

MUJERES VISIBLES

EN EL TERRITORIO RURAL VALENCIANO



“Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Generalitat Valenciana. El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de Farmamundi y no refleja necesariamente la opinión de la Generalitat Valenciana”.

AUTORAS

Marcela Hincapié Martínez
Soraya Moret Llorens
Quihicha Hisca Iraca Vargas Salamanca
María Fernanda Cruz López

Organiza:



Financia:



Participan:



Colaboran:



Índice

P. 05	1	PRESENTACIÓN
P. 06	2	¿QUÉ OFRECE ESTE DOCUMENTO?
P. 06	3	¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO?
P. 08	4	NUESTROS PUNTOS DE VISTA 4.1 La Educación para el desarrollo y la ciudadanía global (EpDyCG) 4.2 El Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) 4.3 El derecho a la salud y la salud comunitaria 4.4 La interseccionalidad 4.5 El valor del territorio rural
P. 12	5	NOSOTRAS Y NUESTRO TERRITORIO 5.1 Las protagonistas 5.2 ¿Qué sucede en nuestros territorios? La ruralidad y el despoblamiento
P. 16	6	UNA RUTA HACIA EL BIENESTAR. LAS PARADAS DEL CAMINO
P. 17	7	NUESTRAS REFLEXIONES 7.1 ¿Qué es la salud para nosotras? 7.2 ¿Cómo influye ser mujer en el derecho a la salud?
P. 23	8	MIRADA AL TERRITORIO CON OJOS DE MUJER: NUESTROS ACTIVOS PARA LA SALUD 8.1 Mapeo de los recursos y fuentes de salud y bienestar de las mujeres participantes.
P. 38	9	EL APOORTE DE MUJERES QUE TRABAJAN POR OTRAS MUJERES: LAS TITULARES DE RESPONSABILIDAD
P. 41	10	¿QUÉ PODEMOS HACER POR LA SALUD DE LAS MUJERES EN EL TERRITORIO RURAL?

Agradecimientos

A todas las mujeres que han participado en el proyecto a lo largo de estos dos años, haciendo de esta una experiencia transformadora:

ADEMUZ: Alicia Capsir, Alicia Mañas, Aroa, Consuelo, Dari, Diana, Elena, Éncar, Feli, Geni, Kuxy, Merche, Maribel, Marga, Mª Teresa, Najat, Noe, Pilar Antón, Pilar Blasco, Sol, Trini.

CAMPORROBLES: Alba, Ana, Beatriz, Chelo, Dora, Dori, Eli, Fide, Inma Alemany, Inma Clavijo, Loli, Mª Carmen, María Izquierdo, María Vigo, Mª Ángeles, Mª Jesús, Mª Luisa, Maribel, Nico, Paquí, Paquita, Pepi, Sara, Selmy.

CASAS ALTAS: Belén, Elisa, Kris, Manuela, María Jesús, Matilde, Montse, Raquel.

CASAS BAJAS: Florinda.

CASTIELFABIB: Anna, Isabel, Julia, Lerania, Nines, Silvia, Tati, Vero Bueno, Vero García.

REQUENA: Eli.

PUEBLA DE SAN MIGUEL: Eva, Pilar.

SINARCAS: Adoración, Ana, Carmen, Carmen Elisabeth, Mª José, Mª Julia, Olga, Belinda.

TORREBAJA: Isa, Mª José, Montse, Silvia.

UTIEL: Adela, Ana, Dannia, Dioni, Estela, Iria, Jacky, Merche, Michelly, Raquel, Shirley, Tania, Yolanda.

VALLANCA: Bibi, Nati, Paquita, Sonia y Tamara.

A todas las personas, entidades e instituciones que han facilitado que el proyecto Mujeres Visibles en el territorio rural valenciano haya podido hacer uso de los espacios y locales en ambas comarcas, especialmente a los ayuntamientos y servicios municipales de Ademuz, Camporrobles, Castielfabib, Sinarcas, Utiel y Vallanca, así como al centro de salud de Utiel.

Al personal técnico social y sanitario de ambas comarcas, y que nos ha dado su apoyo en todo momento: Mancomunidad de Municipios del Rincón de Ademuz, Mancomunidad del Interior Tierra del Vino, especialmente a su Agente de Igualdad, Agencia de Igualdad del ayuntamiento de Ademuz; AEDLs del Rincón de Ademuz, especialmente a las de los ayuntamientos de Ademuz y Castielfabib y a la de la Mancomunidad, Grupo de Acción Local - Rurable y su AEDL; oficinas de Pangea de Utiel y Torrebaja; oficina de Turismo de Ademuz; Secciones de promoción de la salud y prevención de los CSP de Valencia y Utiel, departamento de Salud de Requena y su Consejo de Salud, Centro de Salud, equipo de Zona Básica y Consell de Salud de Ademuz.

A los medios de comunicación, radios y prensa comunitarias y municipales que han hecho eco a las actividades y socialización de resultados en las dos comarcas.

A los institutos y centros educativos donde las mujeres han podido compartir con la gente más joven su experiencia como mujeres rurales: IES Alameda, IES N°1 e IES Ademuz.

A las personas voluntarias de Farmamundi que han aportado su trabajo, habilidades y talentos ayudando a enriquecer el proceso: Diana, Eloy, Elisabeth, Iraca, María Fernanda y María.

A Sara, Josevi y No somos nada. Sin vuestros servicios, nuestros productos no hubieran podido ser.

¿En qué momentos te sientes invisible?

Cuando alguien intenta apagar mi luz con sus cosas negativas y yo me dejo apagar.

Yo te daré una linterna, amiga.

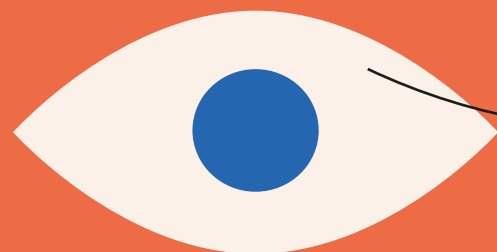
Presentación

A lo largo de dos años, Mujeres del Rincón de Ademuz y de la Plana de Utiel-Requena han compartido encuentros, conversaciones, reflexiones, abrazos, inquietudes, paseos por el territorio, jornadas comunitarias; han tejido redes con otras mujeres y han hecho visibles sus realidades y sus propuestas participando en espacios de diálogo con el personal técnico del tejido social y sanitario de estos dos territorios.

Ha sido un proceso de Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía Global en el ámbito no formal impulsado por Farmamundi y financiado por la Generalitat Valenciana con el objetivo de promover el protagonismo de las mujeres rurales en la defensa de su derecho a la salud y la de sus territorios. Todo lo han hecho poniendo en valor sus capacidades y sus recursos, tanto los propios como los que ofrece su entorno, identificándolos y reconociéndolos como una fuente de bienestar y salud para ellas y sus comarcas.

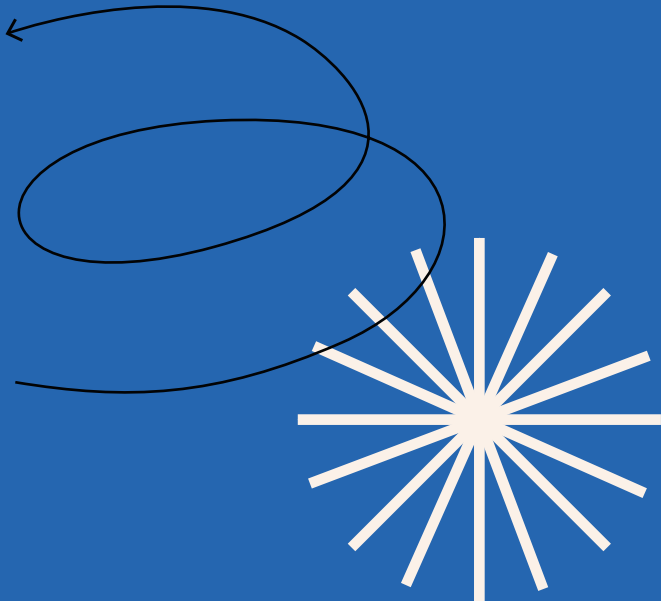
Les invitamos a recorrer las siguientes páginas, en las que recogemos los aprendizajes y conocimientos co-producidos por estas mujeres en el marco del proyecto. En ellas se refleja su experiencia en la construcción de la salud desde esa perspectiva comunitaria, con enfoque de género e intercultural. Esperamos que estos aportes sirvan para fortalecer el tejido sociosanitario en las dos comarcas, y favorezcan la participación social de las mujeres, un colectivo especialmente discriminado en la ruralidad valenciana, sobre todo aquellas que además de ser mujeres rurales son mujeres migrantes.

¿Qué ofrece este documento?

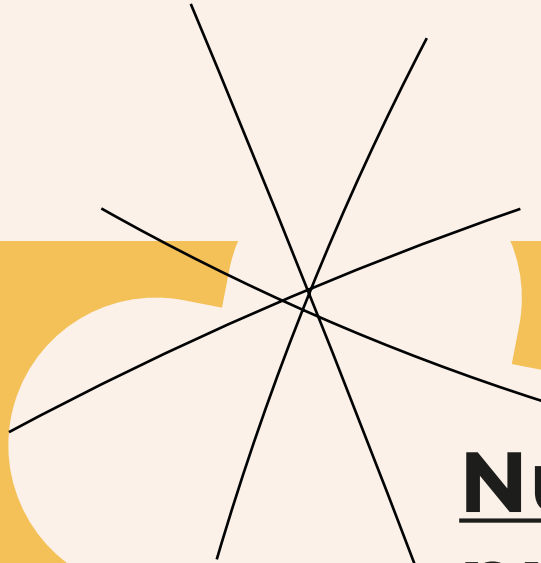


- **Poner en valor las reflexiones** y análisis **de las mujeres** participantes sobre su salud, bienestar y sobre el territorio rural.
- **Poner en diálogo** estas perspectivas con las que tienen personal técnico del tejido social y sanitario de las comarcas, y **construir colectivamente propuestas de promoción de la salud comunitaria.**
- **Dar a conocer a la ciudadanía los recursos y fuentes de salud** (activos) de las mujeres en estas dos comarcas del interior de la Comunitat Valenciana.

¿A quién está dirigido?



- **A todas las mujeres** que han participado en este proceso para que no olviden este camino compartido y **sigan movilizándose por sus derechos.**
- **A toda la ciudadanía** valenciana.
- A las **personas que desde su ejercicio profesional velan por el derecho a la salud** y el bienestar de las mujeres en estas dos comarcas.
- A las **personas que toman decisiones a nivel político** y que influyen en la garantía del derecho a la salud y el bienestar de las mujeres rurales, y que con su actuar pueden mitigar el despoblamiento de estos territorios.



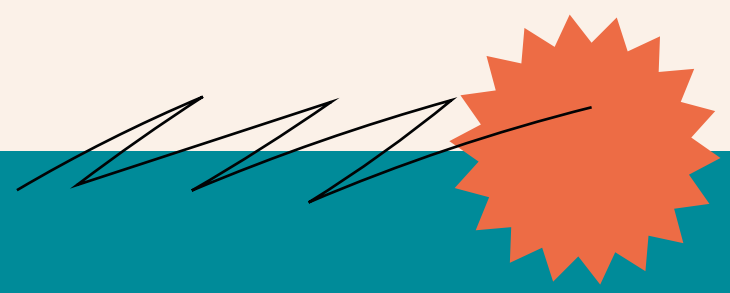
Nuestros puntos de vista

4.1

La Educación para la ciudadanía global (EpDyCG)

Vivimos en un mundo desigual e injusto, en donde la vida de las personas y del planeta está amenazada por múltiples factores (socioeconómicos, políticos, ambientales, entre otros). Uno de ellos, y que abordamos especialmente en el presente documento por su importante influencia en la salud, bienestar y desarrollo de las mujeres rurales, es el de la sostenibilidad de la vida y la promoción de la salud comunitaria desde un enfoque de género e interserccional.

Ante este escenario mundial, pero también local, se requiere cada vez más una ciudadanía crítica y corresponsable ante estas situaciones. La Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía Global (EpDyCG) es, precisamente, una herramienta que pone en evidencia las desigualdades sociales para transformarlas desde la acción colectiva. Se entiende como un tipo de educación que busca ser integral y global, que concibe a las personas como parte de los problemas, pero también como parte de las soluciones, es decir, como protagonistas y agentes de cambio. Esto es posible desde la generación de una conciencia crítica y transformadora ante las desigualdades, conectando lo global con lo local, y desde el reconocimiento de las múltiples identidades que configuran a las personas y las relaciones de poder que se generan en los diferentes contextos humanos. En conclusión, este tipo de educación **busca formar personas comprometidas con la justicia social.**



4.2

El Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH)

Este enfoque nos ayuda a analizar las desigualdades sociales, injustas y evitables, que viven muchas personas por razón de género, condición económica, entorno familiar o lugar de origen, entre otras, y dificultan su desarrollo, así como las estrategias para contrarrestar las prácticas discriminatorias **y las distribuciones injustas de poder**, que son la base de las vulneraciones de los derechos humanos. Por esto, no podemos perder de vista que la principal herramienta que tenemos es la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Desde este enfoque se entiende las situaciones no en términos de necesidades humanas o de áreas que requieren desarrollo, sino en términos de quién debe **garantizar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las personas.**

- Las personas dejan de ser consideradas sujetos pasivos y pasan a ser titulares de derechos (ciudadanía), con poder para exigir al Estado que se dispongan de las oportunidades adecuadas, o que sus derechos estén garantizados.
- Los Estados y administraciones, como *titulares de obligaciones*, son responsables del respeto, protección y garantía de los derechos de la ciudadanía.
- Las personas que desarrollan una profesión en los ámbitos sanitario, educativo, social, entre otros, y con su quehacer aportan a la garantía de los derechos de la ciudadanía, son consideradas *titulares de responsabilidad*.

Todas las personas -titulares de derechos y responsabilidades- pueden desarrollar capacidades y ser motores de cambio, es decir, capaces de organizarse y participar en la reclamación de un derecho vulnerado, siendo especialmente importante la presencia de los colectivos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones.

4.3

El Derecho a la salud y la salud comunitaria

La salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y *no meramente la ausencia de enfermedad (OMS, 1946)*. No es solo una cuestión biológica, sino también social, se deben tener en cuenta para la garantía del derecho, lo que denominamos determinantes sociales de la salud, existen determinantes biológicos como sexo, edad o genética, otros determinantes socioambientales como el género, el estilo de vida, la ocupación o la organización de la atención a la salud. Así como, aquellos psico-emocionales, culturales y eco-ambientales.

El derecho a la salud está ratificado por múltiples acuerdos y tratados, pero no se ha cumplido en todo el mundo por igual. En consecuencia, ante problemas mundiales se requiere abordar la salud de manera global, trascendiendo los límites nacionales mediante acciones cooperativas, entendiendo la salud como un bien público mundial, un tema de justicia social y un derecho universal que requiere del concurso de diferentes tipos de figuras sociales, económicas y políticas.¹

LA SALUD COMUNITARIA

Vivimos en sociedades en donde todas las personas nos encontramos interrelacionadas e interconectadas. Por lo tanto, nuestra salud individual no está aislada, sino que forma parte de un entramado contextual y territorial común.

En consecuencia, según el Ministerio de Sanidad, la salud comunitaria está compuesta por las interacciones que se dan entre nuestras características individuales y de nuestras familias, el medio social, cultural y ambiental en que vivimos, los servicios de salud y los factores sociales, políticos y globales.

¹ Construcción de salud global aportada por las Redes Sanitarias Solidarias de la Comunitat Valenciana.

4.4

La interseccionalidad

Este enfoque, que nace de los estudios de género realizados por mujeres racializadas, permite tener una comprensión más compleja de las desigualdades sociales. Busca evidenciar la vivencia de las mujeres que sufren múltiples discriminaciones o de vulneración de sus derechos debido a varias de sus características identitarias, ya sea el sexo, la etnia, raza, origen nacional, orientación sexual, clase social, situación de discapacidad, etc.

Es importante entender que la identidad de una persona se compone de múltiples aspectos, que determinan su posición en un grupo y en la sociedad. En la actualidad se entiende que estos aspectos componen la diversidad e influyen en la manera en la que las personas nos construimos como sujetos, así cómo en la manera en la que somos percibidas y tratadas por el resto, influyendo así en la garantía, o no, de nuestros derechos.

Una persona puede ser al mismo tiempo mujer, afrodescendiente, migrante, bisexual, funcionalmente diversa, pobre, etc. De esta manera es más fácil comprender las experiencias de las personas como producto de la intersección entre el sexo y el género, la clase y la raza en contextos de dominación construidos históricamente.

Al asumir la interseccionalidad como un enfoque (es decir, como una forma de analizar y como una herramienta) obtenemos una mirada más completa a la hora de tener en cuenta los matices que definen la realidad de las personas y los colectivos.

4.5

Puesta en valor del territorio rural

Poner en valor el territorio supone reconocer su riqueza desde una visión integral, teniendo en cuenta todo aquello que aporta a las personas que lo habitan, tanto en cuanto a recursos naturales, como en cuanto a recursos culturales, históricos, humanos e institucionales.

El modelo de desarrollo tradicional ha tenido como meta mantener el crecimiento económico a costa de los recursos naturales. Además, en este modelo las ciudades y otras áreas urbanas son vistas como los centros de desarrollo, esto ha hecho que se desvaloricen los entornos rurales, invisibilizando todas aquellas cosas que la ruralidad aporta a nuestras vidas y a nuestro bienestar y promoviendo el abandono de los territorios rurales por parte de la población.

La salud de las personas está vinculada a la salud del territorio que habitan, por ello, trabajamos para generar una conciencia crítica y transformadora que ponga en el centro la vida y los cuidados. Con ello preservamos y promovemos la salud, conectando lo local con lo global, atendiendo a esta interconexión entre las personas y su entorno, tanto en su faceta ambiental como en su faceta económica y social.

Nosotras y nuestro territorio

5.1

¿Quiénes han sido las mujeres participantes en las dos comarcas?

Se conformaron dos grupos (uno por cada comarca) de mujeres autóctonas y migrantes que se sintieron motivadas por la llamada realizada en la convocatoria. Todas ellas tenían algo en común: haber hecho una apuesta por vivir en dos territorios especialmente despoblados: la comarca del Rincón de Ademuz, y la Plana de Utiel Requena. Ellas se han convertido en las protagonistas de este camino, mujeres de diferentes edades, orígenes, colores de piel... Todas ellas llenas de muchos recuerdos, expectativas e ilusiones de “hacer algo” por su pueblo, algunas de ellas sin haberse mudado nunca, otras habiendo recorrido kilómetros, atravesando mares para habitar la ruralidad valenciana, un territorio donde ser y convertirse en mujeres visibles.

Esto es lo que hemos descubierto de ellas a través de entrevistas y participando juntas en cada una de las distintas actividades:

- En el grupo del Rincón de Ademuz, las mujeres participantes se encuentran entre los 25 y los 80 años.
- En la Plana de Utiel-Requena hay una diferencia marcada entre las mujeres autóctonas y las mujeres migrantes, las autóctonas son mujeres de más de 45 años, mientras que entre las migrantes la media está en los 30 años.
- El 41% de las participantes ha sido parte (o continúa siéndolo) de grupos de mujeres. De ellas, el 30% participa activamente y ejerce el rol de lideresas dentro de los grupos en los que participa, dinamizando procesos en beneficio de otras mujeres y de la comunidad en general. También encontramos casos de mujeres migrantes que participaban en grupos de mujeres en su país de origen. Estas experiencias aportan perspectivas comunitarias, de cuidado a la infancia y de empoderamiento.
- El 43% de ellas ha participado en espacios no exclusivos para mujeres, como es el caso de las asociaciones de madres y padres de alumnos, las asociaciones de jubilados y jubiladas, cabalgatas y asociaciones culturales, entre otras.
- Valoran la participación social y el asociacionismo como positivos, y tienen interés en impulsar y/o reactivar procesos colectivos. Los temas que más les interesan son la creación de redes de apoyo, la integración de las personas que llegan a las comarcas, la interculturalidad y la convivencia intergeneracional; el conocimiento sobre sus derechos como mujeres, el empoderamiento femenino, la independencia económica, la maternidad y el envejecimiento; así como las actividades terapéuticas y el fomento de la autoestima, entre otros.
- En Ademuz, manifestaron interés en trabajar con las niñas y adolescentes. Especialmente para abordar temas tabú como la sexualidad o las etapas del desarrollo. Resaltamos este interés, ya que puede favorecer procesos organizativos comunitarios, que vayan más allá de involucrar únicamente a personas en la edad adulta.

MUJERES MIGRANTES

- Las mujeres migrantes participantes del proyecto en la Plana de Utiel-Requena provienen de Colombia y de Honduras. En el caso del Rincón de Ademuz, la procedencia es de Marruecos.
- Tienen entre 27 y 46 años de edad y la mayoría de ellas son madres. Una minoría cuenta con educación superior, y la mayoría alcanzó algún nivel de educación secundaria.
- La mayoría mencionó que emigró para buscar una mejor situación económica, pero también la búsqueda de mejores condiciones de salud y desarrollo para sus hijos e hijas. Destaca que gran parte de estas mujeres tiene personas a cargo en sus países de origen.
- Han llegado a vivir en estas dos Comarcas para buscar empleo, por preferencias personales, o buscando seguridad. La mayoría cuenta con redes de apoyo familiares, personas conocidas o personas de sus mismos países y/o religión en el territorio.
- Algunas se encuentran en situación irregular. Otras están haciendo el trámite de regularización (por arraigo social, o a través de la solicitud de asilo/refugio). Y otras que ya han logrado regularizar su situación han obtenido documentación y permisos de trabajo. Esto varía de acuerdo al tiempo de residencia en el territorio.
- Casi todas ejercen trabajos del hogar y los cuidados, algunas como cuidadoras internas. Sin embargo, les gustaría desempeñarse en otras áreas. Lamentablemente, se percibe una precarización de este sector laboral, ya que la mayoría afirma trabajar sin contrato laboral, sin estar dadas de alta en la seguridad social, y sin garantías laborales mínimas.
- Tienen una percepción en general positiva sobre la integración al territorio y sus habitantes. Sin embargo, algunas de ellas sienten que han sido tratadas de forma distinta en razón a los estereotipos sociales que tienen las personas autóctonas, de las personas migrantes, especialmente aquellas de origen latinoamericano.

5.2

**¿Qué sucede en nuestros territorios?
La ruralidad y el despoblamiento**

La ruralidad española se ha transformado drásticamente desde la segunda mitad del siglo XX pasando de una economía agraria, que concentraba en las zonas rurales la mayor cantidad de personas para trabajar, a una economía de industria y servicios, ocasionando que la población en las urbes creciera para asegurar la mano de obra para tales fines.

Actualmente, estamos presenciando dos fenómenos en la ruralidad: la despoblación y el despoblamiento. La palabra “despoblación” se refiere a la disminución de la población debido a factores demográficos, por ejemplo: que haya pocos nacimientos, muchas defunciones a causa del envejecimiento, bajos flujos de inmigración y una continua emigración, principalmente de jóvenes y mujeres adultas que salen a buscar formación y oportunidades laborales en las ciudades.

El “despoblamiento”, se presenta cuando las dinámicas que mencionamos anteriormente, se territorializan y se mantienen constantes. Esto quiere decir que hay lugares específicos que se van “vaciando”.

La despoblación, el envejecimiento de las comunidades rurales y la masculinización de las poblaciones (causada por la migración de las mujeres en la segunda mitad del siglo XX) son particularidades que caracterizan a las dos comarcas en las que viven las mujeres participantes del proyecto, “*las Mujeres Visibles*”.

EL RINCÓN DE ADEMUZ

La comarca del Rincón de Ademuz está conformada por siete municipios: Ademuz (el de mayor población), Castielfabib (el de mayor extensión territorial), Casas Altas, Casas Bajas, Puebla de San Miguel, Torrebaja y Vallanca. Entre todos ellos ocupan una superficie de 370,2 km² y albergan a unos 2.189 habitantes. De estos, 1.012 son mujeres, lo que equivale al 46.2% de la población (INE, 2022).

El tamaño del Rincón de Ademuz es casi el triple del de València, pero solo tiene 7 habitantes por cada kilómetro cuadrado.

De acuerdo con la Consellería de Política Territorial, Obras Públicas y Movilidad, esta comarca es la menos poblada en la provincia y tiene una de las poblaciones más regresivas y envejecidas en toda la Comunitat Valenciana.

A nivel de comarca la edad promedio es de 49 años y hay una tasa de dependencia de 75 personas dependientes por cada 100 que están en edad activa.

Es la comarca con la tasa más baja de empleo (34.8%), y el porcentaje disminuye cuando hablamos de las mujeres (solo el 28.7% de las que están en edad de trabajar tienen un empleo formal).

Los flujos de inmigración son estables en el Rincón de Ademuz. De hecho, el 45% de la población de la comarca está conformada por personas que nacieron fuera de la Comunitat Valenciana. No obstante, la inmigración de otros/as nacionales y de extranjeros/as, no alcanza a contrarrestar las tendencias naturales de decrecimiento poblacional y envejecimiento.

LA PLANA DE UTIEL-REQUENA

La comarca de Utiel-Requena está integrada por nueve municipios: Sinarcas, Camporrobles, Utiel, Fuenterrobles, Caudete de las Fuentes, Requena, Chera, Villargordo del Cabriel y Venta del Moro. La comarca ocupa 1.721 km² y cuenta con una población de 37.536 habitantes. De estos, 18.609 (es decir, el 49.6%) son mujeres (INE, 2022).

Utiel y Requena son los municipios menos envejecidos, con edades promedio de 45 y 43 años, respectivamente. Por el contrario, Chera es el municipio más envejecido con una edad promedio de 55 años.

La tasa de dependencia en la comarca de Utiel-Requena es de 75 personas dependientes por cada 100 en edad activa. El 42% de la población tiene un empleo formal, pero las desigualdades entre hombres y mujeres son evidentes: el 50% de hombres tienen empleo formal, frente a un 34% de las mujeres.

Los datos que ofrece el INE sobre las migraciones a estas tierras en los últimos diez años muestran que el mayor aporte poblacional proviene de otros municipios de la provincia de Valencia. A diferencia del Rincón de Ademuz, en esta comarca sólo el 20% de la población ha nacido fuera de la Comunitat Valenciana. Requena, Utiel, Camporrobles y Sinarcas han sido las que más población externa han acogido y en este caso se observa que la población migrante son mayoritariamente mujeres.

Una ruta hacia el bienestar. Las paradas del camino

- Invitamos a las mujeres del **Rincón de Ademuz y la Plana de Utiel-Requena** a formar parte de Mujeres Visibles, de manera voluntaria.
- Reconocimiento de las realidades de las mujeres participantes, tanto las migradas como las autóctonas y retornadas.
- Grupos focales: Sesiones formativas de diálogos grupales para la (re) construcción colectiva del derecho a la salud, partiendo de lo que entendemos por “salud”.
- Mapeo de activos en salud: Reconocimiento del cada territorio, identificando con las mujeres aquellos recursos que nos generan salud y bienestar en tiempo y espacios.
- Jornadas comunitarias: Salimos a las calles a reivindicar y reclamar nuestros derechos como mujeres en la ruralidad.
- Diálogos con TdD y TdR: Conversamos con mujeres titulares de derechos y mujeres titulares de responsabilidades sobre las cuestiones que más vulneran el derecho a la salud de las mujeres rurales en estas dos comarcas.
- Actividades de movilización y participación social: Realizamos talleres de comunicación, conversatorios, jornadas para sensibilizar y reclamar su derecho a la salud y un encuentro entre las mujeres de las dos comarcas.
- Mesas de concertación: Encuentros de intercambio entre mujeres participantes y técnicas del tejido social y sanitario de las comarcas para generar espacios de diálogo y promover el trabajo conjunto entre las instituciones y la ciudadanía.
- Evaluación y aprendizajes: evaluamos, junto con las Mujeres Visibles, la importancia que le damos al derecho a la salud y a la justicia social en nuestros territorios, y de qué formas podemos promover esta visión en nuestras comunidades.



Nuestras reflexiones

7.1

¿Cómo influye ser mujer en el derecho a la salud?

¿QUÉ ES LA SALUD PARA LAS MUJERES VISIBLES DE LA PLANA DE UTIEL-REQUENA Y EL RINCÓN DE ADEMUZ?

- Una condición compuesta por múltiples dimensiones: cuerpo, emociones, relaciones sociales y oportunidades. Para las participantes resalta que la salud **“es estar bien físicamente, anímicamente, mentalmente”**.
- Es **“vida y bienestar”**. La salud **“es primordial y es prioritaria”**.
- Es uno de los pilares para tener una vida buena.
- La salud es un aspecto que nos facilita seguir desarrollándonos en otros ámbitos: **“si tienes salud consigues todo lo demás, pero sin salud no es fácil”**.
- Destacan aspectos relacionados con el **autocuidado**, el **amor propio** y la **autorrealización**.
- Tener buena compañía.
- Poder alimentarse bien.

¿QUÉ FACTORES DE LA RURALIDAD FAVORECEN UNA BUENA SALUD?

- En la Plana de Utiel-Requena resaltan la tranquilidad, el ambiente favorable para la crianza, el contacto directo con la naturaleza, poder desplazarse a pie y usar el “campo como medio de vida”. Una de las entrevistadas incluso considera que en el área rural **“las posibilidades son mucho mayores que en una ciudad”**.
- En el Rincón de Ademuz también resaltaron la tranquilidad, pues ayuda a **descargar el estrés y las tensiones**; la cercanía con la naturaleza, que permite tener momentos de descanso y ocio, así como **alimentarse con productos naturales locales**. Entre otros beneficios que la ruralidad aporta a la salud, las participantes mencionaron: las **relaciones interpersonales más cercanas** con las y los vecinos, la posibilidad de tener una relación cercana con el o la médica del pueblo, así como el goce de un **medioambiente menos contaminado**.
- Las mujeres migrantes mencionaron la **presencia de redes de apoyo** de personas de su mismo país y religión, así como las redes de **apoyo institucionales** como los ayuntamientos. Valoraron la **buena atención del sistema público sanitario** (pese a su situación administrativa irregular) y la **presencia de servicios** (bancos, telefonía, agua, electricidad, supermercados) e **instituciones educativas accesibles para todas las personas**, sin importar las condiciones socioeconómicas.



¿QUÉ FACTORES DE LA RURALIDAD DIFICULTAN EL DERECHO A LA SALUD?

- La **falta de transporte y las largas distancias** para llegar a los centros de atención sanitaria y hospitalaria son factores negativos ampliamente compartidos. Vuelven la **atención menos accesible**.
- Algunas piensan que los servicios sanitarios no pueden estar desconectados de la infraestructura, por eso mencionan que **“el sistema sanitario ha sufrido un gran revés”** a partir de que se retirara el servicio de tren (concretamente en el municipio de Camporrobles). Esto afecta principalmente a personas mayores o a quienes no tienen, o no pueden conducir, un vehículo propio.
- **Centralización de servicios:** en Utiel-Requena la falta de infraestructura y transporte público también limita su acceso a otros servicios que fortalecerían su salud y bienestar, como los gimnasios y piscinas cubiertas que solo están en Utiel.
- La **dispersión en el territorio de la población**.
- El hecho de que todas las personas se conozcan entre sí, tiene facetas positivas y negativas para la salud de las mujeres. Por un lado, hace sentir que se encuentran en un entorno seguro, por otro lado, genera una **sensación de falta de intimidad**.
- **Implicaciones económicas:** En ocasiones las personas deben ausentarse de sus trabajos todo el día cuando tienen cita en el sistema sanitario, pues necesitan disponer de varias horas para el traslado, así como para la cita médica en sí misma.
- **Falta de infraestructura inclusiva:** son insuficientes los espacios públicos e infraestructura adaptados a las necesidades de las personas con movilidad reducida y personas en situación de discapacidad. Esto cobra relevancia dadas las características geográficas de la comarca como el Rincón de Ademuz, donde suele haber elevaciones y bajadas pronunciadas.
- **Desatención hacia la población mayor:** No hay programas de apoyo al domicilio en modalidad nocturna, así como residencias y centros de día que cumplan las necesidades de las y los pobladores más mayores. Algunas mujeres han manifestado que una de sus preocupaciones principales es la **soledad**. **“Hay algo que te hace ser invisible, y es la edad. Cuando te haces mayor dejas de ser visible”**.
- **Insuficientes recursos sanitarios:** También trajeron a colación el hecho de no contar con médicos y médicas especialistas en sus pueblos. Así como, la poca disponibilidad de fechas y horarios para la asignación de citas con especialistas en los municipios donde existen.
- Sensación de abandono por parte de las autoridades de gobierno: **“Nos tienen en el olvido”**. **“Cuando un médico(a) no está, no mandan otro”**.
- Otra situación mencionada, pero que no es exclusiva a la ruralidad, es el **trato deshumanizado** por parte de algunos y algunas prestadoras de servicios de salud (Titulares de responsabilidad). Algunas de las participantes migrantes de Utiel-Requena compartieron que el trato también es desigual hacia las personas extranjeras: **“Nosotras que no somos de aquí... a ustedes las tratan bien, pero a una no”**.
- Desde las experiencias de personas migrantes, se menciona: el **depender de trabajos temporales** durante el verano, los cuales condicionan la estabilidad socioeconómica de las familias; el dedicarse a trabajos del hogar y los cuidados, que pueden colocar a las mujeres en situaciones de **precarización laboral**; así como los trámites complicados y lentos para regularizar su situación como persona o como familia migrante. **“Vivir sin papeles es difícil porque se tienen menos derechos”**, mencionan.



7.2

¿Cómo influye ser mujer en el derecho a la salud?

En este camino se ha evidenciado que no existe una clara apropiación del enfoque de género para leer la cotidianidad de la vida de las mujeres. Algunas de ellas consideran que ser mujer no les afecta su derecho a la salud, sin embargo, al trabajar con ellas en los grupos focales han podido reflexionar sobre cómo los roles de género impactan en su estado de salud y afectan su acceso a atenciones sanitarias regulares, preventivas o específicas por ser mujeres.

Como consecuencia de esto, se evidenció que sí que hay diferencias por razones de género y se reflexionó sobre los desafíos para superar esas diferencias:

INFLUENCIA SOBRE LA SALUD FÍSICA

- Las **distribuciones desiguales de los trabajos del hogar y los cuidados en las familias y de los trabajos domésticos**, que son actividades que suelen requerir de esfuerzo físico. Ante la pregunta de cuáles son las cosas que las mujeres hacen para cuidar a otros y otras, llama la atención que una participante de Utiel-Requena mencionó **“dormir menos”**, haciendo referencia a la doble jornada que realizan las mujeres. También se mencionó en el Rincón de Ademuz que **“parar está mal visto”** por lo que muchas mujeres no gozan ni de ocio ni de descanso.
- Mencionaron algunas haber vivido **violencia obstétrica y ginecológica** por parte de personal médico en la atención al embarazo y al parto. En este aspecto, las participantes del Rincón de Ademuz también mencionan que no se da la información necesaria sobre el proceso, y que no tuvieron elección propia sobre si sería un parto natural o no.
- En Utiel-Requena también mencionaron que **falta educación sexual, la planificación familiar o la inasistencia y acompañamiento a los procesos de climaterio y menopausia**. En el Rincón de Ademuz también se coincidió en que hay poca información sobre temas del derecho a la salud afectiva y sexual de las mujeres. Señalan que culturalmente existen tabús respecto a asuntos como la menopausia, el debilitamiento del suelo pélvico, e inclusive la andropausia (que es algo que afecta a la relación con la pareja). Las participantes mencionaron que sobre estos temas se tiene nula información, y que harían falta cursos e información.

INFLUENCIA SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

- Algunas participantes del Rincón de Ademuz mencionan haber vivido **depresión y/o ansiedad**. En Utiel-Requena, este es un tema que algunas entrevistadas consideran que no es lo suficientemente atendido por el sistema público.
- En grupos focales con mujeres del Rincón de Ademuz, se comentó que muchas veces las mujeres deben **reprimir ciertas emociones** y que también les **hacen falta de espacios seguros para expresarse**.
- Las **expectativas** de los roles de género crea en las mujeres **cargas emocionales** que afectan su salud mental y emocional. Llegan a experimentar **sentimientos de culpa** cuando no quieren apoyar con el cuidado de alguien o ayudar con otros “favores”.
- En Utiel-Requena se reflexionó, a través de un cuento escrito por una de las participantes, acerca de cómo a las mujeres, **desde niñas, se les enseña a sentir miedo o culpa**, a través de elementos como la religión.
- La **sexualización y cosificación de los cuerpos** de las mujeres, y la expectativa de que cumplan con ciertos estándares de belleza. Una participante del Rincón de Ademuz comenta: “A las mujeres nos dicen cosas sobre el cuerpo, sobre si está relleno, incluso te dicen cómo debes comer... Sin embargo, a un hombre no le dicen estas cosas”. Una participante del Utiel-Requena ha comentado que su apariencia física, le ha generado a lo largo de su vida depresión.
- Las participantes también hacen referencia a que en las áreas rurales necesitan **más atención** en salud mental para **sanar heridas** y soltar el pasado.
- Muchas afectaciones a la salud mental y emocional de las mujeres participantes vienen de haber tenido que **asumir responsabilidades de adultas siendo niñas**. En el caso de una participante de Utiel-Requena, quien compartió que le tocó **convertirse en la figura materna** de sus hermanos menores luego de que su madre migrara, mencionó que este hecho afectó sus oportunidades de estudiar y llevar sus etapas de niñez y adolescencia convencionalmente: “**A los 14 años me sacaron de estudiar, no me dijeron ¿lo quieres?, sino, lo haces y ya está**”.
- Finalmente, algunas participantes migrantes que habitan en la comarca de Utiel-Requena también enfatizan en la **tristeza y la soledad** que han sentido tras migrar y tener que distanciarse de sus familias.



SOBRE LA SALUD EN LAS RELACIONES

- En el Rincón de Ademuz se habló de cómo las mujeres que tienen hijas/os muchas veces quedan en un segundo plano: **“reduces la vida social, el contacto se reduce mucho, incluso contigo misma”**.
- En la comarca también se habló de la **falta de oportunidades para tener espacio personal**, y que esto también ocurre a raíz del cuidado de sus padres o madres que ya son personas mayores.
- El cuidado de padres y madres también repercute en que algunas participantes sientan que sus **relaciones con sus hermanos** y hermanas (pero especialmente hermanos, hombres) **se dañen**, debido a que la distribución de las responsabilidades y costes económicos recae en ellas.
- En Utiel-Requena se comentó sobre cómo algunas mujeres han experimentado **malas relaciones con sus padres o madres**. Se mencionó un caso de “abandono desde el vientre...él me negó... él quería un niño y nació una niña”.
- Al recordar sobre su niñez, algunas mujeres de Utiel-Requena mencionaron haber presenciado **violencia doméstica** de su padre hacia su madre, cuando eran niñas. O incluso, vivir violencia de parte de sus padres, y no haber podido desarrollar una vida social más activa.
- Otro aspecto mencionado en ambas comarcas fue el tema de las relaciones de pareja. En Utiel-Requena algunas participantes compartieron que en el pasado tuvieron **relaciones violentas**. En el Rincón de Ademuz, algunas participantes reflexionaron sobre la **dependencia** que las mujeres pueden llegar a tener en relación con otra persona, en especial la pareja, y que la forma en que hemos sido socializadas muchas veces nos lleva a **“buscar al príncipe azul”**.
- Algunas participantes de Utiel-Requena enfatizaron que el hecho de haber atravesado situaciones difíciles en sus vidas, y no haberlas tratado, provocó que se volvieran **más estrictas con sus propios/as hijos/as**.

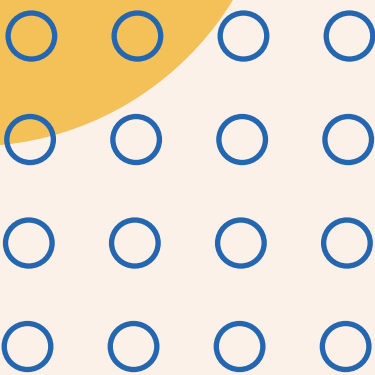
SALUD EN TÉRMINO DE OPORTUNIDADES

- En Utiel-Requena se habló de la **falta de recursos para los cuidados de personas dependientes** (sean niños/as, menores o personas mayores). Según las participantes del Rincón de Ademuz, este aspecto impide que las mujeres puedan integrarse al mercado laboral, o que no quieran tomarse la baja por maternidad aunque les corresponda. Y en el caso de aquellas mujeres que trabajan de manera informal, este beneficio no está garantizado.
- Debido a la doble jornada de trabajo, mujeres en el Rincón de Ademuz mencionan que tienen **limitados periodos para tomar descansos** o poder ir de vacaciones.
- En su poema “Fui feliz”, un grupo de mujeres de Utiel-Requena mencionan las **renuncias personales** que, como mujeres, tuvieron que hacer al conformar una familia y tener hijos/as (por ejemplo, **renunciar a continuar con su educación** para dedicarse al cuidado de la familia).
- En el Rincón de Ademuz, las mujeres mencionaron su preocupación en torno a cómo los oficios y conocimientos tradicionales se están perdiendo (ya que por el despoblamiento no hay oportunidad de tener un relevo generacional).
- Desde la perspectiva de una mujer migrada en el Rincón de Ademuz, en comparación con su país de origen, en la comarca hay mayor libertad de acción para las mujeres. Tienen la oportunidad de estudiar y acceder a más años de escolarización. También menciona que ha encontrado espacios y momentos de convivencia con otras mujeres musulmanas que viven en Ademuz y con sus hijos e hijas. Y que hay una mejor atención materno-infantil en España, a comparación de la que experimentó en su país.

Mirada al territorio con ojos de mujer: nuestros activos para la salud

A partir de los paseos por el territorio que realizamos con las Mujeres Visibles de la Comarca de la Plana de Utiel-Requena y del Rincón de Ademuz, las participantes y otras personas miembros de la comunidad que se unieron a estos recorridos, identificaron los recursos y activos presentes en sus municipios que contribuyen a aportarles salud y bienestar.

Hemos seguido la metodología propuesta por Xarxa Salut, que es la estrategia de la Generalitat Valenciana para territorializar el IV Plan de Salud. Según esta estrategia, “los activos son cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y conservar la salud y el bienestar, así como para ayudar a reducir las desigualdades en salud”.²



² (Guías Xarxasalut: 2. Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos, pp.14).

Los activos identificados por las mujeres participantes en los dos territorios los hemos agrupado en las siguientes categorías:

Personas:

Teniendo en cuenta lo que destacaron las participantes del municipio de Ademuz, “todas las personas tenemos la capacidad de generar bienestar en nuestro entorno”. De esta manera, hay personas que bien por su activismo, o por la labor que desempeñan en sus comunidades, suponen un activo de salud para un amplio grupo de la población.

Asociaciones y organizaciones:

Espacios colectivos compuestos por personas residentes en las dos comarcas, formalizados o no, que les unen debido a intereses particulares para el desarrollo de actividades y generan red de apoyo. Algunos de estos espacios tienen claramente definida la línea de trabajo por los derechos de las mujeres y otros son espacios que obedecen más a las tradiciones culturales y religiosas.

Espacios verdes:

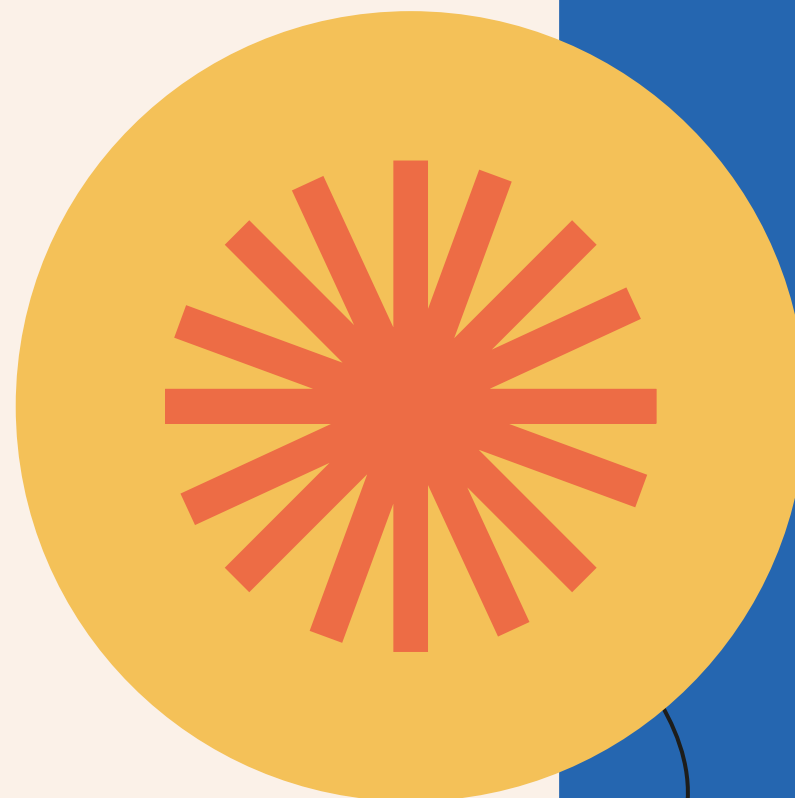
Las participantes reflexionaron sobre el componente sanador de la naturaleza, la conexión de ciertos lugares con sus procesos vitales y el arraigo que los entornos naturales crean en la población en sus respectivas comarcas. Los parajes naturales han sido los que más fácilmente se han identificado como activos para la salud. No solo permiten a las pobladoras rurales mantener actividades deportivas y de ocio al aire libre en beneficio de su salud física, sino que repercuten positivamente en su salud mental y en algunos casos social, al generarse grupos que realizan rutas senderistas aportando, en consecuencia, oferta de ocio alternativo.

Lugares de memoria rural:

En las dos comarcas resaltaron estos lugares de memoria como fuentes de sentimientos de pertenencia, de identidad y de arraigo territorial. Son además patrimonio histórico y pueden convertirse en focos de atracción para el turismo y así ayudar a reactivar la economía. Por ende, se consideró importante abogar por su mantenimiento, conservación y restauración.

Recursos institucionales:

No basta con que existan infraestructuras y recursos en el territorio provistos por el aparato gubernamental. Es necesario para convertirse en activos para la salud, que los mismos sean reconocidos mediante la apropiación de la ciudadanía como fuentes de bienestar y salud.



Trabajamos con un enfoque de salud comunitaria basada en activos. Con esto nos referimos a que dedicamos tiempo y esfuerzos para que las poblaciones sean capaces de identificar y de reconocer todas aquellas personas, lugares o instituciones que les generan salud y bienestar a nivel de comunidad. Con tal suerte, que este ejercicio sirva para que las comunidades se empoderen y participen en el proceso de creación de políticas y medidas relacionadas con su salud y que refuercen sus capacidades para dinamizar los recursos y los activos con los que cuentan en sus comunidades, para así promover y proteger la salud local (Ministerio de Sanidad, 2021; Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2018).

Mapeo de los recursos y fuentes de salud y bienestar de las mujeres participantes



Mapa de activos en salud

Ademuz



PERSONAS QUE GENERAN SALUD

Todas las personas tenemos la capacidad de generar salud en nuestro entorno.

ASOCIACIONES Y/O GRUPOS

- 1 Grupo de Mujeres Visibles
- 2 Grupo Alpino
- 3 Hogar de jubiladas
- 4 Sociedad Musical
- 5 Grupo de patchwork
- 6 Rondalla Musical (Tocadores)

RECURSOS INSTITUCIONALES

- 1 Oficina de Igualdad de Ademuz
- 2 Escuela de personas adultas
- 3 Espacio de mujeres
- 4 Rocódromo

ESPACIOS VERDES

- 1 Río Bohígues
- 2 Ruta hasta el chiringuito
- 3 Ruta hasta Casas Altas
- 4 Ruta del Turia a La Celadilla
- 5 El Pico Castro
- 6 Los Zafranares

LUGARES DE MEMORIA

- 1 La ermita de Santa Bárbara
- 2 El Cubo de José Maroto
- 3 La plaza de la Iglesia
- 4 La ermita de la Virgen de la Huerta
- 5 La fuente vieja
- 6 El lavadero
- 7 El Molino de la Villa
- 8 El Molino de Efrén

Mapa de activos en salud

Camporrobles



PERSONAS QUE GENERAN SALUD

- 1 Inma (la enfermera)
- 2 María Luisa (del Ayuntamiento)
- 3 Maribel (profesora)
- 4 Bea (de la sociedad musical)
- 5 Sara (de la Sociedad Española de Agricultura Ecológica)

RECURSOS INSTITUCIONALES

- 1 Poematerapia
- 2 Servicios sociales
- 3 Gimnasio
- 4 Parque de mayores

ASOCIACIONES Y/O GRUPOS

- 1 Tren a Camporrobles
- 2 Poematerapia
- 3 Talleres de memoria
- 4 Amas de Casa
- 5 Campeonato de Fútbol
- 6 Escuela de Música
- 7 Karate

ESPACIOS VERDES

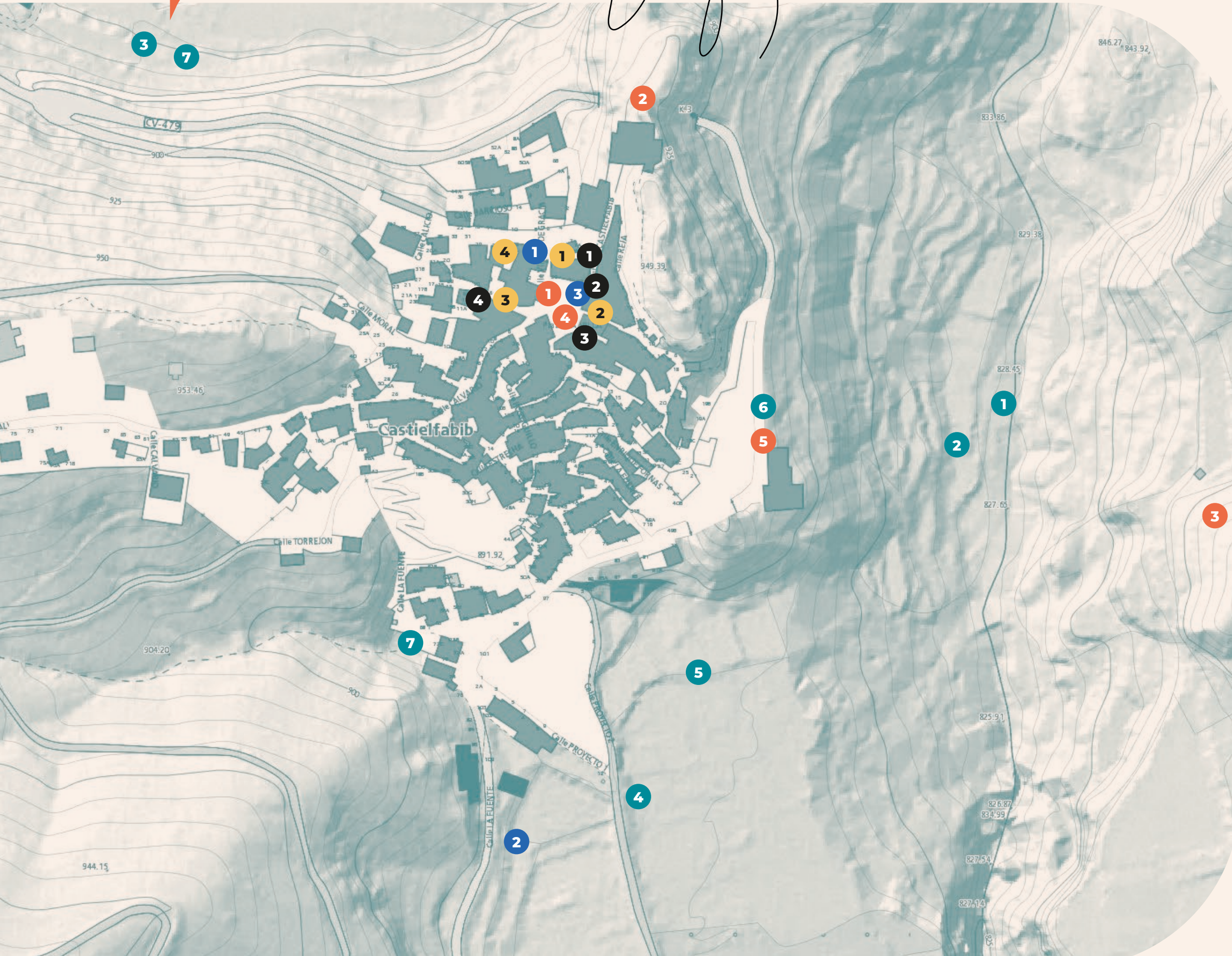
- 1 El Molón
- 2 Cerrito
- 3 Piscina
- 4 Pozo de los Pitos
- 5 Cueva de la campana
- 6 Diente del Quijar
- 7 Ruta de la Avenida de la Balsa

LUGARES DE MEMORIA

- 1 Pozo Concejo
- 2 Fábrica de Harinas
- 3 Museo
- 4 Centro Cultural
- 5 Centro de Interpretación El Molón

Mapa de activos en salud

Castielfabib



PERSONAS QUE GENERAN SALUD

- 1 Ana (agente de desarrollo local del Ayuntamiento)
- 2 Cesáreo
- 3 Dra. Feli

ASOCIACIONES Y/O GRUPOS

- 1 Grupo de Mujeres Visibles
- 2 Grupo de costura
- 3 Asociación Cultural de Castielfabib
- 4 Grupo de música tradicional

RECURSOS INSTITUCIONALES

- 1 Agencia de desarrollo local del Ayuntamiento
- 2 Centro de salud
- 3 Biblioteca
- 4 Local social (Escuela)

ESPACIOS VERDES

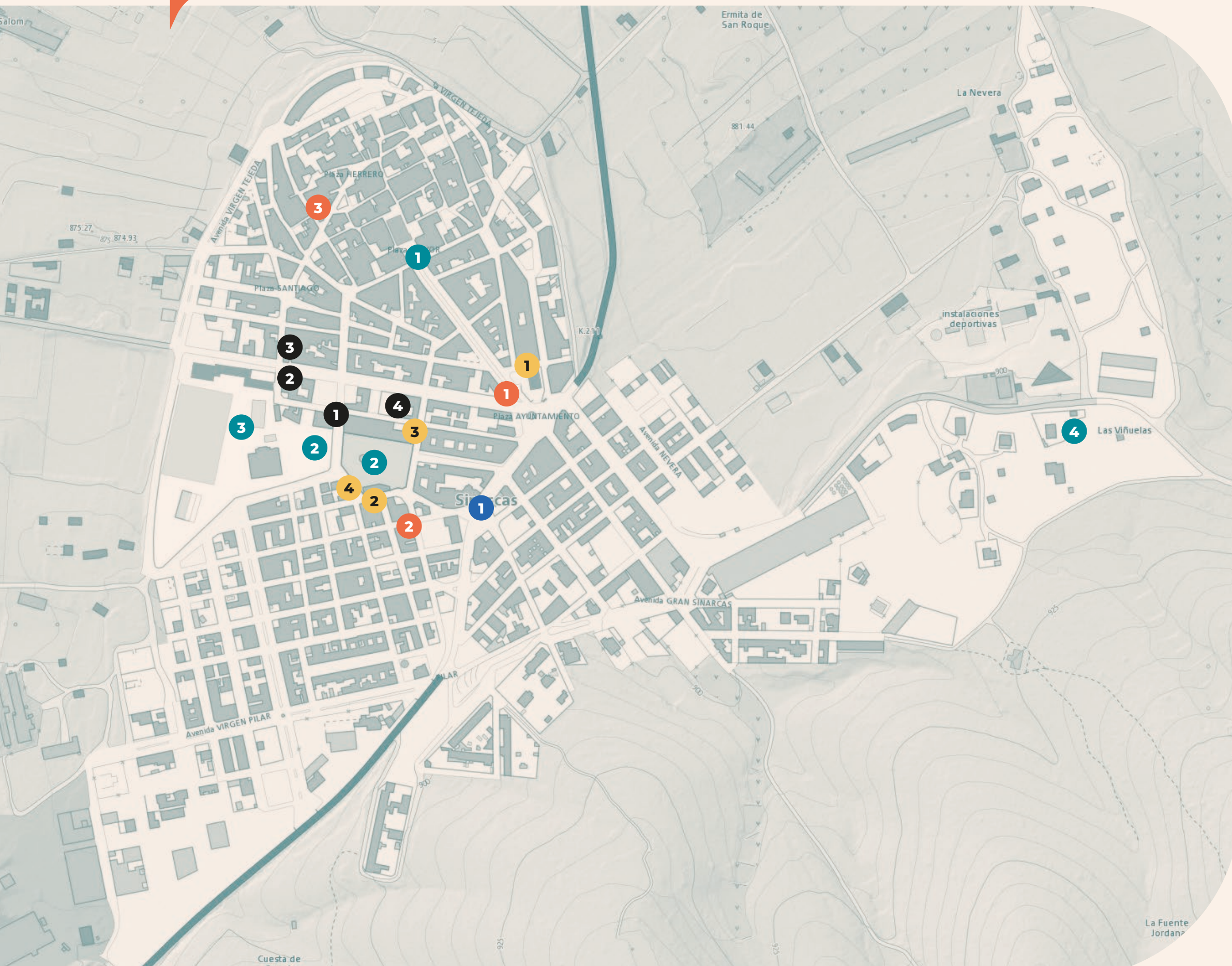
- 1 Río Ebrón/ Molino de papel
- 2 Ruta huellas del Ebrón
- 3 Área recreativa del Huerto del Cura
- 3 Ruta la Vega de Zaragoza / Huertos familiares de autoconsumo
- 5 Vía Ferrata
- 6 Mirador Peña Garrate
- 7 Parques infantiles

LUGARES DE MEMORIA

- 1 Plaza de la Villa y Casa de la Villa
- 2 Iglesia-Fortaleza de Ntra Señora de los Ángeles
- 3 Convento de San Guillermo
- 4 Ruta patrimonial
- 5 Casa del Cura

Mapa de activos en salud

Sinarcas



PERSONAS QUE GENERAN SALUD

- 1 Las mujeres. Amigas, familiares, técnicas administrativas y sanitarias del municipio.

ASOCIACIONES Y/O GRUPOS

- 1 La Coral de Sinarcas
- 2 Amas de casa
- 3 Asociación de jubilados
- 4 Banda de música

RECURSOS INSTITUCIONALES

- 1 Gimnasio público
- 2 Colegio
- 3 Escuela para adultos
- 4 Gimnasia para mayores

ESPACIOS VERDES

- 1 Fuente de agua del manantial
- 2 Parques
- 3 Piscina
- 4 Centro de Turismo Rural "Las Viñuelas". Punto de inicio de numerosas rutas, como:
 - Cerro Carpio
 - El Regajo
 - El Charco Negro
 - Las Palomarejas
 - Peña las Grajas
 - Los Lavajos

LUGARES DE MEMORIA

- 1 Casco antiguo
- 2 Fábrica de harinas
- 3 Casa museo

Mapa de activos en salud

Utiel



PERSONAS QUE GENERAN SALUD

- 1 Isidora (Presidenta de la Marca Calidad)
- 2 Carmen (Presidenta de la Asociación de Comercio)

ASOCIACIONES Y/O GRUPOS

- 1 Asociación de Comercio
- 2 Asociación Cultural La Serratilla
- 3 El Mercado semanal
- 4 Asociación de recreadores de Utiel-Requena: Pólvora y Fuego
- 5 Karate

RECURSOS INSTITUCIONALES

- 1 Piscina cubierta
- 2 Polideportivo
- 3 Casa de la Cultura/biblioteca

ESPACIOS VERDES

- 1 El bosque y las colinas
- 2 Río Magro
- 3 El merendero
- 4 Pico del remedio

LUGARES DE MEMORIA

- 1 Yacimiento Ibérico la Mazorra
- 2 La cooperativa, en donde las mujeres han participado en procesos de toma de decisión
- 3 La bodega redonda
- 4 Las bodegas subterráneas del siglo XVIII
- 5 Escultura del pintor-escultor Felipe García Haba
- 6 Iglesia Colosal
- 7 Ermita y el Museo del Ermitaño
- 8 Centro de Interpretación de la Villa Medieval

Vallanca



PERSONAS QUE GENERAN SALUD

- 1 Natalia
- 2 Christian
- 3 Bibi

ASOCIACIONES Y/O GRUPOS

- 1 Grupo de Mujeres Visibles
- 2 Las Roseras

RECURSOS INSTITUCIONALES

- 1 Antiguas Escuelas
- 2 Consultorio médico
- 3 Farmacia

ESPACIOS VERDES

- 1 Los nogales
- 2 El árbol de las Roseras
- 3 El río Bohilgues,
- 4 La huerta
- 5 Ruta del Hontanar

LUGARES DE MEMORIA

- 1 La fuente podrida
- 2 La Teja
- 3 Plaza de Vallanca
- 4 Iglesia Ntra. Sra. de los Ángeles
- 5 El lavadero y las fuentes
- 6 Ermita de San Roque
- 7 Descansadero de la Virgen del Santerón

El aporte de mujeres que trabajan por otras mujeres: Las Titulares de Responsabilidad

Las mujeres titulares de responsabilidades en las dos comarcas tienen un papel importante en la prestación de servicios sociales y sanitarios a la población. Aunque aportan sus conocimientos y trabajo, se enfrentan a condiciones institucionales que limitan el alcance de su labor.

Mediante entrevistas semiestructuradas hemos recogido sus impresiones sobre la situación del derecho a la salud y el bienestar de las mujeres en las dos comarcas, como resultado se puede evidenciar que existen muchos puntos comunes propios de los territorios rurales.

Los siguientes son los limitantes comunes que enfrentan las TDR en las dos comarcas:

- **Dificultades a la hora de fijar población.** Esto afecta tanto a la población en general como a las personas que desarrollan su labor **en el ámbito sociosanitario**. Esta inestabilidad **dificulta la implementación de planes y programas a largo plazo**.
- **Alto porcentaje de mujeres adultas toman medicación para afecciones en el campo de la salud mental.** Ante la incapacidad del sistema sanitario para dar respuesta a la gran demanda de atención psicológica y con enfoque de género, se percibe que existe una sobre medicación a las mujeres que podría ser sustituida por terapias alternativas para trabajar tanto en la prevención como en el abordaje de los problemas de salud mental.
- **Medidas de conciliación insuficientes.** Este eje atraviesa tanto a las mujeres participantes como a las mujeres que trabajan por otras mujeres. Las TdR mencionan tener una alta carga de trabajo que limita su trabajo y su salud.
- **Insuficientes recursos para garantizar el Derecho a la Salud Sexo-Afectiva y Reproductiva de las mujeres** de ambas comarcas, ya que no existen servicios de atención a problemas relacionados con la atención y rehabilitación de los problemas del suelo pélvico. Además, existe un gran desconocimiento sobre temas como: dispareunia, sangrado, pólipos, climaterio y menopausia.
- **Hay una cultura que normaliza las violencias de género o las invisibiliza,** persisten los bajos índices de denuncia, sobre todo en poblaciones de menor número de habitantes por miedo a la exposición pública y la falta de anonimato. Esto hace que muchas mujeres vivan constantes agresiones, preocupando especialmente la situación de las mujeres más mayores. En ocasiones sus familias y personas allegadas ejercen presión “mediando”³ para que no se realice la denuncia.
- El cuidado de personas en situación de dependencia, bien sea entre parejas, sobre todo las de mayor edad, padres, madres y descendencia, recae en las mujeres. Por lo tanto, **el rol de cuidado está feminizado**, especialmente en los núcleos más despoblados.
- **La soledad no deseada** es un tema muy preocupante en ambas comarcas, especialmente entre las mujeres mayores. Este problema se ha incrementado con la pandemia.
- Es necesario **seguir trabajando la perspectiva de género**, tanto en los centros educativos como en las instituciones donde la mayoría de personas que trabajan no cuentan con esa formación.
- La dispersión geográfica es un factor que dificulta que las mujeres se reúnan, especialmente por la **deficiencia en la red de transporte público**.

³ Es importante mencionar que la mediación no es posible en casos de violencia de género, razón por la cual en el texto va en entrecorillado.

- Hay que trabajar para **incentivar la participación ciudadana y la autonomía** empleando medios alternativos, para lo cual hay que ofrecer formación, ya que existe una brecha tecnológica en las mujeres, especialmente en las más mayores, que las hace dependientes para relacionarse con medios online.
- Es necesario **fortalecer la labor de las Oficinas de Pangea para atención integral de mujeres migrantes**, tanto en la aplicación de recursos humanos disponibles como en la interlocución con entidades centrales para abordar efectivamente sus situaciones de regularización e integración.
- A pesar de que las mujeres son el motor, el corazón y las protagonistas de la actual ruralidad, **no acceden con la afluencia esperada a las formaciones ofrecidas para potenciar sus emprendimientos económicos**. La brecha tecnológica y la conciliación familiar son los principales obstáculos para su participación en formaciones online. Esto limita el fomento del emprendimiento entre las mujeres. Además, muchas no cuentan con recursos que les permita emprender sin depender de préstamos, ya que los programas públicos no tienen anticipos. A pesar de todo, la percepción es que las pocas mujeres que emprenden con ayuda de subvenciones públicas suelen terminar el proceso y tienen más estabilidad que inclusive los hombres.

Por otro lado, encontramos limitaciones específicas de cada comarca:

RINCÓN DE ADEMUZ

- Se presentan **limitaciones en términos de recursos humanos**. Solo hay **2 médicos con plaza fija y solo una de las enfermeras de las cuatro que hay para todo el Rincón es fija**. Cuando se da una baja esta queda sin cubrir, lo que genera una **sobre carga de trabajo** aún mayor. Esto se da, en parte, por la falta de una respuesta efectiva desde la administración para cubrir las plazas vacantes; y en parte, por la falta de motivación y disposición del personal sanitario para trasladarse a la comarca.
- **No cuenta con matrona fija**. Solo visita el Rincón una vez al mes, por lo que no puede acompañar a las mujeres en las distintas etapas de sus vidas, más allá del embarazo y el parto.
- **Todas las especialidades, incluida ginecología, están derivadas en el Hospital de Llíria**, que es el que le corresponde a la comarca y se encuentra a dos horas de distancia. Aunque también tienen un convenio con el **Hospital de Teruel**, el cual se encuentra a una hora de distancia.
- **La cultura de asociacionismo y de participación ciudadana necesita ser fortalecida**. Desde el servicio de juventud se realizan múltiples actividades con el objetivo de promover la participación y el ocio saludable entre la población más joven, pero se presentan grandes retos en torno a la construcción y movilización y una identidad común que facilite la cooperación.
- **No hay Unidad de Conductas Adictivas (UCA) en la comarca**. La UCA a la que corresponde el Rincón de Ademuz es la de Montcada, de nuevo a dos horas de camino en vehículo propio. Algunos casos de consumos y adicciones se derivan a Teruel, pero solo para seguimiento. Esta no atiende los casos de Ademuz que requieren de hospitalización. La falta de oferta de ocio cultural es un problema, especialmente entre la población masculina adulta, la cual, tradicionalmente, ha recurrido al consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, como su principal actividad de ocio. Sin embargo, los problemas de consumo y adicciones de los hombres tienen también un impacto directo en la salud y bienestar de las mujeres y de sus familias.

UTIEL-REQUENA

- **Se evidencia que hay poco personal sanitario**, a pesar de estar ubicado el hospital de Requena como principal hospital del Departamento de Salud⁴, no es atractivo para el personal sanitario ir a vivir y trabajar allí, lo que ocasiona largos tiempos de espera para las especialidades. En general, se percibe que hay poca inversión rural, que facilite el acceso a los servicios a las mujeres, sobre todo a las que viven más lejos.
- **Las mujeres acuden a los servicios sanitarios de matrona y ginecología, sobre todo en su época reproductiva, posteriormente no suelen acudir, o acuden tarde** cuando sufren patologías complejas como cáncer. Se ha normalizado las dolencias relacionadas con el ciclo menstrual, y con el suelo pélvico, como la incontinencia urinaria. No hay formación en salud a las mujeres para saber cuándo consultar.
- Dentro del grupo de mujeres migrantes se percibe que algunas de ellas acuden a las citas médicas con sus maridos, ya que no hablan el castellano, esto hace que **no se pueda diagnosticar adecuadamente situaciones de violencia de género, y que las mujeres no tengan autonomía y privacidad con sus gestiones sanitarias**.
- A pesar de contar con 42 nacionalidades empadronadas en municipios como Utiel, y pese al esfuerzo de los servicios sociales, **no se pueden desarrollar programas que respondan a esa diversidad cultural por la falta de recursos humanos y económicos**. Por esto, no se ha hecho seguimiento a casos de mutilación genital femenina, o matrimonios forzados dentro de la población migrante. En los últimos años, se ha incrementado la llegada de mujeres de origen colombiano a la zona, sobre todo madres solteras con hijas e hijos a cargo. Las mujeres de origen magrebí suelen participar en menos proporción en actividades promovidas por las municipalidades, en comparación con mujeres de otras nacionalidades.
- A pesar de tener ocho municipios, en esta comarca **hay una deficiencia de personal que atienda los asuntos de igualdad de género, prevención y atención de las violencias**, lo que genera sobrecarga laboral en las técnicas disponibles, por lo cual las acciones que pueden promover son limitadas, dejando algunas áreas sin poder intervenir como el asociacionismo.
- **La población de mujeres migrantes no participa en programas que fomenten el emprendimiento** porque no cumplen con los requisitos establecidos. Además, no se ha diseñado una oferta que se adapte a su realidad. Aquellas que están en situación irregular no pueden pedir préstamos ni estar en formaciones regladas, o acceder a servicios como la Escuela de Adultas. Están empleadas (no legalmente), pero sus salarios son inferiores que los de las mujeres autóctonas.

⁴ Este hospital atiende a las comarcas de La Plana de Utiel-Requena, Valle de Ayora-Cofrentes, el municipio de Siete Aguas de la Hoya de Buñol y el municipio de Benageber de los Serranos

¿Qué podemos hacer por la salud de las mujeres en el territorio rural?

Este camino ha servido para abrir nuevos horizontes hacia los que dirigirnos. Los territorios donde empezamos no son los mismos al finalizar el proyecto.

A continuación presentamos el producto del trabajo conjunto entre las mujeres participantes del proyecto y el personal técnico del tejido sociosanitario de las dos comarcas. A través de las mesas de diálogo han podido poner en común sus visiones, y han proyectado posibles escenarios de actuación para dar respuesta, desde sus posibilidades, a los limitantes para la garantía del derecho a la salud y el bienestar de las mujeres.

Es importante mencionar que algunas cosas quedan sin respuesta, en un escenario de incertidumbre, y si bien, algunas cosas dependen del desarrollo de políticas públicas a nivel autonómico y nacional, ellas (participantes y técnicas) apuestan por hacer de la salud una realidad desde un enfoque de género, intercultural, territorial y comunitario.

Hemos clasificado sus propuestas en términos de acciones factibles, primero para mejorar la salud individual, segundo para mejorar la salud relacional y de las comunidades, y tercero para mejorar las oportunidades de desarrollo de las mujeres en los territorios rurales. Por colores, se destaca el trabajo de cada comarca, sin embargo, las líneas de acción propuestas son pertinentes y posiblemente aplicables en ambos territorios.



Acciones para mejorar la salud individual de las mujeres(física y emocional/mental)

Mejorar la confidencialidad/intimidad en las consultas de los centros de salud.

Facilitar actividades físicas con enfoque de género (por ejemplo, gimnasia de suelo pélvico).

Realización de talleres dirigidos a mujeres migrantes sobre el abordaje del proceso migratorio.

Difusión del servicio de psicología de Servicios Sociales para trabajar temas de salud de las mujeres mental/emocional como la tristeza y la soledad.

Promoción de la gestión emocional a través de talleres de formación a mujeres.

Realización de actividades para el envejecimiento activo de las mujeres mayores en los municipios y aldeas sobre todo las más despobladas.

Salud relacional de las mujeres y las comunidades

Promover actividades que faciliten la interacción de los distintos colectivos de mujeres que habitan la comarca (jóvenes, mayores, migrantes, trabajadoras del hogar y los cuidados, autóctonas, retornadas, , emprendedoras, entre otras).

Respaldar la participación de la ciudadanía en sus iniciativas de salud comunitaria como las aulas de respiro, la red de mujeres contra la violencia de género o la facilitación de técnicas alternativas de bienestar.

Socializar el mapeo de activos para la salud construido por las mujeres para potenciar la dinamización comunitaria de dichos activos.

Promover una campaña de sensibilización a la ciudadanía comarcal en torno al aporte de la diversidad y la prevención del racismo.

Promover acciones de sensibilización en los municipios e información sobre la violencia de género.

Salud en oportunidades para las mujeres

Promover espacios de diálogo y trabajo conjunto entre la ciudadanía y las instituciones públicas. (Consell de Salut de Xarxa Salut...)

Ampliar la oferta formativa que se realiza desde el centro de salud a las mujeres de distintas edades.

Generar acciones que contribuyan a la garantía del derecho a la salud de las mujeres en el territorio rural.

Promoción del asociacionismo y la participación de la ciudadanía en la reivindicación de sus derechos: (en la Tierra Bobal se propone la promoción del asociacionismo de las mujeres migrantes; en el Rincón de Ademuz la creación de una plataforma de asociaciones de mujeres de toda la comarca).

Promover el uso de nuevas tecnologías para mejorar la empleabilidad de las mujeres y potenciar sus capacidades para usarlas.

Facilitación de espacios físicos/locales para que se reúnan los distintos grupos y asociaciones.

Promover acciones de formación e información a mujeres con emprendimientos económicos y sociales que faciliten su ingreso a las subvenciones públicas.

Acuerdos de la comarca del Rincón de Ademuz

Acuerdos comunes en ambas comarcas

Acuerdos de la comarca de la Plana de Utiel Requena

MUJERES VISIBLES

→ EN EL TERRITORIO RURAL VALENCIANO



¿Qué poca cosa parece una gota de agua, verdad? Érase que se era, una diminuta, frágil y vulnerable gota de agua que, inconsciente de su naturaleza, de su pequeñez se lamentaba. Se percibía sorda, ciega y reventada. Desde ese lugar ilusorio y desesperanzada decidió que debía emprender la marcha siguiendo la llamada del sol y de la luna, padre y madre de las mareas. DIRECCIÓN.

En su viaje coincidió con otras gotas, unas más grandes que ella, otras más pequeñas, unas más claras, otras más oscuras, unas más anchas, otras más estrechas, unas más recientes, otras más viejas. Las miró y vio que eran muchas, cada una de distinta forma y manera, pero todas de la misma sustancia en esencia. VISIÓN.

Y se juntó con una, y se les unió a la otra, y se fundieron en aquellas, y fueron muchas, y alfombraron juntas el mar del que estaban hechas, y en su unión descubrieron su fuerza ilimitada, y se supieron océano. Comprendieron lo inconcebible de estar solas y separadas las unas de las otras, y nunca jamás se sintieron diminutas, frágiles, ni vulnerables, experimentándose invencibles en las otras. CONOCIMIENTO.

MORALEJA: Así como las gotas de agua conforman el océano, cuando el yo encuentra al tú y al ella y se dejan a un lado las individualidades, se transforman en nosotras y en nosotras radica nuestro poder. Las mujeres accedemos a nuestra fortaleza.

Y... Colorín Colorado, ¡este cuento ya ha empezado!

María Vigo, participante del proyecto