *Manual de Epidemiología Comunitaria. El camino de las comunidades*. Córdoba: Epicom.

Vélez Restrepo, O. (2003)” Reconfigurando el trabajo social, perspectivas y tendencias contemporáneas. Editorial Espacio.

Walby, Sylvia & Armstrong, Jo (2012): Intersectionality: multiple inequalities in social theory

Fuentes secundarias:

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, (20 de noviembre de 2009).

Información Legislativa. Buenos Aires, Argentina. (23 de octubre de 2006).

Información Legislativa. Buenos Aires, Argentina. (29 de abril de 2009).

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (29 de agosto de 2006). Boletín Nacional. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de salud. Salud Pública. Buenos Aires, Argentina.

fuentes primarias:

Realizamos 7 (siete) entrevistas en el proceso de práctica de intervención pre profesional, las mismas fueron realizadas a distintos actores de la comunidad: médico comunitario del hospital municipal de Quilino, médica comunitaria, que trabajó en el puesto sanitario, de Villa Quilino, el agente sanitario del puesto sanitario de dicho puesto, referentes de la organización y sede Ocunc, y a las diferentes mujeres de la práctica pre profesional.