

**LA ÉTICA DEL CUIDADO Y LA CONSTITUCIÓN DE IDENTIDADES
POLÍTICO-RELIGIOSAS, EN EL MARCO DE LAS PRÁCTICAS SOCIALES
DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA
ESTRUCTURAL.**

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PASTORAL DE LA SALUD EN
ALTOS DE CAZUCÁ-COLOMBIA**

Álvaro Alonso Vergel Montaguth

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE EDUCACION

**LICENCIATURA EN FILOSOFÍA, PENSAMIENTO POLÍTICO Y
ECONÓMICO**

BOGOTÁ

2019

**LA ÉTICA DEL CUIDADO Y LA CONSTITUCIÓN DE IDENTIDADES
POLÍTICO-RELIGIOSAS, EN EL MARCO DE LAS PRÁCTICAS SOCIALES
DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA
ESTRUCTURAL.**

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PASTORAL DE LA SALUD EN
ALTOS DE CAZUCÁ-COLOMBIA**

Álvaro Alonso Vergel Montaguth

**Trabajo de grado realizado para obtener el título de
LICENCIADO EN FILOSOFÍA PENSAMIENTO POLÍTICO Y ECONÓMICO**

Director

**JOHAN ANDRÉS NIETO BRAVO
DOCTOR EN EDUCACIÓN**

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE EDUCACION

**LICENCIATURA EN FILOSOFÍA, PENSAMIENTO POLÍTICO Y
ECONÓMICO**

BOGOTÁ

2019

CONTENIDO

Índice de imágenes	5
Índice de gráficas.....	6
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO UNO: PRELIMINARES	
1.1 Contexto.....	10
1.2 Infraestructura.....	11
1.3 El Ausentismo Estatal	13
1.4 Acceso a la salud.....	14
1.5 Geoestadística de la población de Santo Domingo en Altos de Cazucá.....	16
1.6 La experiencia en Contexto Pastoral de la Salud Parroquia Jesús Buen Samaritano.	18
CAPÍTULO DOS: FUNDAMENTACION METODOLÓGICA	
2 Formulación de la pregunta de investigación.....	21
2.1 Objetivo General	21
2.2 Objetivos específicos	21
2.3 Ruta metodológica de la sistematización	21
2.4 Diseño de la sistematización.....	23
2.4.1 Fase propedéutica	23
2.4.2 Fase de campo.....	24
2.4.3 Fase de Interpretación.....	24
CAPÍTULO TRES: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	
3 Categorías	24
3.1 Ética del Cuidado.....	24
3.1.1 El cuidado amoroso en las relaciones interpersonales	24
3.1.2 El cuidado y la sensibilidad	26
3.1.3 La familia como asidero de la práctica del cuidado	27
3.1.4 Identidad colectiva	28

3.1.5	Trascender lo corporal. El arte como mediación para aproximarse al enfermo....	29
3.1.6	La soledad como abandono en la enfermedad	30
3.1.7	Hacia un concepto de ética del cuidado.....	31
3.2	Violencia Estructural	34
3.2.1	Pobrezas estructurales	35
3.2.2	El abandono social	37
3.2.3	Violencia Institucionalizada.....	38
3.2.4	La drogadicción	40
3.2.5	El asistencialismo	41
3.2.6	Violencia Familiar	42
3.3	Identidad político religiosa.....	44
3.3.1	La colectividad como herramienta identitaria en el trabajo social	45
3.3.2	La experiencia de fe como elemento identitario de un colectivo.....	46
3.3.3	La familia, elemento fundante en el ejercicio político	48
3.3.4	El sufrimiento y la alteridad, principios que subyacen en el trabajo político....	49
3.3.5	El rol de la mujer y su labor en la generación de cambios en la esfera social ...	51
3.3.6	La tarea de ser madre y su influencia en la gesta de prácticas sociales	52
CAPÍTULO CUATRO: CONCLUSIONES		54
Referencias Bibliográficas		56
Anexos		

Índice de imágenes

Imagen No. 1: comunas del municipio de Soacha.....	10
Imagen No. 2: hospitales en Soacha	15
Imagen No. 3: cantidad de viviendas, hogares y personas en Altos de Cazucá.....	16
Imagen No. 4: tipo de vivienda.....	17
Imagen No. 5: población por sexo.....	17
Imagen No. 6: población por grupos de edad.....	17

Índice de gráficas

Gráfica No. 1: sectorización de la labor social	12
Gráfica No. 2: distribución poblacional de la Sabana sin Bogotá.....	19
Gráfica No. 3: total población beneficiada por la acción social	19

Resumen

Esta investigación explora los contenidos de las prácticas sociales desarrolladas por las lideresas de la pastoral de la salud en la parroquia Jesús Buen Samaritano de Cazucá. El trabajo se circunscribió dentro la investigación cualitativa y se desarrolló en cuatro fases: la primera, un diagnóstico inicial que permitió establecer las fortalezas y dificultades del contexto demográfico; la segunda, una reconstrucción cronológica de la historia, en la que se ordena y se clasifica la información, destacando las etapas del proceso de la experiencia; la tercera, se establece una estructura conceptual que emerge de la práctica y de la definición de las categorías teóricas; la cuarta, se valida la información mediante la triangulación de los datos obtenidos, analizando y sintetizando la interpretación crítica del proceso; arribando de esta forma a una comprensión de la experiencia social desde una ética del cuidado en un contexto de violencia estructural que genera una identidad colectiva político religiosa en las lideresas de Cazucá.

Abstract

This research explores the contents of the social practices developed by the leaders of the pastoral of health in the parish Jesus Buen Samaritano de Cazucá. The work was circumscribed within qualitative research and developed in four phases: the first, an initial diagnosis that allowed establishing the strengths and difficulties of the demographic context; the second, a chronological reconstruction of history, in which the information is sorted and classified, highlighting the stages of the experience process; the third, a conceptual structure is established that emerges from the practice and the definition of theoretical categories; the fourth, the information is validated by triangulating the data obtained, analyzing and synthesizing the critical interpretation of the process; arriving in this way to an understanding of the social experience from an ethic of care in a context of structural violence that generates a religious political collective identity in the leaders of Cazucá.

Introducción

En el contexto de una práctica social se determinan actores gestantes de un quehacer ciudadano que promueven un escenario particular, en el que se ejecutan acciones y dinámicas de transformación ciudadana. Desde esta perspectiva, la parroquia Jesús Buen Samaritano cuenta con un grupo de lideresas que ejecutan y ponen en marcha una serie de acciones en beneficio de un colectivo en condiciones de vulnerabilidad social. De esta manera, y teniendo en cuenta estas necesidades, es conveniente realizar un análisis que interpele estas prácticas, en las que se reflexione, analice y genere saberes auténticos que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de una realidad latente en nuestra población.

Teniendo en cuenta lo anterior, se establece una lectura reflexiva en torno a la dinámica social que ejerce este grupo de lideresas en la población de Cazucá. Para esto, se realiza una inmersión de campo en la que se identifican problemas de infraestructura básica, ausentismo estatal, precario acceso a la salud y problemáticas de salud pública; elementos constitutivos de una vulneración de los Derechos Humanos y constitucionales de un ciudadano. Por tanto, la problemática social y política que se vislumbra en esta investigación es la plataforma para la construcción de un andamiaje conceptual, sistematizado desde una experiencia que emerge de prácticas cívicas que buscan la transformación de un contexto real y tangible en zonas como las que se describen en este trabajo.

La presente propuesta de investigación sigue la ruta metodológica de sistematización de experiencias, centrando su propósito en el ejercicio político de las lideresas de la pastoral de la salud, relacionando su ejecución dentro de un contexto de problemáticas sociales que se vislumbran en las narrativas y realidades de una población que vive las consecuencias de un abandono social. Teniendo en cuenta esto, el diseño del método se propuso en tres fases que se ejecutan dentro del marco investigativo; en un primer momento se realiza una fase propedéutica en la que se realiza un diagnóstico del contexto con base en una inmersión de campo que observa, analiza y comprende las situaciones preliminares de una experiencia social; construyendo y organizando una historia viva en medio de la situación descrita.

La segunda fase lleva a una experiencia leída desde el ámbito personal en la que el investigador se implica en medio de los protagonistas, construyendo un primer relato

donde las narrativas de vida son la principal fuente de la que emana el sentido y la ruta metodológica de la sistematización. La tercera, constituye una puesta en escena que organiza la información y genera un diálogo que triangula y sustenta la base conceptual de las categorías emergidas de los relatos. De esta forma se consolida un relato extendido que ordena y promueve la generación de nuevo conocimiento desde el sostén de la experiencia social de las lideresas.

El documento está compuesto por cinco capítulos que dan razón de las implicaciones y estructura de la sistematización de experiencias. El primero presenta la realidad contextual de un modelo poblacional que se gesta como motor que dinamiza las prácticas sociales del colectivo de mujeres de Altos de Cazucá. En el segundo, se esboza los referentes metodológicos del método sistemático investigativo, presentando las fases cronológicas de la técnica y los instrumentos de recolección de datos. El tercero se constituye como la dinámica que ejerce una función social dentro de las lideresas, definiéndolo dentro del marco de la Ética del Cuidado.

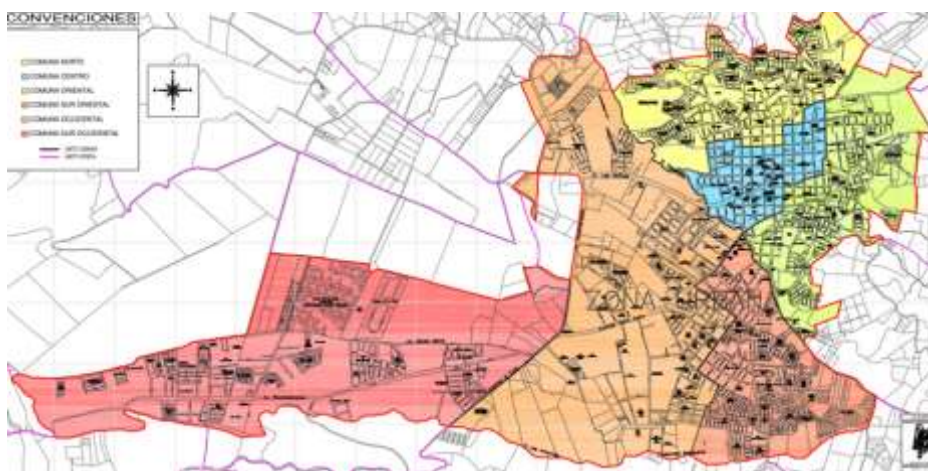
El cuarto capítulo se compone esencialmente de la definición del contexto institucionalizado de la realidad en que se ejecutan dichas prácticas, definiéndolo desde la violencia estructural que propone un modelo antagónico en la plataforma política del Estado. El quinto capítulo, detalla una génesis colectiva que produce un elemento identitario, en el que el ámbito religioso y el escenario político es el binomio que propicia las características propias del grupo de lideresas. De esta manera, el cuerpo de la investigación afianza y extiende el relato de una experiencia viva, que corresponde a la construcción de un saber que articule las categorías, sistematizando dentro de un proceso de triangulación dentro del apartado final que da cuenta de la voz de los actores y la interpretación de cara al concepto de los diferentes autores.

1. Preliminares

1.1 Contexto

A 3800 msnm en el centro del país, al sur de la Sabana de Bogotá, conurbado con la Localidad de Ciudad Bolívar, se encuentra uno de los municipios más poblados de Cundinamarca (Lozada, 2000), el cual corresponde a un 36% de la población sin la capital: Soacha, territorio escarpado por la cordillera oriental, permeado por un clima frío y con una vista panorámica de la ciudad que deslumbra y contrasta con la hostilidad del entorno; es un territorio que cuenta en su área urbana con 347 barrios divididos en seis comunas, a saber, Comuna 1: Compartir, ubicada en el Suroccidente del casco Urbano; Comuna 2: Soacha Central ubicada en la zona centro de la ciudad y cabecera del municipio; Comuna 3: La Despensa localizada al oriente de la ciudad, caracterizada por ser un territorio completamente plano; Comuna 4: Cazucá circunscrita al oriente de la ciudad, la cual limita territorialmente con la localidad de Ciudad Bolívar; Comuna 5 ubicada en el suroccidente y finalmente la Comuna 6: San Humberto situada en el sur del municipio (Mayorga, 2015, p.2).

Imagen No. 1: comunas del municipio de Soacha



Fuente: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ec/MapaComunas.png>

El territorio, erigido como municipio en el año 1600 por el visitador Luis Enrique, cuenta con una superficie total de 184.45 Km² limitando con el suroccidente de Bogotá, al norte con el municipio de Mosquera y Bojacá, al sur con Sibaté y Pasca, al Oriente con Bogotá y hacia el occidente con el municipio de Granada y San Antonio del Tequendama. Su Onomástica geográfica emerge del idioma muisca, específicamente del vocablo *muysc*

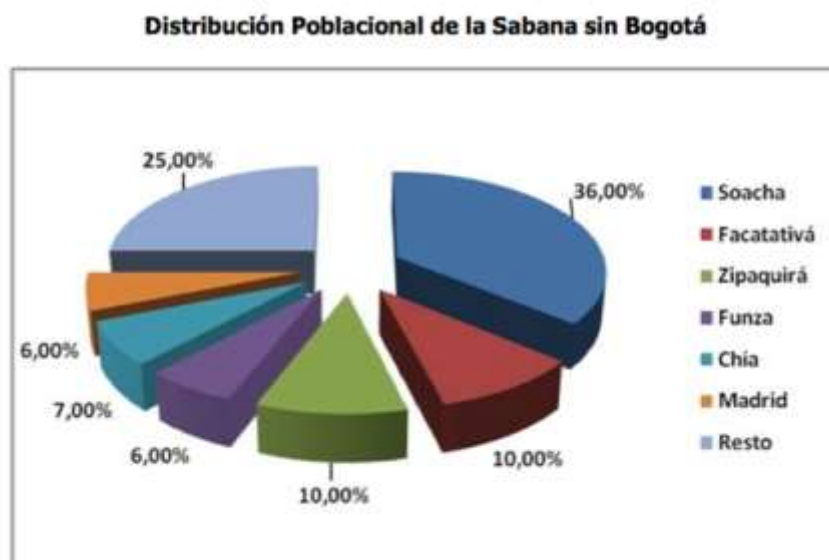
cubun que se divide en dos palabras: *Sua* que significa sol y *cha*, que significa varón, estableciendo el significado de esta noble población como “La ciudad del Varón del Sol” (Gómez, 2006, 10).

A continuación, se propone erigir un macro contexto que destaca las diferentes problemáticas a nivel ético y político que rigen la estructura social de los habitantes de la población. En particular se pone de manifiesto el crecimiento poblacional de Soacha que alcanza una tasa de 22,3% (Lozada, 2000, pág. 2), cifra que sostiene al municipio como uno de los mayores municipios de Colombia en crecimiento; acelerado por el proceso de migración, especialmente por las víctimas del desplazamiento forzoso de las regiones del territorio nacional con mayor incidencia de conflicto armado. Según cifras del DANE, Soacha cuenta con una cifra poblacional de 533.000 habitantes, la cual sería posible duplicar dado el crecimiento desmesurado a nivel demográfico, situándola entre las cinco ciudades más pobladas de Colombia (Flórez, 2017, s.p.).

1.2 Infraestructura

Altos de Cazucá es uno de los lugares más deprimidos de Soacha, en él se concentran uno de los cinturones de pobreza más grandes de toda la región, así como un panorama desalentador de la zona en cuanto abandono del Estado, delincuencia y precarias condiciones en la malla vial dada su ubicación en la falda de las colinas del municipio. El rápido aumento de la población desplazada al municipio, específicamente a Altos de Cazucá conlleva a una demanda grande de necesidades básicas, para lo cual el municipio no está preparado por la situación ilegal y la falta de datos poblacionales para atender a los habitantes (Romero, 2014); su alto índice de tasa poblacional, alrededor de un 4% del total en la Sabana de Bogotá, hace que las condiciones del municipio en cuanto a infraestructura y desarrollo urbano se vean limitados y no cumplan con los estándares básicos para el progreso de sus habitantes (MSF, 2004). A este respecto, la Sociedad Geográfica de Colombia, publicó un estudio en el año 2000, acerca del crecimiento demográfico de algunas zonas, específicamente de la Sabana de Bogotá, para lo cual se muestra a continuación una gráfica con la tasa y la distribución poblacional de la misma:

Gráfica No. 1: distribución poblacional de la Sabana sin Bogotá



*Fuente: Artículo del Boletín de la Sociedad Geográfica de Colombia Número 131, Volumen 44
Año 2000*

De esta forma, Soacha se convierte en el municipio con la mayor tasa poblacional de la Sabana sin tener en cuenta a Bogotá, generando problemas sociales en los asentamientos territoriales del sector. Una de las razones que explica este fenómeno es que Soacha se ha convertido en uno de los grandes receptores de la población desplazada en Colombia, constituyéndose en un fenómeno constante y silencioso, sin que el municipio cuente con los recursos necesarios para atender esta población, provocando condiciones de insalubridad, hacinamiento y pobreza, situación que es una constante en el territorio (MSF, 2004).

Han pasado dos décadas de la implementación del Acuerdo N° 46 de diciembre del año 2000 por medio del cual se adoptaría el Plan de Ordenamiento Territorial del municipio de Soacha, reglamentado en la Ley 388 de 1997, y la población de Altos de Cazucá no tiene una red eficiente de transporte y malla vial adecuada, la situación ilegal de los transportadores es evidente en la zona, vehículos sin licencia y en pésimas condiciones para prestar un servicio de transporte, son la herramienta para muchos habitantes del sector para dirigirse a la ciudad capital. Todo esto confluye en la alta tasa de ilegalidad de su población y el alto número de empleo informal que existe en la zona, situación que no para de crecer.

El problema de la ilegalidad en la zona es otro atenuante que diversifica y expande sin control la precaria e insuficiente red de vías de acceso, siendo esta insuficiente para

suplir las necesidades básicas de la comunidad, una de las razones que explica este fenómeno es que Soacha se ha convertido en uno de los grandes receptores de la población desplazada en Colombia, siendo este fenómeno constante y silencioso; sin que el municipio cuente con los recursos necesarios para atender esta población, suscitando condiciones de insalubridad, hacinamiento y pobreza, situación que es una constante en la zona (MSF, 2004).

El tejido vial urbano ostenta según el POT Soacha una articulación eficiente y complementaria que hace del municipio un cinturón vial con la arteria de la autopista sur, conectando al municipio con el sistema integrado de transporte masivo de la Capital, garantizando a la población un flujo constante entre los dos municipios (Ley 388, 1997), sin embargo pese a más de una década de la implementación del Acuerdo N° 46 de diciembre del año 2000 por medio del cual se adoptaría el Plan de Ordenamiento Territorial del municipio de Soacha, reglamentado en la 388 de 1997, el horizonte es diferente. La población de Altos de Cazucá no tiene una red eficiente de transporte y malla vial adecuada, la situación ilegal de los transportadores es evidente en la zona, vehículos sin licencia y en pésimas condiciones para prestar un servicio de transporte son la herramienta para que muchos habitantes del sector puedan dirigirse a la ciudad capital.

1.3 El ausentismo estatal

El gobierno nacional junto a los entes encargados de la difícil situación de Soacha no han sido efectivos en el diagnóstico y el tratamiento que se le debe dar a una población como la de Soacha (González, 2017), el cuestionamiento del censo actual, la situación de migración de víctimas del conflicto junto a otras expresiones de violencia y el engrosamiento de las filas de colombianos que llegan a esta parte del país, hacen de Soacha una cápsula que aumenta su diámetro y dentro de ella paralelamente las distintas problemáticas que aquejan la ciudad.

El municipio contaba, a 2017, con un presupuesto de 328.000 millones de pesos, siendo el gasto público per cápita de 223.000 pesos al año, monto insuficiente para la solvencia de las necesidades básicas ubicando al 65% de la población en estrato (González, 2017), entes gubernamentales como la Alcaldía, la Gobernación no cuentan con los recursos necesarios para cubrir la alta demanda de necesidades de sus habitantes; Soacha se convierte, afirma su actual Alcalde Eleazar González en una bomba social, en

una bomba de tiempo (González, 2017) que tarde que temprano detonará trayendo consecuencias nefastas si el gobierno colombiano no interviene efectivamente.

El Estado debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, reza la Constitución Política en su artículo No.13, de esta forma a los habitantes de cualquier región en el territorio nacional se les debe garantizar las condiciones básicas de un estilo de vida digna, proyectando y consolidando propósitos que permitan estabilizar un nivel socioeconómico de los ciudadanos, especialmente de los más necesitados. La Defensoría del Pueblo y otros organismos gubernamentales deben trabajar por el bienestar de poblaciones vulnerables; existe una necesidad grande en nuestra sociedad, tanto a nivel económico, social, de salud, educación y de principios de convivencia ciudadana. Esta demanda exige del Estado un mayor compromiso por la población más vulnerable socialmente, exige que el gobierno brinde una reparación integral por las víctimas del conflicto del que él mismo ha sido protagonista.

1.4 Acceso a la salud

La Constitución Política de Colombia (CPC) de 1991, consagra en su artículo 48 que “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”. Se evidencia de esta manera el surgimiento de un nuevo Sistema de Seguridad Social. Amén de esto, el Estado creó la Ley 100 de 1993, mediante la cual plantea un Sistema de Seguridad Social Integral, brindando a los ciudadanos un conjunto de normas y procedimientos del cual disponen las personas para gozar de una calidad de vida (DANE, 2007, pág. 2), así mismo se implementa el Régimen Subsidiado para la población vulnerable, el cual es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. (DANE, 2007, pág. 6).

La población de Soacha, como ya se ha afirmado, es una población sensible socialmente; dadas las condiciones del lugar y sus problemáticas, esto hace de este grupo, una localidad de alta demanda en cuanto a la atención sanitaria básica; con base en esto, la condición de ilegalidad, de informalidad y de pobreza los condiciona a pertenecer a un

régimen subsidiado en salud al cual tienen derecho como ciudadanos; sin embargo, pese a los esfuerzos de la secretaría de salud, estos no son suficientes para la alta demanda en servicios públicos en salud que requiere la comunidad (MSF, 2004, pág. 9).

Refiriéndose a esto, Eleázar González (2017, s.p.), afirma que el indicador nacional en hospitales es de 2.5 camas por cada 1.000 habitantes, pero en Soacha esta cifra es de 0.7, actualmente el municipio cuenta con el Hospital Mario Gaitán Yanguas, el Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca y la Empresa Social del Estado Soacha, los cuales a su vez tienen puestos de salud en las diferentes comunas de la ciudad. En Altos de Cazucá se encuentra un centro médico del Hospital Mario Gaitán Yanguas con una atención primaria en el horario de 7am a 5pm, prestando servicios de Enfermería, Medicina General, Vacunación, Odontología General, Toma de Muestras, Citología Cervico Uterina, Atención Preventiva, Salud Oral, Higiene Oral, Planificación General y Promoción en Salud (Hospital Mario Gaitán Yanguas, 2012, s.p.). A continuación, se muestra en el siguiente mapa las diferentes empresas prestadoras de salud y la distribución de sus puestos de salud en las principales comunas del municipio:

Imagen No. 2: hospitales en Soacha



Fuente: <https://www.google.com.co/maps/search/hospitales+soacha/@4.5858215,-74.2188041,14z/data=!3m1!4b1>

Según se observa en el mapa, los habitantes de la comuna 4 solo tienen acceso a una infraestructura tipo “puesto de salud” ubicado en Cl. 11a #12 Este-4 con un horario de atención de 7 am a 5 pm de lunes a viernes, mientras que los días sábados sus puertas se cierran a la 1 pm, a la vez que el día domingo no hay atención médica, su servicio es de primer nivel, acarreando una alta demanda de la población en cuanto a la prestación

de salud, motivo por el cual es insuficiente la cobertura para el tratamiento de patologías, manejo de urgencias y de prevención.

1.5 Geoestadística de la población de Santo Domingo en Altos de Cazucá

Según el análisis radial de los registros de la Dirección Administrativa Nacional Estadística del país, a 400 metros de diámetro del centro religioso Parroquia Jesús Buen Samaritano, campo aproximado en el cual trabaja la Pastoral de la Salud, existen 19.550 habitantes, conformando un total de 4662 hogares distribuidos en 4241 viviendas, de las cuales 3541 son casas, 317 son habitaciones en las cuales pueden llegar a vivir hasta cuatro personas y 211 son tipo apartamento; con un rasgo dominante del género masculino del 50.32% equivalente 9.812 hombres frente a un 49.68% de mujeres equivalente a 9.668 de ellas. Del total de la población se encuentra un número significativo de adulto mayor, llegando a 774 ancianos, 7618 niños y 11.108 adultos. A continuación, se evidencia gráficamente los resultados que arroja el análisis geoestadístico que proporcional el DANE, tipificando cada una de las categorías antes mencionadas.

Imagen No. 3: cantidad de viviendas, hogares y personas en Altos de Cazucá



Fuente: Aplicativo web Dane

Imagen No. 4: tipo de vivienda



Fuente: Aplicativo web Dane

Imagen No. 5: población por sexo



Fuente: Aplicativo web Dane

Imagen No. 6: población por grupos de edad



Fuente: Aplicativo web Dane

Con base en esto, es posible establecer un crecimiento demográfico excesivo en una zona diametralmente limitada, fenómeno que es detonado por Bogotá y que tiene al borde de un colapso al municipio de Soacha (Flórez, 2017, s.p.). En este sentido la explosión demográfica afecta de manera expresa la acción social que desempeña la pastoral de la salud, quedando reducida a una actividad que abarca pocos agentes ante

una alta demanda de necesidades sociales como hacinamiento, problemáticas sanitarias y de salubridad propias de la zona; así mismo el alto índice de la población de adultos mayores infiere que la labor social implica un mayor esfuerzo en términos de cercanía, acompañamiento y cuidado del otro.

1.6 La experiencia en Contexto Pastoral de la Salud Parroquia Jesús Buen Samaritano

La Parroquia Jesus Buen Samaritano se encuentra ubicada en la Cra. 77c #68 Sur-6, nomenclatura asignada dentro del territorio de Bogotá; pero perteneciente a la Jurisdicción Eclesiástica de la Diócesis de Soacha, dirigida actualmente por el Obispo José Daniel Falla Robles; comprometida con la labor de evangelización de la diócesis, se caracteriza por ser un centro que acoge un gran número de personas en Altos de Cazucá, siendo la estructura religiosa de mayor afluencia de feligreses dada su ubicación y fácil acceso.

A esta parroquia pertenece un grupo de mujeres quienes integran la pastoral de la salud, tienen a cargo el cuidado y sostenimiento de los enfermos más necesitados de los alrededores de la Parroquia. Es un grupo de 10 mujeres mayores de edad, cuya edad oscila entre 30 y 60 años, gran porcentaje son mujeres cabeza de hogar, con hijos mayores de edad, mujeres que han sufrido las consecuencias de la violencia en el país, inmersas en un contexto de drogadicción, sicariato, indigencia, pobreza extrema, violencia intrafamiliar y desplazamiento forzado a causa de grupos armados ilegales.

El objetivo general reza en sus informes: “Responder al llamado de Dios, asumiendo con fe, amor y compromiso la misión con los enfermos quienes generalmente viven situaciones de soledad y dependencia y algunos en su estado terminal necesitan un acompañamiento más receptivo ante su actitud de desesperanza en la vida. Como hemos llevado a cabo en nuestra parroquia Jesús Buen Samaritano acompañados de nuestro párroco”. Sin lugar a dudas, son mujeres con experiencia misionera, dedicadas a la atención espiritual y el servicio para con los más necesitados.

El trabajo realizado por este grupo parroquial llega a los barrios aledaños a la zona de la loma de Altos de Cazucá, esfuerzo que es evidente en su preocupación por la formación y la clara participación en la parroquia. Según estadística realizada con base

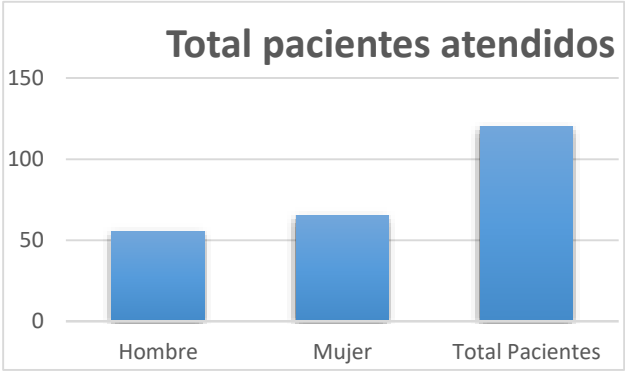
en sus informes anuales, la población femenina es el grupo de mayor atención concertando un 54% de total traduciéndose en 65 mujeres; de igual forma se hace perceptible que la población con mayor demanda atendida es el barrio Santo Domingo, zona donde se encuentra el templo parroquial, siendo atendidos 29 personas, de los cuales 16 son hombres y 13 son mujeres, seguido del barrio el Espino con un total de 21 pacientes, entre los que se encuentran 12 hombres y 9 mujeres; así mismo se evidencia estadísticamente que la población que menos requiere atención es el barrio Tres Reyes al cual solo ha sido posible atender en esta labor pastoral a un solo paciente. A continuación, se muestran las gráficas establecidas de acuerdo con los informes del grupo Pastoral de la Salud.

Gráfica No. 2: sectorización de la labor social



Fuente: Archivos Parroquiales

Gráfica No. 3: total población beneficiada por la acción social



Fuente: Archivos Parroquiales

Se hace una aproximación a esta población para realizar una lectura de un contexto actual que ha sido significativo en la historia de nuestro país, situación que ha marcado profundamente a todos los colombianos, en especial los ciudadanos de más bajos recursos; esta sensibilidad planea entrever cómo la condición humana en ciertos sectores

de nuestra nación es vulnerada y atravesada, aún, por encima de la constitución colombiana y de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos.

En efecto, el Estado pese a sus esfuerzos, no ha garantizado a los habitantes de la comuna 4 Altos de Cazucá los recursos mínimos vitales para subsistir, fenómeno que agrava la situación social afectando a sus habitantes por la falta de vías adecuadas de acceso, ausencia de infraestructura y personal hospitalario, carencia de escuelas de educación básica primaria y media vocacional, insuficiencia de programas de alimentación para niños y adolescentes; realidad que concatena el Estado con su limitado presupuesto y que no garantiza las condiciones básicas de vida digna de los ciudadanos, siendo visible un abandono de la acción y la responsabilidad social del Estado para con el territorio y sus habitantes.

Esta acción social dirigida hacia una ética del cuidado, se encarga de propiciar espacios de protección, bienestar y dignificación de la persona humana, involucrando procesos de interacción y acciones responsables entre personas motivadas con el fin último de lograr la atención y cuidado de sus semejantes; todo este entramado tiene su asidero en la labor de transformación social que equipara los barrios próximos a la zona de la loma de Altos de Cazucá, esfuerzo que es evidente en su preocupación por la formación y la participación en la obra colectiva que se ejerce con ahínco en una de las zonas del país denominada como “Tierra de nadie” (Romero, 2014, s.p.).

Dadas las condiciones del sector, es preciso afirmar que si bien el impacto social que ha tenido la Pastoral de Salud ha sido significativo para la población atendida, los esfuerzos son insuficientes de cara a las macro problemáticas que afectan la zona de la loma Altos de Cazucá; transformando territorios de periferia, en especial a la comuna 4 de Soacha a nivel demográfico, generando una serie de problemáticas infraestructurales que afectan las condiciones de vida digna, de manera especial los enfermos; frente a estos mismos conflictos empiezan a emerger una serie de lideresas que asumen la responsabilidad de acompañar a esta población en términos de atención y cuidado de la salud, germinando un movimiento popular emergente del mismo contexto que está ejerciendo una doble labor, primero con un componente ético que tiene que ver con el cuidado y la dignidad del otro, que además de tener precarias condiciones económicas propias del sector, hacen más vulnerable los sujetos; y una acción política en cuanto que hacen una apuesta en contravía a las plataformas de exclusión social que se han generado y que ha llevado a la frágil situación social a los habitantes del sector; buscando vías

antagónicas a los fenómenos descritos, dignificando la labor ética y ciudadana de la población frente a los modelos que se han descrito en el macro contexto referido. Teniendo en cuenta el anterior contexto en el que se enmarca la experiencia se generó la pregunta de investigación, acompañada con unos objetivos que buscan establecer la sistematización de la experiencia en la Pastoral de Cazucá.

2. Formulación de la pregunta de investigación

En razón de lo expuesto en la fase diagnóstica, la presente investigación buscar dar respuesta al siguiente interrogante: ¿Cómo la ética del cuidado posibilita la construcción de una identidad político religiosa en contextos de violencia estructural, a partir de la práctica social desarrollada por la pastoral de la salud de la parroquia Jesús Buen Samaritano, en Cazucá-Colombia?

2.1 Objetivo General

Identificar desde la ética del cuidado la construcción de una identidad político religiosa en la práctica social desarrollada por la pastoral de la salud, como respuesta al contexto de violencia estructural.

2.2 Objetivos específicos

- Interpretar la comprensión de ética del cuidado emergente de la práctica social desarrollada por la pastoral de la salud.
- Identificar las características que constituyen la Violencia estructural como marco en el que se desarrolla la práctica social de la pastoral de la salud.
- Comprender la constitución de la Identidad político religiosa construida por las mujeres que agencian la práctica social de la pastoral de la salud.

2.3 Ruta metodológica de la sistematización

La presente investigación parte un paradigma de investigación cualitativo, ya que se desarrolla en la dinámica de encuentro entre la subjetividad de los actores que agencian la experiencia, el investigador y las fuentes teóricas con las que la experiencia dialoga.

(Denzin y Lincoln, 2011). El interés del proceso de investigación es profundizar en las dinámicas sociales que se dan en la práctica específica de la experiencia, queriendo generar aportes a la discusión académica que gira sobre los tópicos teóricos, sin ningún afán de universalización de la experiencia o emergencia de criterios mecánicos.

La perspectiva epistemológica que constituyó este proceso investigativo es hermenéutica, pues ha generado un ejercicio de interpretación, comprensión e identificación de sentido, en donde las narrativas de los actores y el acontecer histórico de la práctica, son escenario de emergencia de saberes propios (Pérez, Nieto-Bravo y Santamaría, 2019), el ejercicio hermenéutico propicia la centralidad de los relatos propios de los sujetos que agencian la experiencia.

La propuesta de sistematización presenta cinco elementos que son coyunturales en este proceso de investigación, el primero es un planteamiento del cambio de época y la manera como este cambio está cuestionando la escuela y la educación, el segundo es sobre la sistematización misma en un escenario donde es importante no como un fin en sí misma, sino que es un componente de procesos, el tercero es la historia de la sistematización y como esta está ubicado en una serie de procesos de los cuales emergen una serie de procesos de tipo epistemológico e investigativo, el cuarto son los criterios en los cuales se entra en una sistematización, y finalmente, el quinto es vislumbrar cuales son las herramientas que se utilizan para el proceso de sistematización (Mejía, 2013).

La sistematización es la construcción y la reelaboración de los procesos que hacen quienes tienen prácticas, surgiendo de ellas dificultades para encontrar a su vez, maneras de resolverlas desde la cotidianidad. Foucault refiere la diferencia en el conocimiento del saber, donde el conocimiento pertenece a la disciplina, y el saber pertenece a la práctica. Surge dos maneras hacer teoría, en donde el conocimiento tiene una base teórica, pero además tiene una base de experimentación, en cambio el saber tiene un fundamento de práctica que busca la teoría de otra manera; esto significa que mientras el conocimiento busca una episteme de lo universal, la práctica está buscando una episteme de la diversidad, es un saber derivado de la práctica (Mejía, 2013).

Así mismo, la sistematización construye sistemas auto observantes de reflexibilidad surgiendo esta como un elemento de investigar las prácticas; este deja de ser un proceso para describir y registrar, comenzando a hacer un tipo de investigación para lograr que los practicantes puedan producir saber sobre lo que hacen en el día a día,

convertir su práctica en un proceso de reflexión que es capaz de producir conocimiento y que requiere un proceso metodológico propio y requiere un posicionamiento del sujeto, brindando al investigador herramientas para observar cómo se genera un conocimiento y cómo se pone en práctica. Esta forma de investigar las prácticas desarrolla unas características propias de investigación, generando dinámicas propias que plantea organizar el saber de otra manera.

Teniendo en cuenta la consolidación de los procesos de sistematización las técnicas de recolección de datos que se emplean para reunir la información pertinente en la consolidación del relato de la experiencia es la entrevista semi-estructurada, la cual posibilita que los participantes puedan expresar mediante una narrativa abierta, respondiendo al tiempo a los tópicos que ofrece la estructura de la indagación (Páramo, 2017)

2.4 Diseño de la sistematización

Se presenta a continuación tres fases metodológicas que construyen el cuerpo metodológico de la sistematización de la experiencia, siendo la primera, una fase inicial que introduce una contextualización del ambiente y los escenarios de tipo reflexivos que se presentan; la segunda, es una fase de campo que construye relaciones e implica una integración recíproca de parte del investigador y la realidad presentada; y finalmente, la tercera, es una fase interpretativa en la que se pone en marcha un constructo teórico, germinado desde las narrativas hacia un nuevo paradigma que es confrontado con autores, permitiendo un diálogo que se enfrenta a un análisis hermenéutico.

2.4.1 Fase propedéutica

Esta se considera como la fase de inmersión en la que el trabajo de campo es la fuente que emana un principio fundamental del contexto. En ella se identifica y se realiza una taxonomía de los principales elementos constitutivos que comprenden los principales escenarios en los que se realiza la práctica social del colectivo de mujeres; así mismo, es el punto cardinal que desencadena la reflexión crítica por medio de la observación y la escucha del tejido ético y transformador del trabajo de las lideresas. Por su parte, es el escenario propicio para ejecutar la recolección documental que organiza y formaliza la

historia de la experiencia mediante una línea de tiempo; dando como resultado la base genérica de la sistematización.

2.4.2 Fase de campo

En esta segunda fase, la participación de los protagonistas de la experiencia y el investigador son los actores que inician una participación conjunta que genera relaciones y expectativas respecto al trabajo. En este sentido, la experiencia se amalgama como un propósito único en el que la participación recíproca es el elemento fundante de las narrativas. Herramientas como la entrevista semiestructurada, se utiliza para construir un primer relato que será el génesis de un diálogo, siendo este el elemento constitutivo para propiciar una categorización que entrelace los propósitos de la práctica social con los de la investigación.

2.4.3 Fase de Interpretación

Para el desarrollo de la tercera fase, se inicia con la transcripción de los datos recolectados, se categoriza las entrevistas con una referencia única que identifica el dato; posteriormente se diseña y se construye las matrices de análisis en las que se realizará el proceso de triangulación en diálogo con autores peritos en el tema. De esta forma se producirá el cuerpo textual que conformará el dato teórico de la sistematización, extendiendo el relato fundante que será el propósito de la investigación en la comprensión y análisis de la investigación desde una perspectiva hermenéutica.

3. Categorías

3.1 Ética del Cuidado

Mientras que la ética de la justicia prioriza los derechos individuales, buscando imparcialidad y principios universales, la ética del cuidado se centra en la confianza, los lazos sociales, la cooperación y la atención a las necesidades de los demás (Comins 2004, p. 173).

3.1.1 El cuidado amoroso en las relaciones interpersonales

Los procesos de acompañamiento realizados por la pastoral de la salud desde el año 2010, son una experiencia de salida, en donde las mujeres dejan la parroquia y van en búsqueda de los enfermos. Dicho ejercicio, implica un recorrido por el territorio, para poder acercarse a las realidades propias de los hogares y de los lugares en donde estos se encuentran situados. Desde esta perspectiva, el cuidado denota una actitud de salida que se caracteriza por el encuentro con el que sufre. Dentro de la narrativa que describe la actividad se encuentra la siguiente afirmación

Pero lo que hago lo hago con amor... veo personas que verdaderamente necesitan la visita que se alegran de verdad que se alegran cuando la pastoral llega... ellos cantan con nosotros y a nosotros en el curso que hicimos nos enseñaban ¿hay que enseñarles a ellos? ¡no!, ellos antes nos enseñan a nosotros. Mi principal motivación para hacer lo que hago pues yo creo que es el amor a Dios. (Comunicación Personal, 2019, MEQ_C1)

La anterior afirmación, permite identificar que el punto de partida es una experiencia personal de fe, una relación que las mujeres participantes tienen con el trascendente al cual denominan “Dios”, éste es comprendido con la categoría “amor”. Dicha relación, es traducida posteriormente en el encuentro con el otro que sufre, y la palabra “amor” se traspola a la práctica de cuidado con el enfermo. Por esta razón, se puede afirmar que la práctica social desarrollada por estas mujeres, está dinamizada por un tránsito afectivo entre su intimidad con Dios (fe), y su encuentro con el otro que sufre (protección), de allí deviene el concepto de cuidado. Dicha dinámica de relación entre fe y protección, produce la construcción de una acción de aprendizaje en el cuidador, en donde se reconoce en el otro-sufriente, la figura de un maestro, que habla desde su experiencia de dolor y enfermedad; pero también, se genera una respuesta, por medio de la práctica de aprendizaje del cuidador, quien ayuda a realizar un meta-aprendizaje de la experiencia de dolor, mediada por el encuentro y el acompañamiento.

De igual manera, Kant (1988) afirma que “el hacer el bien por amor nace del corazón”. (Kant, 1988. p. 235). Así mismo, Boff (2002) afirma que “el cuidado es una actitud amorosa hacia sí mismo y hacia los demás, establece la relación de cuidado-amoroso, cuidado-preocupación, cuidado-protección y cuidado-prevención” (p. 42). Por tanto, el cuidado es una acción que parte de una experiencia personal, motivada inicialmente por la necesidad del encuentro con el que se encuentra desprotegido y desamparado, por ello, las relaciones interpersonales son un factor importante en la tarea

política que ejercen los grupos colectivos de mujeres en la labor de acompañamiento y cuidado amoroso del enfermo; la actitud de escucha interviene en este ejercicio para generar una apuesta social actual, abriendo caminos de diálogo basados en el principio de protección, prevención y humanización desde la perspectiva del bien de la persona.

Por lo anterior, la categoría amor, implicada necesariamente con el cuidado, desglosa una práctica humanitaria generadora de transformaciones sociales en los diferentes círculos que sostienen la comunidad, en el que la fe y el beneficio mutuo, propician espacios generadores de cambios activos en el contexto y la realidad de los individuos. Por lo tanto, el cuidado mediado por el amor, conlleva una mutua relación entre los actores que constituyen la experiencia y el actuar que se exterioriza en su práctica.

3.1.2 El cuidado y la sensibilidad

En la dinámica propia de acompañamiento del ejercicio de la pastoral salud, se conjugan dos dimensiones que constituyen la comprensión de cuidado en la experiencia. Por un lado, se encuentra la protección, la cual propicia una acción de asistencia hacia el otro-sufriente, en donde se busca satisfacer las necesidades humanas fundamentales que le dignifican (Max-Neef, 2006). La segunda dimensión, es la mediada por la fe, que les permite reconocer en el otro-sufriente, la experiencia de trascendencia que estas mujeres tienen en sus búsquedas personales. De esta manera, protección y fe se conjugan en una práctica de cuidado que acompaña la relación entre cuidador y enfermo, como una relación de afectos que según León (2008):

Es esencial junto a la inteligencia y a la voluntad, y al menos en algunos aspectos posee una dimensión espiritual. La vida espiritual afectiva es una parte central e irrenunciable del ser racional de la persona, encontrando en la persona humana experiencias y respuestas afectivas que están intencionalmente y adecuadamente relacionadas con sus objetos y con otras personas, incluyendo a Dios (p. 58).

De lo anterior, se evidencia que la sensibilidad juega un papel importante en la tarea de liderazgo de estos grupos sociales, esta afectividad centra su desarrollo desde el personalismo que se conjuga dentro de la voluntad y la inteligencia. Es así como la acción asistencial de protección, por las cuidadoras, parte de la búsqueda personal que constituye

su dimensión espiritual, la cual potencializa la práctica del cuidado y genera crecimiento personal, dignificando el enfermo. Esta relación, propicia una respuesta sensible, capaz de generar vínculos afectivos. El colectivo de mujeres lideresas siempre está mediado por un trabajo comunitario, agremiación que les permite desempeñarse de forma integral en la atención al enfermo, sus tareas y funciones están guiadas por un vínculo afectivo intracomunitario, donde el cuidado adquiere una dimensión exógena dirigida al enfermo, pero también una dimensión endógena referida al grupo de cuidadoras que constituyen una comunidad, creando redes de apoyo entre las lideresas y las personas que acompañan.

3.1.3 La familia como asidero de la práctica del cuidado

La familia se constituye como un eje central en el acervo cultural de las lideresas, su función dinámica en la tarea de acompañamiento está permeada por las relaciones familiares, donde el encuentro, la cercanía y el apoyo mutuo se consolidan en un ejercicio de transformación social, cuyas relaciones interpersonales vislumbran un quehacer político en el colectivo emergente. De este modo, preparan una red de acompañamiento en el que los más necesitados son el objetivo de un ejercicio que concatena esfuerzos para la dignificación de la persona humana, caracterizado por mujeres que se unen en un ejercicio común. La enfermedad como realidad que afecta directamente a las familias de estas mujeres, fue la causa primera por la cual se generaron vínculos de solidaridad con el "otro sufriente". De esta manera, lo que afecta internamente a la familia, se convierte en una plataforma para la acción social de la experiencia y para el tejido de una red que apoya a los enfermos y a sus familias.

Desde este enfoque, Bernal (2005) comprende que “la familia se convierte en un ámbito privilegiado de vínculos entre personas con tal fecundidad que se abre a otras personas en sociedad y se genera el altruismo, una cultura de unión desinteresada con los demás”. Al respecto, una de las lideresas concibe su acción de cuidado basándose en el acervo familiar que dinamiza su ejercicio:

Buscando la salud de mi hija, inició la conversión de todos, digo de toda la familia, e incluyendo tanto amigos como familiares. Cuando ya empezó a llegar gente tan necesitada, ¿qué hice yo?, la parroquia no es sola, y todos somos un grupo (Comunicación personal, 2019, MAT_C1)

Es así como desde la ética del cuidado, la familia se concibe como una plataforma que permite una acción de transformación en la sociedad. Este escenario posibilita a las lideresas una estructura que proyecta su labor de acompañamiento en la sociedad, generando así, una tendencia social que procura el bien de las personas de manera desinteresada. En este sentido, la familia es una esfera social que permite un desarrollo de las relaciones interpersonales, moduladas por un interés común en la resignificación de la sociedad que protagoniza y motiva el cúmulo de esfuerzos de este colectivo femenino.

3.1.4 Identidad colectiva

El sentido de pertenencia y la identidad que se gesta en las lideresas está impregnado por la unidad y la entrega de todo el colectivo social al servicio del acompañamiento con el enfermo. Estas características se incorporan en la labor cotidiana con éstos, en su relación y su contribución a la asistencia material en el contexto ciudadano descrito. Así mismo, esta unidad colectiva se constituye en un núcleo estructural y organizativo que fomenta el desarrollo y la formación desde la ética del cuidado hacia una dignificación de la persona humana. Adicional a lo anterior, Chihu (2007), sostiene que la identidad colectiva es

Un proceso de "construir " un sistema de acción. La identidad colectiva es una definición interactiva y compartida producida por varios individuos (o grupos a un nivel más complejo) y refiere con las orientaciones de la acción y el campo de oportunidades y limitaciones en la que tiene lugar la acción. la identidad colectiva es una definición compartida y producida por varios grupos y que se refiere a las orientaciones de la acción y el campo de oportunidades en el cual tiene lugar la acción (p. 143)

El proceso identitario en ellas se consolida desde su relación con su grupo, a eso se menciona

Mi grupo y yo nunca actuamos unipersonal, todo lo hacemos unidos...Quiero que todos contribuyan a la causa en la necesidad de la parroquia...hay una persona que llegó, está muy necesitada, voy a ir a hacerle la visita, por decir algo el viernes, esta persona dice que no tiene nada, voy a ir a hacerle la visita y cuando le haga

la visita voy a comentarle a todo el grupo y que todo el grupo nos unamos y el que tenga una olla, un plato, una cuchara, un no sé qué, lo compartamos y vamos todos y se lo entregamos. (Comunicación personal, 2019.MAT_C1)

Desde esta perspectiva, el proceso que configura la identidad de las mujeres permite generar estrategias que orientan su ejercicio comunitario, haciendo de este una condición necesaria para las relaciones sociales, que a su vez construyen un sistema de acción vinculante entre los sujetos que hacen parte de la experiencia. La edificación común que está determinada con el quehacer comunitario en la sociedad, es la contribución de la identidad colectiva a la ética del cuidado. Esta práctica social en el contexto de los enfermos de la Comuna IV de Cazucá, devino en una forma de resistencia social, motivo por el cual se genera una lectura de la propia existencia desde estos procesos (Torres, 2017). La identidad que se teje en el cuidado, denota una comprensión ética y política, que les permite constituirse como comunidad capaz de problematizar, hacerse reflexiva y transformarse a partir de la emancipación producida por la atención a los enfermos.

3.1.5 Trascender lo corporal. El arte como mediación para aproximarse al enfermo

Cuando un agente externo a su ejercicio político las visita, todas le cantan: “Le damos la bienvenida en el nombre del Señor, les damos la bienvenida en el nombre del Señor, a nuestra comunidad, a nuestra comunidad”. (Comunicación personal, 2019, MAT_C1). A través del canto, se abre no solo una puerta para la pertenencia un colectivo, sino que es un símbolo de familiaridad y cercanía en la agrupación en medio del contexto. Esta expresión de reconocimiento social es un punto de partida en los procesos formativos *ad intra* de las lideresas, mediado principalmente por la afectividad entre iguales que tienen como propósito un objetivo común en la transformación de las condiciones que les rodean. El cuidado convencional mira la enfermedad y el proceso para asistirle y mitigarla. El cuidado de la experiencia ve al enfermo en toda su complejidad y busca no solo responder a la enfermedad, sino también atender y acompañar las distintas dimensiones de la persona: su afectividad, espiritualidad, corporeidad, emocionalidad, etc.

Por ello la música como mediación para trascender la asistencia a la enfermedad y responder a las necesidades fundantes de la persona, es un signo claro de la reconfiguración entorno al cuidado que se ha generado por la experiencia del Equipo de Pastoral de la Salud, la cual trasciende una perspectiva técnica sobre la enfermedad, para trabajar en pro de las múltiples dimensiones que constituyen a la persona humana.

De acuerdo con Benavente (2007), la música es un arte y no sólo ello, es una construcción social cuyas identidades manifiestan la subjetividad socializada de los individuos con el canto, el ritmo, la armonía y la melodía a través de la organización, presentación, difusión de las producciones de grupos, bandas, de dúos hasta quintetos, solistas, cantantes, y demás formas que el hombre diseñó para exteriorizar los sentimientos de felicidad, decepción, tristeza, alegría, engaños, pasiones compatibles y no satisfechas, la relaciones con la naturaleza y la preservación de la ecología natural y humana (p. 35).

Por tanto, el accionar social de las lideresas se encuentra nutrido desde una cultura popular, en donde la música se inserta como medio de identidad colectiva. Este fenómeno permite un constructo común que sondea y determina la construcción de una impronta social en la sociedad. Al respecto, Benavente (2007) la determina como un arte que genera identidad y manifiesta una subjetividad socializada, exteriorizando una acción en relación con el otro. De esta forma, la música se constituye como una identidad del colectivo de mujeres líderes, en que la tarea de acompañamiento y cuidado del otro trascienden a una esfera ética que hace reflexiva la práctica desde la razón, y permite su transformación.

3.1.6 La soledad como abandono en la enfermedad

La población beneficiada por la acción social de las lideresas está atravesada por un factor común que desde la sistematización se denomina como “soledad”, circunstancia que acompaña a los enfermos de manera involuntaria en su cotidianidad y que catapulta la acción de las mujeres, que identifican en el abandono y el aislamiento, características que hacen prioritaria la atención y acompañamiento a los que denominan “los más necesitados”. Desde este asentimiento, el trabajo de las lideresas se re direcciona hacia una trascendencia que traspasa los límites del asistencialismo, para lograr una adecuada atención en el ejercicio propio de estar con el otro, con el que sufre, resignificando de esta manera su ser social y su derecho propio al bien-estar, por ello el cuidado es una forma

de resistencia a la condición de enfermedad, en donde el acompañamiento se constituye en la cura para la soledad.

Weiss (como se citó en Bail, 2014) generó los principales aportes al tema de la soledad, cuando propuso la existencia de una tipología para la soledad, dividiéndola en: soledad emocional y soledad social. La primera consiste en la falta de una relación intensa o relativamente perdurable con otra persona. Estas relaciones pueden ser de tipo romántico o relaciones personales que generen sentimientos de afecto y seguridad; mientras que la soledad social involucra la no-pertenencia a un grupo o red social, y pueden tratarse de un grupo de amigos que participen juntos en actividades sociales o de cualquier grupo que proporcione un sentido de pertenencia. Se basa en el hecho de compartir preocupaciones, trabajo u otra actividad.

El sentimiento de soledad es un tema recurrente en los enfermos que son acompañados por las lideresas. Este fenómeno social está afincado en una carencia de relaciones interpersonales, las cuales Weiss (1974) denomina soledad social, este tipo de afectividad incluye una serie de sentimientos que se concatenan en la necesidad de afecto y seguridad, en el que los sujetos no participan socialmente. La asistencia social a esta población beneficiada por el ejercicio de estas mujeres, se confabula con una labor que trasciende en un contexto de abandono y aislamiento, en el que el ser humano es sujeto y víctima de una estructura estatal que no le proporciona la suplencia de unas condiciones mínimas para su condición de ciudadano. De esta forma, las lideresas elaboran unos lineamientos que son considerados ejes de transformación, en los que resignifican y complementan la condición humana, en su rol de ciudadano, mediante el acompañamiento y la asistencia a los más necesitados.

3.1.7 Hacia un concepto de ética del cuidado

El cuidado, considerado como una práctica política ayuda a reconocer las implicaciones sociales del otro, sirviendo de plataforma como una afirmación de la realidad en contexto de marginación y empobrecimiento de políticas públicas que no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas de la población. En este sentido, Comins (2004) afirma

La ética del cuidado, a diferencia de otras tradiciones éticas parte de una visión relacional e interdependiente de las personas. Mientras que la ética de la justicia

prioriza los derechos individuales, buscando imparcialidad y principios universales, la ética del cuidado se centra en la confianza, los lazos sociales, la cooperación y la atención a las necesidades de los demás (p. 173)

El cuidado desde el punto de vista ontológico, centra su objetivo en el otro como una manifestación de la existencia del ser. Esto representa un modo de ser especial en el que el hombre se configura como objeto de alteridad de cara a situaciones como la enfermedad. Esta actitud surge cuando la existencia del otro retoma un papel importante en la vida de quien realiza la acción de cuidado, dispone el ser y el obrar como una amalgama que implica el “yo” y el “tú” en una plataforma que incorpora la praxis del cuidado en una reciprocidad en medio de una relación cohabitada por la experiencia y el modo de vivir en la sociedad, surgiendo de este modo una forma de trascendencia que resignifica la existencia. El cuidado del otro hace hincapié en la forma de actuar del ser humano, interesarse por el otro, cuidar de él es un medio implícito en el desarrollo de la persona, formándose como ciudadano en un interés recíproco por comprender y aplicar los cambios sociales que se generan de las políticas públicas del Estado.

Así mismo, Comins (2004) reconoce que “el cuidado contribuye en el delineamiento del ejercicio de la ciudadanía como acción” (p.17). Por tanto, en medio de la dinámica del cuidado del otro, esta propuesta ética tiene una fuerte crítica en cuanto tiende, según varias interpretaciones, a reforzar el rol de la mujer desde un vasallaje que potencia su visión femenina en la tradicional tarea de cuidadora; sin embargo, Comins Mingol citando a Gilligan afirma que esta conducta femenina reafirma un rol que toma el timón en la sociedad y lo direcciona en la esfera de lo político, social, económico familiar, concediendo de esta manera un prototipo político que implementa acciones ciudadanas en beneficio de una sociedad maltratada y excluida.

Adicional, Gilligan (2013) afirma que las mujeres son un faro, la veleta en la lucha entre democracia y patriarcado. “La situación de las mujeres marca la dirección en que sopla el viento” (Gilligan, 2013, p. 31). En este sentido, la mujer es un punto de referencia en la sociedad que se constituye en eje transversal de la tradición y de la historia humana. El feminismo guiado por una ética del cuidado debe considerarse un movimiento de liberación más radical en la historia de la humanidad, por ello no es un tema de mujeres, ni una lucha entre mujeres y hombres, sino el movimiento que liberará a la democracia de una estructura patriarcal que hegemoniza una cultura y hace frente a la autoridad opresiva que da voz a su conveniencia y suprime a la mujer, reconociendo una soberanía

que transmite aislamiento y represión en el deseo humano de construir un empoderamiento social jerárquico y dominante.

La práctica del cuidado como proceso social y práctica de la sociedad civil es una alternativa para los grupos emergentes que dignifican la persona humana desde el cuidado del otro y el acompañamiento en situaciones de vulnerabilidad; desde esta perspectiva este movimiento político se convierte en un agente activo en la sociedad, creando una acción en medio de una realidad que hace eco a las diferentes problemáticas que le rodean. Reconocer al otro, es identificarse con su problemática, asumiendo de manera unilateral un trabajo en beneficio de éste, integrando de manera activa los actores de una sociedad que no retribuye ni reconoce un equilibrio en la esfera de lo social; propiciando a las lideresas una plataforma de trabajo que vincula una dinámica ajustada a un contrato social en medio de las vicisitudes propias de una comunidad al margen de la sociedad.

La Ética del cuidado se configura en una acción humana que se comprende desde una base firme y sólida que engrane de manera natural una ciencia de los derechos humanos, desde una acción ética y responsable que guíe un diálogo plural, una educación que converja en la puesta en común de diferencias estructurales e ideológicas y en un mutuo acuerdo que supone traspasar fronteras limitantes y abrir puertas que parecían selladas en una historia marcada por la vejación de una tradición hegemónica. Así mismo, Comins (2004) argumenta que

La ética del cuidado rechaza enérgicamente el confinamiento de sus valores a la esfera privada de las relaciones personales. La brecha entre lo público y lo privado y el confinamiento de las mujeres al último está en la base del patriarcado que la ética del cuidado trata de superar (p. 166)

Ubicar la ética del cuidado en la esfera pública permite que esta lógica de la dinámica social respecto al cuidado del otro cambie sus paradigmas en la visión global del cuidado del otro. Esta participación política permite que el rol de la mujer se encuentre marcado por un liderazgo que le permite superar las lesiones y los conflictos en una esfera donde el patriarcado oprime y subyuga el rol de la mujer.

3.2 Violencia Estructural

Lo que determina la exclusión de una cultura o de un grupo social, no es en sí las necesidades humanas que se evidencian a nivel político-social; son los modos y las maneras de satisfacer dichas necesidades de los actores (Max Neef, 2006, p. 17)

Nusbaum (2007) presenta el rol de la mujer en un contexto civil que está desproporcionado en el nivel de desigualdad social, este fenómeno oprime de manera importante la mujer y la sitúa como principal actor en la base de la pirámide social, presentándola como víctima de un mercado globalizado en el sistema económico actual. Los grupos emergentes en el contexto de violencia estructural son gestantes de una dinámica social que participan de manera autónoma en la realidad política que se ve manifestada en un abanico de problemáticas como las ya descritas; dicho fenómeno debe atenderse por instituciones estatales que promuevan un manejo equitativo y justo de los recursos que son destinados para la labor social de los grupos con voluntad social. Una teoría satisfactoria es aquella que tiene la capacidad de satisfacer las necesidades más apremiantes de la sociedad; en este sentido Nusbaum esboza una teoría de justicia humana que reconoce la igualdad de los ciudadanos y promueva una asistencia a las diferentes problemáticas sociales que se gestan en un colectivo, distinguiendo la participación social de los grupos emergentes que propician un escenario y una dinámica que permita adentrarse en un principio de alteridad y cuidado del otro.

La violencia estructural se constituye para este autor como una forma de avasallamiento y dictadura de una sociedad que busca el lucro y la comodidad personal de unos pocos, en donde todos somos responsables y añade “todos hemos puesto nuestro grano de arena en esta mole de crímenes y de violencia de nuestra patria”, todos como una sociedad anónima que concatena sus esfuerzos directa o indirectamente en la injusticia estructural y la violencia institucionalizada de la colectividad inmersa en el capitalismo que busca abastecerse con el esfuerzo de los más necesitados, en una coyuntura de desequilibrio económico y poder estatal que repercute en la dignidad de la persona y el irrespeto a sus derechos como ciudadano, generando pobreza, sufrimiento y un reduccionismo del ser humano como pueblo de Dios al que pertenece.

Ellacuria I. (1984), bebe de la transmisión doctrinal que se despertó en las conferencias episcopales como Medellín, Puebla y el mismo vigésimo primer concilio ecuménico de la Iglesia Católica Vaticano II, en cuanto a la opción preferencial por los

pobres, lineamiento fundante en el cristianismo y eje conductor del mensaje evangélico de Jesús de Nazareth como Mesías esperado. Su posición respecto a esta opción se ve reflejada en su optimismo y apoyo a este estilo de vida que tuvieron hombres como Monseñor Romero en San Salvador, de quien dice que fue un hombre capaz de marcar una diferencia institucional y tajante, refiriéndose a los estilos de poder, jerarquización y modos de opresión de la sociedad y la misma iglesia para con los más necesitados, que son la comunidad de creyentes y no creyentes que reflejan el pueblo de Dios que sufre la injusticia social y económica de países y clases explotadoras que constituyen en su conjunto orgánico la violencia estructural.

3.2.1 Pobrezas estructurales

La comprensión de la pobreza, pensada desde una perspectiva de carácter monetarista, implica asumir una escala de desarrollo centrada en la adquisición de bienes materiales y en la acumulación de un capital de supervivencia, en donde el sujeto está en el último eslabón del proceso mismo de desarrollo.

Y pues yo he vivido bueno acá, y yo pues como no me avergüenzo de decir que soy paisa pues, aunque como dicen de los paisas que tenemos muchos defectos y es la verdad, pero yo he vivido muy bueno acá, nosotros vivíamos allá en la finca teníamos todo, no sé cómo nos verán, pero lo cierto es que yo sé que tengo cualidades, pero tengo más hartos defectos si en todo caso yo aquí he visto mucha pobreza espiritual y física mucha pobreza mucho. (Comunicación personal, 2019, MEQ_C2)

La respuesta dada por MEQC2, a dicha problemática, sitúa a las líderes de la pastoral de la salud, en una escala diferencial de desarrollo, en donde la pobreza no se mide por la ausencia de bienes, sino por la imposibilidad de satisfacer las necesidades humanas fundamentales, en cuanto estas se reconocen como un fin en sí mismo. Por tal motivo ellas no se sitúan dentro del grupo que cataloga como ""pobres"", en cuanto han hecho un proceso reflexivo en donde la pobreza se reconoce como una ausencia de oportunidades, mediadas por unas macro-estructuras de poder que las imposibilitan, allí se reconoce la perspectiva de violencia.

En nuestro contexto colombiano, muchos ciudadanos mueren diariamente en situaciones de soledad, de maltrato, descuido y de negligencia médica; ya sea por omisión del Estado, por condición socioeconómica, o por incapacidad física o psicológica de cada individuo. En este ambiente, los actores intervienen en un escenario de participación, en la que los cuidados paliativos que se generan en el campo del ejercicio de la ética del cuidado, propician herramientas útiles en la humanización de los actores sociales, indicando así un proceso de acompañamiento continuo, comprometiendo y verificando los lazos afectivos que se generan en la tarea del cuidado.

"Las necesidades humanas, autodependencia y articulaciones orgánicas, son los pilares fundamentales que sustentan el Desarrollo a Escala Humana. Pero para servir su propósito sustentador deben, a su vez, apoyarse sobre una base sólida. Esta base se construye a partir del protagonismo real de las personas, como consecuencia de privilegiar tanto la diversidad como la autonomía de espacios en que el protagonismo sea realmente posible" (Max-Neef, M. 2006. p. 30).

La calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales...el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más esta calidad de vida...la persona es un ser de necesidades múltiples interdependientes. Por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan. Simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características de las dinámicas del proceso de satisfacción de las necesidades" Max-Neef, M. (2006).

Esta línea de acción propuesta por Max-Neef (2006) busca generar espacios crecientes que satisfagan las necesidades humanas de los individuos en medio de la sociedad, concentrando sus esfuerzos en los vacíos que encuentra principalmente en los sujetos más alejados del círculo mercantilista de la sociedad; para ello su objetivo radica en la particular atención del sujeto que facilita una participación activa en la que las relaciones con la naturaleza, la tecnología, el Estado y los demás miembros de la población civil posibilitan un sostenimiento y una satisfacción de las parvedades humanas.

Lo que determina la exclusión de una cultura o de un grupo social, no es en sí las necesidades humanas que se evidencian a nivel político-social; son los modos y las maneras de satisfacer dichas necesidades de los actores; Max Neef (2006) propone hacer

una diferenciación entre los conceptos de necesidad y satisfacción; aludiendo al primero una categoría genérica que posee todo grupo social y es el eje vertebral de la estructura de marginación o no, de los actores políticos, dando a estos un común denominador a la hora de vislumbrar su situación social; el segundo concepto es el que determina una taxonomía social en la que cada grupo de participación está definido por la forma en que satisface estas necesidades universales; concediendo de esta manera un cambio a nivel conceptual que posibilita un sistema de clasificación política en los grupos emergentes.

3.2.2 El abandono social

La violencia estructural, obliga a que el enfermo se enfrente ante una situación de abandono y de aislamiento; esto obedece a que su núcleo familiar debe responder a unas condiciones de vida centradas en adquirir bienes materiales y demás sustento básico, razón por la cual, el sujeto se encuentra en esta situación. Las condiciones de este abandono están mediadas por la necesidad apremiante de subsistir en un escenario social que reviste a los sujetos de un tipo de violencia agudizándose con las deficiencias en la política estatal que recorre un amplio camino en numerosos contextos del territorio nacional.

Allí teníamos un pacientico que se llamaba don Isaac, ese señor vivía en unas condiciones tan tremendamente de malucas porque la señora era recicladora ella se iba a reciclar y lo dejaba ahí y entonces uno tenía que entrar por un pasillito así chiquitico y aquí habían pollos y aquí habían conejos y aquí habían gatos y aquí habían perros y acá habían gallinas aquí había de todo y un poco de cosas colgadas unas paletas grandes de reciclaje entonces ese señor vivía en una cosa muy horrible, en una pocilga y vivía allá al fondo, ella se iba y lo dejaba solo todo el día y enfermo el señor entonces eso le da a uno mucha tristeza. (Comunicación personal, 2019, MEQC2)

De esta manera, se ubica la población beneficiada por las lideresas en un escenario que lesiona las condiciones mínimas de supervivencia; realidad que las pone como ejecutoras de una redignificación social, en la que en primer lugar hacen una lectura de la situación en la que evidencian cómo el ser humano transita en el mismo nivel de un animal. En segundo lugar, formalizan una acción concreta en beneficio del otro, experimentando una minimización social en un contexto reduccionista de la dignidad

humana; y, finalmente trazan una ruta que innova y genera un cambio en la situación que pervive en la mayoría de los sujetos destinados a su acción.

Los tipos de violencia reconocidos por la OMS es: la violencia auto infligida (comportamiento suicida y autolesiones; la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco), y la violencia colectiva (social, política y económica). Asimismo, reconoce la naturaleza de los tipos de violencia: física, sexual, psíquica e incluyen privaciones o descuido....La violencia estructural se encuentra fuertemente vinculada con la desigualdad social que se ensaña particularmente contra los grupos sociales más vulnerables (población infantil, senescente, indígena, femenina o discapacitada), situación que se agudiza cuando esta población se encuentra al margen del acceso a recursos sociales, económicos, culturales, educativos, de salud y vivienda. (Villagómez, G. 2013. p. 142)

El abandono social se concibe como una forma de violencia estructural que afecta de manera directa a grupos vulnerables en determinados contextos sociales, constituyendo una privación del ser humano de algo que le es esencial como ciudadano. En este sentido, se puede considerar como una forma de sufrimiento que genera una estructura de desigualdad, la cual se agudiza principalmente en los enfermos y particularmente, aquellos en situación de pobreza extrema. Por otra parte, la situación familiar es otro asidero en esta forma de violencia, reproduciéndose en prácticas de exclusión, abuso, omisión de cuidados y responsabilidades como el de la alimentación, higiene y protección, las cuales no son atendidas; provocando un patrón que coacciona y limita la calidad de vida, proliferando el fenómeno de la violencia estructural. En este medio, los cuidados paliativos que suscitan las lideresas, son un instrumento que compagina una realidad substancial con un método de lucha en contracorriente frente a la problemática social, aportando de manera efectiva un cambio político, suscitado desde las mismas prácticas de acompañamiento.

3.2.3 Violencia Institucionalizada

La situación de hacinamiento e insalubridad en contextos de violencia estructural son evidentes en los relatos que las lideresas aportan; este fenómeno social surge ante la necesidad de una vivienda digna, de una falta de estrategias en salud pública y de una

política estatal, que conllevan a un mejoramiento de las condiciones de vida de los ciudadanos. Estos entornos propician una labor fundamental en la tarea de las lideresas, ya que, al estar insertas de manera recíproca en los ambientes de salud y convivencia social, pueden ofrecer opciones de mejora a las situaciones de la población beneficiada, construyendo sociedad en escenarios de soledad, hambre y violación de los derechos básicos de los sujetos. Sin embargo, pese a las dificultades evidenciadas en sus relatos, son ellas mismas las que destacan su primacía en el ejercicio político, considerándose como ejecutoras de un cambio en la sociedad.

Aquí hay mucha pobreza, primero habían poderes absolutos, ya no están tan absolutos, porque ahora el barrio está muy bonito, cuando estábamos recién llegados era solo barro, solo pantano por todas partes, en santa Viviana no había pavimento, no había agua, se sufría, nosotros no, porque mi Dios nos ama mucho, mi Dios nos ama tanto porque nosotros allá teníamos la finca, teníamos las vacas, teníamos el agua de propiedad, teníamos energía, teníamos todo lo que necesitábamos, hasta bestias para salir, y teníamos, y yo era catequista, daba catequesis en Costa Rica, en Rancho Largo y en Samaná, en el pueblo (Comunicación personal, 2019, MEQ_C2)

Es importante destacar que los cambios estructurales que se han dado en el territorio, no han sido ofrecidos por el poder estatal, sino que han sido gestionados por los mismos sujetos que habitan este territorio, en dado caso el abandono estatal, constituye una forma de violencia que afecta directamente a la comunidad, frente a la cual, las apuestas de gestión de aquellas que agencian la experiencia, reinventan formas de subsistencia y dignificación desde la acción colectiva y la organización comunitaria, es decir que se motiva la generación de plataformas sociales que respondan al producto del abandono estatal, generando así una autonomía frente al mismo.

“El concepto tradicional de pobreza es limitado y restringido, puesto que se refiere exclusivamente a la situación de aquellas personas que pueden clasificarse por debajo de un determinado umbral de ingreso, esta noción es estrictamente economicista” (Max-Neef, M. 2006, p. 31)

Los nuevos movimientos populares de las naciones de América Latina ganan terreno en la plataforma social y política, en medio de una turbulenta tensión oligarca que pilotea el Estado, marcado por un proceso capitalista y de integración de mercados

externos que abastecen la dinámica económica en la esfera de lo social. Frente a esta realidad, los nuevos actores sociales presentan una propuesta fresca e innovadora que proporciona un equilibrio de poderes participativos en el que estos se reconocen como sectores incorporados a la vida socio-política, constatando un desarrollo del movimiento popular que emerge de los sectores más deprimidos de la sociedad.

La limitación que propone el autor al concepto de pobreza radica en su propuesta de Desarrollo a Escala Humana en la que proporciona niveles que categorizan los diferentes niveles de marginación social en su sistema de interpretación; sugiere de esta forma que se pluralice el concepto, dado que no existe una pobreza, sino “pobrezas” y que estas a su vez están determinadas por los niveles de satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, observando de esta manera tipos de patologías sociales que se gestan a partir de cada nivel de pobreza; así la pobreza de subsistencia es debido a una inadecuada alimentación, la pobreza de protección es debida a sistemas de salud ineficientes o a la violencia, la pobreza de participación debida a la discriminación y la marginación de determinados grupos de población.

De esta forma se propone un sistema que amplíe y determine la ilustración del descriptor violencia institucional, dentro de la categoría de violencia estructural, en donde se hace una crítica al Estado que se ausenta del contexto, los sujetos y sus necesidades. Frente a ello cuál es el papel que ejercen las mujeres de la pastoral de la salud. Es el Estado el que abandona, o son las instituciones gubernamentales del Estado las que generan este tipo de violencia, lo cual ha propiciado que el Estado como presencia de la ciudadanía, siga ejerciendo acciones de respuesta y resistencia a dicho abandono con el fin de dignificar a los sujetos.

3.2.4 La drogadicción

En el contexto de violencia estructural, el microtráfico es un factor agravante en la situación en que se encuentran los enfermos de Altos de Cazucá, este ambiente propicia escenarios de soledad y marginación en el cual los agentes beneficiados se ven abocados a limitaciones propias de su enfermedad, y en las que las lideresas entran a ejercer un cambio de transformación dentro de esta plataforma de violencia. El tema de la drogadicción influye de manera directa en su colectivo, dado que es un fenómeno transversal en su contexto social.

Nosotros tenemos una abuelita que visitamos, a ella le llevan el desayuno a veces, yo le llevaba el almuerzo o la comida pendiente y el hijo echaba vicio acostado al pie de ella; Dios mío duro esta situación ¿cómo quitárselo del pie?, si es el hijo no se puede, son experiencias... (Comunicación personal, 2019, MMBC2)

La farmacodependencia y su relación íntima con poblaciones jóvenes, permea y desestabiliza las relaciones interpersonales de familia, siendo consecuencia de ello: el abandono en el hogar, el desabastecimiento de recursos básicos de la canasta familiar y el deterioro de la salud de los sujetos más vulnerables, en este caso, las personas de la tercera edad. Su influencia en los actores beneficiados causa un impacto contundente en las relaciones con el enfermo y su contexto, generando de esta manera un escenario que ejecuta y estabiliza hechos que transforman sociedad en medio de la población.

Las drogas ilícitas son ante todo un problema de salud pública, que, por razones geopolíticas llevó a una guerra sin control ni datos precisos, subterránea y con efectos perversos sobre la estructura institucional y social, en particular de los países productores. (Raffo, 2017, p.32)

La adicción a sustancias psicoactivas es la plataforma que catapulta un fenómeno social que emerge de las diferentes realidades de violencia familiar, institucional y cultural de determinado contexto. Por tanto, la drogadicción se convierte en un problema de salud que atañe sujetos que están sometidos a situaciones de abandono, exclusión y maltrato psíquico o físico. Este tipo de violencia estructural en la sociedad civil provoca esta categoría que indica una amenaza y un abuso que afecta de manera directa la tarea de acompañamiento de las lideresas. Identificado como un vector en el ejercicio político del grupo emergente, es necesario recalcar la función transformadora y dignificante de las lideresas, que son la base de una alternativa que pone en escena, un cambio y una relectura del contexto colombiano; situándolas como eje transformador de la sociedad en medio de las problemáticas sociales actuales.

3.2.5 El asistencialismo

Los ejes de violencia estructural generan un desarraigo en la dignificación de la persona humana; esto trae consigo una reducción del bienestar ciudadano y de su estabilidad social. Esto a su vez, trae consigo una problemática que en su objetivo inicial plantea una

solución a corto plazo; su estructuración está representada por una categoría que denomino “asistencialismo”, práctica que genera una relación que esta mediada por el apoyo material de unas necesidades básicas para el hogar. Su influencia en las lideresas genera un vector que trata de responder desde la práctica del cuidado a este saneamiento fundamental del hombre. Pese a ello, el concepto de bienestar de los enfermos se concibe más allá de un asistencialismo en el ideario colectivo; su tarea de acompañamiento se transforma en una práctica que genera un cambio en la vida de una persona, vitalizado por la lectura que realizan de una sociedad carente de afecto, amor, sensibilidad y alteridad. Situación que las catapulta para aportar un cambio de contexto y de realidad social.

Más allá de los recursos económicos se encuentran los recursos no convencionales que potencian un desarrollo que va más allá de la noción convencional de acumulación, ya que se funda, además, en el acervo del saber práctico generado por la propia comunidad (Max-Neef, 2006, p. 109).

El grupo de lideresas posee una amplia riqueza de recursos no convencionales traducidos en conciencia social, cultura organizativa, ayuda mutua y capacidad de dedicación junto a un compromiso de agencia, capital que favorece a un campo de acción política, dirigida hacia el bien común y la participación social. Las lideresas son conscientes de su rol y del beneficio que llevan a los enfermos; estos recursos son en realidad los instrumentos que sostienen su práctica, la cual desenvuelve toda la labor de acompañamiento, dedicación, donación en procura del bien otro; significando de tal forma un ejercicio que muta y transforma los diferentes escenarios de participación ciudadana. Sin embargo, es importante destacar, que dentro del descriptor asistencial que denota procesos de violencia estructural, se puede identificar que las prácticas de la pastoral de la salud, no han logrado un tránsito completo entre la asistencia y el empoderamiento por parte de las lideresas.

3.2.6 Violencia Familiar

Sí, uno siente la soledad de un enfermo muy dura tanto para el que lo visita como para el que está viviendo, que con el padre Gerardo con la señora Anita hemos visitado gente que no tiene quien haga por ellos, enfermos que los botan porque ya no tienen, la familia se cansa, quién dice que eso no es cansón, eso es cansón

de ver un enfermo, limpiarlo, bañarlo y cuando no hay muchos recursos para las necesidades de ellos pues más cansancio porque, de dónde voy a sacar para darle la comida de dónde voy a sacar, pero tampoco Dios se ha muerto, para, yo siempre digo que Dios lo visita a uno con mucha frecuencia en las buenas y en las malas donde más está es en el dolor creo que donde más está es en el dolor. (Comunicación personal, 2019, MMB_C2)

La condición de enfermedad y las limitantes físicas que ello conlleva, repercute de manera explícita en las relaciones del núcleo familiar, condicionando a estas a un estado débil que rompe de manera significativa la armonía de una vida conjunta. Esto genera una carga que no es capaz de sostener una estabilidad en el cuidado y el bienestar del otro, traduciendo también una causal de violencia estructural, en la que la familia se disgrega y se pone como un factor de inestabilidad social, catapultando a las lideresas hacia una alteridad que se convierte en el principio fundamental de una labor de acompañamiento, siendo este un escenario en donde ellas se comprometen a trabajar de manera conjunta con el más necesitado, resaltando su esfuerzo por darse a sí mismas en un compromiso colectivo que les permite donarse en tiempo y dedicación a la labor fundante. De esta manera este fenómeno familiar se convierte en un elemento dentro del contexto de violencia estructural, ocasionando una erosión en las relaciones familiares de los enfermos, en el que la colectividad de las lideresas, es un factor que responde desde el trabajo de acompañamiento social.

En esta categoría se ubica el abuso, la omisión de cuidados o responsabilidades, la falta de asistencia y cuidado familiar o pensión de alimentos. Las víctimas de este tipo de abuso y omisión de cuidados son los niños y particularmente las niñas, las mujeres, los adultos mayores y los discapacitados...En esta categoría cabe el abandono físico o emocional, una forma de maltrato pasivo u omisiones que se presentan cuando las necesidades físicas o psíquicas del sujeto pasivo (como alimentación, abrigo, higiene y protección) no son atendidas en forma temporal o permanente por el miembro del grupo al que le corresponde. (Villagómez, 2013, p.143)

Las relaciones interpersonales son un caldo de cultivo para el fomento de las situaciones problema de los desamparados, estas son sujetos directos de un aislamiento que reproduce exclusión, miseria, enfermedad y abandono. Este tipo de violencia acontece en el mismo núcleo familiar, que se ve permeado por condiciones sociales de

discriminación, abuso y omisión de cuidados a una población vulnerable. Esta situación requiere de especial atención por parte del colectivo de mujeres; son ellas las que se responsabilizan ante un indiferentismo y una falta de sensibilidad de la realidad familiar que abre una brecha profunda en el ser humano. Su apuesta por un cambio, hace de su actividad un sujeto antagónico que se traduce en dignificación de la realidad humana, presentando una resistencia a los cambios estructurales de la sociedad en clave de acompañamiento y especial cuidado por el más necesitado. De esta manera, la violencia familiar se convierte en una forma de violencia estructural, a la que se ven avocadas las lideresas en su campo de acción.

3.3 Identidad político religiosa

Patiño (2006) presenta dos fenómenos sociales que atañen a la sociedad del siglo XXI, a saber, la secularización y el laicismo, conceptos que equiparan un modelo de sociedad marcado por una evolución cultural con características políticas y económica que reflejan un viejo sueño de la filosofía política representado por la expresión de Kant “La paz perpetua”, que al parecer sería el objetivo último de todas las sociedades y de todos los Estados existentes y por existir, pero que debe ser alcanzado por la “ilustración” de los que aún no comprenden ni la humanidad, ni la racionalidad de tales objetivos. Ellos se han considerado universales por efectos que van más allá del pensamiento de los filósofos modernos y contemporáneos: son universales porque los Estados Occidentales que los representaban y los ponían en práctica alcanzaron en los siglos XIX y XX el cenit de su poder e influencia sobre el mundo, hasta el punto de que algunos se refirieron a ello como “Occidente y los otros”.

Esta reflexión genera en el mundo una identidad política de que está encaminada hacia un modelo de legitimación que experimenta la sociedad y que se mueve más allá de las áreas cultural y religiosa, involucrando temas económicos e institucionales, que justifican acciones de barbarie para un reconocimiento social. El tema toca al catolicismo, en donde estas tendencias han sido una expresión fuerte en la dualidad de tendencias, camuflados en banderas de derecha e izquierda e inspirados en la teología política popular que sostienen gran parte de la identidad nacional en el mundo contemporáneo. El modelo identitario permea las clásicas posturas de los colectivos que surgen de la necesidad

apremiante de adaptarse a una estructura civil, respondiendo a un sistema hegemónico que vulnera los derechos de las minorías.

Es en este escenario en el que las lideresas levantan su voz y ejercen su tarea política dentro de los fenómenos totalitarios de la sociedad actual; su rol político está permeado por una identidad religiosa que las catapulta hacia una legitimación de su ejercicio social en el marco del contexto de violencia estructural antes descrito. De esta forma, la investigación destaca seis elementos comunes entre las narrativas del colectivo social engranándose para formar una identidad que se denomina político-religiosa, procurando ser características fundantes de su labor social dentro del marco descrito.

3.3.1 La colectividad como herramienta identitaria en el trabajo social

Esta se presenta como una característica en las relaciones de tipo social y cultural de la población, su influencia en el desarrollo y en el mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos surge de este elemento que proporciona en la dinámica del trabajo una apuesta al cambio estructural de una sociedad que padece fenómenos de deterioro en los individuos. El “nosotros” se constituye en el objetivo de un trabajo conjunto que determina el bienestar y la salud del otro, proporcionando una mayor efectividad e influencia en la relación de la lideresa y el enfermo.

Los invitamos a escuchar la palabra, nosotros les hacemos *lectio divina* a las personas, siempre les hacemos la comunión espiritual y ellos se van impregnando de la palabra de Dios y la van amando mucho y los que se levantan van a la Iglesia porque a ellos les gusta, a ellos les gusta cuando nosotros llegamos y les hace falta mucho el sacerdote, pero cuando nosotros llegamos, también se alegran, porque nosotros les hablamos de Dios. (Comunicación personal, 2018, MEQ_C3)

El mejoramiento de la calidad de vida cobra sentido en la medida en que la comunidad aporta al bienestar del más necesitado, su función colectiva es un nicho que determina la práctica de acompañamiento y trabajo social, visibilizando socialmente a los sujetos que han sido excluidos. De esta forma, el “nosotros” es un elemento germinativo en la creación de una identidad colectiva que procura ser fiel a una estructura comunitaria, que tal como lo señala Bauman (2006):

Es un lugar «cálido» -la comunidad-, un lugar acogedor y confortable... la palabra comunidad tiene un dulce sonido, evoca todo lo que echamos de menos y lo que nos falta para tener seguridad, aplomo y confianza... comunidad es hoy otro nombre para referirse al paraíso perdido al que deseamos con todas nuestras fuerzas volver, por lo que buscamos febrilmente los caminos que puedan llevarnos allí (p.17).

La identidad colectiva es un elemento fundamental en la dinámica social, proyectando las diferentes formas de equiparar toda una puesta en escena de orden político. Así entonces, el “nosotros” se constituye en una herramienta esencial en el quehacer de las lideresas, ubicándolas en una esfera de progreso y trabajo en beneficio de los alejados de la sociedad. La comunidad, por tanto, es el asidero que las impulsa a ser parte de una apuesta social en medio de las adversidades y dificultades que se generan en su territorio. Así mismo, es el lugar en el que se forjan como protagonistas de un cambio que sólo tiene sentido si está afincado en el principio de alteridad, razón por la cual se convierte en un elemento cardinal de su identidad como colectivo.

3.3.2 La experiencia de fe como elemento identitario de un colectivo

La religión es una dimensión promotora de un espíritu comunitario, que se constituye en fermento del trabajo político de las lideresas, dinamizando las “fibras más sensibles” de la mujer que son las que retornan sus prácticas a una reflexividad ética, por ello su trabajo se ve impregnado de todo un entramado religioso que funda sus raíces en el cuidado del otro. Este elemento religioso es el fermento de su trabajo social desarrollado en los enfermos, permite crear un sentido identitario y de unidad en el colectivo femenino en su tarea política. De esta forma, la experiencia religiosa se convierte en una práctica de transformación social del grupo de mujeres que busca desarrollar una tarea en una estructura social deprimida. La relación con el trascendente se mantiene en una fórmula que ha creado su tradición y la mantiene firme en lo que denominan “oración”, a continuación, una de las lideresas afirma:

Pues, eso se sienten muy agradecidos, pero uno también ve que no les interesa tanto lo que uno les lleva sino lo espiritual, les gusta mucho que uno les ore la palabra de Dios, aunque uno les lleva cosas así, como cuando les llevamos pan, les llevamos mercados, su ropa, si se alegran, pero se alegran más con la oración. (Comunicación personal, 2018, MEQ_C3)

De esta forma, la religión se concibe como una identidad en las lideresas que conduce la labor participativa en el escenario político de la población en estudio. Este elemento es un acto de reconocimiento individual en el que el colectivo da sentido de pertenencia bajo una serie de prácticas a nivel sacramental reconocida por los sujetos y los grupos que interactúan en el engranaje social, dando como resultado una interacción política que genera transformación y cambio social en ambientes de violencia estructural.

Durkheim (1967) expresa que en la religión se encuentra la forma primera de ese espíritu común que hace que la sociedad se mantenga unida en su conjunto. Esta característica va entretejiendo su identidad político-religiosa, la cual se estructura desde la base fundamental que encuentra su asidero en la comunidad. Este binomio es considerado entonces como una unión que permite hacer un trabajo conjunto en medio de las dificultades sociales del contexto y en el que el colectivo de mujeres forma una atmósfera de familiaridad y trabajo en el marco de la práctica sacramental. A este respecto, se atestigua que

Es muy importante la tarea de la pastoral de la salud, es una misión, visitar un enfermo es una misión a los ojos de Dios, es muy bueno visitar un enfermo que estar uno por ahí quieto. Una de las debilidades es que somos pocas, pero bueno, hacemos lo que podamos, en parte se reza el rosario, en parte se reza la oración de la iglesia, en partes el salmo, el santo evangelio, la palabra de Dios, nos dicen que canten, cantamos cantos de la iglesia, eso nos toca hacer, a veces cuando no nos demoramos mucho visitamos cinco o seis, porque el padre dijo que de 9 a 12, a veces toca hasta las dos de la tarde (Comunicación personal, 2019, MIQ_C3)

La experiencia concibe como una misión especial el acompañamiento a los enfermos, sus motivaciones con el trascendente afloran en acciones de alteridad, comprensión, compasión, que son reflejados en el relato. Así mismo, se evidencia que la acción social supera la capacidad de atención que pueden brindar desde el grupo de pastoral de la salud, sin embargo, este engranaje permite evidenciar una vez más la lógica propuesta en donde los diferentes fenómenos sociales que se concatenan en la violencia estructural, desembocan en una tarea emergente de un colectivo que transforma sociedad, generando una identidad colectiva que permite visibilizar en el entorno político de un plus diferencial a nivel social.

Anderson y Zinsser, (2007) mencionan que el mensaje cristiano atrajo a muchas mujeres y las sedujo con sus enseñanzas, en este sentido, las lideresas tienen la capacidad de hacer una lectura crítica de la realidad misma que embarga su contexto político, convirtiéndose en un punto de referencia y de equilibrio en la sociedad; mutando de esta manera un colectivo que ejerce su función política en clave de transformación y cambio, trayendo consigo una identidad que parte de una experiencia con el trascendente a una función de cambio social. Construyendo un camino en contravía de toda visión que el mismo cristianismo se había encargado de elaborar. Así mismo, González (2010) añade:

Las mujeres se encontraban siempre en rangos inferiores al varón y al cargo de un ministerio distinto: el ministerio “doméstico”, al servicio de las labores del hogar y la atención y asistencia a Jesús y a los Apóstoles, a los enfermos... nunca ocupando funciones públicas ni directivas (p. 486)

En este sentido, las labores de la Pastoral de la salud hoy en día son un espejo de la opresión de género suscitada desde antiguo. En algunas corrientes históricas dentro de la historia cristiana, por ejemplo, las mujeres han estado por debajo del varón, empero de los esfuerzos por la reivindicación de la mujer en la religión, ella sigue ejerciendo una labor sujeta al patriarcado. Si bien, el escenario del colectivo hace parte de un campo social que ejerce presión y levanta su voz en la sociedad de hoy, su trabajo sigue relegado a las decisiones de un sacerdote que dispone de los medios para ejecutar o no, lo cometido con los enfermos. La Pastoral de la Salud sigue siendo la imagen espejo de una marginación femenina que se ha gestado desde las comunidades primitivas cristianas, son el reflejo de una sociedad patriarcal que tiene el poder pese a la labor de transformación de las mujeres lideresas de Cazucá.

3.3.3 La familia, elemento fundante en el ejercicio político

Un asidero de la labor ciudadana en la construcción de esta identidad femenina es la familia, este elemento es substancial y moviliza la réplica que hacen las lideresas en beneficio de la comunidad. El paso generacional de padres a hijos adquiere gran importancia en la medida que la transmisión del conocimiento empírico y la sensibilidad que se adquiere por las necesidades del otro, se consiguen en el núcleo familiar; esta es la principal herencia que reciben las lideresas, su fortaleza, su perseverancia y su talante

humano son el producto de testimonio familiar, afincado en el hogar. Una de las protagonistas relata:

Yo amo mucho a nuestro Señor, yo amo mucho a Dios y a la Virgen María, a mi mamá le gustaba visitar enfermos y yo era la que la acompañaba, me ha gustado visitar enfermos toda mi vida, después ya me casé e hice los hijitos, yo me iba a visitar enfermos y nosotros vivíamos en una finca abajo. (Comunicación personal, 2019, MEQ_C3)

Colombia es un país que conserva características que hacen posible una identidad particular a nivel sociodemográfico, pluralidad de culturas, geografías y elementos sociales hacen crear una colectividad que enraíza una identificación específica en la población, la cual propicia un escenario político que representa el acervo cultural de lideresas que ejerce su labor de transformación social en un ambiente de pobreza y de migración social a causa de los diferentes fenómenos sociales que aquejan nuestra nación. A lo anterior, Barroso (1995) argumenta que es posible cambiar una sociedad tan compleja y enferma buscando dentro de la misma familia la energía para la transformación. De esta forma, el hogar sigue siendo la pieza clave para potenciar la tarea fundante de estos colectivos que trabajan contracorriente en la sociedad.

Un signo identitario en el grupo de las lideresas se ve reflejado en su historia familiar, es muy común observar en sus relatos el profundo afecto que tienen hacia sus antepasados y el gran afecto que manifiestan al traer a colación momentos pasados de su vida. Su fe religiosa es una continuación de los valores que han sido inculcados en su formación; el legado de la visita a los enfermos data desde la niñez, propagando en ellas la sensibilidad hacia el cuidado del otro. En este sentido, como lo afirma Barroso (1995), “los padres son una pieza clave” de un germen identitario que se gesta en el trabajo comunitario que elaboran las mujeres de Cazucá, transformando sociedad en medio de la adversidad mediante el motor familiar que las impulsa a ejercer su labor hacia los enfermos.

3.3.4 El sufrimiento y la alteridad, principios que subyacen en el trabajo político

Su relación con el trascendente está afincado como una identidad propia en la labor de transformación social; la lectura de la realidad en su contexto social propicia un ambiente de relaciones interpersonales que las interpelan desde los diferentes fenómenos que

aquejan el hombre de hoy, a saber, la soledad y la enfermedad, para lo cual sus esfuerzos están catapultados por una necesidad de crear una sociedad digna, en la cual, su labor aporte a los diferentes fenómenos ciudadanos que determinan una condición social en su contexto hoy día. Sin embargo, el dolor permea esta condición; sus relatos están intensamente relacionados con el sufrimiento del otro, situación que es evidente en su expresión oral:

Nos motiva el enfermo como tal, el servicio a Dios, porque en ellos está Jesús, el Jesús sufriente, eso es algo que lo aprendí muy bien, fue una enseñanza que nos dejó el padre Gerardo, que él decía, que cuando nosotros entramos a visitar un enfermo, es un Jesús doliente, es un Jesús que está ahí, un enfermo a través de su enfermedad acompaña a nuestro Señor Jesucristo, en su sufrimiento de cruz; entonces eso es algo que a mí me motivó muchísimo, y no solo es la motivación de que ahí está Jesús, sino también la necesidad que tienen ellos de que los escuchen, la necesidad compañía, la necesidad de saber que hay alguien que se preocupa por ellos, es fue la motivación más grande. (Comunicación personal, 2019, MIA_T3)

El dolor y el sufrimiento es una condición innegable en el ser humano, siendo estos un escenario genérico en poblaciones vulnerables que se prestan para la generación de pobreza y marginación. Esta forma de vivir es una experiencia que toma la persona humana y la convierte en víctima de un fenómeno que trasgrede la dignidad humana. Es en este complejo escenario que las mujeres alzan su voz contra un sistema que oprime y relega a los ciudadanos, configurando su identidad política en el plano civil desde una toma de conciencia de la realidad del otro, centrándose principalmente en los intereses y necesidades del enfermo sin perder su identidad religiosa. Por su parte, Fenili 2006, citando a Schopenhauer afirma:

El sufrimiento como “sólo una voluntad que no está satisfecha y que está contrariada: incluso el dolor físico que acompaña la desorganización o la destrucción del cuerpo no tiene otro principio, lo que lo torna posible es que el cuerpo es la propia voluntad en el estado de objeto (p. 4)

De esta manera, el sufrimiento permite realizar una aproximación más detallada de la persona humana, en términos de Schopenhauer es una visión de la vida debido a la voluntad, fenómeno que trasciende y le permite al hombre alejarse de su individualidad

para reconocerse como parte de un todo en la que el sufrimiento se asume y se vuelve parte de su vida compartiendo el mismo en sus vidas. En este sentido, los enfermos y sus dificultades se convierten en el libreto de todo un ejercicio político de una colectividad que se deja permear por el sufrimiento y el dolor, asumiéndolo para sí misma. Voluntad que permite desdeñar el dolor desde una perspectiva del cuidado de otro, garantizando que este trabajo puede y es una barrera que trasciende en el tiempo; expresando de esta forma un sentido de identidad que marca su trabajo social dentro de los más pobres.

Las relaciones entre enfermo y las lideresas están mediadas por un vínculo fraterno que pone de principio el valor de la alteridad, siendo este un valor motivacional en el campo de la tarea social que ejercen las mujeres que se vinculan como ejes protagónicos en una dinámica social que permite una innovación en un contexto que se encuentra deprimido y al margen de la sociedad. Bien lo afirma López (1996) “es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”, de esta forma, el dolor físico muta hacia una trascendentalidad que lleva al hombre a tocar sus fibras emocionales; es desde este argumento donde las lideresas permiten el dolor como un elemento fundante en su identidad, siendo una característica que alimenta sus rasgos comunes como `protagonistas del cambio.

3.3.5 El rol de la mujer y su labor en la generación de cambios en la esfera social

La tarea fundante de las lideresas siempre ha emergido en la necesidad de generar el bienestar del otro, de propiciar ambientes saludables que se concatenan en un servicio político y social, conformado por un colectivo que aporta un factor determinante en el progreso y la redignificación del ser humano, aportando desde la labor del acompañamiento y la asistencia económica un campo generador de bien-estar.

El enfermo de pronto no se alcanza a valer por sí mismo del todo, pues llega el límite de cansancio, pero también de eso aprende uno aprende porque uno aprende a valorar esa persona que tiene al lado que lo cuida, uno aprende a valorar también ese enfermo que tiene al lado si no fuera por él no hubiera pasado tal cosa si no fuera por él, pues y así pasa. Y así cuando uno va a visitar los enfermos uno dice Dios Mío, cuando no ve ese amor hacia el enfermo uno se siente mal y bueno uno

dice dónde está el compromiso, porque esto es un compromiso (Comunicación personal, 2019, MMB_C1).

La identificación de su identidad se genera también desde una tarea conjunta en la que se ven implicadas por un relación o compromiso que tienen por el otro. Este elemento las visibiliza como género, como mujeres que afrontan la realidad y hacen una crítica a la forma estructural de una política que genera un aislamiento social, haciendo su apuesta por una sociedad justa e igualitaria. Amén de esto, Camps (2011) menciona:

Las mujeres deben cambiar las relaciones humanas regidas por el interés, la avaricia y la ambición, en relaciones amistosas, igualitarias y solidarias. tienen que cambiar profundamente la familia, institución hasta ahora profundamente injusta con las mujeres, la sexualidad, el amor, la maternidad, y ser valientes para denunciar todo lo detestable que se mantiene en la sociedad donde el patriarcado sigue triunfante (p.20).

En consecuencia, la lucha, contra la opresión femenina ha sido un instrumento en el que la lucha por el reconocimiento de la mujer de cara al patriarcado, es la visibilidad de la corriente emancipadora que se ha venido gestando desde el siglo XX (Camps, 2011). Esta transformación es un cambio epocal que genera una trascendencia ideológica en el marco del trabajo político que ejercen las mujeres en la actualidad. Por tanto, este mecanismo se convierte en el andamiaje del colectivo femenino que busca hacer valer su trabajo en medio de una estructura clerical y jerárquica, simbolizando su labor como el génesis de una identidad comunitaria que se gesta desde las fibras más sensibles del ser humano y se vislumbra en la esfera pública como la alternativa de un cambio en pro del ser humano, vislumbrando de esta forma la mujer como una protagonista del cambio.

3.3.6 La tarea de ser madre y su influencia en la gesta de prácticas sociales

En esta búsqueda de identidad, el rol de madre juega un papel fundamental en la connotación de emancipación identitaria de las lideresas. Su patrón materno las direcciona a poner en juego su tarea en el acompañamiento del enfermo, dando lugar a un escenario que les permite donarse, no como lo hacen en sus hogares por filiación sanguínea; sino por una entrega total y desinteresada por el que sufre, por el oprimido y por el abandonado. Así mismo lo afirman:

A mí no me da asco cambiar un pañal de hecho me ha tocado con mi hija desde que está así. Bañarla soportar su olor su mal olor y así es con los enfermos hay que ver como un coraje, tener eso si como dicen una verraquera porque de ahí en adelante no hay nada si uno tiene el asco no sirve para nada (Comunicación personal, 2019, MMB_T3)

Sus experiencias personales evocan una escuela de formación en la que ellas mismas han sido formadas como protagonistas de la ética del cuidado, siendo esta una escala en el nivel de formación para su ejercicio en la labor política que ejercen. Su rol como madres es el asidero que incuba las propuestas que se generan hoy en día en el ámbito político. Es la proyección de una capacidad que trasciende en la esfera social, catapultando las lideresas desde un rol privado a uno público, en el que su función de transformación social cobra vida gracias a su rol como madres. Agudelo (2016) menciona al respecto:

Si bien el ser madre tiene una connotación social de realización, es importante reconocer que la mujer desde su identidad, construye diversos significados que pueden comprenderse como la expresión de su “ser”... las mujeres se percatan de la presión social, cultural, familiar e individual que implica responder ante este rol que demanda mucho de sí misma, y ello se expresa en el cuidado permanente, el afán de responsabilizarse por los actos de otro, o la asunción de tener una responsabilidad eterna frente a alguien llamado hijo (p.16).

Los relatos de las lideresas están fuertemente marcados por una connotación claramente materna, su impronta como madres hace de su labor social una tarea política que presiona y rema en contracorriente en la sociedad. La investigación de Agudelo (2016) permite distinguir la maternidad como una identidad de género que acompaña el “ser” mujer. Esta expresión engrana diferentes roles femeninos que se entrelazan desde la esfera privada hasta la pública, implicando una macro estructura en el ejercicio de ella en la sociedad. Desde este punto, la maternidad implica una identidad colectiva que responde a un acto de cuidado, de alteridad con el más necesitado; este sentido materno genera una función real en ejercicio político y social de Altos de Cazucá.

4. Conclusiones

La sistematización como metodología para la visibilización, construcción y reflexión sobre la experiencia de las prácticas sociales de las lideresas en la pastoral de la salud, permite crear una ruta guiada y un proceso investigativo en el que el trabajo vivo en tanto que acudió a narrativas fundantes y fuentes documentales permitieron reflejar la experiencia desde diferentes plataformas. A su vez, permitió develar elementos característicos de su colectividad, organización y su visibilización en la sociedad, ratificando que las prácticas de acompañamiento y cuidado a los enfermos son dinámicas políticas, sociales y culturales que determinan un eje de transformación en sociedad, emergiendo elementos que consolidan la voz femenina dentro de una colectividad.

El reconocimiento de la práctica social desarrollada por la pastoral de la salud permite establecer un paradigma que, desde el horizonte de la ética, comprende un modelo emergente de interpretación humana en la que sus protagonistas son lideresas comprometidas con el bienestar y el beneficio del otro. Esta interpretación se evidencia desde la práctica privada que emerge desde el cuidado amoroso, la sensibilidad por el sufrimiento ajeno, la alteridad y el conocimiento empírico; conjugándose en un escenario que procura una ética del cuidado que reafirma el rol de la mujer como un timón de la sociedad que direcciona desde la esfera de lo político un prototipo de acciones civiles que dignifican la persona humana desde el cuidado del otro y el acompañamiento en situaciones de vulnerabilidad.

La inmersión de campo permite constatar los elementos y características que definen a una población en un contexto de violencia estructural. Esta identificación surge de la misma condición social, económica y de salud pública que tienen los habitantes de Cazucá, describiendo fenómenos sociológicos como la pobreza estructural, el abandono social, el asistencialismo y la violencia intrafamiliar que traducen un contexto de violencia institucionalizada. Este escenario se transforma en el campo de acción de las voces femeninas que claman en contracorriente de una sociedad indiferente y reduccionista del ser humano, convirtiendo su práctica social en un modelo que exige justicia y equidad en medio del anonimato.

La construcción de una identidad colectiva surge desde el rol que cumple las lideresas en el marco de una sociedad ya descrita. Su estructura y sello particular tiene asidero en la constitución de un trabajo conjunto impulsado por un credo religioso que las catapulta

a la esfera de lo político, dinamizado por una experiencia de fe en la que la sensibilidad ante el dolor y el sufrimiento sirven como mecanismo de acción en la práctica de acompañamiento. De esta manera el asentamiento de una identidad político religiosa es la herramienta que fortalece y promueve el surgimiento del colectivo de lideresas con una voz que se levanta y transforma la sociedad desde las prácticas del cuidado y el acompañamiento de los enfermos.

Referencias Bibliográficas

- Agudelo, J., Bedoya, J. y Osorio, D. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Revista Poiésis* (31), 306-313.
- Anderson, B. y Zinsser, J. (2007). *Historia de las mujeres, una historia propia*. Barcelona, España: Crítica.
- Bail, V. (2014). Crisis, soledad y apego. *Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología*. 1-13.
- Barroso, Manuel (1995). *La experiencia de ser familia*. Caracas: Pomaire
- Bauman, Z. (2006). *Comunidad, en busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Benavente, C. (2007). La cultura popular: la música como identidad colectiva. *Diálogo Andino - Revista de historia, geografía y cultura andina*, (29), 29-46.
- Bernal, A. (2005). La familia como ámbito educativo. *Instituto de ciencias para la familia*. Madrid, España: Rialp.
- Boff, L. (2002). *El cuidado de lo esencial*. Madrid, España: Trotta
- Camps, V. (2011). La visibilidad de la mujer en el siglo XXI. *Artigos*, Barcelona, España.
- Chihu, A. y López, A. (2007). La construcción de la identidad colectiva en Alberto Melucci. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 3(1), 125-159.
- Comins, I. (2014). La ética del cuidado en sociedades globalizadas: hacia una ciudadanía cosmopolita. *Thémata. Revista de Filosofía*. (52), 159-178.
- Congreso de la República de Colombia (1997). *Ley 388 del 8 de julio de 1997 Por la cual se modifica la Ley 9 de 1989, y la Ley 2 de 1991 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- DANE, D. d. (2007). Cuenta Intermedia de Salud CIS. Bogotá: DANE.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa*. España: Gedisa
- Ellacuría, I. (1984). *Conversión de la Iglesia al Reino de Dios*. Santander, España: Sal Terrae.
- Fenili, R., Takase, L. y Acevedo, S. (2006). El dolor y el sufrimiento: una conexión entre el pensar filosófico y el espiritual. *Revista electrónica semestral de enfermería* (9), 1-12.
- Flórez, J. (23 de septiembre de 2017). Soacha: el karma de crecer a la sombra de un gigante. *Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/soacha-historia-censo-y-crecimiento-poblacional/541529>
- Gómez, D. (2016). Configuraciones y disputas de la suachunidad (tesis de maestría). Pontifica Universidad Javeriana, Colombia.

- González, E. (7 de agosto de 2017). "Soacha es una bomba de tiempo": Alcalde Eleázar González. *Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/soacha-con-problemas-sociales-de-toda-indole/531774>
- González, T. (2010). Desigualdad, mujeres y religión. Sesgos de género en las representaciones culturales religiosas. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. (5), 467-505.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona, España: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas.
- Kant, I. (1988). *Lecciones de Ética*. Barcelona, España: Crítica
- León, F. (2008). Ética del cuidado feminista y bioética personalista. *Persona y Bioética*. 12, (1), 53-61.
- Lopera, V. y Moncada, J. (2017). El proceso de conurbación Bogotá-Soacha y sus implicaciones en la movilidad en Soacha. *Punto de Vista*, 8 (12), 1-9.
- López, F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4. 49-55.
- Lozada, H. (2000). Soacha: plan de ordenamiento territorial. *Sociedad geográfica de Colombia. Academia de ciencias geográficas*, 44 (131), 1-12.
- Max-Neef, M. (2006). *Desarrollo a escala humana*. Barcelona, España: Icaria
- Mayorga, M. (2015). Realidades territoriales de Soacha. *Análisis de la vida cotidiana*. Corporación Universitaria Minuto de Dios regional Soacha, p. 2.
- Médicos sin Fronteras. (2004). Hasta cuando en el olvido. Bogotá: MSF.
- Mejía, M. (2013). *Sistematización*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional Fe y Alegría Ecuador.
- Nusbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia*. Bogotá, Colombia: Planeta.
- Páramo, P. (2017). *La investigación en ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: Universidad Piloto de Colombia.
- Patiño, C. (2006). Religión, política e identidad colectiva: ¿Un problema nuevo en el siglo XXI? *Revista ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura* 182 (722), 763-773.
- Pérez, J., Nieto-Bravo, J., y Santamaría-Rodríguez, J. (2019). La hermenéutica y la fenomenología en la investigación en ciencias humanas y sociales. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 19(37). Recuperado a partir de <https://revistas.usergioarboleda.co/index.php/ccsh/article/view/1248>
- Pérez-Agote, A. (2016). La religión como identidad colectiva: las relaciones sociológicas entre religión e identidad. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, (2), 1-29.

Raffo L. y Gómez, D. (2017) Redes criminales y corrupción en la era del microtráfico y el narcomenudeo. *Revista de Economía Institucional*, 19 (37), 227-261.

Romero, L. (31 de octubre de 2014). Altos de Cazucá, tierra de nadie. *Semana*. Recuperado de <https://www.elspectador.com/noticias/bogota/altos-de-cazuca-tierra-de-nadie-articulo-525144>

Torres, A. (2017). *La sistematización como investigación interpretativa crítica*. Bogotá, Colombia: El Búho.

Villagómez, G. (2013). *No es pecado envejecer*. México: Editorial MAPorrúa.

Yanguas, H (2012). ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas. Recuperado de <http://www.hmg.gov.co/sedes.php>