



UNC



trabajo
social
facultad de
ciencias sociales

EL ROL DE LAS PROMOTORAS DE SALUD DEL OESTE CORDOBÉS.

¿CÓMO SE GARANTIZA EL ACCESO A LA SALUD EN LAS ZONAS RURALES?



LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
TESINA FINAL DE GRADO

Autoras:

Arguello, María Alejandra
Cornejo, Leticia Daniela
Gigena, Julieta
Romero, Analía Vanesa

Docentes:

Mgter. Becerra, Natalia
Lic. Gamboa, Mariana
Lic. Nicora, Valeria

VILLA DOLORES, CBA - FEBRERO 2023



El rol de las promotoras de salud en el noreste Cordobés
¿Cómo se garantiza el acceso a la salud en las zonas rurales?

Arguello, María Alejandra

Cornejo, Leticia Daniela

Gigena, Julieta

Romero, Analía Vanesa

Docentes:

Magister Becerra, Natalia

Licenciada Gamboa, Mariana

Licenciada Nicora, Valeria

Referente Institucional

Licenciada Vega, Rosario

Febrero 2023

“La salud campesina indígena es la defensa de la vida y el buen vivir, es estar organizados, luchar por nuestros derechos, producir alimentos sanos, cuidar el monte, la madre tierra y valorar nuestros saberes ancestrales”

Movimiento Nacional Campesino Indígena, 2019.

Agradecimientos

Agradecemos, en primer lugar, a la Organización Unión Campesina de Tralasierras por brindarnos el espacio y generar un ambiente ameno para llevar a cabo nuestras prácticas pre profesionales, especialmente a nuestra referente Lic. Rosario Vega.

A cada una de las mujeres campesinas integrantes de cada comunidad, por dejarnos ser parte del territorio, su cotidianeidad, sus saberes, sus estrategias, sus luchas y sus anhelos.

A la Universidad Nacional de Córdoba, por su compromiso con la educación pública que nos ha permitido formarnos como futuras profesionales, siendo la primera generación de licenciadas universitarias de nuestras respectivas familias.

A las docentes que nos acompañaron en el proceso de nuestra tesina de grado, que nos propiciaron las herramientas necesarias para cada tramo pertinente: Lic. Valeria Nicora, Lic. Mariana Gamboa, Mgter. Natalia Becerra.

Y, por último, agradecer a nuestras familias por el acompañamiento incondicional que hicieron posible llevar a cabo este proceso.

Contenido

Agradecimientos	5
Prólogo	7
Introducción	10
Capítulo N° 1: Los Paradigmas de la Modernidad en la Ruralidad.....	14
1.1 Paradigma del Desarrollo – Capitalismo - Agronegocio	14
1.2 Estructuras Patriarcales	18
1.3 Caracterización de las mujeres que vive en la ruralidad en su cotidianeidad.....	22
Capítulo N° 2: Sistema de Salud en Argentina.....	27
2.1 Reseña Histórica del Sistema de Salud en Argentina	27
2.2 Modelo Médico Hegemónico.....	30
2.3 Contexto de surgimiento de la Atención Primaria de la Salud	33
(APS).....	33
2.4 Atención Primaria de la Salud en la Ruralidad.....	35
Capítulo N°3: Promotoras de salud - Unión Campesina de Traslasierra (UCATRAS)	41
3.1 Surgimiento de las Promotoras de salud en el noroeste cordobés	41
3.2 Características de las Promotoras de Salud	47
3.4 Obstáculos relevantes que atravesaron las comunidades campesinas del noreste Córdoba, en un contexto de pandemia COVID-19.....	51
Capítulo N° 4: El aporte del Trabajo Social y las estrategias de intervención en el campo de la salud rural	59
4.1 Definición de objeto, objetivos y las estrategias de intervención.....	59
4.2 El proceso de intervención: “salud para todos”	63
4.3 Espacios de Formación de Promotoras	64
4.4 Implicancias del Trabajo Social en el campo de la salud en nuestra práctica	68
Conclusiones finales.....	74
Bibliografía	80
Fuentes Documentales.....	82
Fuentes Primarias.....	82

Prólogo

“Estar organizados es Salud” Rosario Vega Bresciano

El presente trabajo es el producto de un proceso de intervención de estudiantes del Centro Regional de Estudios Superiores de Villa Dolores, donde la carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba, desarrolló su segunda experiencia en formación de grado en el interior de la provincia de Córdoba, Argentina.

Las autoras llegaron a una síntesis, desde la mirada de la disciplina en el territorio campesino donde por más de 20 años se gesta una propuesta de fortalecimiento de la Vida Campesina, y la efectivización de los Derechos Humanos en particular en lo que refiere a la Salud, desde una perspectiva socio comunitaria. La experiencia de la Unión Campesina de Traslasierra dentro del Movimiento Campesino de Córdoba es la protagonista de esta historia.

Desarrollar esta mirada desde el territorio y nutrirla de un marco teórico metodológico y político genera una doble carga de responsabilidad para ellas, quienes finalizan su trayecto de grado y despliegan herramientas con los pies puestos en su propia región recuperando identidades, organizaciones y demandas históricas. Poder garantizar el aprendizaje desde la práctica social, referidas a un sector y a un actor que históricamente fue postergado por los estados y desafiados por los avatares del capital en su depredación ambiental.

Las escritoras ponen su mayor esfuerzo en rescatar el protagonismo de las mujeres campesinas que conjuntamente, con el protagonismo de ellas, mujeres en la educación superior, se reúnen como un fuego que nos permite leer historias que se conjugan en lo profundo de la provincia de Córdoba. Es que estas autoras y estas mujeres campesinas son parte de una misma historia que se encontraron para quedar plasmadas en este aporte

disciplinario. Son sus abuelas, madres, tías y ancestras que siguen caminando. Y es que hoy aparecen relatados con la fuerza de la comunidad y demostrando que es posible seguir aportando en las agendas de los pueblos campesinos indígenas del Cono Sur.

La tierra, el agua y el monte configuran el desafío de poder mirar cómo las comunidades agrarias en la provincia de Córdoba son el reservorio de una incalculable biodiversidad, cultura y saberes que permanecen invisibilizados a las curriculas escolares y que son la esperanza de que podemos recuperar otros proyectos civilizatorios para la humanidad.

La tesina es una respuesta y una pregunta, a por qué sostener una mirada desde el trabajo social en este territorio distante y rural. Es quizás por lo que en las palabras de las autoras que las luchas por el acceso a la Salud en las comunidades son la deuda pendiente de los estados: “el derecho a la salud en la ruralidad siempre estuvo atravesado por limitaciones en relación a la distancia, los recursos y las burocracias” y es desde ese lugar donde las promotoras y promotores de salud campesina, son las estrategias colectivas más antigua que hoy se pone el desafío de poner en agenda el derecho al acceso a la salud. El trabajo social aporta a esta configuración de una nueva política pública que dé respuestas a estas necesidades radicales que los territorios campesinos esperan.

Lic. Mariana Gamboa Fernández

Introducción

El presente trabajo es producto del proceso vivenciado en la práctica pre-profesional realizada en el marco de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, a través de un convenio entre la Universidad Nacional de Córdoba y la organización Unión Campesina de Traslasierras (UCATRAS) central del Movimiento Campesino de Córdoba (MCC). El proceso, nos permitió la inserción en el segundo curso de formación de Promotoras de salud del año 2021, en un contexto particular de emergencia sanitaria como fue la llegada del *coronavirus* (COVID-19 SARS-CoV-2) en donde se implementaron medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO).

El proceso de intervención pre-profesional lo realizamos con mujeres promotoras de la salud que se estaban formando en el curso de capacitación teórico y práctico, denominado “Promotoras de Salud con perspectiva Feminista” llevado a cabo en las comunidades rurales de la región denominada Traslasierras y en la ciudad de Villa Dolores.

El objeto de la presente sistematización es el rol de las Promotoras de salud, en los espacios rurales del noreste cordobés. El objetivo general es poner en valor el rol de las Promotoras, a partir de la recuperación de sus trayectorias y estrategias de formación.

Los objetivos específicos son sistematizar las trayectorias de formación que tienen las Promotoras de salud, recuperando sus voces, sentires y los saberes ancestrales propios de las comunidades, transmitidos de generación en generación. En segundo lugar, aportar a la construcción de estrategias colectivas que busquen incorporar herramientas teóricas y prácticas.

La tesina se divide en cuatro capítulos, en el primero abordamos los paradigmas de la modernidad en la ruralidad, que atravesaban y condicionaban el accionar y la manera de relacionarse de las comunidades campesinas, en particular de la mujer.

Hablamos de la mujer situada en la zona rural del oeste cordobés, la cual se posiciona desde una perspectiva feminista, campesina y popular, rasgo característico de la sujeta con la que desarrollamos las prácticas pre profesionales.

En el capítulo 2, hacemos referencia al concepto de salud en general, ya que es donde se situó la demanda de intervención, que consistió en el acompañamiento y sistematización del proceso de formación de las promotoras de salud. En este sentido, creemos necesario contextualizar el surgimiento de la Atención Primaria de la Salud (APS) y las transformaciones a lo largo de la historia, que respondieron a las necesidades de un contexto socio-económico, político y social, situadas en una época particular, lo que nos permite comprender los fundamentos del curso de Promotoras de salud.

Por último, esbozamos los aspectos fundamentales de la APS con una perspectiva integral, como estrategia en la zona rural y los principales dispositivos que hacen posible su llegada al territorio.

En el capítulo 3, situamos en el escenario de intervención a la organización UCATRAS y a las Promotoras de salud. Profundizamos en las sujetas de la intervención, encuadrando sus labores en un contexto de pandemia, en la zona rural del oeste cordobés. Asimismo, las Promotoras despliegan estrategias sanitarias para resolver obstáculos que se presentan en el acceso a la salud.

En el capítulo 4, recuperamos el objeto de intervención y el proceso que permitió su delimitación. En este sentido, reflexionamos sobre el Trabajo Social y su intervención en el territorio rural, lugar en donde el Estado se encuentra ausente o llega con políticas públicas

escasas. Por otro lado, exponemos las implicancias de la profesión en el campo de la salud en dicha zona rural.

Y finalmente, en conclusiones finales presentamos nuestras reflexiones y aprendizajes en cuanto al proceso de intervención transitado, es decir cómo impacta la profesión en las zonas rurales y qué les aporta a las estrategias de formación llevadas a cabo por las Promotoras de salud.

Debido al contexto histórico y social en el que hemos escrito la tesis, nos parece prudente mencionar que además de visibilizar las estrategias de las Promotoras y la mujer campesina, por elección hemos decidido realizar la escritura académica utilizando un lenguaje que las identifique como tal, es decir que cuando nos referimos a ellas, usamos el género femenino, optando por no enmarcarlas en un lenguaje genérico o no binario. Ya que sostenemos que estuvieron histórica y socialmente invisibilizadas y/o subordinadas en mandatos masculinizantes.



Figura 1: Comienzo del Curso de Promotoras de la Salud, en Villa Dolores el 10 de julio del 2021.

Capítulo N° 1: Los Paradigmas de la Modernidad en la Ruralidad

1.1 Paradigma del Desarrollo – Capitalismo - Agronegocio

Para comenzar este capítulo, nos situamos en las comunidades campesinas del oeste Cordobés de la georregión denominada Traslasierra, zona rural donde se encuentra inserta la organización Unión Campesina de Traslasierras (UCATRAS), específicamente en las comunidades/parajes de La Cortadera Dpto. San Alberto, Las Jarillas y El Quemado Dpto. Pocho, Las Oscuras entre el Dpto. San Alberto y Pocho. En este territorio fue donde realizamos nuestras prácticas pre profesionales.

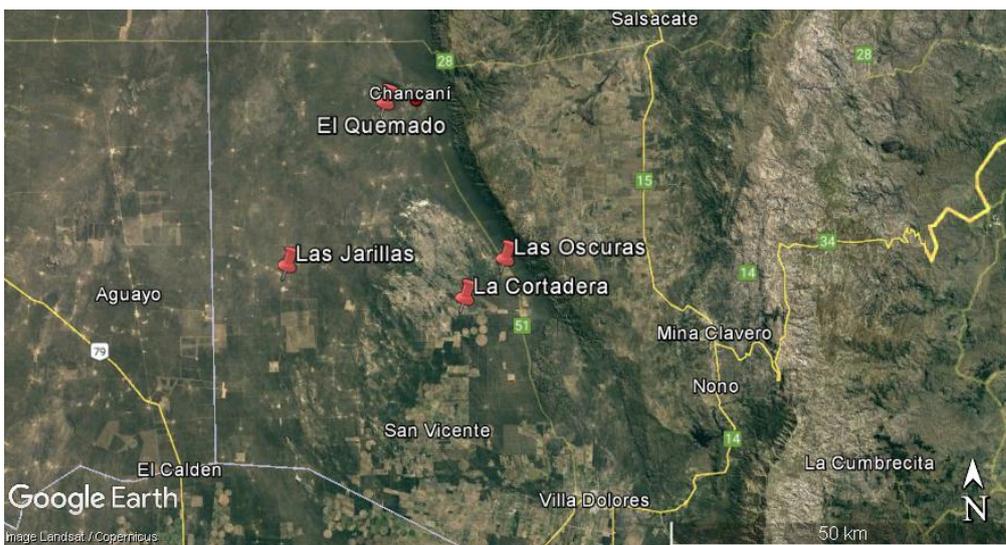


Figura 2: Mapa que releja la ubicación de las comunidades campesinas.

En cuanto a la vida de la sociedad, que está atravesada por diferentes paradigmas sociales que hacen, condicionan y modelan la vida de las personas, de tal manera que define su forma de relacionarse con su entorno natural y social. El mundo mismo está organizado alrededor de fundamentalmente sistemas de dominación, nosotras propondremos analizar tres de ellos: Capitalismo, Paradigma del Desarrollo y Agronegocio.

La zona rural, es atravesada por concepciones del paradigma del desarrollo el cual impone una forma de vivir, pensar y producir, que es aprehendido, compartido y transmitido socioculturalmente según necesidades e intereses de la humanidad, marcando siempre las relaciones de poder e impartiendo un control social y generando una suerte de vinculación del progreso atado a lo urbano y a la ruralidad con lo viejo, lo antiguo, lo campesino, lo indígena.

Cuando un territorio es concebido como uno solo, o sea como espacio de gobernación, y se ignoran los otros que existen dentro del espacio de gobernación, tenemos entonces una concepción “reduccionista”, concepto éste que sirve más como instrumento de dominación por medio de las políticas neoliberales. En esta condición, una determinada región es escogida para la implantación de políticas de desarrollo, en gran parte a partir de los intereses del capital (Manzano Fernández, 2012, p. 6)

Siguiendo la línea del autor, basándonos en nuestra experiencia en el territorio, es que pudimos observar que el paradigma del desarrollo se ve materializado en las políticas públicas que implementa el Estado. En este sentido, el autor denomina a la imposición de políticas generalistas, como gobernación reduccionista, es decir que relega los intereses de los diferentes territorios, llevada a cabo como un instrumento de dominación.

A continuación, recuperamos dos ejemplos que hacen referencia al paradigma mencionado, uno de ellos es la propuesta curricular que ofrece la escuela secundaria de La Cortadera, que responde a contenidos genéricos, no teniendo en cuenta los intereses del contexto. El segundo ejemplo, refiere a las políticas de atención a la salud que se implementaban de manera general en los diferentes dispensarios a los cuales acudían los habitantes de La Cortadera, sin tener en cuenta los intereses y las dificultades de acceso que atravesaban los mismos. Esto se basaba en la atención de un médico

generalista, dejando por fuera las necesidades de una atención especializada de acuerdo a diversas patologías. Es decir, que estos ejemplos tomados de la práctica, refieren a la implementación de políticas generalistas y descontextualizadas

Por su parte, el Capitalismo es otro de los modelos de producción hegemónico, basándonos en las capacitaciones de UCATRAS, este es el nombre con el cual se denomina al sistema económico que está basado en el predominio del capital, como elemento fundamental de la producción y el responsable de la creación de riqueza, y en el cual el estado apenas tiene participación.

No es el mercado el eje del capitalismo, sino el capital, un conjunto de cosas dominadas por el poder de los propietarios dirigidas a la búsqueda de valorización de sí mismas, abarcando relaciones sociales que son establecidas para alcanzar dicha acumulación de más capital. (Vaca & Veritier, 2017, p. 129)

En relación con la cita anterior, lo que observamos en las zonas rurales del oeste cordobés, es que el sistema capitalista atraviesa de manera hegemónica, subordinando a las economías de estos lugares. Es decir, que las personas han sido afectadas por la competencia desigual de las formas de producción, en tanto que el capitalismo cuenta con maquinarias, tecnologías avanzadas y logra producir a un bajo costo y en grandes cantidades, mientras que las economías populares cuentan con la mano de obra y escasos recursos, produciendo en una menor escala.

En efecto, podemos dar cuenta de la existencia de un circuito productivo en el seno de UCATRAS, que surgió desde la necesidad de darle continuidad y respaldo a la economía familiar. En esta línea, nos relataba una joven (E3), a cargo del almacén natural Monte Adentro perteneciente a UCATRAS, que la Organización crea este circuito, en donde los productos de la población son comercializados a precios razonables y son ofrecidos en dicho punto de venta.

Según Gamboa (2021) esta conjunción de modelos hegemónicos ha propiciado el avance desmedido y desequilibrado del agronegocio expandiendo la frontera agropecuaria, que reduce las zonas rurales utilizadas para actividades agropecuarias destinadas a la subsistencia familiar y al mercado interno local que beneficia a las economías regionales. El agronegocio avanzó porque el Estado permitió la incorporación del paquete tecnológico, potenciando aún más el crecimiento desmedido, que arrasó en algunas regiones con la producción campesina y la agricultura familiar. Es decir, que este modelo generó la expansión de la frontera agropecuaria, apropiándose de grandes cantidades de hectáreas de tierras, abarcando las zonas rurales del oeste cordobés:

Porque la creación del agronegocio, cuando el agronegocio crea la *commoditie*, las *commodities*; básicamente, una gran parte de las *commodities*, son alimentos, pero no son comidas. Y estos alimentos tienen estructuras, tienen características que están muy lejos de aquello que nosotros entendemos como comida. Y aún la discusión de la alimentación, es muy cuestionada si son alimentos. Algunos expertos de la nutrición tienen dicho que no son alimentos, pero son fórmulas químicas que parecen entre comillas “alimentos”. Muy bien, miren que estamos hablando de un proceso de desarrollo de nuestra sociedad, en el cual nosotros vamos a ir descaracterizando la esencia de nuestra existencia que es la alimentación. Nosotros sabemos que nosotros somos lo que comemos, entonces cuando nosotros descaracterizamos esto vamos a crear una serie de problemas que van a estar presentes en el territorio. (Manzano Fernandes, 2021, p.13)

Partiendo de la idea del autor, el agronegocio modifica la forma de alimentarnos de modo saludable, impactando negativamente sobre los alimentos, en nuestro cuerpo y en los recursos naturales esenciales para subsistir. Es decir, que el agua, la tierra y el aire se encuentran afectados por la utilización de agrotóxicos que generan una alimentación artificial, empleados por el sistema capitalista para la expansión, que es posible a través del mensaje implícito sobre una producción redituable, eficaz y abundante, que supone garantizar la alimentación de todos los habitantes.

Como nos señaló una referente de La Cortadera:

Antes teníamos gran cantidad de chivas porque estaba abierto el monte, pero desde que comenzaron a sembrar, tuvimos que achicar el número de cabras por no tener monte para contenerlas y alimentarlas. Ya que los paperos cercaron y cada vez se achica más el monte. (E2)

Para contrarrestar el efecto negativo del agronegocio, las familias productoras desarrollan la agroecología, que les permite implementar la soberanía alimentaria la cual, hace referencia a la autonomía para generar sus propios alimentos. Es decir, que despliegan y promueven una relación respetuosa del bosque nativo y los bienes naturales.

Respecto a la soberanía alimentaria, nos parece pertinente seguir la idea Hocsman (2019) quién hace referencia al derecho del pueblo a la elección de un sistema alimentario productivo, que comprende alimentos nutritivos, saludables, adecuados a la cultura y sostenibles en relación con la naturaleza. Es decir, que esta forma de producción favorece a las economías locales, contribuyendo a una conciencia ecológica, respetando el ciclo natural del medioambiente y garantizando un circuito monetario inclusivo.

1.2 Estructuras Patriarcales

Para comenzar con el desarrollo de este subcapítulo, retomaremos la idea de Guzmán (2021) sobre el concepto de patriarcado:

Como el sistema –que no es producto del capitalismo, ni consecuencia de la colonización, ni una forma de racismo- sino EL SISTEMA, de todas las opresiones, todas las discriminaciones, y todas las violencias que vive la humanidad y la naturaleza, construido históricamente sobre el cuerpo de las mujeres. (como se citó en Claudia Korol, 2021, p. 32)

El Patriarcado es la matriz que atraviesa a todos los sistemas de dominación, es una estructura social milenaria que fue tomando fuerza a lo largo de la historia, mutando en sus estrategias de dominación. Pero siempre manejando los mismos principios de sometimiento y subordinación, ejerciendo violencia sobre los cuerpos, principalmente el de la mujer. Con esto queremos decir que la mujer campesina de este escrito se encuentra atravesada por las estructuras patriarcales, opresión que no surge precisamente en este contexto, sino que se viene materializando desde hace tiempo. Así pues, dichas estructuras cuentan con una historicidad.

El sistema patriarcal como refiere la autora Segato (2012) comienza a materializarse desde las aldeas, antes de la colonia. Es decir, que las mujeres no participaban directamente en reuniones o negociaciones, pero sí tenían injerencia en las decisiones que tomaban los caciques. Con la llegada de la colonia, se instalaron otras prácticas y el género femenino fue excluido de la toma de decisiones. Es decir, que en ese momento los temas importantes pasaron a ser cuestión de los caballeros. Después llega la colonial modernidad, una colonización mutada y materializada en prácticas diferentes, pero con el mismo objetivo. En este sentido se impartió un discurso de igualitario superador al de la opresión colonial, pero más desapercibido y perverso de acuerdo a lo expresado por la autora.

De ahí que, teniendo en cuenta lo expresado en la catedra de Familia, las mujeres siempre estuvieron relegadas al ámbito privado, al cuidado de las infancias y a las tareas domésticas, mientras que el hombre ocupaba los espacios públicos y el rol de proveedor económico del hogar. Por todo esto la mujer ha permanecido siempre invisibilizada y excluida de la esfera pública. En efecto, se le asigna la reproducción biológica que en el plano familiar significa gestar y criar las infancias, se ocupa de la organización y de gran parte de las tareas de reproducción cotidiana, las tareas domésticas que permiten el mantenimiento y la subsistencia de su familia, también desempeña un papel fundamental en la reproducción social, en las

tareas dirigidas al mantenimiento del sistema social, especialmente en el cuidado y la socialización de las infancias.

En otras palabras, hay una sobrecarga de roles para la mujer campesina del oeste cordobés, ya que a las tareas descritas anteriormente se suma el trabajo en el campo, como la cría de animales, obtener leche, buscar leña, entre otras actividades. Por su parte, el trabajo del hombre comienza al amanecer en el monte fuera del hogar y su jornada se extiende hasta el atardecer, dicha labor consiste en quehaceres de riego, siembra, cosecha, tala, etc. Por otro lado, la mujer a través de los procesos históricos hegemónicos estaba atravesada por estructuras que naturalizaban la sobrecarga de roles, y esto es debido a estereotipos implementados por los sistemas de dominación, patriarcado y capitalismo. En consecuencia, desvalorizando el trabajo de la mujer, estableciendo de manera implícita que ella lo realizaba por amor.

En este sentido, creemos oportuno citar a la autora Paredes (2019) en donde relata, que es una mirada lejana la dominación del hombre hacia la mujer sin antes realizar un análisis, es decir, hay que tener en cuenta las diferentes relaciones de poder, particularmente con el sistema capitalista, por lo que la mujer ha sido explotada laboralmente como mano de obra barata y el sostenimiento familiar. Dichas actividades invisibilizadas se enmarcan en esta conjunción entre Patriarcado y Capitalismo que vulneran los derechos de la mujer del monte, que contribuye al mantenimiento de la reproducción cotidiana, en tanto que, incluyen la alimentación, el afecto y son indispensables para la estabilidad física, emocional.

Ahora bien, UCATRAS desde sus cimientos iniciales posee concepciones patriarcales, aunque en menor medida desde la implementación de la perspectiva feminista, corriente que se fue afianzando a medida que la Organización fue impulsando espacios de formación e interacción, encuentros de debates, etc. “La literatura sobre género pone en evidencia las maneras en que los varios espacios sociales (hogares, comunidades, organizaciones) están

muy marcados por relaciones de género” (Rodríguez & Cabascango, 2018, p.32). Señalamos que dentro de la Organización se realiza un trabajo para desarraigar cuestiones que tienen que ver con las desigualdades entre género, que al ser un proceso paulatino implica un cambio consciente de conducta y que a su vez requiere de tiempo.

En efecto, analizamos que existe una contradicción entre el discurso y la práctica, ya que se promueve desde la oralidad la desestructuración en relación a la subordinación de la mujer, pero en la acción, aún prevalecen situaciones matizadas por conductas patriarcales. Por ejemplo, la división del trabajo de acuerdo al género, como la crianza y el cuidado de las infancias, en donde las mujeres transitaban por un proceso de capacitación pero que les era difícil aplicarlo.

En la zona rural del oeste de Traslasierra, donde está inserta la Organización de UCATRAS, están presentes las diferentes estructuras de dominación que aún persisten y que han calado muy profundo en la vida de los campesinos. Es así como se observa que, en las comunidades, donde se desarrollaron las prácticas de intervención pre profesional se realizan actividades cotidianas que responden a estas concepciones, por ejemplo, la asignación de trabajo según el sexo, el desprestigio del tiempo de ocio, la sobrecarga del rol de la mujer en el hogar, el escaso tiempo dedicado al cuidado personal.

Por otro lado, la percepción del concepto de ruralidad como una categoría subordinada y de retraso en relación a la urbanidad, influyó en la identidad de las campesinas, que con frecuencia tuvieron que ocultar sus orígenes, de acuerdo a sus representaciones sociales, ya que llamarse campesinas significaba una vergüenza para ellas.

Así pues, de acuerdo a lo vivenciado en las prácticas presentamos los siguientes ejemplos que dan cuenta de las estructuras de dominación, como la asignación de roles de acuerdo al género, en donde la mujer es quien se dedica a las tareas domésticas y la crianza de las infancias, como así tienen a cargo el cuidado de animales, el hombre es el que trabaja fuera

del hogar. Asimismo, dedicar tiempo al ocio tiene una connotación negativa para ellas, ya que, si tienen un espacio para el disfrute deben acudir con la niñez.

Estas concepciones hegemónicas profundizan la discriminación, niega a la mujer rural un acceso equitativo a la tierra y de otros recursos productivos, oportunidades de empleo y de actividades generadoras de ingresos, acceso a la educación y a la atención de la salud y oportunidades de participación en la vida pública.

El Patriarcado, no es una característica masculina, sino que es un modo de vivir fundado en ciertos valores, en una cosmovisión. Como señala un artículo de la Vía Campesina “el capitalismo y el patriarcado son los responsables de reproducir las relaciones estructurales de desigualdad entre hombres y mujeres”. (Seibert, 2018, “Feminismo campesino y popular”, párrafo 19).

En las prácticas pre profesionales pudimos observar en las diferentes jornadas compartidas con la Organización, cómo se están cuestionando los paradigmas de dominación mencionados arriba, cuestionamientos que se fueron fortaleciendo con la creación de UCATRAS en el territorio. Esto se fomenta a través de las capacitaciones con perspectiva de género, generando cambios y rupturas en los diferentes tipos de dominación. Aunque éstos se sigan perpetuándose e innovando sus modos de poder hegemónico.

1.3 Caracterización de las Mujeres que Viven en la Ruralidad en su Cotidianeidad

En las comunidades de La Cortadera, Las Jarillas, El Quemado y Las Oscuras, la mujer se caracteriza por la sobrecarga de roles, que le demanda la mayor parte de las horas de su día, imposibilitando la realización de actividades relacionadas al ocio, la recreación y el cuidado personal. Es así que, al recuperar las voces de estas mujeres, identificamos los mandatos patriarcales que generan sentimientos de culpa, del no merecimiento de tiempo para crear lazos sociales, interacción con sus pares y desarrollo del capital intelectual.

De acuerdo a las vivencias en el territorio, se describe una jornada habitual de las Promotoras con las que compartimos jornadas en sus comunidades: comienza desde muy temprano cuando el sol aún no asoma, con el cuidado de los animales, luego actividades que refieren al cuidado de las infancias y las relaciones sociales (actividades escolares, de salud, culturales, etc.) Además, se llevan a cabo actividades relacionadas a la economía, que son las que permiten la subsistencia del núcleo familiar, como la elaboración y comercialización del dulce de leche y el queso de cabra. En relación a lo comunitario, asume un rol comprometido con la población desplegando actividades de prevención y promoción de la salud.

En este sentido, argumentamos que mujer es una construcción histórica y dinámica que está en constante transformación, en donde hegemónicamente se enmarca dentro de las estructuras normativas establecidas, pero no la define como tal, “no se nace mujer, se llega a serlo” (Beauvoir, 1948, p.109).

La autora realiza una pregunta disparadora ¿qué es ser mujer? Beauvoir (1948) que va a disputar el concepto de mujer establecido, esto responde a mandatos impuestos que señalaban las características de la misma, la cual debía ser y comportarse como señorita, amables, delicada, sumisa, esposa, cariñosa, etc. limitándola al ámbito privado. Sembrando dudas sobre esta concepción y dando lugar a una nueva mirada, rompiendo dichas estructuras que delimita y contienen formas de sentir y pensar sobre este concepto.

Es de relevante importancia señalar que llamarla mujer campesina también es una construcción social, caracterizada y asociada a tareas del ámbito rural, como refiere el autor Bartra (2015), va más allá de esta concepción, sino que ser **campesina** significa, por elección, formar parte de un colectivo, en el cual comparten una identidad y la hacen propia como así también los modos de lucha, resistencia, etc. Esto es, hacer propio una manera de ser, como un modo de vivir, pensar y actuar que se construye mediante formas y estrategias de vida, tanto material como espiritual, política y económica.

Adentrándonos al territorio de la práctica pre profesional, es que a continuación, recuperamos situaciones cotidianas narradas por las mujeres campesinas, como así se autoperciben, en las que analizamos la presencia de estructuras hegemónicas de dominación. Por ejemplo, en una conversación informal en el marco de la actividad territorial de promoción y prevención de la salud sexual, una mujer de 30 años relataba el privilegio de dormir la siesta, pero no podía porque debía cuidar a sus criaturas para evitar que generara bullicios que entorpecieran el descanso de su marido.

- En una de las jornadas de salud sexual reproductiva y no reproductiva en la comunidad de Las Jarillas:

En los relatos de las vivencias sobre sus partos, manifestaron que, en los alumbramientos domiciliarios, el marido se apartaba del lugar, relegando la contención, el acompañamiento y el apoyo emocional hacia otras mujeres, como familiares, vecinas y parteras. Sosteniendo que tales prácticas son cosas de mujeres.

- En el marco de una jornada de atención primaria de la salud, llenado de fichas médicas:

La concurrencia del 100% de madres acompañando a las infancias en una jornada escolar, convocada por las autoridades educativas y sanitarias.

- Otra de las categorías presentes es el de criadoras:

Así se autoperciben las campesinas encargadas de la crianza de sus hijos/as y los animales que por alguna razón quedan huérfanos o no pueden alimentarse por sus propios medios.

- La división del trabajo según el género:

Cierre festivo de las comunidades campesinas, en Los Médanos, con una alta temperatura que oscilaba los 38°, en el mes de diciembre. En este contexto de mucho calor y viento, los hombres estaban encargados del asado, para la cena de decenas de personas que asistieron al

evento. Mientras que mujeres y las criaturas se encontraban realizando actividades recreativas.

Estos son algunos indicadores que demuestran la expresión del Patriarcado en las comunidades campesinas, que dan cuenta de la sobrecarga de roles, en la que se educa desde temprana edad, para llevar a cabo diferentes actividades por el solo hecho de haber nacido mujer, como la crianza y el cuidado de las infancias, de los animales o el cuidado de las personas enfermas y ancianas. También se educa al hombre para determinadas tareas que demandan un mayor esfuerzo físico, como la tala o las extensas jornadas laborales en los campos, expuestos a condiciones inhóspitas.

Este sistema patriarcal si bien privilegia a los hombres en gran medida, también los atraviesa con diferentes imposiciones, como la opresión, el control, el acatamiento de normas, reglas, principios, los cuales determinan y condicionan las maneras de llevar a cabo su vida cotidiana, como no poder demostrar sus emociones y realizar tareas de fuerza que responden a representaciones sociales. Creemos fervientemente que no hay que caer en una comparación hombre/mujer, porque no es un conflicto entre géneros, sino que forman parte de una estructura que avasalla los derechos de ambos.

Para concluir este capítulo, retomamos a las Promotoras de salud, que son las mujeres campesinas que asisten a los espacios de formación que brinda UCATRAS para capacitarse y así trabajar en sus comunidades. Hacemos hincapié en la salud, ya que es la principal área en la que se educan, articulando con la perspectiva de género. A continuación, desarrollamos las nociones principales del Sistema de Salud en Argentina y como llega a la ruralidad para entender la dimensión del trabajo que llevan a cabo dichas Promotoras.

Capítulo N° 2: Sistema de Salud en Argentina

2.1 Reseña Histórica del Sistema de Salud en Argentina

Partimos de la conceptualización de que en Argentina históricamente han existido distintos modelos de Estado, y esto configura una determinada configuración de la política de salud. Para ello, nos basamos en la reseña histórica del sistema sanitario en el país, este breve recorrido nos permitió situarnos y comprender el funcionamiento del área en donde realizamos las practicas pre profesionales.

En la siguiente línea histórica retomamos los aportes de las autoras Urbina (2017) y Crosetto (2022). En principio el Estado liberal que se extiende hasta el 1946, mediante la beneficencia, cubría las problemáticas de salud, con el objetivo de no perjudicar al circuito económico. En este contexto los servicios de salud eran cubiertos por sociedades filantrópicas, que aportan recursos para financiar acciones con finalidades sociales. Es decir, esto sucedía porque el estado solo se limitaba al control de epidemias y enfermedades transferibles. En el año 1949 se reconoce el derecho a la seguridad social, como derechos de las personas trabajadoras en el Art. 14 bis, derechos de los y las trabajadoras. El auge es en el 60 y 70 época del desarrollismo, la industria promueve unos grandes números de afiliados y se extiende de manera obligatoria hacia los jubilados y pensionados.

Un segundo modelo, llamado Estado de Bienestar que llega hasta el año 1974, en una primera instancia, centraliza las funciones del campo de la salud y se encarga de planificar y prestar los servicios de salud, desplazando las tareas de las sociedades filantrópicas y consolidándose en la esfera pública. Surgen en la década del 50, dos subsectores, el público y el de la seguridad social, en donde este último tiene como objetivo mantener el nivel de vida de la población.

En cuanto a las obras sociales o seguridad social, Acuña & Chudnovsky (2012) refieren a la lógica de las mutualidades que comenzaron a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Además, la seguridad social se centra en el sujeto en el término de afiliado, no es colectivo, sino que es particularista y protege a un sector de la sociedad, es decir a las personas trabajadoras formales que habitan en ella. También se caracteriza por agrupar a las personas trabajadoras en las diferentes ramas según su profesión, oficio u ocupación. Como por ejemplo la obra social de docentes que le otorga una cobertura de salud.

En la década del 90, con el ajuste del neoliberalismo, adquiere notoriedad la medicina privada, la salud aparece como una mercancía y está fuertemente asociada al predominio de los mercados y los procesos del neoliberalismo repercuten en dicho campo, asimismo el Banco Mundial y los grandes prestadores son los generadores de ideas para operar en el campo e impactar en cambios como instaurar discursos asociados a una salud de alta complejidad.

Los sectores públicos y estatales se dirigen hacia los sectores pobres, de bajos recursos y los mixtos dirigidos a otro sector, las personas trabajadoras y los privados son los que se pueden abonar. Estos subsectores coexisten con una escasa vinculación entre ellos, existe una fragmentación entre cada uno y se produce una brecha entre la cobertura poblacional y los resultados epidemiológicos.

Esta fragmentación se debe a que entre ellos van desarrollando algún tipo de alianza significativa en el campo, como los sindicatos, los proveedores o financiadores que fueron modelando al sistema, como ver la concepción de la salud en términos privados o públicos estatales.

La seguridad social colabora en financiar al sector social privado, en vez de dirigir al sector público que abarca a toda la población. Es decir, que financia a las obras sociales y al

sector privado con prestaciones de altos montos. Las obras sociales dirigidas bajo la órbita de los sindicatos, tienen un financiamiento de las personas trabajadoras, la patronal y el estado.

Las jurisdicciones nacional, provincial y municipal en la década del 90 y en el marco de las descentralizaciones, el autor Ase (2006) refiere a que los hospitales pasaron a manos de las provincias o municipios. Esta coexistencia en el territorio se dio sin mediaciones políticas, lo que llevó a encontrar una gran variedad de instituciones con autonomía relativa y con escasas reglamentaciones.

Por otro lado, siguiendo a Buriyovich & Ase, (2003) surgen conflictos de acuerdo a los recursos técnicos, financieros, humanos y otros obstáculos que tienen que ver con la desigualdad en cuanto a jurisdicciones más ricas que otras, lo que produce una cierta inequidad en el campo de la salud. Esto quiere decir, que no son los mismos recursos en la capital que en el resto de la provincia y es así que se produce la inequidad en la salud.

En un tercer periodo surge el Estado neoliberal, que abarca desde el año 1990 hasta el año 2003 caracterizándose por una nueva ola de descentralización de los servicios públicos, como relatan Acuña y Chudnovsky (2002), más específicamente el sector de la salud, el cual se vio afectado por la disminución de la contribución monetaria. Es decir, que la administración de los hospitales quedó asignada a las jurisdicciones provinciales. Al mismo tiempo los hospitales tuvieron la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

Por último, con la llegada de un estado inclusivo que comienza en el año 2003 como refiere la autora Urbina (2017) y continúa hasta la actualidad, habiéndose visto interrumpido por un periodo electoral neoliberal (2015-2019), se fortalece una fuerte intervención del Estado en materia de salud pública. En este sentido esta toma el rol del proveedor en el campo de la salud, garantizando los derechos sociales, a partir de normas jurídicas que achican la brecha de la desigualdad.

El proceso socio-histórico de la política de salud en Argentina, está conformado desde la década del 40 y desde entonces, el mismo va configurando las reglas propias al sistema y al gobierno de turno, de acuerdo al desarrollo económico y social del país.

2.2 Modelo Médico Hegemónico

Nos proponemos exponer en este apartado, las contribuciones de algunos autores de acuerdo al Modelo Médico Hegemónico (MMH):

Por MMH entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menendez, 2008, p.6).

Este modelo se caracteriza por los siguientes rasgos: biologista, tecnocrático, a-histórico, a-cultural e individualista, que instituye una relación médico-paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente. Esta concepción se identifica además con la racionalidad científica, la escisión entre teoría y práctica, la medicalización de los problemas y la comprensión de la salud/enfermedad como una mercancía. (Mantaras, 2020)

Por otra parte, lo biológico parte de la necesidad de atacar la enfermedad en un órgano, un aparato, que se olvida por lo general a las personas como ser integral, a la necesidad de atacar la enfermedad llevada a una especialización, una fragmentación del conocimiento y del ser humano. No se tiene en cuenta las relaciones de esos procesos de enfermedad, que se dan en los individuos de acuerdo a la sociedad en la que vive.

El modelo mencionado, utiliza un lenguaje que se autodefine como científico y técnico, probado y comprobado empíricamente, que le brinda el poder y la posición asimétrica en relación a su paciente, el cual está sometido y subordinado a la legitimidad del saber profesional.

La autora Belmartino (1988) hace referencia a los principales rasgos de salud en la época moderna, al que llama Modelo Médico Hegemónico. Este modelo se caracteriza por atender la enfermedad de un órgano en particular, dejando por fuera la atención del individuo de manera integral. También hace referencia a la relación que existe entre profesional-paciente, en donde el equipo de salud atiende a la población y realizan una intervención sin consultar y sin dar muchas explicaciones, práctica que es difícil de llevar a cabo en una salita en donde se deben atender a veinte usuarios en una hora.

Las prácticas del sistema de salud inciden en la vida cotidiana de pacientes como de profesionales que deben responder a un sistema que está caracterizado por aspectos patriarcales o hegemónicos que se imponen y dejan en un plano relegado los derechos sociales, desigualdades de oportunidades y diferencias entre género. Es por esto, que en la actualidad el sistema de salud necesita re direccionar los modelos de las prácticas y canalizar los recursos disponibles hacia un abordaje integral, y repensar la relación paciente-médico donde la base sea el respeto mutuo, la retroalimentación, revalorizando la distribución del saber, brindando la oportunidad de expresar otros aspectos que son tan importantes como los físicos para la cura de la enfermedad.

Por lo demás, nos interesa en este momento analizar cómo influye el MMH en las comunidades campesinas del oeste cordobés. Siguiendo a la autora Gamboa (2021) en las comunidades la implementación de este modelo agudizó con mayor énfasis la brecha de desigualdad en el acceso al derecho a la salud, despojando los saberes y prácticas ancestrales aprendidas por esta población antes de su llegada. Es así que, se instauró como verdad

absoluta, respaldada a priori por el conocimiento científico, que legitima y se posiciona en una relación de poder sobre el conocimiento nativo y originario.

Dentro de los rasgos característicos del MMH que identificamos a partir del trabajo de campo en las comunidades rurales, señalamos la burocracia administrativa de los centros sanitarios donde deben asistir para una atención de mayor complejidad. El Estado por su parte centra la medicina en las grandes urbes, relegando a las zonas rurales en materia sanitaria, ya que el número de habitantes es mucho menor y por ende dejan de ser una prioridad a la hora de invertir. La limitada atención profesional sobre todo especializada en las comunidades rurales, conlleva a las personas a tener que recorrer grandes distancias que los separan de las ciudades para obtener la atención necesaria. Se le suma a todo lo anterior el escaso y precario equipamiento con el que cuentan las salas de Atención Primaria de la Salud (APS). Como por ejemplo no pueden recibir una atención que requiera cierto grado de complejidad en oftalmología, ginecología, odontología, etc.

Por otra parte, los alumbramientos domiciliarios se desplazaron hacia salas frías y solitarias relatan las mujeres de las comunidades campesinas, en donde antes contaban con el acompañamiento, la contención y el calor del hogar, respetando los tiempos y el proceso de cada parto de acuerdo a la diversidad de cuerpos, un claro ejemplo del funcionamiento del MMH. Conviene subrayar, que nos basamos en los argumentos de la autora Belmartino (1988) la cual señala que “el parto ha dejado de ser un fenómeno natural, para convertirse en un hecho médico”. Entonces, esto conforma a lo que la autora llama medicalización, a la cual conceptualiza como la medicina que abarca e invade todas las prácticas sociales de la vida cotidiana, definiendo lo sano-enfermo. También refiere a una práctica medicalizante que no solo es la salud como mercancía, sino como la prevención de las enfermedades y esto aumenta la iatrogenia, lo que genera a los individuos un sometimiento al saber científico.

Además, existe una gran distancia hacia la ciudad para poder acceder a la atención medicalizante, teniendo que viajar en sulky o pedirles a las pocas personas que cuentan con vehículo para el traslado. Es decir, que muchas veces las mujeres viajan en proceso de partos, con incertidumbres, miedos, dolores, etc. en donde quedan solas en las salas. Relatan las mujeres, que de tener la oportunidad elegirían quedarse en sus comunidades para sus partos. “Yo si pudiera, lo tengo en casa rodeada de mi gente” (E2)

Por otra parte, afirmamos que este modelo no logró sortear las dificultades que aquejan a la zona rural. Con esto se quiere decir, que llevar una vez a la semana un médico no cubre las necesidades, ni garantiza el derecho fundamental del acceso a la salud.

El MMH implementa la separación tajante sobre la cobertura sanitaria por jurisdicciones políticas, lo que genera aún más el difícil acceso a la salud, ya que las comunas y municipios se cierran de manera hermética a las personas pertenecientes a otras localidades. Justificando su accionar con argumentos que señalan la asignación de recursos de acuerdo con el número de habitantes de sus comunidades.

2.3 Contexto de Surgimiento de la Atención Primaria de la Salud (APS)

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia creada en el año 1978, en una reunión llevada a cabo en Alma Ata, con la premisa de salud para todos, estrategia a la que adhirió el Estado Argentino. En un principio en la declaración de Alma Ata se definió a la APS como la:

Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda

soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Rovere, 2012, p.3)

La APS según aportes de Crosetto (2022) surge en un contexto crítico de desigualdades existentes en la condición de la salud de las personas a nivel global. El desarrollo económico es una de las consecuencias de estas desigualdades y también las crisis emergentes de los diferentes modelos de salud.

En Argentina el contexto del surgimiento de la APS era complejo, con una dictadura militar al gobierno. Es así que los diseños de las políticas de salud se relacionan directamente a los condicionamientos impuestos por los acreedores, como el FMI, que otorgó un préstamo estableciendo las condiciones de ajustes para la salud pública. Asimismo, la APS fue una puerta de entrada de las comunidades al sistema de salud, siendo este el primer nivel de atención a las que las personas pudieron acceder, transformándose así en una atención selectiva, destinada solo a las personas pobres, vista como justicia social.

Este nivel de atención fue pionera del desarrollo de políticas de salud, marcando un cambio en los paradigmas hasta entonces conocidos en dicho campo. A partir de la revisión del lema principal salud para todos se llega a la conclusión que si bien impacto en cambios favorables para el sistema de salud, también a raíz de su implementación surgieron fallas. Esto quiere decir, que las grandes expectativas con las que se creó, fueron utópicas para las diferentes realidades comunitarias de nuestro país.

En tanto, en la provincia de Córdoba se da una descentralización en el sistema de salud, a partir del año 1995 con la ley de emergencia provincial la APS pasa a ser responsabilidad de los municipios y comunas:

Esta medida generó una mayor fragmentación del sistema y una agudización de las inequidades. Este cambio en el rol del Estado Provincial no fue acompañado de mecanismos que neutralizaran las posibles dificultades de acceso

a ciertos sectores de la población. La transferencia de servicios implicó profundas modificaciones en la distribución de las “oportunidades de vida” lo que puede observarse en las diferencias entre los municipios con recursos y sin recursos.

(Buriyovich & Ase, 2003, p.9)

En consecuencia, no todos los municipios llegaron a alcanzar los objetivos que le dieron origen a esta medida, implementada por el gobierno provincial del periodo 1995-1999. Es decir, que dicha disposición no fue respaldada por recursos coparticipables para estas jurisdicciones, agudizando las inequidades del acceso al sistema de salud.

2.4 Atención Primaria de la Salud en la Ruralidad

Comenzamos reflexionando en torno al proceso vivenciado en las prácticas pre profesionales y los registros de los cuadernos de campo. La salud en la ruralidad siempre estuvo ligada avances postergados que estaban ya incorporados en la ciudad según observaciones en el territorio. En los últimos años recupera su centralidad en función de las propiedades de las medicinas naturistas, los saberes ancestrales, conocimientos traspasados de generación en generación, utilizando los recursos naturales que la tierra les proveía, como hierbas medicinales, etc.

Si bien estas prácticas no han sido borradas de las memorias de las personas campesinas, pero sí fueron desplazadas por la llegada del Modelo Médico Hegemónico y la medicalización, que consistía en la atención primaria en salas específicas, en donde profesionales de la salud atendían, diagnosticaban y medicaban en relación a una enfermedad patológica, que afectaban al cuerpo, dejando por fuera al contexto con el que el sujeto interactúa en su vida cotidiana.

Asimismo, el derecho a la salud en la ruralidad siempre estuvo atravesado por limitaciones en relación a la distancia, los recursos y las burocracias. Si bien, en la ciudad el derecho a la

salud tampoco es garantizado de manera óptima, la brecha de la desigualdad era aún más grande en las zonas rurales del oeste cordobés antes de la llegada del MCC, que, de acuerdo a la información recabada en las comunidades, acceden a la promoción y prevención de la salud a través de diferentes campañas sanitarias brindadas por la Organización.

Dado que, las personas corrían el riesgo de contraer otros tipos de enfermedades, esto es de acuerdo al territorio en el que vivían. En las décadas anteriores al siglo XXI las enfermedades predominantes como relata la autora Bergia (2020) eran además del chagas, los tumores malignos, cardiopatías, enteritis y diarreas, entre otras que son propios de la situación de empobrecimiento y falta de acceso a tratamiento de excretas, agua potable, cobertura sanitaria.

En relación a este contexto de empobrecimiento que da lugar a la proliferación de enfermedades en las comunidades campesinas, surge el Agente Sanitario Rural:

Para finales de los años setenta, se aseveraba que entre los programas sanitarios provinciales se priorizaba la atención de la madre y el niño, la lucha contra la enfermedad de Chagas y la atención de la salud en las zonas sanitarias 1 y 2 (norte y oeste provincial). A tono con esas metas de políticas públicas, fueron instrumentados programas destinados a la prevención y control del chagas y se creó la figura de los promotores sanitarios rurales que ejecutaban políticas de prevención de las endemias rurales y propendían a la protección madre e hijo. Sin embargo, es necesario matizar el alcance de esas intervenciones producto del contexto institucional en el que se desplegaron. Durante las décadas del sesenta y setenta, a nivel subnacional la inversión en salud pareció estancarse y el desenvolvimiento de las agencias sanitarias se vio afectado por los permanentes recambios institucionales producidos por la inestabilidad política argentina de la etapa. (Bergia, 2020, p.7)

En estas décadas del sesenta y setenta se da un movimiento migratorio en el país del campo a la ciudad. Situación que impulsó políticas públicas destinadas a la prevención de una posible propagación masiva del chagas. Por lo que se refiere a las enfermedades rurales, la autora Bergia (2020) hace referencia que a principios de la década del 90 los riesgos y padecimientos de la salud de las personas campesinas comienza a asociarse a los causales de la utilización de agrotóxicos generando nuevos riesgos en el nuevo sistema de producción hegemónica.

La implementación de estos agroquímicos, en la década del 90 da lugar a una nueva forma de producción y que afecta notablemente la salud de las personas, como se menciona en La Vanguardia (2017) estos productos alteran el ciclo natural de los alimentos con la finalidad de obtener una mayor rentabilidad económica y de manera implícita, imponen la necesidad de su utilización para obtener mejores productos. En efecto, estos últimos años, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a raíz de un estudio, advierte los efectos dañinos que estos provocan para la salud de las personas y el medio ambiente, generando la pérdida de la biodiversidad, la contaminación del agua y de la tierra. Asimismo, propone de manera global la urgencia de regular y eliminar estos contaminantes perjudiciales para la humanidad, utilizados de manera desmedida sobre todo en los países en desarrollo.

Siguiendo a la autora Bergia (2020) a comienzos del siglo XXI algunas enfermedades habían sido controladas y erradicadas, gracias al crecimiento de urbanización en estas zonas y el fortalecimiento de las viviendas, ya que dichas enfermedades eran causadas por la inserción territorial y las desigualdades socioeconómicas, a excepción del chagas y que aún perdura en la actualidad.

A pesar de haber disminuido ciertas enfermedades de acuerdo al crecimiento y al fortalecimiento urbano y habitacional en dichas zonas, surgieron nuevos riesgos sanitarios en

la ruralidad articulados a la expansión del agrotóxico. En concreto fueron el cáncer, los problemas respiratorios, los abortos espontáneos, entre otros.

Como ya hemos mencionado, la APS fue transferida a los municipios en la década del 90, es decir que el Estado provincial descentraliza este primer nivel de atención recortando los recursos con los cuales estas instituciones subsistían. En consecuencia, como relata la autora Bergia (2020) la gran mayoría de estos centros de salud debieron cerrar sus puertas por dicho faltante en recursos o en algunos casos disminuir las prestaciones que antes estaban disponibles.

Por otro lado, además de la descentralización de la APS hacia los municipios del interior de la provincia, dice la autora que se desmantelaron varios programas sanitarios rurales, como el destinado al sostenimiento de los agentes sanitarios del territorio. A su vez, los programas de prevención y control de chagas fueron recortados, por esto, los intentos estatales de erradicar esta enfermedad vectorial no han obtenido resultados positivos, sino que se han dictado soluciones parciales, desde la inserción del agente sanitario, que, si bien se encargaba de la prevención y control de la enfermedad, solo se hacía foco en la atención de la madre e hijo/a, pero dejando por fuera todo un contexto habitacional y socioeconómico que propicia la reproducción de la enfermedad.

La proliferación de esta enfermedad parasitaria, generó la necesidad de implementar otros programas como el de la erradicación de las viviendas ranchos, que forman parte del paisaje y la idiosincrasia de las zonas rurales. El objetivo del mismo, consistía en contrarrestar el alto porcentaje de predominio de ranchos realizados con materiales de construcción precarios, que hacen a un escenario propicio para la reproducción de la vinchuca.

Este programa y su implementación en la zona rural denominada Plan Noroeste, comienza desde el año 2009 en el oeste cordobés, donde tuvo gran aceptación por parte de la población, dicho programa consistía en:

El Programa de Sustitución de Viviendas Ranchos para la Erradicación del Mal de Chagas surge en el marco regulatorio de la Ley de Emergencia Sanitaria y Habitacional N° 9601 y en directa relación con la identificación del mal de Chagas-Mazza como problema endémico en la provincia de Córdoba. Antes de la promulgación de dicha ley, se dio lugar a un momento de sondeo que arrojó un número estimado de 1157 viviendas con características de rancho, es decir, familias que conviven diariamente con el vector transmisor. Estos datos fueron el punto de partida para el diseño del Programa y su implementación se entiende como parte de una estrategia estatal para hacer frente a esta problemática de Salud Pública. (Paez, 2013, p.1)

En este discurso estatal hay un contraste con los relatos recogidos en las entrevistas a los habitantes de los parajes, que recorrimos en nuestra intervención, a lo largo de nuestras prácticas pre profesionales, las personas del lugar expresaron su disconformidad de acuerdo al programa en cuestión, en donde no se tuvieron en cuenta los intereses de los mismos para diseñar y construir las viviendas “la ventilación la quería de norte a sur y el plano venía al revés” (E1). Estas fueron planificadas de manera uniforme para toda la provincia, dejando de lado el conocimiento y deseos de los individuos, conocedores de sus realidades y lugares. Según nuestro punto de vista construido desde el relato de los miembros de la comunidad, las políticas sanitaristas destinadas a la ruralidad han carecido de un marco integral, donde los programas no abarcaban las condiciones socioeconómicas de territorio, entre otras, centrándose solo en la cura y omitiendo las condiciones contextuales que propiciaban la enfermedad de cada persona.

En consecuencia, de las políticas descontextualizadas, las personas de la ruralidad comienzan a reunirse para la búsqueda de alternativas que dieran respuestas a las necesidades sanitarias, educativas, etc. En este proceso es que surgen las estrategias de formación en salud

en las comunidades campesinas, que les permite a los habitantes acceder al sistema sanitario. Esto es posible por el compromiso y responsabilidad que asumen las mujeres campesinas al momento de los espacios de formación que propone UCATRAS, para la promoción y prevención de la salud en dichas comunidades. Como señala Vega (2021) la organización realiza una articulación con la educación popular para abordar los temas de interés colectivo desde una perspectiva de género, mecanismo que cuestiona la opresión y la dominación de estructuras hegemónicas. Es decir, que esta herramienta cuestiona los estereotipos con los que se educa.

Ahora bien, a partir de nuestra experiencia de práctica, advertimos que este tipo de formación recupera un uso de lenguaje adecuado a los saberes populares de la comunidad, en donde el contenido de formación responde a las necesidades del contexto, como así también llevar a cabo las actividades formativas en un lugar estratégico de acuerdo a las distancias. Otras de las estrategias de formación, es la posibilidad que se les brinda de cubrir los gastos de movilidad de manera colectiva, en conjunto con la Organización, también desde la educación popular otra estrategia es la convocatoria abierta a la formación sin requisitos excluyentes. Esto se expresa en comentarios de las Promotoras de salud.

Capítulo N°3: Promotoras de Salud - Unión Campesina de Traslasierra (UCATRAS)

3.1 Surgimiento de las Promotoras de Salud en el Oeste Cordobés

En las comunidades rurales del oeste cordobés un grupo reducido de lugareños/as en su mayoría mujeres, comenzaron a principios del año 2000 a organizarse en pos de resolver aquellos obstáculos que vulneraban sus derechos, como cuestiones económicas (prestamos productivos), el acceso a la educación, a la salud.

Con la llegada del MCC en el año 2000 y la creación de la Organización UCATRAS surge un sujeto colectivo en las comunidades campesinas, este hecho histórico marca un antes y un después en estos territorios. Decimos que el MCC marca un hecho histórico porque fomenta una conciencia colectiva generando el fortalecimiento y afianzamiento de los vínculos entre el pequeño grupo organizado a comienzos del siglo XXI.

Por consiguiente, a raíz de las herramientas brindadas por el MCC basadas en fundamentos teóricos, estrategias metodológicas, se crea un contexto propicio que da lugar a al inicio de un proceso de ruptura de estructuras impuestas por paradigmas vigentes en el lugar, como el Patriarcado, el Capitalismo, el Desarrollismo y el agronegocio. En consecuencia, la mujer campesina integrante de UCATRAS aumenta su compromiso con la comunidad, en un rol más afianzado y protagónico, que tiene como objetivo la lucha y la disputa por la desigualdad social.

A partir de las diferentes entrevistas realizadas en el territorio pudimos recabar que la mujer rural se auto percibe orgullosamente como mujer campesina, identidad que fomentó la Organización, tal como nos relataba una joven egresada de la Escuela Campesina “ahora nos sentimos orgullosas de llamarnos mujeres campesinas, no sentimos vergüenza como antes” E3. Es decir, que fue y sigue siendo un proceso construir una mirada positiva sobre

nombrarse así mismas como campesinas, opuesta a las representaciones sociales percibidas por ellas y la sociedad, que las ponía en un lugar de incomodidad. Este proceso es una construcción permanente realizada de manera colectiva e individual con el permanente acompañamiento de la Organización.

Así pues, a lo largo del tiempo la Organización ya consolidada fue gestionando y agilizando trámites burocráticos, posibilitando la llegada de políticas públicas como pensión no contributiva, asignación universal, jubilación, salario social complementario, campañas de salud (capacitación e insumos), entre otros. Después de identificar todas las actividades llevadas a cabo por la Organización, hacemos hincapié en las cuestiones de salud ya que es en el área donde desplegamos las practicas pre profesionales, reconociendo la importancia del equilibrio y la armonía entre los factores económico, socio-ambiental, cultural y político que favorecen a un completo estado de bienestar de las personas.

Para cuidar de la salud de las comunidades campesinas del oeste cordobés, las mujeres consolidadas ya dentro de UCATRAS comienzan a formarse y a capacitarse como promotoras de salud, tomando un rol protagónico en cada comunidad, llevando a cabo estrategias, saberes adquiridos propios del lugar (conocimientos ancestrales transferidos de generación en generación) y conocimientos aprendidos en los espacios de formación

En este sentido y a raíz de nuestra intervención podemos argumentar que la Promotora de la zona rural, cumple un rol fundamental en la vida de las personas de las comunidades campesinas, siendo el nexo elemental para articular entre el personal de la salud y las familias.

La autoatención es casi siempre la primera actividad que el sujeto y el micro grupo ejecutan respecto a los padeceres detectados. Esa actividad, en principio, no incluye ningún curador profesional, incluso si se consultan vecinos, compañeros de trabajo o amigos, porque no se desempeñan como curadores

profesionales. Además, la autoatención “acompaña” todo tratamiento propuesto por curadores profesionales en una trayectoria en la que la mayoría de los sujetos trata de autonomizar los tratamientos. (Menéndez, 2021, párrafo 18)

En el caso de las Promotoras de salud, no solo tienen a cargo cuestiones que hacen a la salud corporal, si no que trabajan con el concepto de salud integral, sanando y empoderando el alma de aquellas mujeres campesinas que día a día luchan por sus derechos y el de sus comunidades. Así lo argumentaba en una entrevista semi-estructurada la referente E4 de la salita de salud de Las Jarillas, Promotora y enfermera profesional de la comunidad, “además de realizar curaciones también escucho a los jóvenes y les enseño sobre los métodos anticonceptivos” que de acuerdo a su trayectoria de veinte años ha dispuesto desde su hogar brindar respuestas a las personas de la comunidad que se acercan por alguna situación problemática y que esté a su alcance resolver.

Muchas de las mujeres llegan a solicitar medicamentos, curaciones, pedir traslados a otros centros de salud, como también llegan a ella en búsqueda de un espacio de escucha, un asesoramiento etc. “quien brinda consejería no es alguien que da consejos. Es una persona formada para escuchar, informar y promover la toma de decisiones autónoma del usuario o usuaria del servicio de salud” (Nicora & Mantaras, 2020, p.4). Por lo que el trabajo realizado por estas Promotoras no está destinado solo a realizar tareas de prevención y promoción con respecto a la salud, sino que desde un dispositivo de consejería brindan contención y acompañamiento a los habitantes del lugar, desde el que se va construyendo un abordaje de salud integral.

La mayoría de las promotoras son madres, criadoras. Es decir, criadoras porque ellas manifiestan que crían y cuidan además de sus criaturas, animales que nacen y quedan huérfanos. Forman parte de la organización, la cual ha favorecido la expresión de su propia

voz, su empoderamiento, la participación, la identidad y el orgullo de ser campesinas. Son productoras, y protagonistas de las economías regionales (quesería, cría de animales, dulces artesanales) “nosotras con las mujeres estamos a cargo del proceso productivo de los quesos”

E2. También incentivadoras de nuevas representaciones sociales, ya que concientizan y promueven la desestructuración de estereotipos patriarcales. Por ejemplo, incentivan a las mujeres a participar y tomar conciencia de que son merecedoras de un tiempo para ellas, porque aparte de ser madres, son mujeres.

En conjunto con la referente Lic. Rosario Vega de la Organización, elaboramos una línea histórica, que reconstruye el proceso y la trayectoria de trabajo de la promotora de salud contextualizando su labor:

- 2000 Se comenzaron a materializar diferentes grupos pertenecientes a grandes ciudades que compartían el mismo anhelo de ir a la zona de Traslasierra de la provincia de Córdoba. 2001 Se comenzó por la zona de Chancaní a conocer compañeros, que vivían en el campo a generar confianza, encuentros, construir lazos, unificar criterios, objetivos, etc. 2002 La primera reunión se realizó en el paraje El Medanito, en donde los grupos formados en el año 2000 se distribuyeron en todas las comunidades, durante dos días seguidos.
- 2002 Surge el nombre UCATRAS Este periodo se caracteriza por el inicio del proceso de reconocimiento de las necesidades y de las características de las luchas por las necesidades en las comunidades de esta central.
- 2003 Se realizó durante todo el año un curso interno del MCC en Serrezuela de dos días al mes con los ejes en lo técnico, lo político y la acción concreta transformada en lucha como bandera del MCC (campaña de chagas y la importancia de la historia clínica)

- 2004: Recorrido territorial de epidemiología de la provincia, con campañas de vacunación y capacitaciones dictadas por ellas.
- 2004: Recorrido territorial de salud en donde se realizaron controles de crecimiento y desarrollo con la colaboración de las promotoras de salud de las comunidades.
- 2005 Taller en la escuela del paraje Las Oscuras sobre chagas y análisis de chagas con promotoras de salud. “Campañas de PAP” “Proyecto de diabetes e hipertensión. Elaboración de videos”.
- 2007 Becas a los lugareños de los parajes Los Médanos y El Quebrachito en el marco del programa de chagas.
- 2008/2010 Periodo en el que se comenzó con la atención en el dispensario de El Medanito y la construcción de las salas de primeros auxilios en Los Quebrachitos y en La Cortadera
- 2011 Nueva campaña de vacunación
- 2011 Curso de promotores de salud en el marco del programa médicos comunitarios, en donde se logra como movimiento campesino el reconocimiento del trabajo que se realiza (trabajo con jóvenes, salud de la mujer, botiquín y herbario, etc.)
- 2011 Gestiones de insumos en el Ministerio de Salud en la provincia (programa de diabetes/programa maternidad y paternidad responsable/programa chagas/remediar más redes)
- 2014 Se logró un botiquín radiante y se gestionó un programa para la entrega de leche y anticonceptivos en los municipios de San Pedro y Chancaní.
- 2015 Se va de a poco perdiendo el trabajo como médico comunitario, y se retira el programa remediar y el botiquín radiante
- 2016 La escuela popular de género rotando por las comunidades
- 2018 La escuela popular de género en San Vicente

- 2018 Capacitación con promotoras de salud en la sede en Villa Dolores, articulada entre UCATRAS y el MCC
- 2018 Articulación extensionista/académica con la Universidad Nacional de Córdoba sede CRES Villa Dolores (prácticas de 2do año)
- 2019 Curso de salud con perspectiva de género en Villa Dolores - Jornadas de salud escolar en la escuela campesina de La Cortadera y en la escuela de Las Oscura - construcción de instrumento y relevamiento por fumigaciones aéreas - Elaboración de informe para la legislatura para la comisión de salud sobre la situación de salud en las zonas rurales. Articulación extensionista con la Universidad Nacional de Córdoba sede CRES Villa Dolores (prácticas pre profesionales de 3ro año)
- 2020 Contexto de pandemia COVID-19, suspensión de actividades por medidas de ASPO (aislamiento social preventivo y obligatorio)
- 2021 Regreso paulatino de las actividades de capacitación del curso de promotores de salud dentro del contexto de ASPO en la sede del ATE (asociación de trabajadores del estado)
- 2021 Reactivación de las campañas de promoción y prevención de la salud integral
- 2021 Consejería y contención por parte de las promotoras de la salud a habitantes de las comunidades campesinas de acuerdo a la capacitación específica del contexto de emergencia COVID-19
- 2021 Articulación extensionista con la Universidad Nacional de Córdoba sede CRES Villa Dolores (prácticas pre profesionales de 5to año)

A lo largo de la reseña histórica se observa la materialización del rol de las promotoras de salud comunitaria, proceso que se construye y fortalece con cada acción, capacitación, lucha por los derechos, disputas y conquistas, formando tejidos sociales con otras comunidades.

3.2 Características de las Promotoras de Salud

Sostenemos que las mujeres campesinas vienen trabajando mucho para cambiar la realidad en la que viven, como se pudo vivenciar en las prácticas pre profesionales, estas mujeres vienen organizándose desde el año 2000. Se organizaron y lucharon por sus derechos y por instalar una mirada feminista en el territorio campesino desde los ideales del MCC, “participamos de marchas en la capital, fuimos a los municipios a reclamar cosas que nos corresponden y siempre nos estamos formando sobre nuestros derechos” E1. En este sentido el feminismo campesino popular ya está instaurado y es desde esta mirada que las mujeres se posicionan en una realidad que está cambiando para ellas y para las generaciones futuras. El trabajo doméstico, la subordinación de la mujer y la organización social de la reproducción se convirtieron entonces en temas importantes para la lucha social y política.

Destacamos como relevantes de este grupo de mujeres que se van formando dentro de una concepción feminista campesina y popular las siguientes características:

- El 100% de las que participan, se auto percibe como mujeres CIS (personas cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual)
- Edad promedio 30 años
- Se auto percibe como parte de la Organización, manifestando que la misma ha favorecido la expresión de su propia voz, el empoderamiento, la participación, la identidad, y el orgullo de ser campesinas.
- Son Productoras, y protagonistas de las economías regionales (quesería, cría de animales, dulces artesanales).
- Son incentivadoras de nuevas representaciones sociales, ya que concientizan y promueven la desestructuración de estereotipos patriarcales. Por ejemplo, incentivan a las mujeres a participar y tomar conciencia de que son merecedoras de un tiempo para ellas, que aparte de ser madres, son mujeres.

- Existe un alto porcentaje de jóvenes con convicciones forjadas en la escuela campesina¹. Característica que favorece al cambio de paradigma en relación a concepciones feministas.
- Una característica presente en las reflexiones y relatos que recuperamos, son los conocimientos que se incorporan en las formaciones que se hacen síntesis con los saberes ancestrales que adquirieron de diferentes fuentes, la experiencia, el relato oral, los "consejos de las abuelas", etc. que pasan de generación en generación.

3.3 La Relación entre las Sujetas y los Actores Involucrados en el Escenario de Intervención de la Práctica Pre Profesional

En el entretejido social que se ha conformado producto del trabajo en red en los diferentes territorios, es donde se identifican distintas sujetas sociales, actores institucionales, comunidad en general y un sujeto colectivo que nace a partir de la demanda de resolver las necesidades de manera comunitaria, por no lograr resolverlas de forma individual.

Una de las principales intervenciones y construcciones sociales que realizó el Movimiento junto a las comunidades rurales fue la construcción, delimitación y visibilización del sujeto colectivo, que se caracteriza por la organización de un grupo de personas para alcanzar un objetivo en común.

En las comunidades de La Cortadera, Las Oscuras, El Quemado y Las Jarillas, el sujeto colectivo se ve materializado en la mujer campesina, que se ha organizado de tal manera, cumpliendo un rol fundamental en la zona rural, para la conquista de derechos sociales, que benefician a integrantes de sus comunidades. La mujer campesina no se percibe de manera

¹ La escuela campesina lleva una década promoviendo la educación para jóvenes, con el propósito de brindarles contención y una formación orientada a la producción agropecuaria local.

individual, sino que se percibe como un colectivo junto a sus pares, se agrupan para producir, crean espacios como redes de apoyo para la contención y como espacios de encuentro entre ellas. “Pensar en colectivo es nuestra apuesta política, poética y un legado del feminismo que no queremos perder” (Feminismo, 2017, p.23). Relatan las mujeres de la Cortadera que antes de ser parte de la organización no sabían los derechos con los que contaban y que ahora luchan unidas para conquistarlos, no solo para ellas sino para el territorio, para las nuevas generaciones que vienen, para que no tengan que irse a la ciudad.

“Creemos que nuestra lucha ha de iniciar en el cuerpo de las personas que más dependen del territorio y muchas veces, esas personas somos las mujeres. Pero no entender el cuerpo sólo como carne y huesos, sino también con su espíritu, con sus miedos, angustias y felicidades; es decir, entender el cuerpo como un territorio político para defender”. (Feminismo, 2017, p.20).

Entender al cuerpo no solo como carne y hueso lo articulamos en las vivencias de las practicas, donde las mujeres relatan que es necesario llegar a la construcción de un equilibrio físico y emocional, es decir poner el cuerpo en las marchas, en las reuniones, en las pujas surge a partir del compromiso de las mujeres y el sentido de pertenencia construido a lo largo de los años y en donde lo vimos materializado en diferentes conquistas de derechos, en la salud la sala de atención primaria de La Cortadera, en la educación la Escuela Campesina secundaria de La Cortadera, en lo económico el acceso a varios programas como el salario social complementario, entre otros.

Es gracias a estos ideales que la mujer campesina se identifica con sus pares, expresando lo que siente y carga, restando presión a los mandatos sociales, que la idealizan como portadora y capaz de sostener todo tipo de responsabilidades. En consecuencia, hoy se construye una nueva era de representaciones sociales.

Otros sujetos presentes en este escenario son los sujetos directos como, profesionales que integran el equipo interdisciplinario, las Promotoras de salud, los sujetos sociales comprometidos con la Organización y la comunidad que llevan cabo actividades que aportan al mantenimiento y desenvolvimiento de la Organización (vecinos/as, madres/padres, etc.), las representantes de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba y referentes de instituciones estatales (municipios y comunas). Como sujetos indirectos, se reconocen a todos aquellos integrantes de las comunidades campesinas que gozan de los beneficios que la organización y los sujetos directos les facilitan.

La población de La Cortadera son participantes activos en los procesos de acción colectiva. Y tienen como objetivo de su accionar, la lucha por su territorio geográfico y social, y la revalorización de sus costumbres y producción. Es por ello, que visibilizan la auto-organización como estrategia de lucha y superación, para satisfacer sus necesidades en la reproducción cotidiana de la existencia.

Como señala Svampa “La territorialidad aparece como un espacio de resistencia, de resignificación y creación de nuevas relaciones sociales. Espacio de auto-organización comunitario. Existe un lenguaje de valoración que enfatiza la defensa y promoción de la vida y la diversidad”. (2012, p.7)

El territorio social, político, económico y cultural que se delimita en La Cortadera, se conforma por diferentes sujetos y actores sociales que tienen una trayectoria de lucha y resignificación, con un sentido de pertenencia que prioriza lo autóctono como único y particular, tal es el caso de la referente del lugar, principal promotora de la lucha por el acceso a la salud, (E1). El trabajo en red entre los actores sociales, posibilita el abordaje comunitario, lo que permite visibilizar el entramado entre el Movimiento UCATRAS, la Escuela Secundaria Campesina (fundada por el mismo movimiento), la sala de primeros

auxilios del lugar y otras organizaciones estatales como el Hospital Regional de Villa Dolores, el INTA y municipios y comunas cercanas al paraje.

En relación a los sujetos, también “conforman vínculos extra-familiares, que se articulan formal o informalmente en redes de contención y asistencia, constituyen las estrategias que las familias despliegan para obtener gran parte de los recursos que necesitan para afrontar la vida cotidiana, en barrios signados por lo general por la débil presencia del Estado”. (Elizalde & Maglioni, 2014, p.185)



Figura 3: Escuela de la Cortadera, en el marco de una jornada articulada con profesionales de la salud, educativos, referentes, estudiantes y madres de los mismos.

11 de marzo del 2022

3.4 Obstáculos Relevantes que Atravesaron las Comunidades Campesinas del Oeste Cordobés, en un Contexto de Pandemia COVID-19

Nos proponemos exponer en este apartado, las dificultades más relevantes que atravesaron las comunidades campesinas del oeste cordobés en el año 2021, de acuerdo a una mirada desde el Trabajo Social como estudiantes y que nos permitió conocer la realidad del lugar. Es así, que focalizamos en una problemática específica de acuerdo a los intereses de la organización y que nos permitió delimitar y moldear el objeto de intervención.

Durante nuestras prácticas pre profesionales realizamos observaciones participantes, entrevistas, actividades en el territorio que la organización proponía, investigaciones teóricas,

que nos posibilitó la focalización en la problemática del acceso a la salud que atravesaban las comunidades.

A continuación, explicamos el flujograma, esquema metodológico seleccionado, ya que nos permitió ordenar y sintetizar la información recadada a través de las diferentes técnicas. Dicha representación la fuimos construyendo a través del diálogo con las mujeres de las comunidades campesinas en cada intervención práctica.

Simbolizamos con la figura de un árbol dicho flujograma, en donde partimos explicando que en las raíces se representan las causas, las cuales propician el terreno y el escenario que hacen al surgimiento de una situación problemática que se encuentra descrita en el tronco. Los obstáculos de las comunidades campesinas para resolver necesidades de salud-enfermedad desde una perspectiva de la salud integral en el ámbito de la ruralidad. En dichas raíces se describen concepciones arraigadas en la sociedad como es el Patriarcado, que modelan el pensamiento y accionar de las personas del lugar. También se generan situaciones políticas sociales y burocráticas que a diario viven estas personas, como el hermetismo que utilizan los dispensarios para atender a los pacientes que no pertenecen a su jurisdicción.

En la copa del árbol florecen las consecuencias de los obstáculos, generadas por las raíces que contienen los macro-problemas y que describen la materialización de esas consecuencias que a diario atraviesan la cotidianidad de la comunidad. En efecto, es en este entramado de inaccesibilidades y barreras en donde la Promotora despliega sus capacidades estratégicas para resolver estas situaciones emergentes en la ruralidad.

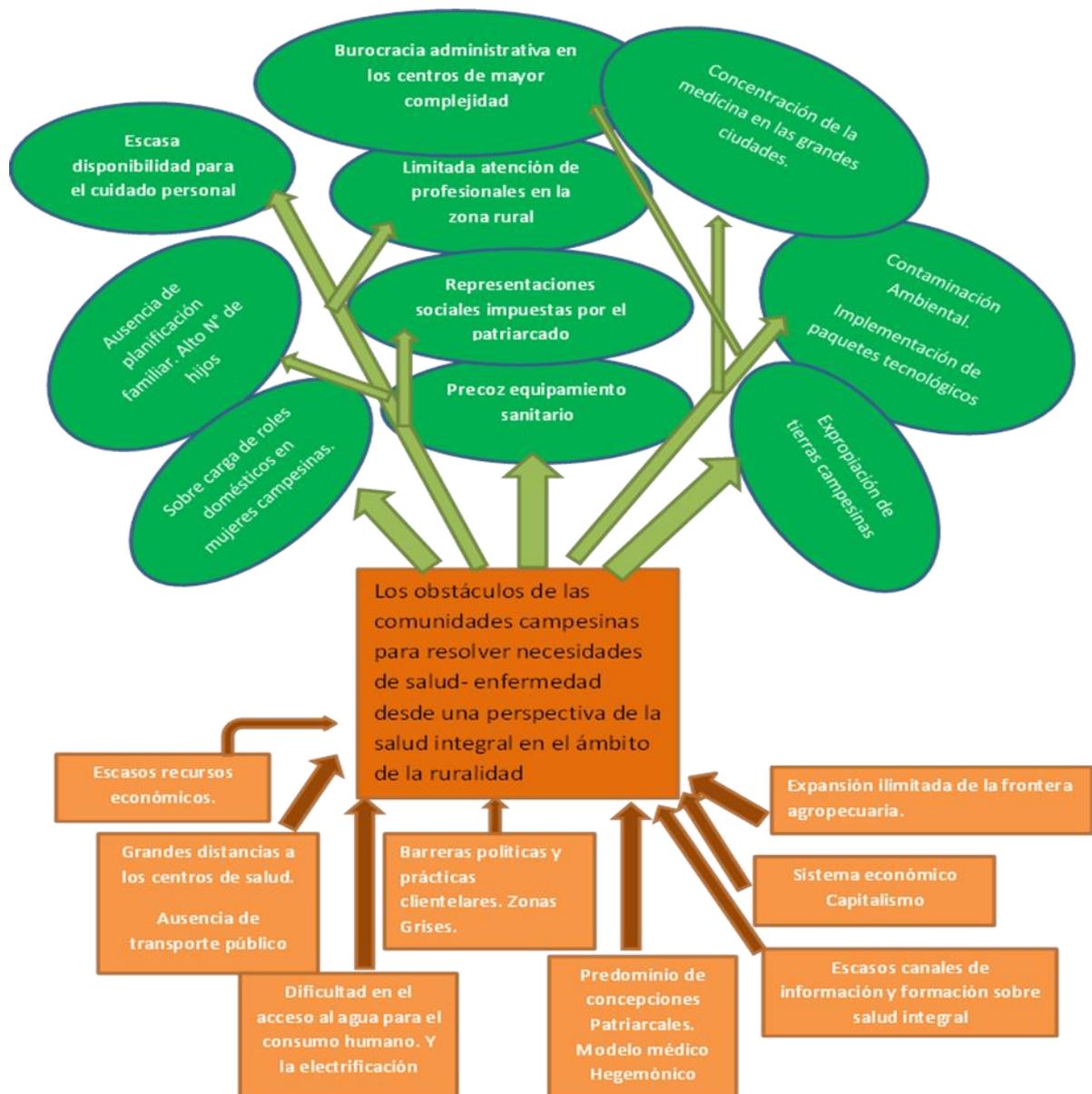


Figura 4: Flujograma del escenario de la intervención

Para entender la inaccesibilidad a la que se enfrentan cotidianamente las personas que viven en el campo, es necesario partir de la definición que hace el Movimiento Nacional Campesino Indígena que establece a “la salud integral campesina indígena como la defensa de la vida y el buen vivir, es estar organizados, luchar por nuestros derechos, producir un alimento sano, cuidar el monte, la madre tierra y valorar nuestros saberes ancestrales” (Campesino, 2021, p.8). La definición anterior permite visualizar a la salud integral como la

plenitud de las personas en relación a todos sus aspectos de la vida. En las comunidades rurales hablar de salud significa abordar un conjunto de aspectos físicos, sociales y emocionales, diferenciándose de lo que plantea el MMH en relación a una salud fragmentada y biologicista.

Es fundamental cuestionar el escaso acceso a la salud en las zonas rurales, interpretándose desde una necesidad básica, donde el Estado debe estar presente con políticas públicas. Como hemos mencionado antes, las zonas rurales se encuentran relegadas, porque se destinan escasas políticas públicas, por no contar con un número significativo de habitantes. Frente a esta situación es que las comunidades donde está inserta la Organización de UCATRAS, se organizan para acceder a una salud integral entendida desde un enfoque que lucha por el acceso a los derechos en relación a la tierra, la educación, la economía popular, soberanía alimentaria, el desarrollo sostenible y la reivindicación de los saberes ancestrales. Como nos relataba la Lic. Rosario Vega referente del territorio “estar organizados es salud” porque no es solo traer a profesionales de la salud o instalar una sala, es organizarse, estar unidos, formar y apoyarse en redes de contención, para alcanzar objetivos de una manera más efectiva y operativa.

La mujer campesina como se mencionó en el capítulo 1 debe enfrentarse diariamente a grandes obstáculos en su reproducción cotidiana de la existencia, algunos de ellos forman parte de estructuras sociales y hegemónicas que atraviesan las representaciones sociales como es el paradigma del Patriarcado generando escasa disponibilidad para el cuidado personal y la sobrecarga de roles domésticos en dichas mujeres. El Capitalismo es otra de las dificultades que se presentan a diario, arrasando con las economías regionales, de las cuales las mujeres campesinas se sostienen económicamente. También este modelo económico mercantil fomenta la expansión ilimitada de la frontera agropecuaria provocando la expropiación de las tierras campesinas y junto al monocultivo se reduce nuestra forma de alimentación. Otra

consecuencia que se puede señalar es la implementación de paquetes tecnológicos generando contaminación ambiental y empobreciendo cada vez más las economías rurales.

Todas estas dificultades del acceso a la salud, se intensificaron aún más con la llegada de la pandemia. En consecuencia, las Promotoras ampliaron sus tareas sanitarias, debido a las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) tomadas por el gobierno nacional, que impedía la libre circulación entre provincias, localidades y pequeñas comunidades, es decir, que los/las profesionales que integraban a la Organización encargados de garantizar el acceso a la salud, tenían prohibido ingresar a las comunidades.

La comunidad contaba con un permiso para salir de las comunidades por temas relacionados a la salud, pero carecían de los medios de transporte públicos, suspendidos por las restricciones de la pandemia para llegar a los centros hospitalarios más cercanos. En este sentido, fueron las promotoras las protagonistas encargadas de garantizar el acceso a la salud a las comunidades rurales del oeste cordobés, trabajando mancomunadamente con el respaldo de profesionales a través de la virtualidad, otra barrera que los aislaba aún más. En efecto, las Promotoras cuentan con un grado de formación que les permite un desenvolvimiento genuino en la comunidad, en donde se han ganado en base a su labor y trayectoria el reconocimiento de la población, gracias a los lazos de confianza, contención, respeto, sabiduría y compromiso que a diario van construyendo.

A partir del relato de la Lic. Rosario Vega y las Promotoras de salud es que concluimos que el arduo trabajo desplegado por ellas, poniendo el cuerpo en la ruralidad en este hecho histórico particular, fue relegado e invisibilizado por el Estado, en donde quedó expuesto el rol fundamental que cumplen dentro del Sistema de Salud. Esto es que no se las reconoció de manera económica y simbólica. Si bien, cuentan con un rol diferenciado, afirmamos que son un complemento del personal del Sistema de Salud, para garantizar el acceso a la salud y achicar las brechas y distancias que existen en las zonas rurales. Asimismo, creemos

necesario destacar algunas de las tareas principales que desempeñaron las Promotoras en el contexto de pandemia:

En principio, la pandemia fue un nuevo desafío para el trabajo que venían realizando en las comunidades campesinas, esta situación de emergencia es la disparadora para fortalecer el vínculo y compromiso que tenían con cada habitante del lugar, poniendo el cuerpo en primera línea, mediante la incorporación de nuevos conocimientos requeridos por el contexto de incertidumbre que atravesaba al Sistema de Salud.

Nos es oportuno reflejar con las siguientes fotografías la carga simbólica que representa la sombra del árbol, la cual adquirió una gran importancia debido a su uso para llevar a cabo el distanciamiento social obligatorio. Además, la sombra del árbol se convierte de acuerdo a la ocasión, en esa sala de espera que acobia a pacientes, o en el aula de secundaria que atesora bellos momentos de aprendizaje, como así también en una oficina en la cual se planifican encuentros y jornadas para las comunidades.



Figura 5: Fotografía tomada el en la sala de salud de Las Jarillas, en el marco de una jornada de atención primaria de la salud, con profesionales de la salud, referentes, promotoras de salud y estudiantes.



Figura 6: Fotografía tomada el 14 de septiembre del 2021 en Villa Dolores, en el marco de la jornada del curso de capacitación de promotores de salud.

Capítulo N° 4: El Aporte del Trabajo Social y las Estrategias de Intervención en el Campo de la Salud Rural

4.1 Definición del Objeto, Objetivos y las Estrategias de Intervención.

En la construcción del objeto de intervención, identificamos los diversos obstáculos del acceso a la salud que poseen las comunidades campesinas. Así pues, ubicamos a las mujeres campesinas dentro de un escenario, espacio y tiempo en particular.

El objeto de Trabajo Social se sitúa en la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción, y los procesos de distribución secundaria del ingreso –entendidos éstos en sentido más amplio que el estatal-. Trabajo Social interviene en los procesos de encuentro de los sujetos con los objetos de su necesidad, y en ese tránsito modifica no sólo condiciones materiales, sino también representaciones y relaciones sociales cotidianas– familiares, grupales o comunitarias- y con otras instancias de la dinámica social (Aquin, 1996, p.235)

El escenario social y cultural actual del territorio de intervención pre profesional, estaba atravesado por diferentes perspectivas estructurantes, tal como hemos reiterado a lo largo del trabajo como es el Patriarcado, el Paradigma del Desarrollo, y el Capitalismo, que dieron lugar a un escenario ideológico donde la mujer quedaba invisibilizada. Con la implementación de la salud integral con perspectiva feminista, se están generando cambios en las prácticas y representaciones de las mujeres campesinas.

Nuestras prácticas pre-profesionales comenzaron a realizarse en un contexto muy complejo, ya que la pandemia Covid-19, nos generaba limitaciones e incertidumbres en el campo que nos propuso la referente de la organización la Lic. Rosario Vega.

La salud, estaba en emergencia y los cuidados debían ser prioridad, es por esto, que pudimos identificar que la organización UCATRAS generó estrategias que permitieron continuar con el curso de formación para promotoras de salud, el cual había sido suspendido por la llegada de la pandemia en el año 2020.

Al momento de iniciar nuestras prácticas pre-profesionales, el objeto de intervención estuvo orientado a visibilizar las estrategias de las mujeres campesinas en relación a sus partos, a las formas de nacer, vivir y morir. Pero esto se modificó luego de varias reuniones con el equipo, (docente/organización) donde pudimos ir construyendo un nuevo objeto de intervención, en relación a las estrategias de atención, promoción y prevención en el campo de la salud, que las Promotoras implementaron en este contexto particular de emergencia sanitaria.

La construcción del objeto de intervención se enmarca dentro de un proceso paulatino, que fue mutando y delimitándose a medida que avanzábamos en el acompañamiento en las diversas actividades propuestas por la organización en el territorio. Así también, esta construcción fue posible a partir de los aportes realizados por la Lic. Rosario Vega.

A continuación, describimos el objeto de intervención, los objetivos y líneas de acción:

- Objeto de intervención:

La invisibilización de las estrategias, de las Promotoras de salud que implementan en sus prácticas territoriales y que participan del curso de Promotores de Salud Campesina con perspectiva feministas del año 2021 en la región del Valle de Traslasierra.

- Objetivo general:

Visibilizar las estrategias que utilizan las Promotoras de salud en sus prácticas territoriales, para promover la salud integral.

- Objetivo específico:

Acompañar el proceso de formación de las Promotoras de salud, en el marco de la salud integral campesina.

- Línea de acción: Espacios de encuentros

-Planificar con los referentes de la Organización las jornadas en el marco de formación de salud.

-Coordinar los encuentros en las comunidades, donde las Promotoras despliegan los conocimientos adquiridos en sus capacitaciones.

- Objetivo específico:

Recuperar las voces y las experiencias de las Promotoras en formación, como aporte a un saber-hacer colectivo en salud integral.

- Línea de acción: Comunicación/proceso radial

-Elaboración de un audio para difundir en la radio semanalmente, sobre el rol de la Promotora de salud, desde nuestra mirada como estudiantes de Trabajo Social. La confección del mismo se realiza de forma grupal y la grabación es rotativa.

- Objetivo Específico:

Sistematizar el rol protagónico de las Promotoras de la salud y sus formas de transmisión de saberes a las nuevas generaciones.

- Líneas de acción: Encuentro generacional

-Charlas de Promotoras de salud en la Escuela Popular Campesina, exponiendo su rol en la comunidad para la transmisión de saberes a las nuevas generaciones.

Para la construcción de nuestra estrategia de intervención tuvimos que adaptar la metodología de acuerdo a la dinámica de los diferentes espacios propuestos por la organización y a los tiempos requeridos por cada actividad llevada a cabo, dichas estrategias se caracterizaron por no ser lineales y estar relacionadas entre sí.

El concepto de estrategias de intervención se refiere a un conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora, de la actuación profesional, así como de su análisis. Definir o planificar estrategias supone proyectar de forma adecuada a cada circunstancia de intervención, una combinación particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos, cuya peculiaridad va 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, políticas sociales, etc.). (Gonzalez, 2001, p.8)

Direccionamos la utilización de técnicas para poder recabar información específica sobre las estrategias que utilizaban las Promotoras al asistir a la comunidad. Hicimos énfasis en recuperar dichas estrategias, ya que son el puente entre las zonas rurales y el campo de la salud integral. Las estrategias de intervención son la conjunción entre las bases teóricas y las líneas de acción, en donde fuimos consensuando y reflexionando junto a la referente de la Organización, teniendo en cuenta la viabilidad de acuerdo a los recursos disponibles como así también a la predisposición de los diferentes miembros de los espacios intervenidos.

Nuestra inserción se fue dando paulatinamente en los espacios, comenzando con una observación participante, hasta llegar a un rol protagónico enmarcado en la aceptación por parte de las comunidades.

4.2 El Proceso de Intervención: “Salud Para Todos”

Nuestras prácticas de acuerdo a lo institucional fueron posibles porque la Organización pone a disposición los recursos con los que cuenta, por ejemplo, el transporte cuando debemos trasladarnos al territorio. Asimismo, la viabilidad operativa en las comunidades, fue posible debido a la aceptación y disponibilidad por parte de la comunidad, que se muestran receptivos y abiertos para realizar las propuestas llevadas a territorio. Dichas propuestas pudieron ser abordadas por nuestro grupo de estudio de acuerdo al número de integrantes que éramos, ya que la Organización demandaba la participación de numerosas jornadas de trabajo que implicaban reuniones de planificación, espacios de encuentro, de evaluación e intercambio entre integrantes del equipo. La participación en encuentros con otros espacios organizativos del MCC y ser cuatro integrantes nos favorecía la viabilidad de cubrir las actividades descritas anteriormente.

Conviene subrayar que la inserción en el territorio fue factible ya que en el territorio integrado por La Cortadera, Las Jarillas, El Quemado y Las Oscuras poseen varios derechos conquistados desde una perspectiva de género, soberanía alimentaria, educación y economía popular, fruto de luchas y resistencias por parte de referentes y actores sociales que conforman dichas comunidades.

Para comenzar, participamos de las jornadas de formación de las Promotoras con perspectiva de género, llevadas a cabo en Villa Dolores, punto estratégico de encuentro a raíz de las grandes distancias que separan a las comunidades de toda la región. La inserción en el territorio se da por primera vez el diez de julio del 2021, reanudándose luego de un año de inactividad por el ASPO. En el mismo se pactaron temas relevantes atravesados por la pandemia. Luego, fuimos al territorio rural de las comunidades, en donde ponían en acción lo aprendido en cada encuentro de formación. Posteriormente, formamos parte de la formación

del espacio radial, espacio que se articula con el curso de Promotoras y el territorio rural difundiendo las voces de las mujeres campesinas.

4.3 Espacios de Formación de Promotoras

Por todo lo expuesto anteriormente en relación a los derechos de la salud, la Organización junto de la comunidad, para dar respuesta a la problemática sobre el acceso a la salud integral, crea cursos de capacitación y formación en diferentes temáticas, como de género, salud, niñeces, comunicación, soberanía alimentaria, entre otros. En efecto, el objetivo estaba direccionado formar sujetos/as de derecho, propios del lugar, conocedores de la realidad, portadores de conocimientos y saberes genuinos, innegables e indiscutibles, propios del territorio.

Los Programas de Formación de Promotores Comunitarios en la Salud y la figura de la Promotora de Salud Comunitario, están orientados al fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción de la Salud. Son programas que están orientados a personas de la comunidad, que se forman para integrar equipos interdisciplinarios y equipos básicos de salud. Tienen por tarea realizar prácticas de promoción, prevención, orientación, acompañamiento y educación popular, articulando las necesidades de la población y el sistema de salud.

La capacitación de Promotoras de salud está orientada desde la perspectiva de género y diversidad, se realizaba una vez al mes, en diferentes espacios de formación, tratando temas relacionados a la salud sexual reproductiva y no reproductiva, diversidad, niñeces, vejez, etc. y temas actuales que las comunidades proponían, como fue en julio del 2021 que se trabajó sobre la pandemia que atravesó a la sociedad.

Las jornadas de formación se llevaban a cabo un viernes de cada mes, día propuesto por las Promotoras. Dichas jornadas se dividían en tres momentos, un primer momento de abordaje teórico del tema que consistía en la articulación con diferentes profesionales

especializados en el tema a tratar, también se otorgaban cuadernillos y materiales propicios para el desenvolvimiento de la Promotora. En la parte práctica los profesionales ponían en ejercicio las habilidades para llevar a cabo procedimientos específicos de acuerdo a su especialidad, como por ejemplo colocar un chip, tomar la presión, poner una inyección, entre otras. Por último, se realizaba de manera amena un almuerzo comunitario, espacio propicio para los debates de intereses actuales e interacción entre comunidades.

La Organización nos dio la posibilidad de colaborar en las reuniones con profesionales para la planificación de cada encuentro, dichas planificaciones constaban de diferentes actividades, en donde se dividía la jornada en tres partes, teórico, práctico y consenso de la temática a tratar en el próximo encuentro. Dichas reuniones eran llevadas a cabo en diferentes espacios seleccionados de acuerdo a las distancias geográficas. También participaban de la planificación profesionales idóneos vinculados al Sistema de Salud, en los temas a tratar, convocados por la Organización, capacitando al equipo interdisciplinario lo cual permitía llegar a la jornada con un conocimiento previo. Por último, a las estudiantes de Trabajo Social se nos permitía proponer actividades relacionadas a los temas en debate en dichos encuentros, asumiendo compromisos para llevar a cabo las jornadas de capacitación, desplegando actividades de presentación de la jornada, de desarrollo y cierre, como así también la preparación de materiales lúdicos, informativos y reflexivos.

En base a los espacios de formación de Promotoras de salud, se llevaban a cabo las campañas de salud en los territorios rurales, es decir que la Organización junto a las Promotoras y a profesionales garantizando el acceso a los derechos en territorios campesinos. A continuación, se plasman algunas de las actividades realizadas colectivamente en los territorios:

En el primer encuentro del 29 de junio del 2021, luego de un año de receso obligatorio a raíz de las medidas del ASPO, fue un encuentro particular ya que se retomaron las jornadas

del curso de capacitación de Promotoras de salud y se incorporaron conocimientos y prácticas relacionadas al contexto de pandemia, como por ejemplo las medidas de prevención y cuidados ante el contacto de casos estrechos y/o positivos de COVID-19. Asimismo, profesionales de la salud despejaron dudas en cuanto a las primeras dosis de vacunas, un tema que generaba mucha incertidumbre y que desembocaba en cuestionamientos y debates sociales, que a su vez los medios de comunicación fomentaban, otros de los puntos fundamentales del encuentro fue la reflexión sobre el uso de plantas naturales para alivios de síntomas respiratorios asociados al virus y también la capacitación para el acompañamiento, la escucha activa, mantener la calma, entre otras.

En el encuentro del 22 de octubre del 2021 se abordó la atención de la salud de niñeces y adolescencias trans, travestis y binaries desde una mirada integral, que reconozca la diversidad de género, sexual y corporal, en clave de derechos humanos y en consonancia con el marco legal vigente en Argentina. Desde una mirada despatologizadora y que busca romper con estereotipos socialmente construidos, cimentando una mirada de atención integral que garantice los derechos de este grupo vulnerado por el Sistema de Salud. Como resultado del encuentro, se construyó una reflexión en conjunto, que constaba de respetar las diversidades, sin modificar y/o cambiar, sino sólo acompañar.

En otra jornada territorial, pese a la intensa temperatura de la mañana en la comunidad de Las Jarillas, esperaban la llegada del personal de salud al lugar, para dar comienzo a una reunión amena, llena de preguntas relacionadas a la salud sexual reproductiva y no reproductiva. En la sala de primeros auxilios, se encontraba una de las pioneras en la lucha por los derechos sociales y el acceso a la salud, también estaban las Promotoras de salud de la comunidad, las cuales se capacitaban en los encuentros que tenían mensualmente dentro del programa de formación de Promotores.

Las mujeres jóvenes y adultas que llegaban al lugar realizaron consultas sobre métodos anticonceptivos, y consultas ginecológicas, que fueron atendidas por el equipo profesional, la ginecóloga y la partera profesional. También se colocaron Implantes (chip), se hicieron control de DIU, PAP y se explicó todo lo relacionado a salud sexual en relación a los derechos. Durante el encuentro y a raíz del ambiente armonioso y acogedor que se dio, las mujeres contaron sus vivencias personales en el momento de sus partos, y como han transitado su vida sexual marcada por las representaciones de un sistema patriarcal.

¡Una vez más, la lucha y la resistencia hace posible el reconocimiento de los derechos de los habitantes en las zonas rurales!

Simultáneamente a las actividades propuestas por la Organización, en primera instancia fuimos construyendo un vínculo de confianza mutua, que nos permitió adentrarnos en el escenario a intervenir. También, fuimos investigando y capacitándonos en relación a temas de interés con los que se planificaban las jornadas. Las entrevistas fueron nuestras principales herramientas para llegar y dialogar con las Promotoras y las personas de la Organización.

Otra acción llevada a cabo que nos permitió abarcar todas las actividades propuestas, fue ser un amplio grupo para dividirnos las tareas y llegar a cumplimentar con lo demandado por la organización. Asimismo, desplegamos un rol responsable de acuerdo a las actividades designadas por la Organización.

También pudimos participar del curso de comunicación RPC (radio popular campesina) de la Organización, en donde los conceptos aprendidos en el espacio de formación de Promotoras de salud, se volcaban en un programa la Radio Comunitaria de Villa de Las Rosas, es decir, que se grababan audios de acuerdo a las temáticas de interés en general, como salud, feminismo, economía, política, etc. para ser compartidos con la audiencia. En esta línea, las estudiantes también participábamos en la creación y grabación de audios de acuerdo a la temática solicitada por los referentes, desde nuestra perspectiva como

estudiantes de trabajo social. “La radio ha recuperado la voz de la ruralidad, la radio y la ruralidad un derecho conquistado” lema principal del espacio radial.

En esta línea la referente del espacio radial, proponía la participación en la creación de un audio, que sintetizaba la temática trabajada en los encuentros. Lo cual requería el aporte del grupo de estudiantes. Ahora bien, como aprendizajes obtenidos queremos resaltar la utilización del tiempo radial que requería de un mensaje claro, conciso y adecuado para la audiencia.

4.4 Implicancias del Trabajo Social en el Campo de la Salud en Nuestra Práctica

Recuperar el conocimiento de las comunidades significa poder contar con las herramientas necesarias para la realización del presente trabajo. Los cuales se despliegan en los diferentes momentos de encuentros dentro del espacio de formación de Promotores de la salud y las diferentes jornadas en las comunidades.

UCATRAS mediante su militancia y organización ha favorecido la ampliación del ejercicio de los derechos humanos en general de las comunidades campesinas y más precisamente el de las mujeres, generando herramientas, estrategias, conocimientos que le permiten reivindicar su posición social. Por ejemplo, ellas se unen y crean un espacio propicio para las reuniones y el ocio, reivindicándolo como un derecho que tenía una representación social negativa, también la participación activa en los temas de interés que ponen en común en el territorio.

Las prácticas del Sistema de Salud inciden en la vida cotidiana de los pacientes, como de profesionales que deben responder a un sistema que está caracterizado por aspectos patriarcales o hegemónicos, que se imponen y dejan en un plano relegado los derechos sociales, desigualdades de oportunidades y diferencias entre género, aspectos en los que el Trabajo Social puede intervenir de una manera fundada. Es por esto que en la actualidad el

Sistema de Salud necesita re direccionar los modelos de las prácticas y canalizar los recursos disponibles hacia un abordaje integral y repensar la relación paciente-médico donde la base sea el respeto mutuo, la retroalimentación, revalorizando la distribución del **saber**, brindando al paciente la oportunidad de expresar otros aspectos que son tan importantes como los físicos para la cura de la enfermedad.

Nos parece oportuno recuperar los aportes de la autora Aquín (1996), la cual señala que el trabajo social como profesión se caracteriza por ser una práctica específica al interior del campo con una intervención fundada, es decir que no se trata de cualquier intervención, sino que la profesión está respaldada por un marco conceptual y legal.

El Trabajo Social se encuentra representado dentro de UCATRAS, el cual desempeña un destacado rol por las gestiones que realiza para la comunidad en el diálogo con el Estado en sus diferentes estamentos y acompañando la interlocución de los y las dirigentes de esta organización. Es por esto, que se posiciona como el nexo facilitador entre las políticas públicas y los sujetos de los territorios donde está inserta la Organización.

Una de las principales fortalezas que se perciben en el contexto de intervención, es el trabajo interdisciplinario con profesionales de la salud, educación y personal técnico capacitado en actividades que se desarrollan en el territorio rural y que son coordinados en su mayoría por la Lic. Rosario Vega. La mirada multifacética del Trabajo social en la compleja realidad, posibilita un abordaje comunitario integral, que permite comprender e interpretar el escenario social de cada comunidad.

La interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan

el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía. Esa, que según el poeta se manifiesta como horizonte, “cuanto más se camina, más se desplaza”, pero que contiene siempre la esperanza de estar transitando por la vida, en este caso, por la vida profesional” (Cazzaniga, 2002, p. 9)

De acuerdo a la autora, es necesario reflexionar sobre la delgada línea que existe entre el Trabajo Social y la subordinación a otras profesiones en la integración de los equipos interdisciplinarios. Es decir, que es necesario para la profesión pactar y delimitar el rol profesional para no correr el riesgo de asumir un papel de asistente de otras disciplinas.

Como toda institución también tiene sus debilidades y una de ellas es la falta de referente en el lugar, las politizaciones de las situaciones de empobrecimiento generan la necesidad de capacitar y delegar ciertas gestiones, como la disertación de cursos por parte de los miembros que hace varios años forman parte de la Organización. Para generar mayor confianza y autonomía de gestión por parte de nativos y para contrarrestar la dependencia al movimiento.

Existe un reconocimiento en las comunidades y por parte de la Organización UCATRAS para el Trabajador Social, porque es un profesional necesario para la negociación y el consenso. El cual está capacitado para hacer una lectura del contexto, como hace referencia la autora Sara Banks (1997) sobre el profesional de Trabajo Social, como un pilar fundamental y eje transversal de la Organización. Sin olvidar los problemas éticos y los dilemas que a diario se le presentan en su quehacer.

Si bien existe un equipo interdisciplinario, la función del Trabajador Social es elemental en esta institución, ya que la Licenciada trabaja con las particularidades de cada caso. “Reconocer al otro en su condición humana significa reconocer también sus limitaciones y las nuestras. La cuestión pasa por comprender, siempre desde nuestra visión, a cada situación tratando de suspender el juicio antes de la puesta en acto” (Cazzanigas, 2020, p. 52, 53)

La Organización, dentro de sus posibilidades, provee los recursos necesarios con los que se cuenta (recursos económicos, humanos, materiales, etc.) y los que faltan son gestionados en su gran mayoría por la Lic. Vega en conjunto con miembros de la organización y profesionales de diferentes áreas, que cuenta con un capital social, debido a su gran trayectoria profesional.

La relación entre el TS Lic. Rosario Vega y las personas que viven en el lugar es de respeto y cercanía, es aquí en donde las Promotoras de salud construyen puentes de confianza y acercamiento que genera lazos de compañerismo con los profesionales. La figura de las promotoras es relevante dentro de la Organización, ya que achican las distancias entre la demanda de las personas y la intervención profesional.

El Trabajo Social en la zona rural, acelera las políticas públicas que siempre tienen un ritmo lento para la implementación en el territorio rural. También es fundamental su desempeño para coordinar con otros profesionales y elaborar actividades que son requeridas por la comunidad. Si bien se reconoce la autonomía de la Trabajadora Social para desenvolverse, también se observa el trabajo en equipo, reconociendo la necesidad del aporte de cada especialista para el abordaje integral. Permanentemente se promueve el trabajo en red, demostrando la internalización del trabajo interdisciplinario, con un compromiso y una ética profesional que están presentes en la lucha por la justicia social, la igualdad, y el acceso a todos los derechos.

Asimismo, señalamos que las incumbencias profesionales que se despliegan en el territorio, están enmarcadas en la Ley Federal del Trabajo Social 27072:

“Art.9. 2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos

socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención”.

A partir de la argumentación de Leguizamón y Núñez (2020) y luego de analizar el contexto de pandemia, afirmamos que el profesional debió repensar las estrategias de intervención en las zonas rurales dentro de las medidas del ASPO, ya que a la complejidad del territorio rural se le sumaron nuevas complicaciones, haciendo más desafiante su profesión.

Reflexiones Finales

Al inicio de nuestras prácticas pre profesionales definimos y reconocimos al derecho a la salud como la constitución nacional lo describe en su art 32- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Aunque suena interesante y convincente, sabemos que este derecho, más aún en las zonas rurales no se garantiza como se describe en dicha ley. Es por esta razón que UCATRAS junto a las comunidades rurales del oeste cordobés vienen trabajando arduamente hace años para posibilitar que este derecho se garantice en aquellas zonas a donde este no llega, a través de la unión y la lucha.

Esta idea de salud dominante que estructuraba nuestras realidades, se amplió y se modificó a raíz de la intervención que realizamos en la Organización UCATRAS mediante las prácticas territoriales por las que transitamos. A partir de las actividades y la interacción con diferentes actores y sujetos/as sociales en las comunidades, aprendimos que la salud no se trata solo de ese estado de bienestar físico de concepción hegemónica, sino que va más allá de este concepto impuesto. Salud, en las comunidades rurales es la defensa de la vida y el buen vivir, es estar organizados, es luchar por nuestros derechos, producir alimentos sanos, cuidar las tierras y el monte. Modificando esa idea hegemónica y estructurada de lo que entendíamos por salud, es decir el disfrute de los derechos de ciudadanía y de los derechos humanos.

Hoy en base a esta nueva concepción de salud, nuestra forma de entenderla se ha modificado, en donde nos permite construir una mirada más amplia sobre lo que abarca este concepto. Es decir, que ya no asociamos a la salud con una sala y un médico, sino que la

relacionamos con una diversidad de aspectos, que a diario confluyen con la reproducción cotidiana de la existencia como políticos, sociales, culturales y económicos.

Resaltamos el gran entramado con el cual se trabaja dentro de la organización entre actores y sujetos de manera horizontal en donde queda relegada una jerarquía verticalista y autoritaria. Lejos de esto, se trabaja en un ambiente armonioso, de respeto, colaboración, unión, compromiso, responsabilidad, empatía e identidad entre los miembros que la componen.

La autorganización de las mujeres va más allá de la creación de un espacio solo para ellas, tiene que ver con la construcción colectiva de estas como sujeta política, posicionadas desde una perspectiva feminista campesina y popular, que va abriendo caminos y posibilidades para aportar a una sociedad más igualitaria. En este sentido, esta mujer campesina cumple el rol protagónico de Promotora de salud y que se destacó en el contexto de pandemia, pero no fue suficiente para obtener el reconocimiento legítimo del Estado. No obstante, el reconocimiento por su labor y compromiso llega por parte de las comunidades, en donde ellas despliegan su rol. Siguiendo esta línea, podemos afirmar que la Organización como grupo social emergente continúa con las luchas, pujas, disputas, pero por, sobre todo, la resistencia abrazada a la bandera del bienestar comunitario motivada por la defensa del territorio campesino.

En cuanto al acceso de la salud, la Organización se posicionaba como nexo entre las comunidades y la salud como derecho. En otras palabras, UCATRAS facilitaba la salud a las personas, mediante campañas organizadas y planificadas de, por ejemplo, educación sexual reproductiva y no reproductiva, niñas y adolescencias trans, CUS (certificado único de salud), soberanía alimentaria, economía popular, educación popular, entre otras. Además, es el nexo entre las políticas públicas del estado, que no llegan de manera directa a la ruralidad. Con esto se quiere decir, que la organización es un actor pujante, que lucha y disputa por el acceso a las políticas públicas, que, si bien son escasas para estos territorios, pero necesarias

para conquistar derechos, como el programa del Salario Social Complementario para las Promotoras de salud, entre tantos derechos que se han conseguido a raíz de la unión y el arduo trabajo colectivo.

En relación al acompañamiento que realizamos en estas diversas actividades que lleva a cabo la Organización y en este contexto particular de emergencia sanitaria, es que efectuamos un recorte en la invisibilización que se da en las estrategias que llevaron a cabo las Promotoras de salud en sus comunidades. Para visibilizar el rol activo “silenciado” que las Promotoras de salud desarrollaron en este contexto, retomamos su labor, sus actividades comunitarias, su compromiso y constancia llevado a cabo en sus territorios. El silenciamiento de sus estrategias refiere a la falta de reconocimiento por parte del estado, ya sea económico como merecedoras de una remuneración y legítimo que las posiciones en el campo salud como actoras fundamentales de los territorios comunitarios.

Desde nuestro lugar de estudiantes, creemos que retomar las estrategias invisibilizadas que llevan a cabo las promotoras y difundirlas o nombrarlas les otorga reconocimiento como por ejemplo en el ámbito universitario. Como así también, potencia la importancia de auto percibirse como protagonistas de garantizar un derecho fundamental, ya que es el eslabón de una cadena que garantiza la atención primaria de la salud en las comunidades rurales.

Asimismo, otra estrategia de visibilización fue llevar a cabo entrevistas abiertas en las salas de espera, ya que realizábamos preguntas disparadoras y esto generaba una interacción con las estudiantes y ellas mismas, en donde se daba un espacio propicio para intercambiar saberes y reconocerse a sí mismas como protagonistas de un rol fundamental en el territorio. Además, en el mismo espacio se encontraban miembros de la comunidad que también participaban desde una escucha activa y se informaban de que en cada comunidad había Promotoras y de las tareas que realizaban.

Por último, otra de las estrategias de visibilización fue el espacio radial, necesaria articulación entre la propuesta de salud y la comunicación, en donde fue fundamental la difusión de los audios que retomaban las tareas llevadas a cabo por las protagonistas, que alcanzaban a oyentes de la zona de Traslasierra. En otras palabras, hacemos hincapié que retomar, describir, debatir entre otros aspectos, contribuyó a la visibilización del trabajo de las Promotoras de salud.

En la siguiente figura plasmamos la sistematización del proceso de intervención en el espacio de formación de Promotoras de la salud.



Para finalizar, queremos resaltar el orgullo que sentimos por esta mujer campesina, promotora de salud y sobre todo GUARDIANA DEL MONTE, cuidadora de su comunidad, la cual se encarga de fomentar el equilibrio necesario para alcanzar una salud integral.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2012). *El Sistema de Salud en Argentina*. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.
- Aquin, N. (1996). LA RELACION SUJETO_OBJETO EN TRABAJO SOCIAL: una resignificación posible. En *La Especificidad del Trabajo Social y la Formación Profesional*. Buenos Aires: ESPACIO.
- Ase, I. (2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba. *Salud Colectiva*.
- Banks, S. (1997). Valores del Trabajo Social.
- Beauvoir, Simone d. (1948). *El Segundo Sexo los hechos y los mitos*. Biblioteca Nueva. Paris.
- Belmartino, S. (1988). *Modelo Médico Hegemónico*. Buenos Aires : CONAMER.
- Bergia, M. J. (2020). La salud rural, sus divergencias históricas y espaciales en territorio cordobés. En A. S. Alejandra de Arce, *Una mirada histórica al bienestar rural argentino*. Argentina: Teseo. Obtenido de <https://www.teseopress.com/miradahistorica/chapter/la-salud-rural-sus-divergencias-historicas-y-espaciales-en-territorio-cordobes/>
- Burijovich, J., & Ase, I. (2003). Las Políticas de Salud en Córdoba: ¿Una oportunidad para el fortalecimiento del paradigma asociativo? *Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración*, (págs. 1-18). Córdoba. Obtenido de <https://aaeap.org.ar/congresos/ii-congreso-argentino-de-administracion-publica/>
- Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e Interdisciplina: La Cuestión de los Equipos de Salud. *VI Jornada de Medicina General*, (pág. 9). Reconquista.
- Cazzaniga, S. (2020). Debate Público. Reflexión del Trabajo Social. *Acerca del Otro (otra, otre) en Trabajo Social*, (pág. 49).
- Crosetto, R. (09 de 2022). Intervenciones, Procesos y Dinámicas en el Campo de Salud Pública. *La APS en Argentina*.
- Decandido, E. (2017). La política en el territorio. Dimensiones para pensar la lucha del movimiento campesino de Córdoba. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 6. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59552649004>
- Elizalde, C., & Maglioni, C. (2014). Las redes como parte de la solución y como problema. En C. Adriana. Feminismo, C. M. (2017). Mapeando el cuerpo-territorio. Guía metodológica para mujeres que defienden sus territorios. Quito, Ecuador: Creative Commons.
- Gamboa, M. (2021). Seminario Movimientos Socioterritoriales en Espacios Rurales [Grabado por Estudiantes]. Villa Dolores, Córdoba, Argentina.
- González, C. (2001). La intervención en el abordaje familiar.
- Hocsman, L. D. (2019). Soberanía Alimentaria y Conflictividad Agraria en Argentina. *NERA*, 119.

- Korol, C. (2021). Pensando a Paulo Freire desde Los Feminismos Populares, Plurinacionales, Territoriales. En A. Alvarez, & H. Ouviaña, *La palabra y el munedo: conversaciones Freireanas* (pág. 32). Buenos Aires: Muchos mundos y ediciones.
- Leguizamon, L., & Ramos, A. N. (2020). Sobre lo social y esta pandemia: pensando desde los margenes del trabajo social . *Debate Publico Reflexiones del Trabajo Social* .
- Mantaras, J. (2020). Salud y politicas publicas. Cordoba. *Consejeria en salud sexual y no reproductiva*.
- Manzano, B. F. (2012). Disputas territoriales entre el campesinado y la agroindustria en Brasil. *Cuadernos del CENDES*, 29(81), 1-22. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/403/40326162002.pdf>
- Manzano, B. F. (2012a). Territorios, teoria y politica. Itaca.
- Manzano, B. F. (2021b). Soberania alimentaria como territorio. En C. Nigro, M. Gay, & G. Mandolini, *Dialogos Soberanos - La calisa en tiempos de Pandemia* (pág. 13). Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.
- Menendez, E. L. (30 de 4 de 2008). *Salud Publica: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideologia de lo Posible*. Obtenido de Digital Repository : https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/220
- Menendez, E. L. (17 de Junio de 2021). *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104
- Ortolanis, E. (2020). Teoria Espacios Estretegias de Intervencion III (Familia) [Grabado por E. d. Social]. Villa Dolores, Cordoba .
- Paez, S. L. (2013). *Repositorio Digital UNC*. Programa de sustitución de viviendas ranchos para la erradicación de Mal de Chagas. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11086/27604>
- Paredes, J. (2019). Hilndo el feminismo comunitario. *Ciencia Politica*. Universidad de Rosario.
- Peralta María Inés, (2016). Reflexiones sobre la dimension etico-politica de las practicas profesioionales desde los aportes de Erique Dussel. En A. Parisi, & M. I. Peralta (Edits.), *Movimientos sociales, territorio y politica* (Vol. 1º edicion).
- Rodriguez, L., & Cabascango, D. (2018). *MUJERES: su rol en la soberania y seguridad alimentaria*. Ecuador: CARE.
- Rovere, M. (2012). Atencion primaria de la salud en debate. *Saude em Debate* . , 36(94), 327-342.
- Segato, R. L. (2000). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial.
- Svampa, M. (2012). Consenso de los Commodities, Giro Ecoterritorial y Pensamiento crítico en América Latina. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - OSAL Observatorio Social de América Latina* , 32. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/osal/20120927103642/OSAL32.pdf>

Vaca, E., & Veritier, G. (2017). La Asignación de Recusos . En E. Vaca, K. Tomatis, G. Veritier, & M. Cuttica, *Catedra: Desarrollo Economico y Social* (pág. 129). Cordoba .

Fuentes Documentales

(UCATRAS), U. C. (2019). *Curso de Promotoras de Salud*. Villa Dolores.

Camposino, I. M. (2021). *Curso de promotores de salud*.

Elcacho, J. (17 de 03 de 2017). *La Vanguardia*. Obtenido de <https://www.google.com/url?q=https://www.lavanguardia.com/natural/20170309/42701670609/plaguicidas-herbicidas-insecticidas-muertes-intoxicacion-onu.html&sa=D&source=docs&ust=1669427607072912&usg=AOvVaw3sYH7VYzyTSKdn-WA-4SLO>

Nicora, V., & Mantaras, J. (2020). Salud y Politicas Publicas. Consejerias en SSyR Seminario 2020. Cordoba.

Seibert, I. G. (13 de Marzo de 2018). *Via Campesina*. Obtenido de <https://viacampesina.org/es/feminismo-campesino-y-popular-una-propuesta-de-lascampesinas->

Urbina, P. A. (2017). *Ministerio de Salud de la nacion Argentina* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ar/dels/autores/urbina-paola-alejandra>

Fuentes Primarias

Entrevista 1 (E1) Realizada a la referente y promotora de salud de La Cortadera, pionera en el surgimiento de la organización UCATRAS, madre, criadora, luchadora, productora.

Entrevista 2 (E2): Realizada a mujer promotora de 60 años de edad. Residente en La Cortadera, integrante de UCATRAS desde hace 20 años.

Entrevista 3 (E3) Realizada a una Joven integrante de la organización UCATRAS, hija de un reconocido referente comunitaria, sin hijos/as, estudiante y trabajadora del almacén Monte adentro.

Entrevista 4 (E4) realizada a una enfermera y referente de la comunidad de Las Jarillas, madre, criadora, luchadora, con una posición pujante en las disputas sociales.

Registro de Campo 1 (RC1): Realizado por la estudiante Cornejo en los meses de abril-diciembre 2021.