

Autores: Acconcia, M. Laura; Blanco, Patricia; Michniuk, Natalia
Universidad Nacional de la Patagonia Austral- Unidad Académica de Río Gallegos

E-mail: mlaconcia@hotmail.com; licblancopat@yahoo.com.ar;
nataliamichniuk@yahoo.com.ar

Mesa 3 : Experiencia, memoria y formación

Título: Karken Aike¹: un espacio de tensiones entre mandatos culturales y expectativas emancipadoras... Aportes para el cuidado enfermero²

Resumen

La experiencia de la que daremos cuenta tiene lugar dentro de un trabajo comunitario llevado a cabo con un grupo de mujeres del barrio Bicentenario de Río Gallegos (Santa Cruz, Argentina), a partir de la demanda de abordar la violencia doméstica y cuestiones vinculadas a su salud sexual y reproductiva, agravadas por sus condiciones concretas de existencia como desempleo, bajo nivel educativo, viviendas muy precarias con espacios de hacinamiento, entre otras.

Los procesos vivenciados en este espacio de reflexión donde se propicia la recuperación del legado cultural, el cuestionamiento de los mandatos que encierra y que configuran la dinámica familiar -particularmente la de la mujer- se encuadran dentro de una investigación acerca del cuidado enfermero y la salud de las mujeres, desde la perspectiva de la investigación acción participativa (IAP) vinculada a la educación popular (EP).

En este trabajo daremos cuenta tanto de la dinámica propia del proyecto Karken Aike, como de los contenidos que emergen y se sustancian en cada encuentro. Analizaremos algunos testimonios y reflexiones que ilustran el pasaje de cuestiones meramente descriptivas de la situación inicial de las mujeres de este grupo, a instancias más dinámicas que permiten visualizar indicios de cuestionamientos, toma de conciencia, necesidad de superación de aquello vivenciado como opresor y de las estrategias concretas de sostén solidario diseñadas por este colectivo.

¹ En tehuelche: Mujer del Lugar

² Esta experiencia se enmarca en el Proyecto de Investigación: La educación popular, una alternativa político-pedagógica para la problematización y transformación de nuestras prácticas. Sistematización participativa de experiencias educativas y socio-comunitarias en la ciudad de Río Gallegos.

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en
torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

Finalmente estas reflexiones permitirán sistematizar aportes que afiancen el cuidado enfermero comunitario –sobre todo en sectores vulnerables- como una praxis crítica y política.

Introducción

La experiencia que vamos a compartir surge de un trabajo comunitario llevado a cabo con un grupo de mujeres del barrio Bicentenario de Río Gallegos, a partir de la demanda de trabajar la violencia intra familiar y cuestiones vinculadas a su salud sexual y reproductiva.

El grupo nace frente a la necesidad de estas mujeres de contar con un espacio propio en el que puedan encontrar contención y tratar allí los temas relacionados a las patologías sociales³ que las atraviesan, principalmente aquellas relacionadas a la violencia de género con las consecuencias que esto acarrea sobre su salud sexual, agravadas por las condiciones concretas de existencia (desempleo, discriminación, sometimiento, bajo nivel educativo, viviendas muy precarias con espacios de hacinamiento, etc.).

El vínculo se inicia a través de M. (quien en ese momento presidía la Junta Vecinal, que más adelante se disolvería) por mediados del 2012. En visitas periódicas al barrio en las que acercábamos diversos elementos necesarios para cubrir algunas carencias materiales tales como ropa, frazadas y alimentos, M. nos transmite la inquietud que siente respecto de las situaciones de violencia intra familiar.

Tal solicitud fue redefiniendo nuestra intervención, la que pasó de acciones solidarias puntuales a la elaboración de un proyecto más estructurado y continente, que promoviera y sistematizara la participación de este colectivo, y permitiera ayudar de una forma operativa a estas mujeres en otro tipo de cuestiones, como las relacionadas a la violencia y su salud sexual, construyendo entre todas un conocimiento propio. Estos intercambios dieron lugar al surgimiento de Karken Aike (en tehuelche: Mujer del lugar) nombre que identifica a este grupo que se reúne regularmente en el Barrio Bicentenario desde abril de 2013.

³ Podemos definir las como lo que enferma, oprime, en la sociedad. No lo vinculamos a situaciones del orden biológico prima fase, sino a aquellas que surgen por condicionamientos socio-económicos, políticos-culturales, como ser el género, a distintos problemas sociales que afectan a la salud y al bienestar de la persona, pobreza, desorganización familiar, otros.

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

Las visitas entonces adquirieron una frecuencia más sistematizada, y dado que quien coordinaba (y aún coordina) los sucesivos encuentros es docente de la cátedra *Enfermería en la atención de la salud de la mujer, la madre y el* de la Licenciatura de Enfermería, se comenzó a pensar en un primer objetivo como el de la promoción de la salud desde una mirada holística, a la vez que interpelar el *cuidado enfermero*, problematizándolo y contextualizándolo en ambientes de vulnerabilidad social, teniendo en cuenta los principios de la educación popular. El equipo de educación popular de la Unidad Académica Río Gallegos se integra a esta experiencia dando lugar a un proyecto de investigación acción participativa, que permita compartir saberes y generar nuevos, problematizar las prácticas que en materia de salud sexual y reproductiva tienen lugar en este grupo, reflexionar sobre el cuidado enfermero produciendo nuevos conocimientos.

Este cuidado enfermero entendido como interacción intersubjetiva entre el profesional y la comunidad, supone diálogo y construcción de significados compartidos en un marco de respeto, donde no se pretende irrumpir agresivamente en la realidad sino dejarla fluir, problematizarla y generar espacios de reflexión para intentar transformarla, no pensando “para quién”, sino “con quién”. Aquí irrumpe con fuerza la educación popular entendiéndola –en palabras de Iglesias (2003)- como la manera en que juntos nos vamos apropiando críticamente de esa realidad, cómo vamos produciendo nuevos conocimientos y operando activamente en la realidad para transformarla.

En este sentido y siguiendo las palabras de Tato Iglesias, hay que tener en cuenta que el conocimiento popular se forma en la relación cotidiana del pueblo con la realidad, es así que tanto el científico, como el político o el intelectual que trabaje sobre la misma, deberá dominar el conocimiento científico, para, a través del diálogo –única forma de romper la relación del que sabe con el que no sabe” – poder “ayudar” al oprimido a conocer mejor lo que ya sabe y, juntos, poder producir nuevos conocimientos (Iglesias; 2003:20). No debemos olvidar desde dónde nos posicionamos en nuestra praxis. Pensarnos como intelectuales críticos, nos invita a reconocer el carácter histórico y político del conocimiento, que no es neutral ni mucho menos objetivo. Estas características son constitutivas también

de la realidad social a la cual no sólo pertenecemos, sino en la que intervenimos desde nuestro posicionamiento como académicos activistas que intentamos ser.

Es en este contexto, y a partir de los intercambios con este colectivo, que se fue delineando el problema de investigación estructurado sobre estos interrogantes:

¿Cómo se construyen los cuidados enfermeros en una comunidad?

¿Qué habilidades deberán desarrollar los profesionales de la Enfermería para poder intervenir adecuadamente en cuestiones relativas a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, en algunas ocasiones atravesadas por violencia de género?

¿Qué saberes o significados del grupo con el que se interactúa son necesarios conocer para poder planificar estos cuidados?

¿Qué aportes brindará la Educación Popular (EP) para la reflexión crítica de los saberes y prácticas de los enfermeros y de los sectores comunitarios con los que interactúan?

¿Qué aportes en la mejora de la calidad de vida podrán brindar los cuidados enfermeros, teniendo en cuenta los códigos culturales?

¿Qué tipos de cuidados enfermeros se pueden brindar a las mujeres de Karken Aike en relación a los problemas planteados?

Acerca del “Cuidado enfermero”

Desde la vertiente filosófica y epistémica, se fue estructurando el cuerpo de conocimientos que distingue a la disciplina enfermera, proporcionando mayor comprensión a su territorio de actuación: “el cuidado”.

La naturaleza del cuidado es tan antigua como la propia existencia del ser humano, ya sea por preservar la vida o por alcanzar mejores condiciones de existencia. El cuidado estaba presente en la cotidianeidad, desde una categoría de género al hombre (varón) se le asignaba un tipo de cuidado y a la mujer otro. Este más relacionado con la cuestión doméstica, la familia, el entorno más próximo.

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

Desde mediados del siglo XX, ancladas en los principios señalados por Florencia Nigtingale, enfermeras investigadoras contribuyeron a esclarecer la naturaleza de la disciplina, y su campo de acción. Coinciden en que el objeto de la praxis enfermera es el cuidado (to care) en contraste con el objeto de otras profesiones de la salud orientadas a curar (to cure). Para curar se necesita conocer mucho acerca de las enfermedades, para cuidar se requieren profundos conocimientos de la persona, de su experiencia en relación a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Al respecto, y anclándonos en la necesidad de conocimiento del otro (en tanto sujeto social), compartimos una definición de educación popular que afirma que:

“(...) el punto de partida lo constituye la combinación de un triple diagnóstico: por un lado, el reconocimiento sistemático de la realidad objetiva, contextual, en la que el grupo u organismo vive, actúa y/o realiza su acción. Esta realidad abarca desde el ámbito más inmediato, más cercano y más “vivido”, hasta aspectos que la afectan, pero que no son quizás percibidos en una primera fase; son aspectos de la realidad, que independiente del grupo, influyen sobre el mismo. Obtener un diagnóstico, es decir un reconocimiento objetivo y sistemático, produce un primer distanciamiento de la misma realidad tantas veces vivida y sufrida, pero nunca *vista* objetivamente ... Analizar las acciones, espontáneas u organizadas que el grupo realiza para transformar su medio y el sistema en general, es un segundo diagnóstico que forma parte del “punto de partida”... por último, este accionar, consciente e intencionado o inconsciente o menos intencionado y espontáneo, obedece *de hecho* a una interpretación de la realidad social y a una intención frente a ella (...)” (Núñez; 1996:61)

Leininger (1978) introduciéndose en la Antropología y luego de haber estudiado la transculturalidad de los cuidados enfermeros, afirmó que la enfermería como disciplina práctica desarrolla estos cuidados en base a los conocimientos transculturales aprendidos por la observación de la estructura social, la cosmovisión del mundo, los valores, el lenguaje y los contextos del entorno de los diversos grupos culturales.

Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014

Se toma para el desarrollo de este trabajo los tres principios de cuidado enfermero que Leninger desarrolló teniendo en cuenta la coherencia cultural, de la cual hacíamos referencia anteriormente. Estos son:

- La conservación o mantenimiento de cuidados culturales, es decir, de actividades de asistencia y de facilitación basadas en la cultura de la persona y que mantienen su salud y su estilo de vida en un nivel adecuado.
- La adaptación o la negociación de cuidados culturales, es decir, de actividades de asistencia y de facilitación adaptadas, negociadas o ajustadas a la salud y al estilo de vida de la persona.
- La remodelación o reestructuración de cuidados culturales, actividades orientadas a ayudar a la persona a cambiar sus hábitos de vida, de forma que los nuevos hábitos sean significativos para él.

Con estos principios Leninger se anima a realizar una categorización de los cuidados, con el siguiente análisis:

- Cuidado genérico son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y al desarrollo de la condición humana.

-Cuidados profesionales son aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos, cognitiva o culturalmente, que permiten o ayudan a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

-Cuidados profesionales enfermeros son aquellos modos humanísticos y científicos - aprendidos cognitivamente- de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados (modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte).

Es entonces el cuidado desde el punto de vista disciplinar, el objeto del conocimiento de la Enfermería y su distintivo de otras disciplinas del campo de la

salud. Este cuidado culturalmente sensible, apropiado y competente, es el que está habilitado para conocer las complejas necesidades de salud de los sujetos, que incluye el conocimiento de su cultura, el contexto, la situación que atraviesa ese sujeto(s); se podría decir también que es revolucionario en tanto que apuesta por la inclusión de soluciones brindadas por ambas caras de la moneda: la enfermería-la comunidad. Revolucionario también ya que intenta desde un pensamiento crítico romper con aquello que cada vez más evidentemente está sirviendo para aislar y alienarnos, como son los cambios de esta sociedad plural y global y las tradiciones científicas hegemónicas que no inocentemente desechan u obstaculizan otras formas de construir cuidados, en la que los protagonistas sean los propios actores sociales.

Al respecto, consideramos importante poder compartir parte de algunos diálogos producidos en los encuentros, a partir de una experiencia concreta de una de las participantes de Karken Aike, donde se puede observar cómo el propio grupo es el que va orientando, acompañando la problemática de C.

C. es mamá reciente, re-siente esa maternidad temprana. Sin embargo quiere volver a la escuela:

"No tengo útiles, por eso no empecé este año"⁴ Desde la coordinación nos comprometemos a ver qué se puede hacer para conseguirle y acercarle esos útiles (cuestión que termina resolviéndose mediante una fundación vía una facilitadora) C. cuenta que su compañero empieza a trabajar y que mandarán al bebé a la guardería de poder ella ir a la mañana. Se charla en el grupo a partir de esta problemática, sobre la planificación familiar, sobre las grandes posibilidades de que una mujer que no vuelve a la escuela cuando tuvo a su bebé, es muy probable que vuelva a quedarse prontamente embarazada. Otra compañera -O.- cuenta que su hija al terminar la secundaria quedó embarazada y "se quedó ahí..."

Otro martes nos preocupamos todas de volver a preguntarle a C. sobre lo que había pasado, si había o no empezado la escuela, y nos cuenta que no aceptaron el bebé en la guardería y que por esa razón no pudo empezar. Ante esta situación todo el grupo empezó a pensar en estrategias para ayudarla a resolver la situación; la coordinadora pregunta cuáles son las ideas que podemos darle para ayudarla y se propone un torbellino de ideas y alternativas.

Ante este ejemplo concreto se aprovechó para poder charlar más allá de C. y su situación, y retomar el tema de la planificación familiar, donde todas opinaron

⁴Karken Aike- Río Gallegos, Barrio Bicentenario 25/03/14

sobre lo que implica, quiénes son/somos los/las que deciden/decidimos acerca de tener o no hijos, sobre lo que implica tener hijos o no tenerlos, abriendo uno de los ejes centrales del taller a trabajar durante varios encuentros.⁵

La educación popular toma las expresiones de la realidad como punto de partida del proceso de transformación, es por ello que lo cotidiano, los aspectos sociales, económicos, los valores y formas culturales, las creencias, etc. tienen que ser considerados, pues son la realidad única que existe (Núñez; 1996; 15). Las realidades de las mujeres de Karken Aike son compartidas al calor de las estufas eléctricas y de los calentadores de garrafas, entre risas y emociones, entre mates y las corridas de los niños; es conociendo y haciendo conscientes las manifestaciones de esas realidades que podemos llegar a pensar en problematizarlas. Es así que esta acción transita en un espacio donde el “cuidado” es prioridad, donde *“todas aportamos desde nuestros lugares”*; *“donde nos sacamos el stress”*, *“donde estamos tranquilas”*, *“donde compartimos experiencias”*, *“donde te relajás, das y escuchás opiniones que hacen mucha falta como mujer...es algo lindo...es un cable a tierra”*⁶

Al respecto, Tato Iglesias (2003) aporta afirmando que hoy más que nunca, en América Latina y en Argentina, en cualquier tarea que se quiera emprender, comprometida en una actitud crítica hacia el sistema es imprescindible partir de la realidad. Es sólo a partir de ella que puede iniciarse el proceso de cambio. No escapa a esta postura la perspectiva asumida por un cuidado enfermero crítico, permeable a la realidad con la interactúa y atento para interpelarla/se en miras a constante reflexión transformadora.

Pensando la salud. Consideraciones generales y aportes desde la Educación Popular

La salud constituye un proceso histórico, social y esencialmente político, es el resultado de los estilos y condiciones de vida de pueblos y está determinada y

⁵ Karken Aike- Río Gallegos, Barrio Bicentenario 08/04/14

⁶ Ibídem, 18/03/14

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

condicionada por numerosos factores. Es un proceso social en sí misma y a su vez resultante de dicho proceso.

El concepto de salud ha ido evolucionando históricamente dependiendo de las condiciones socio-culturales de la humanidad: explicaciones mitomágicas, religiosas, científicas. Todas las sociedades ponderan la salud como un bien cuya conservación y recuperación es de vital importancia. Sin embargo, no existe un único consenso para definirla, ya que en este constructo intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores, lo que da un carácter dinámico al concepto, independientemente a las contradicciones o tensiones que conviven en el constructo. Aún seguimos intentando definir qué es salud, sí acordamos que los diversos enfoques evolutivos del concepto influyen en su modo de entenderla, conservarla y recuperarla.

Actualmente, la concepción dominante de salud en la Argentina parece que está corriéndose de aquella elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, la definía como "un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad", definición que en su momento supuso un gran avance, pero que hoy constituye una definición no operativa y claramente utópica. La línea que hoy está identificando a la Argentina, concibe a la salud como un resultante individual y colectivo de factores personales y socio-culturales que sitúan a los individuos en un medio determinado. El aspecto socio-cultural de la salud enunciado en la nueva Ley de Salud Mental, postula que para estudiarla debemos investigar el ambiente socio-cultural en la que esta se desarrolla. De esta manera, se considera pensar la salud no como un objetivo en la vida, sino como un recurso más de la vida cotidiana.

Hay modelos conceptuales enfermeros que se aproximan más en su pensamiento al concepto anteriormente mencionado. Por ejemplo, Leininger (1999) define la salud como creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas. Es así que pensamos la salud como ese grado de bienestar físico, psicosocial que una persona puede

Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014

experimentar y generar en los demás, tanto en el presente como en un futuro previsible dadas sus circunstancias físicas, psíquicas, sociales y culturales.

Resulta interesante resaltar dos conceptos aquí mencionados: se habla de previsibilidad y de circunstancias. Es decir que si se estudian unas, se pueden planificar otras. Reconocer, reflexionar y actuar sobre las circunstancias puede orientar un futuro previsible. Sin dudas son las circunstancias quienes muchas veces siguen potenciando las desigualdades; salud y enfermedad no se distribuyen aleatoriamente entre las personas, menos aún entre mujeres y hombres, niñas y niños. El abordaje de la salud desde la perspectiva de un cuidado enfermero anclado en principios de la Educación Popular implica escuchar, reconocer valores, estándares, perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo, de cultura a cultura, conocer y reconstruir experiencias, sensaciones subjetivas y personales que dan significado a esta concepción de salud.

Esta cotidianeidad de la salud desde la perspectiva de abordaje que proponemos, supone desde la EP establecer un diálogo con ella, problematizar las prácticas cotidianas que la atraviesan, los preconceptos y mandatos culturales que la condicionan y configuran. Asimismo se podrán hacer conscientes algunos procesos históricos-sociales de producción y reproducción de concepciones y prácticas hegemónicas de salud en los que surgen o se presentan tensiones, conflictos que motivan acciones o reflexiones a fin de lograr o alcanzar una transformación de esta realidad.

Tomando a Freire como uno de los referentes más importantes del campo de la EP, recordamos que fue él quien nos habló sobre los proyectos liberadores, “biofilicos” a contraposición de aquellos opresores, “necrófilos”. La praxis lleva necesariamente a la vida, a la reflexión activa, comprometida sobre la práctica. Si somos sujetos hacedores de nuestra historia, si nos posicionamos como sujetos políticos, la transformación de esa realidad que se nos presenta injusta es posible.

En su dimensión política la educación popular también contribuye a reconocer que el contexto condiciona pero no determina, si el sujeto (mujer) es consciente de la realidad en la cual está inserto puede llegar a transformar lo que

lo enferma, lo limita, lo reduce. Desde esta perspectiva se trabaja en Karken Aike, promoviendo la reflexión en vistas de intentar transformar aquello que se presenta como opresor, promoviendo la desnaturalización de las situaciones problemáticas que las mujeres de KA viven y la búsqueda conjunta de estrategias para su superación. Asimismo se trabaja para que este colectivo sea tan participante como la investigadora que “las mira”, en el camino de construcción de conocimiento colectivo, conocimiento crítico, conocimiento de ruptura, de superación de lo dado, proponiendo cursos de acciones transformadoras.

El siguiente comentario de una de las integrantes que explica a una mujer que recién se integra qué es Karken Aike, refleja los avances del grupo:

“Hablamos cuestiones de mujeres lo que nos pasa a nosotras, este lugar se llama Karken Aike, le pusimos nombre, contamos lo que querramos. es un lugar donde esperamos que entre todas podamos ayudarnos y crecer. Estamos hablando del maltrato en la vida de las mujeres y como a veces damos como natural lo que no es.

Cuáles son nuestros derechos, y qué actitudes podemos tomar, porque a veces conocemos pero tenemos miedo, el mundo que se viene contra m... tengo que seguir caminando normalmente. A veces nos sentimos débiles para tomar otro camino. Por eso mejor me callo y hago”⁷.

Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer desde una perspectiva de género

La salud de la mujer está relacionada directamente con las condiciones, modos de vida, la subjetivación⁸ de ese ser, y como propone Samaja (2007) de innumerables procesos de vida como lo son las formas individuales de apropiación de lo biológico, de lo familiar, de lo comunal, de lo social y de lo político. Es así que sus comportamientos, expresiones, emociones, están determinados por su ser social, y por la complejidad de la vida en la que ellas ponen en juego el modo en que se apropiaron de su salud.

⁷ Ibidem 9/11/2013.

⁸ Coincidimos con Castells cuando afirma que los sujetos no son individuos, aun cuando estén compuestos por individuos. Son el actor social colectivo mediante el cual los individuos alcanzan un sentido holístico en su experiencia (Castells; 2003:32).

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

Considerar al género y su implicancia en la SS y R de la mujer, nos permite analizar y comprender cómo se construyen las identidades y el posicionamiento de la mujer y de los hombres frente a ella. La identidad se presenta entonces no entendida como un conjunto de cualidades predeterminadas -raza, color, sexo, clase, cultura, nacionalidad, etc.- sino una construcción nunca acabada, abierta a la temporalidad, la contingencia, una posicionalidad relacional sólo temporariamente fijada en el juego de las diferencias. (Arfuch; 2002:21). Siguiendo con los aportes de Stecher, Godoy y Díaz, coincidimos en la afirmación de que:

“(...) Las identidades personales suponen siempre *las identidades colectivas*, es decir, los individuos siempre definen lo que son a partir de reconocer su pertenencia a ciertos colectivos o categorías sociales con las que se identifican. De allí que responder a la preguntas de quién soy, quién quiero ser y cómo quiero que me reconozcan, implica necesariamente la referencia a un conjunto de colectivos – como la profesión, la religión, el partido político, la nación, el barrio, la etnia – con los que el sujeto se identifica y que operan como espacios de pertenencia y fuentes de sentido (Larraín, 2001 en Schvarstein y Leopold ; 2005:89)

El género nos habilita pensar en aquellas desigualdades que hoy aún persisten, conocerlas, identificarlas, analizarlas y reflexionarlas críticamente, para poder intentar transformarlas. Acordamos con Zaldúa (1999) quien define al género como " (...) el conjunto de características social y culturalmente construidas que permiten definir y distinguir lo masculino de lo femenino en las diferentes culturas, equivalente a una red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a la mujer del hombre a través del proceso de construcción social (Zaldúa; 1999, 8-9). Mujeres y hombres tienen diferencias biológicas claras, diferentes órganos genitales externos e internos, distinta distribución del vello corporal, diferencias hormonales, etc, pero esas diferencias biológicas no implican que hombres y mujeres adquieran ciertos roles como una consecuencia biológica natural aunque continua fuertemente el pensamiento patriarcal en la dominación masculina impactando en la salud de la mujer.

Al revisar los programas, planes que tratan sobre la salud de la mujer, se denota una atención fundamentalmente biologicista. Observamos cómo los contenidos de

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

los programas de salud eluden aspectos psico-sociales Por ejemplo, la sexualidad es tratada dentro de los programas de atención a la mujer como anticoncepción, atención a la mujer embarazada o prevención de enfermedades de transmisión sexual. Pero la sexualidad es mucho más que eso. ¿Dónde se aborda el tema del placer? ; ¿por qué se medicalizan los problemas sociales de la mujer como, por ejemplo, el climaterio? ¿Se toman en cuenta los estereotipos de género para hacer visibles las diferencias de los condicionantes de la salud de mujeres y hombres?, ¿cómo afecta la doble jornada laboral (prolongar las horas de trabajo produce alteraciones en los niveles de cortisol y adrenalina, lo que hace que éstas mujeres no descansen bien, estudiado por Lundberg y Frankenhauser ((1998)) en la manifestación de la sexualidad?.

El acoso sexual en el trabajo y los abusos sexuales en la infancia, así como la violencia psicológica o física en las relaciones personales, suponen causas ocultas del enfermar de las mujeres, difíciles de identificar si no se está entrenado para hacer el abordaje necesario desde el equipo de salud. Si las quejas de una mujer en atención primaria se confunden con problemas psicosomáticos, antes de ser investigadas, o se tratan con psicofármacos sin ser diagnosticadas, tampoco existe igualdad de oportunidades. ¿Existe más depresión y ansiedad entre mujeres o existe una cierta inclinación a ayudar a soportar las desigualdades y el papel de eternas cuidadoras a las mujeres haciendo acallar sus quejas y demandas con psicofármacos?

Entonces hablar de salud de la mujer, pareciera estar claramente vinculado con el enfoque reproductor, el cuerpo humano se estudia como entidad única desde un paradigma androcéntrico, solo se hace la diferenciación al cuerpo femenino en su aspecto sexual y reproductivo contemplando la sexualidad sólo como medio para la reproducción.

Al respecto, Velasco (2006) menciona el “hecho que la salud de la mujer ha sido estudiada casi exclusivamente con referencia a su anatomía y fisiología reproductiva, el cuerpo de la mujer es básicamente un cuerpo para la reproducción y enfatiza la significación de la expresión “vaciar” para referirse a la

anexohisterectomía, una mujer sin útero ni ovarios es una mujer vacía de contenidos...". (Velasco; 2006,36)

Debido a las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene gran impacto en la salud. La salud de la mujer y la niña es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales. Así, por ejemplo, las mujeres y niñas son más vulnerables a infecciones de transmisión sexual ya que tienen mayores factores biológicos predisponentes al contagio (mayor superficie mucosa expuesta que el varón, éste transmite a la mujer mayor cantidad de fluidos que a la inversa, la carga viral es mayor en el semen que en el fluido vaginal, durante la relación sexual son mucho más probables las microlesiones en la mujer que en el hombre), también lo son a las situaciones de Violencia Intra Familiar, abuso sexual, mortalidad materna ocurrida durante los procesos de gestación, parto, alumbramiento, puerperio, a las discapacidades originadas por estos sucesos, entre otros.

La OMS (2013) señala que algunos de los factores socioculturales que impiden que las mujeres y niñas se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el máximo nivel posible de salud son:

- Las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres;
- Las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo;
- La atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y
- El padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional.

La pobreza es un importante obstáculo para la obtención de buenos resultados sanitarios en ambos sexos, pero tiende a constituir una carga más pesada para las mujeres y niñas. Ser pobre significa mucho más que no tener dinero para cubrir las necesidades básicas del vivir. La pobreza es ese camino que lleva sin atajos a la precarización laboral, la disminución de la escolarización, el aumento de los embarazos adolescentes, los no planificados, las infecciones de transmisión sexual,

entre otros. El círculo se potencia, la pobreza reproduce más pobreza. Las embarazadas que presentan anemia (por desnutrición), gestan hijos con menores posibilidades de desarrollo y que al nacer ya tienen factores adversos que probablemente se profundizarán durante su vida, quizá sin darnos/se cuenta crezcan con sus vidas hipotecadas, sin proyectos a largo plazo, sin poder pensarse estudiante, trabajadora, emprendedora, sólo verse como “criadora, ama de casa, inscripta en algún plan subsidiado por el estado.”

Esto surge de un registro del año pasado hecho a una de las integrantes de KA:

. Vos cómo te ves de acá a unos años? *“Yo me veo como mamá. Estar en la casa con las cosas de la casa y si tengo suerte anotarme y que me salga alguna ayudita del Ministerio, aunque cada vez se ponen más duros para darte algo”* **Y, por ejemplo no pensaste en estudiar algo que te guste?** *(Risas) No ya se me pasó el tiempo para estudiar, terminé la primaria, yo tuve que trabajar desde chica, en el campo, con las cabras, teníamos que trabajar así no más, no había para ir a la escuela, todos trabajábamos en la casa, cuando me fui a Salta ya era tarde para pensar en estudiar, no, no, no se podía, había que trabajar para comer. Estudiar es para ricos”⁹.*

Consideraciones finales

Nos parece importante señalar algunas cuestiones que permitirán tener una idea más acabada del proceso vivenciado en karken Aike hasta este momento, ya que estamos transitando una primera etapa de conformación del grupo y de diagnóstico de la realidad familiar, social y cultural de los miembros del grupo y del barrio.

En primer lugar, decir que este grupo se viene constituyendo desde hace un año, ya que las primeras reuniones son de abril de 2013. Durante este año de encuentros existe un núcleo permanente de mujeres que asiste regularmente con las cuales se ha establecido un vínculo de confianza y trabajo. El resto de las integrantes de KA, es más inestable, aunque podemos decir que van regularizando su participación. Podríamos afirmar que nos encontramos en una primera etapa de construcción del

⁹ Karken Aike. Octubre 2013.

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

vínculo grupal, re-conociendo la realidad de la vida cotidiana de este grupo de mujeres, particularmente lo que hace a su vida familiar y a su salud sexual y reproductiva, enunciando/denunciando algunas problemáticas que preocupan referidas sobre todo a la salud sexual y reproductiva, a situaciones de violencia intrafamiliar.

En cada encuentro se lleva un registro (escrito, grabación y/o filmico) de lo que acontece, con el consentimiento de las mujeres presentes. Estos registros se analizan sistemáticamente por los miembros del equipo de educación popular de la UARG, tratando de encontrar las recurrencias, los emergentes más sobresalientes para llevarlos a próximos encuentros y reflexionar colectivamente sobre aquellos aspectos considerados más relevantes y significativos. El análisis cualitativo de estos registros se hace mediante el método comparativo constante.

Este trabajo supone sin duda un gran desafío para nosotros como grupo de investigación ya que la IAP en sí misma es una estructura de aprendizaje conjunto (Thiollent, M. 1985), lo que supone además de una visión epistemológica de construcción de conocimiento, contribuir a la interrogación permanente, estar alertas para promover la reflexión crítica, propiciar y mantener la participación efectiva de los miembros del grupo.

Como afirman Sirvent y Rigal (2012) “Esto representa el desafío pedagógico de ir facilitando a los participantes el aprendizaje de conocimientos e instrumentos de la investigación social, mediante el trabajo con metodologías propias de la educación popular. La ausencia de estos procesos de aprendizaje pueden generar la ilusión de una participación inexistente. De un “como si” ... de la participación”.

Bibliografía

ARFUCH, L. (compiladora): “Identidades, sujetos y subjetividades”. Ed. Prometeo. Bs.As. 2002. ISBN N° 950-9217-26-3

CASTELLS, M. (2003) La era de la información. Economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad. Vol. II. Ed. Siglo Veintiuno. México.

**Pre Alas Patagonia VI Foro Sur-Sur: Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en
torno a la desigualdad
El Calafate, 7, 8 y 9 de mayo 2014**

IGLESIAS, R. (2003) De carambas, recórcholis y cáspitas. Una mirada trashumante de la educación. Córdoba. Comunicarte editorial

KEROUAC, S. y colab. (1996) El pensamiento enfermero. España. Masson

MARTÍNEZ M.; CHAMORRO REBOLLO, E. (2009) Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero. España. Elsevier

MEDINA, J. (1999) La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA. BARCELONA. LAERTES S.A DE EDICIONES.

SAMAJA, J. (2007) Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. 1º edición. Bs. As. Lugar editorial

SIRVENT, M.T. y Rigal, L. (2012) Investigación Acción participativa. Proyecto Páramo Andino.

STECHEER, A., GODOY, L. y DÍAZ, X. (2005) "Relaciones de Producción y Relaciones de Género". En SCHVARSTEIN, L. Y LEOPOLD, L. (compiladores) Trabajo y Subjetividad. Paidós. Buenos Aires.