

“¿Por qué no ser agentes de salud nosotras/os mismas/os?”: Mujeres y políticas de salud en un movimiento campesino argentino

Mariela Pena¹

Recibido: 15 de julio de 2017 / Aceptado: 27 de febrero de 2018

Resumen. A través de un estudio etnográfico de las acciones políticas en torno a la salud construidas por el Movimiento Campesino de Santiago del Estero-Vía Campesina (MOCASE-VC) de Argentina, analizamos su relación en tanto actor colectivo con el sistema público de atención a la salud, y dentro de este marco exploramos las estrategias emprendidas por las mujeres campesinas en torno a su salud sexual y (no) reproductiva. Argumentamos que la organización ha creado una perspectiva propia que hemos denominado como *apropiación crítica-contestación estratégica* respecto del modelo médico y sanitario, englobada a su vez en su postura política más general. Esta trayectoria provoca un giro subjetivo en las mujeres que las re-posiciona en las relaciones médico-paciente y frente a las violencias institucionales de las que son víctima, si bien sobre sus cuerpos se entrecruzan presiones múltiples que el Movimiento no siempre consigue acompañar.

Palabras Clave: Movimientos sociales; mujeres campesinas; género; salud; salud sexual y (no) reproductiva; sistema público de atención a la salud; políticas culturales; subjetividades.

[en] “Why not be health agents ourselves” Women and health politics in an Argentinian peasant movement

Abstract. Through an ethnographic study of the political actions around health created by the Peasant Movement of Santiago del Estero-Vía Campesina (MOCASE-VC) of Argentina, we analyze its relationship, as a collective actor, with the public health care system, and within this framework, we explore the strategies undertaken by peasant women regarding their sexual and (non) reproductive health. We argue that the organization has created its own perspective that we have termed as *apropiación crítica-contestación estratégica* [critical appropriation-strategic contestation] to the medical and health model, which in turn is included in its more general political position. This trajectory causes a subjective turn in the women that re-positions them in the doctor-patient relationship and against the institutional violence of which they are victim, although on their bodies are intertwined multiple pressures that the Movement does not always manage to accompany.

Keywords: social movements; peasant women; gender; health; sexual and (non) reproductive health; public health care service; cultural politics; subjectivities.

Sumario: 1. Introducción. 2. Género, sexualidad y salud en poblaciones campesinas e indígenas. 3. Aspectos centrales de la región, la población y las comunidades del Movimiento Campesino de Santiago del Estero. 4. Consideraciones metodológicas. 5. El abordaje de la salud del MOCASE-VC: la apropiación crítica del saber-poder médico. 6. Racismo, clasismo y sexismo en la atención

¹ Doctora en Antropología. Universidad de Buenos Aires.

Filiación institucional: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género/ CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas).
marielapena6@gmail.com

a la salud; resistencias colectivas frente a la violencia institucionalizada. 7. Salud sexual y (no) reproductiva; cuestiones y límites políticos corporizados en las mujeres. 8. Palabras finales. 9. Bibliografía

Cómo citar: Pena, M. (2018). “¿Por qué no ser agentes de salud nosotras/os mismas/os?”: Mujeres y políticas de salud en un movimiento campesino argentino, en *Revista de Antropología Social* 27(1), 169-193.

1. Introducción

...porque estando uno en la tierra si no tienes salud, no tienes nada. Te engloba todo la salud. (Entrevista a Patricia, militante en el MOCASE-VC, Comunidad de Base Lote 38).

El presente trabajo pretende dar cuenta de las acciones políticas emprendidas por el Movimiento Campesino de Santiago del Estero-Vía Campesina (MOCASE-VC) en el campo de la salud, tomando asimismo como foco, desde una perspectiva feminista, la clave de género y el modo en que dichas estrategias afectan diferencialmente a las mujeres campesinas.

Nuestro análisis toma como campo de estudio el posicionamiento general del colectivo mixto de mujeres y varones, atendiendo a sus concepciones desde el plano ideológico, pero también, desde un enfoque relacional y procesual, a sus interacciones y prácticas concretas frente al sistema público de atención a la salud en la región, incluyendo a los profesionales médicos. Dentro de este marco más amplio, incluimos el accionar de las mujeres campesinas frente a su salud sexual y (no) reproductiva, entendiendo que dichas posturas se hallan inmersas —y resultan fortalecidas por— la participación política en la organización.

El Movimiento Campesino de Santiago del Estero-Vía Campesina (MOCASE-VC) se ha conformado en 1990 en la provincia argentina que lleva su nombre. Se trata de una región ubicada en el centro norte argentino, de clima subtropical con estación seca, y cuya mayor parte del territorio se halla conformada por extensas y áridas llanuras, dominando los paisajes de monte y sabana. Su población es en su amplia mayoría calificada como “población rural dispersa”, lo cual significa un elevado nivel de aislamiento entre hogares y la conservación de un estilo de vida tradicionalmente campesino. Muchos de los y las pobladoras campesinas se reconocen actualmente también como indígenas procedentes de diferentes pueblos —*vilela*, *lule-vilela*, *sanavirones* y *tonocotés* son los principales en la región que estudiamos— y conservan el uso de la lengua *quichua* junto a la castellana. Ello forma parte de un proceso de remergencia indígena que incluye la inscripción y el reconocimiento de nuevas comunidades por parte del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), lo cual les otorga ciertos beneficios anteriormente negados para el acceso a la tierra, así como planes sociales o de salud (Canevari, 2011).

En estos territorios se ha conformado una organización que inicialmente tenía fines de defensa gremial y jurídica frente a conflictos con sectores empresarios por la tenencia y propiedad de las tierras, y se conformará luego como Movimiento

Campesino². Tanto las condiciones socio-económicas para su surgimiento (De Dios, 2009) como su experiencia política (Dargoltz, 1997) y el proceso de construcción de una *identidad campesina* producto de las acciones colectivas (Durand, 2006), han sido extensamente estudiadas desde distintas líneas de la investigación social local. También se han descrito las prácticas de educación y formación política que recuperan las teorías de la Educación Popular, con estrechas similitudes con el Movimiento Sin Tierras (MST) de Brasil (Michi, 2010). Se ha abordado asimismo la disputa por el acceso y permanencia en las tierras como forma de defensa de una identidad social y de derechos de ciudadanía (Barbetta y Lapegna, 2004), y trabajos como el de Díaz Estévez (2005) lo consideran como forma de resistencia y práctica política popular. A su vez, este artículo forma parte de una investigación más amplia de la misma autora, que ha abordado la distribución de recursos y sentidos de acuerdo al género al interior del movimiento (Pena, 2017a) a partir del estudio de las *emociones* (Jasper, 2012), y su interlocución con los feminismos desarrollados por organizaciones campesinas e indígenas de mujeres, prevalecientes en la región latinoamericana (Pena, 2017b).

En el momento presente, el MOCASE—VC ha desarrollado una extensa trayectoria y ha conformado una nueva *identidad colectiva* (Melucci, 1996) basada en la conformación del *modo de vida campesino* de confrontación al modelo de desarrollo, a la propiedad privada y al individualismo, defendiendo valores y prácticas alternativas que son llevadas a cabo desde todos los ámbitos de la vida social.

Estas modificaciones son acompañadas y rediseñadas tanto en el plano económico como en el ideológico. Desde el ámbito productivo, por ejemplo, promueven el respeto por el medio ambiente, la conciencia ecológica y la economía con criterios que se distancien de la lógica de acumulación de bienes hacia la noción de *soberanía alimentaria*. El concepto de *territorialidad* es otro de sus ejes claves a raíz del cual se proponen ensayar en sus tierras comunales vínculos sociales solidarios, alternativos y justos. Y también proponen transformaciones del campo educativo, donde recuperan la trayectoria de la educación popular, con el fin de promover la autonomía y la participación horizontal en la producción de conocimientos y la formación política (Michi, 2010). Hace ya varios años está en funcionamiento su propia Escuela de Agroecología (de formación media) y recientemente han creado la primera Universidad Campesina de la Argentina. No obstante, si bien su propia cosmovisión y modo de vida destacan la dimensión de la *salud* como pivote central en su accionar

² Santiago del Estero, una provincia argentina tradicionalmente considerada como económicamente “improductiva”, ha sido fuertemente modificada a partir del proceso comúnmente denominado como “expansión de la frontera agrícola”, el cual consistió en la incorporación de tecnología para la producción agropecuaria y trajo como consecuencia la revalorización económica de dichos terrenos (Durand, 2006; Barbetta, 2009). Este proceso ha implicado la proliferación de acciones de expulsión de los antiguos ocupantes de estas tierras —ahora valorizadas—, un proceso conocido como de “desalojos silenciosos” (Dargoltz, 1997; Barbetta, 2009 1997; De Dios, 2009; Michi, 2010), lo cual impulsó los orígenes de la organización campesina. De Dios ha explicado en extenso este proceso: “el modo típico de proceder podría sintetizarse así: las empresas o particulares compraban las tierras, por lo general a familias tradicionales residentes en la Ciudad Capital de Santiago del Estero, que no las explotaban, y a sabiendas de que estaban ocupadas por un número variable de campesinos poseedores. Con las escrituras en su mano, calificaban de usurpadores a los pobladores y les iniciaban acciones legales para desalojarlos. Como consecuencia, ya sea por la falta de respuesta ante los requerimientos judiciales y la caída de los plazos procesales, o por la carencia absoluta de una defensa jurídica, los pobladores se veían sorprendidos de un día para el otro y expulsados de sus tierras “legalmente”, es decir con una sentencia de desalojo en su contra” (2009: 3). Luego prosiguió una etapa de amenazas y desalojos violentos (que aún continúa) con la complicidad del poder político y judicial, frente a la cual el Movimiento desarrolla su acción de lucha.

político, no se cuenta aún con investigaciones que se hayan preocupado específicamente por su experiencia política en este ámbito de la vida social.

Teniendo en cuenta este estado del conocimiento, nuestro objetivo principal consiste, en primer lugar, en describir analíticamente la perspectiva general construida por el MOCASE-VC en relación a los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1994), en tanto marco general en el cual se inscriben “políticas culturales” —*cultural politics*— (Jordan y Weedon, 1995) más cotidianas y llevadas a cabo desde un nivel *micro* en sus propias comunidades y también frente al sistema médico y sanitario público. En segundo lugar, nos aproximamos a las prácticas desarrolladas por las mujeres militantes del MOCASE-VC en relación a su salud sexual y (no) reproductiva, partiendo de la hipótesis de que se inscriben y se ven favorecidas por la *acción colectiva* (Melucci, 1996) general que las engloba, aunque con limitantes externos e internos a la organización.

Sugerimos que el MOCASE-VC ha desarrollado una trayectoria política que resiste y propone alternativas al área de la salud, a la cual hemos denominado como *apropiación crítica-contestación estratégica*, que fortalece a los campesinos en general y específicamente a las mujeres. Este enfoque se enmarca en la perspectiva de lo que Menéndez (2005) ha denominado como *articulaciones transaccionales*, subrayando la existencia de pluralismo médico o la coexistencia de diversas formas de atención para un mismo problema de salud en las sociedades contemporáneas. A su vez, proponemos que las prácticas del movimiento campesino ocurren dentro de un encuadre de grandes condicionamientos, ya que las instituciones de salud pública perpetúan el ejercicio del saber-poder tradicional (Foucault, 2003 [1976]) convertido en violencia institucional, que enfocado desde lo que en el feminismo se ha llamado *escala del cuerpo*³ (Young, 1990) sobre-vulnerabiliza a las mujeres. Por otro lado, específicamente en cuanto a la salud sexual y (no) reproductiva, planteamos que ellas han logrado producir deslizamientos transformadores, si bien es un área en la que aún se presentan grandes desafíos y en la cual el movimiento se halla en dificultades para encontrar dispositivos propios que resulten disruptivos.

2. Género, sexualidad y salud en poblaciones campesinas e indígenas

Desde la perspectiva teórica que recuperamos, la salud es un hecho social dinámico, y vinculado a procesos políticos, culturales y económicos, que tienden a ser excluidos desde el paradigma del modelo médico hegemónico con sus rasgos estructurales de ahistoricidad, individualismo, biologicismo, etc. (Menéndez, 1985; 1994).

Asimismo, nuestro estudio parte del concepto de *género* como elemento constitutivo de las relaciones sociales, basado en una visión particular sobre las diferencias entre los sexos y estructurante de relaciones primarias de poder (Scott, 1996 [1990]). Desde esta línea teórica de estudios de género se ha logrado instalar la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres, presente en todas las relaciones sociales pero institucionalizada en estructuras jerárquicas y patriarcales que naturalizan la

³ El concepto de “escala del cuerpo” proviene de la politóloga feminista Iris Young, que ha indicado que “la situación de una mujer cualquiera dentro de un determinado conjunto de circunstancias socio-históricas, independientemente de las variables individuales en materia de experiencia, oportunidades y posibilidades, responde a una unidad susceptible de descripción y comprensión” (1990: 142), haciendo referencia al cuerpo y a las múltiples marcas de raza, sexo, clase y otras que se entrecruzan en él.

subordinación de lo femenino. El sistema sanitario, como parte del entramado social y con el monopolio médico científico occidental, se apoya y reproduce pautas que ubican a las mujeres en el lugar de la naturaleza y la subordinación (Di Liscia, 2005). La óptica positivista y sus dualismos —mente/cuerpo, naturaleza/cultura— perpetúan miradas deterministas y biologicistas sobre la realidad de las mujeres, que permanecen invisibles para los propios profesionales (Esteban, 2006). En esta clave, nos resulta fundamental comprender de qué modo diferentes factores biológicos y sociales, incluida la variable de las diferencias entre los sexos, se relacionan con la salud en un determinado contexto, sin lo cual no se podría lograr un adecuado entendimiento de esta última área de la vida social (Sen, 2002).

En Argentina y en la región latinoamericana en general, el concepto de *género* en los estudios rurales se profundiza desde la década de 1980, bajo la tendencia (que aún hoy continúa) a orientar las investigaciones hacia la generación de bases metodológicas y conceptuales para intervenciones públicas. Por ello, los análisis sobre mujeres campesinas se centraron en la contribución del trabajo de las mujeres a la economía de las familias (Deere y León, 2000), y cobraron interés las formas organizativas de las mujeres, incluso procurándose la apertura de nuevos espacios financiados y gestionados desde diferentes fuentes gubernamentales y fortaleciéndose el lenguaje de *derechos*. En nuestro país, esta trayectoria se pone de manifiesto en estudios llevados a cabo durante los últimos años, que toman como objeto diferentes experiencias organizativas de mujeres y exploran las implicancias para las mujeres desde diferentes aspectos, así como sus interacciones en distintos niveles de la política local (Giarracca, 2001), la vinculación entre el mundo del trabajo y las formas culturales y religiosas de poder y autoridad (Stolen, 2004), o las desigualdades de las mujeres en los derechos a las tierras (Vallejos, 2010).

De esta manera, si bien hay numerosos estudios sobre mujeres o relaciones de género en contextos rurales, la preocupación académica por la salud en general o la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres campesinas ha sido muy escasa. En la región norte argentina, encontramos algunos trabajos antropológicos realizados en comunidades indígenas que abordan el problema de la interseccionalidad entre género, clase y etnia (Hirsh, 2008), o que tratan el desarrollo de la vida reproductiva y la sexualidad (Gómez, 2012). De manera bastante aislada, algunos análisis profundizan en las dificultades que afrontan las mujeres indígenas, campesinas e inmigrantes para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema público (Vázquez Laba y Páramo Bernal, 2013). En otro de sus textos, Vázquez Laba, Godoy, Orellano *et.al* (2013) también retoman los obstáculos de dichas mujeres en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, esta vez indagando en la interseccionalidad que se establece entre sus cuerpos, su identidad indígena y sus creencias religiosas, y en los múltiples cruces que las posicionan en un lugar de subalternidad.

En este contexto, nos resulta nodal el trabajo de Canevari (1998; 2011) en la provincia que nos ocupa, Santiago del Estero, no solamente por la especificidad de la región sino porque aborda el problema de la variable de género en poblaciones campesinas, tomando como eje el campo de la salud. Durante uno de sus trabajos más recientes, la autora etnografía las relaciones que se establecen entre las mujeres campesinas que asisten a una maternidad pública y los profesionales de la salud, exponiendo las desigualdades sociales y las varias expresiones de violencia sobre las mujeres, ejercidas de manera sistemática mediante las prácticas médicas (Canevari, 2011).

Entre estos aportes se enmarca nuestra preocupación por los obstáculos que enfrentan las mujeres campesinas integrantes del MOCASE-VC en el campo de la salud, tanto como sus estrategias, siempre tomando como referencia la perspectiva política más amplia construida por el Movimiento y los condicionamientos que afronta el colectivo de campesinos y campesinas en general.

3. Aspectos centrales de la región, la población y las comunidades del Movimiento Campesino de Santiago del Estero

Como hemos adelantado, la geografía de Santiago del Estero, tradicionalmente considerada como económicamente “improductiva”, ha sido fuertemente modificada a partir del proceso comúnmente denominado como “expansión de la frontera agrícola”, el cual consistió en la incorporación de tecnología para la producción agropecuaria y trajo como consecuencia la revalorización económica de dichos terrenos (Durand, 2006; Barbetta, 2009). Dicho cambio en la estructura agraria ha acentuado los desmontes y deforestaciones provocando lo que actualmente se evidencia como incipiente desertificación, modificaciones en la composición de los suelos —elevados niveles de salitre y arsénico— y el raleado de la vegetación (Barbetta y Lapegna, 2004; Díaz Estévez, 2005; Durand, 2006). También exacerbó la precarización general de la vida rural, el desempleo, la pobreza y el incremento de las migraciones (Díaz Estévez, 2005; De Dios, 2009)⁴.

Actualmente, las y los campesinos organizados como Movimiento Campesino de Santiago del Estero-Vía Campesina (MOCASE-VC) han logrado el reconocimiento formal de la mayoría de los territorios que habitan, en algunos casos logrando la escrituración de las propiedades familiares y en otros mediante su inscripción como comunidades indígenas. Esto permite a la mayoría de ellos/as mantener su modo de vida tradicional —cultivo de alimentos y el pastoreo de cabras en pequeñas superficies de entre 1 y 4 ha—, sus hogares y sus predios para las actividades de subsistencia, combinándolas ahora con nuevas estrategias a partir de algunas transformaciones logradas. Principalmente, mixturán las actividades tradicionales basadas en la administración familiar con otras organizadas a nivel comunitario, como huertas y espacios de pastoreo comunes, y emprendimientos cooperativos tales como fábricas de dulces.

En muchas ocasiones, dichas alternativas son propiciadas mediante el otorgamiento de financiamientos y subsidios provinciales, nacionales e internacionales, que la administración del MOCASE-VC se encarga de gestionar a partir de su orientación política global de confrontación, reclamo y alianzas estratégicas y múltiples con sectores estatales y organizaciones no gubernamentales (Durand, 2006; De Dios, 2010; Michi, 2010, Pena, 2017a)⁵. Así, el MOCASE-VC actualmente ha logrado conjugar su identidad campesina con la procedencia indígena de gran parte de su

⁴ En los trabajos previos de esta autora, ya citados, se amplía en cuanto al marco social y político en que se dieron estas transformaciones. También pueden verse, como referencia, otros autores como Dargotzl (1997), Durand (2006), Barbetta (2009) o De Dios (2009).

⁵ El MOCASE hoy se halla integrado al Movimiento Nacional Campesino-Indígena (MNCI) y a organizaciones globales como la Coordinadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo (CLOC) y la Vía Campesina (VC).

población en sus políticas de resistencia y legitimación frente a los conflictos por la tierra.

A nivel organizativo, el MOCASE-VC aglutina actualmente a diez *centrales campesinas*, distribuidas en distintas localidades del territorio de la provincia de Santiago del Estero. Cada una de ellas reúne, a su vez, un número variable de *comunidades de base*, que se conforman como el nivel más básico de organización de las *familias campesinas*. Desde los inicios de nuestra investigación, si bien contactamos con militantes de distintas *centrales*, hemos circunscripto nuestro trabajo de campo a la Central de Quilimí.

Quilimí es una ciudad ubicada en el centro-este de la provincia, a unos 200 km de la capital provincial y a 80 km. de la frontera provincial con Chaco, y cuenta con una población de 15.052 habitantes (INDEC, 2010, citado en: Canevari, 2011)⁶. Desde allí, las *comunidades de base* se encuentran dispersas, a distancias de entre 5 a 70 km de la ciudad por caminos de tierra. Para nuestro trabajo hemos visitado las comunidades de Santa Rosa (una de las más próximas) y la de Rincón de Saladillo, cuyas condiciones de acceso son más restringidas. Esta última *comunidad de base* se ubica desde Quilimí a unos 60 km. por un camino no asfaltado y cuyos suelos (con un elevado nivel de arcilla) en temporada de lluvias se tornan anegadizos al punto de resultar intransitables. A esto se suma que en la comunidad solo una persona cuenta con un vehículo del tipo *camioneta* mientras que el resto no cuenta con ningún medio de transporte o solo con *motocicletas* —que es el medio más utilizado y secundado por bicicletas o *sulkys*—, lo cual en muchas ocasiones directamente imposibilita el traslado. Otra de las grandes preocupaciones para las familias campesinas es la escasez de agua y la falta de potabilidad, siendo necesario almacenar el agua de lluvia en represas de tierra o aljibes. Durante los inviernos el problema se agudiza progresivamente, la calidad va empeorando y en consecuencia terminan bebiendo agua sucia.

En dicha comunidad, y en varias otras, los hogares suelen ser construidos por los y las campesinas con sus propias manos a partir del *barro* —solo algunas familias han accedido a la construcción con ladrillo y cemento— y conviven familias muchas veces con más de 7 hijos en espacios muy pequeños. El acceso a la electricidad en los hogares es muy reciente —desde 2013— y el medio de comunicación básico es la radio a pila; la señal de Internet es muy leve en algunos lugares y solo una familia de las que hemos visitado poseía un televisor. Tampoco tienen gas, con lo cual se cocina a leña fuera o dentro de los hogares. Los niños y niñas asisten a la única escuela primaria que existe allí, en la que se reúnen grupos de varias edades en la misma aula de escolarización, y para atención primaria de la salud deben dirigirse al pueblo más cercano que está a 30 km. de distancia. En la comunidad de Santa Rosa, las condiciones de vida son similares, con la diferencia de que el acceso a la ciudad es más viable y frecuente, facilitando el acceso a alimentos y bienes comerciales básicos, así como el empleo precario mediante *changas*⁷ en la ciudad. Algunos hogares han sido beneficiarios de planes municipales que les han brindado materiales para la construcción, y tienen electricidad y gas.

Por último, y como es de esperar en el contexto descrito, la accesibilidad a los servicios de salud pública es muy restringida. El sistema sanitario depende, como parte de la administración pública, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. En

⁶ Datos extraídos de: <http://www.mininterior.gov.ar/municipios/masinfo.php?municipio=SGO064>

⁷ Término local para el empleo informal y/o periódico.

Santiago del Estero se organiza en 12 zonas sanitarias con un hospital zonal de referencia para cada una de ellas, luego hospitales distritales de menor complejidad y, en algunos casos, hospitales de tránsito que atienden situaciones de complejidad mínima, hasta que se concreta una derivación. De acuerdo con Canevari (2011), desde la década de 1990 las políticas neoliberales habían dejado a dichos hospitales públicos en un estado deplorable. Luego, a partir de 2003 —con el cambio de gobierno y de paradigma estatal— se dio inicio a diferentes programas que paliaron pero no lograron revertir tal situación. En los parajes rurales que son nuestro campo de estudio, la atención ocurre actualmente en las Unidades Primarias de Atención (UPAS) —efectivas desde dicho año— y en las postas sanitarias de las zonas rurales, las cuales cumplen un rol estratégico de nexo entre las comunidades rurales marginadas y el sistema de salud estatal. Sin embargo, como desarrollaremos, este sistema no logra satisfacer las necesidades de salud de la población y da muestras claras de ineficiencia y fragmentación.

4. Consideraciones metodológicas

El trabajo forma parte de una investigación más amplia —en curso desde 2015— cuya matriz teórico-metodológica se basa fundamentalmente en el método etnográfico (Guber, 2011) y combina aportes de las epistemologías feministas y del enfoque biográfico (Pujadas, 2000).

No obstante, también cabe resaltar como fundamentales las condiciones del campo de estudio, el cual como hemos mencionado se enclava en una zona rural y socio-económicamente marginada, en la que el ingreso y traslado resultan muy dificultosos. A partir de allí, se ha diseñado un plan de trabajo basado principalmente en estancias convivenciales semanales en diferentes hogares campesinos. Se efectuó un plan de visitas durante 2016-2017 estableciendo lazos con varias familias campesinas a través de otros/as miembros incorporados a la organización en calidad de *técnicos*, que residen en Buenos Aires o que tienen la posibilidad de mantener contactos y correspondencias virtuales.

Para el presente trabajo se han tomado en cuenta los hallazgos previos (Pena, 2017a; 2017b), pero se ha conformado un nuevo nodo temático vinculado al trabajo del movimiento en cuestiones vinculadas al área de la salud, conservando nuestra perspectiva feminista. El trabajo de campo específico consistió en una visita de varios días que combinó en una primera etapa la permanencia diurna en el *galpón* de la Central Campesina, en donde a su vez se lleva a cabo la Escuela de Agroecología, y en la cual se reúnen los *secretariados* o grupos de tareas del Movimiento, organizados por áreas —a los que asisten integrantes de las distintas Centrales—. En dicho espacio se han seleccionado dispositivos relacionados con nuestros objetivos, los cuales han consistido en: una entrevista semi-dirigida realizada en forma grupal a los representantes del área de salud; cinco entrevistas en profundidad a mujeres denominadas como *promotoras de salud*⁸ del MOCASE-VC; observaciones participantes (Hammersley y Atkinson, 1994) de las reuniones del Área de Salud y del

⁸ Es importante señalar que si bien la organización determina que la participación en todas las áreas sea voluntaria según preferencias individuales y que deba ser mixta, durante el trabajo de campo encontramos que es un área cuyo trabajo se encuentra feminizado, con un amplio predominio de mujeres participantes.

Taller de Sexualidad⁹ organizado como actividad para los estudiantes de la Escuela de Agroecología.

La segunda etapa, orientada a la realización de entrevistas en profundidad (Oxman, 1998) a mujeres *militantes históricas*¹⁰ del movimiento, se ha basado en una experiencia de convivencia semanal en la comunidad de Santa Rosa. Este *paraje* rural se conforma de unos 18 hogares familiares, distanciados entre sí de 1 a 5 km., de los cuales 14 forman parte de la organización. A su vez, esta experiencia se suma a dos anteriores realizadas, durante 2016, en la comunidad de Rincón de Saladillo, perteneciente como ya hemos mencionado a la misma Central Campesina de Quilimí.

Las familias, que acostumbran recibir visitas de otras organizaciones afines que también conforman la Vía Campesina, amablemente ofrecen sus hogares, esperando y valorando que quien se aloja, en este caso la investigadora, conozca *de hecho* su modo de vida acompañándolos en su rutina y vida social cotidiana. Esto incluye la cocina, las visitas a familiares, reuniones de la comunidad, el trabajo con los animales, las *matedas*, los *fogones* y todo aquello inmerso en sus rutinas de vida campesina. El hecho de *ir al campo* es fuertemente reconocido y refuerza la confianza no solo en las buenas intenciones sino en la seriedad del conocimiento construido, ya que desdeñan la información que se conoce de ellos “sin haber estado allí”. A su vez, para los y las campesinas significa una forma de demostrar la legitimidad de su modo de vida, la autenticidad de su identidad campesina, el “buen uso” de las tierras que ocupan y su honestidad como activistas políticos. A ello se suma la condición de que el entorno urbano resulta hostil para muchos campesinos, hecho expresado abiertamente en afirmaciones recurrentes tales como que fuera de sus casas “no se sienten cómodos” y que sienten mucho apremio por volver cuanto antes.

De este modo, para la obtención de información y la construcción interpretativa ha resultado fundamental el enfoque etnográfico y el *estar en el campo* empleando las técnicas de observación participante, y entendiéndolo desde la perspectiva de Aschieri y Puglisi (2010) como una situación existencial que es antes que nada corporal. La etapa de sistematización de datos ha tenido un carácter predominantemente cualitativo, empleando el enfoque hermenéutico (Geertz, 2003 [1973]) para la selección de ejes temáticos provenientes de las entrevistas y cuadernos de campo, y organizando la información en función de ellos.

⁹ En este punto también cabe hacer mención a los condicionamientos del trabajo en una zona rural marginada y a las decisiones metodológicas empleadas a partir de las posibilidades que ofrecía el campo. Se había previsto con anterioridad y con la distancia coordinar nuestra visita con la reunión del Área de Salud y el Taller de Género, de modo que las y los organizadores estuvieran al tanto y dieran su conformidad a nuestra participación. En líneas generales, las intervenciones consistieron en una primera etapa de observación participante (escucha atenta) de las discusiones y debates propuestos por los grupos (con mínimas intervenciones de la investigadora tales como consultas o preguntas breves) y luego una segunda etapa, pre-acordada, en la que dispuse una serie de preguntas diseñadas previamente de acuerdo a los objetivos de la investigación, dando espacio al uso libre de la palabra y guiando mínimamente las intervenciones de los diferentes actores. Luego, la cantidad de *entrevistas en profundidad* a promotoras de salud fue definida a partir de mi solicitud previa y de la disponibilidad de mujeres que quisieran acceder voluntariamente. Es de señalar que el número coincide con la totalidad de promotoras presentes en la reunión y/o en la comunidad visitada, quienes amablemente accedieron a ser entrevistadas. En este número hallamos elementos suficientes para organizar y saturar la información de los nodos problemáticos específicos que se presentan en este trabajo.

¹⁰ Término nativo para hacer referencia a los y las referentes políticos con participación activa desde sus orígenes o desde hace ya muchos años, con gran presencia en la organización, ya que su estructura horizontal no permite hablar de “líderes” dado que no cuentan con cargos o categorías diferenciales.

Asimismo, nuestra perspectiva parte del desafío epistémico a la ciencia positivista que suponen las propuestas feministas (Reinharz y Davidmann, 1992), las cuales han propuesto retomar la *experiencia de las mujeres* como totalidad y como recurso empírico y teórico (Harding, 1998). Teniendo esto en consideración, hemos vivenciado como una ventaja la situación de convivencia, comprendiendo que la indagación en el mundo cotidiano de las mujeres que estudiamos es central a la hora de reconstruir los sentidos que ellas le otorgan a la realidad social. Desde este enfoque teórico-metodológico, tanto en la etapa de recolección de la información como en el posterior análisis de datos, se han integrado como fuentes de significados los silencios, las bromas, los llantos, timideces y otras expresiones de la afectividad de las entrevistadas, como formas de escucha y medios en los que comparece la experiencia individual de las mujeres (Tumoaala, 2005).

Dicho trabajo de campo se ha combinado en esta etapa con la realización de 6 entrevistas bajo la técnica de *relatos de vida*, tomando la perspectiva de Wacheux (1996) a mujeres que son militantes históricas del MOCASE-VC, y son asimismo *agentes comunitarias de salud* del MOCASE-VC. Cuatro de ellas pertenecen a la Comunidad de Santa Rosa y el resto estaban de visita. Los criterios de selección se han basado en que se tratara de mujeres adultas que cumplieran ambos requisitos, y se ha entrevistado a todas aquellas que se han ofrecido con consentimiento, luego de ser brevemente explicitados los objetivos de nuestra investigación. Al momento de emplear estos métodos tomamos en consideración que los relatos orales son formas interpretativas en las cuales los sucesos pasados se organizan a partir de la percepción actual de los propios sujetos, lo cual los torna privilegiados para acceder a los sentidos construidos por las propias mujeres (Pujadas, 2000).

5. El abordaje de la salud del MOCASE-VC: la apropiación crítica del saber-poder médico

Tanto los padecimientos como la respuesta social a los mismos, como ha sugerido Menéndez (1994), responden a procesos dentro de los cuales se establece colectivamente la subjetividad. No solo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran un saber para enfrentar, paliar o erradicar las enfermedades y daños, según sea posible. Así, la salud, la enfermedad y la muerte en tanto hechos sociales generan la construcción de acciones, técnicas e ideologías que forman parte de la vida colectiva de manera dinámica y relacional. Partiendo de las relaciones de hegemonía/subalternidad de los diferentes procesos de salud/atención/enfermedad en un determinado período histórico, se entiende que los sistemas médicos que devinieron hegemónicos no erradicaron otros significados y prácticas populares, sino que contribuyeron a su modificación y al establecimiento de posicionamientos relacionales y estratégicos entre ellos. El mismo autor, en un trabajo posterior (2005), agrega que actualmente asistimos a un proceso de incremento constante de las medicinas denominadas alternativas en diferentes contextos, que no siempre responden a una reacción contra la biomedicina (si bien incluyen procesos reactivos), sino que responden a una resignificación de sus usos.

Desde esta perspectiva teórica es que proponemos pensar las acciones del MOCASE-VC y sugerimos, a modo de hipótesis, que su práctica y su posicionamiento ideológico pueden definirse como de *apropiación crítica-contestación estratégica*,

de modo congruente con su postura política más amplia y sus planteamientos en otras áreas.

En trabajos anteriores ya abordamos la preocupación general por analizar, en el movimiento social que nos ocupa, aquellos aspectos del modelo dominante que se crean y experimentan en el plano de las interacciones cotidianas. Para ello, tomamos como marco general la línea de estudios que abordan los modos en que los lazos interpersonales sostienen las acciones colectivas (Melucci, 1996) y el modo en que infunden nuevos sentidos culturales y prácticas políticas en relación con asuntos centrales como la naturaleza o la identidad. Asimismo, hemos recuperado trabajos previos sobre el MOCASE-VC que lo proponen de modo general como “nueva forma de institución de lo social” (Barbetta, 2009: 107), o como creación de un “modo de sociabilidad alternativo” y disidente frente a las jerarquías y a la moralidad del individualismo, oponiendo a este lo comunitario como vía privilegiada (Michi, 2010). Luego, hemos propuesto que:

Esta nueva “visión del mundo” es experimentada como una transformación profunda en la significación de sus biografías y de su identidad, en las motivaciones individuales y en la apreciación de sí mismos, en la cual se recuperan los orígenes y los saberes expropiados y se busca integrarlos con los nuevos conocimientos (Pena, 2017a).

Aquí sugerimos que la trayectoria y la construcción de sentidos y prácticas del MOCASE-VC respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención se insertan en esta perspectiva más amplia, transformadora en el nivel colectivo, pero también subjetivo, de las mujeres y varones campesinos militantes. La organización ya da cuenta de una larga trayectoria política en la cual inicialmente se identifican y discuten las problemáticas más acuciantes de la población, y se organizan respuestas que impliquen la resignificación de sus identidades anteriormente subalternizadas y la planificación de acciones de defensa y estrategias de demanda y de confrontación:

Los [primeros] temas [que han surgido] han sido, por ejemplo, los hospitales. Que nosotros veníamos del campo y éramos discriminados, no nos atendían a veces porque llegábamos tarde, a veces veníamos con algún enfermo, sentíamos nosotros que porque éramos campesinos, íbamos allá y había muchos que llegamos a perder vidas por falta de atención, entonces...no conocer los derechos, que los médicos te pasaban por encima. (Entrevista a Luciana, comunidad de Lote 38, Quimilí).

El “trabajo” político que realiza la organización al nivel de las bases o de sus *políticas culturales* consiste en gran medida en las prácticas de “formación”, que incluyen tanto los espacios que tienen dicha intencionalidad y son así denominados por el movimiento, como aquellos procesos que son “fácilmente reconocibles por los actores como formativos” (Michi, 2010: 263).

Desde sus inicios, el movimiento campesino reconoce la intervención pedagógica como parte fundamental de su tarea política y le atribuye un rol central en la transformación de estructuras injustas, de resignificación de la experiencia

y el pensamiento, así como de creación y fortalecimiento de los nuevos valores e identidades colectivas. Se trata de una formación orientada a la acción y, por tanto, busca revalorizar diferentes tipos de conocimientos y producir una síntesis integradora y transformadora de la realidad. Durante el trabajo de campo hemos hallado que actualmente los militantes históricos, tanto mujeres como varones que han estado presentes desde los inicios, destacan “la formación” como el primer aporte que les ha brindado el movimiento. Unida a sentimientos de dignidad, de autoestima y de mayor libertad, en sus narrativas aparece la valoración de este conocimiento por encima de los beneficios materiales obtenidos —o al menos en un mismo nivel— (Pena, 2017a).

Los siguientes fragmentos extraídos de entrevistas que realizamos durante la última visita ilustran el modo en que esta estrategia de formación política se ha aplicado también al área temática identificada por el propio MOCASE-VC como *de la salud*, incluyendo específicamente la salud de las mujeres:

Hemos empezado a ver la discriminación; y también como nos iban quitando nuestros saberes, entonces fuimos articulando también con otras facultades de medicina, con otros compañeros de otros lugares que tenían otros saberes, o que por lo menos que iban rescatando lo de sus abuelos, de sus padres, más los nuestros. Y entonces fuimos armando todo esto. (Entrevista a Roxana, 52 años, comunidad de Rincón de Santa Rosa).

Por ejemplo, después a medida que fuimos estudiando hemos visto que si había una mujer parturienta, los médicos decían que no, que tenía que tener sola, no te la dejaban pasar. Y después hemos visto que no, que habían leyes que la parturienta podía tener compañía [...] En el trabajo apareció mucho eso de que tenemos compañeras que por estar solas, por no tener marido, los médicos las maltrataban. Les decían ‘cómo te ha gustado abrir las piernas’, que esto, que aquello, cosas así feas. Entonces todas esas cosas fue algo, como te voy a decir... lindo y había momentos que llorábamos todo porque era escuchar una compañera, escuchar al otro, era llorar y llorar y llorar sin parar por todo lo que venía pasando. (Entrevista a Lucía, 56 años, Promotora de Salud, comunidad de Lote 38, Quimilí).

“Y como ya sabemos, si le podemos sacar algo al Estado, bien”. Con esta frase daban clausura a una de las reuniones del Secretariado del Área de Salud del MOCASE-VC, que reúne periódicamente a delegadas y delegados —como hemos mencionado anteriormente, de acuerdo a nuestras observaciones en su mayoría mujeres— de varias de las Centrales Campesinas para realizar balances de las últimas acciones emprendidas y planificar la continuidad del trabajo en salud.

Desde el Área de Salud del Movimiento, y si es preciso incluyendo a otras áreas, tales como la de Administración o la de Producción, se estructuran y organizan acciones en varios frentes, de manera simultánea:

- La búsqueda de información y la gestión de programas municipales, provinciales y nacionales que beneficien a los campesinos, partiendo de que muchas veces existen derechos que los asisten de los cuales ellos son desconocedores debido a falencias o negligencia por parte de las autoridades responsables de los mismos.

- La planificación de acciones internas del Movimiento tales como la organización de charlas, talleres, visitas o “rondas” por las comunidades más alejadas.
- La realización de acciones estratégicas conjuntas con otros movimientos sociales o campesinos aliados o que ellos mismos integran, tales como el Movimiento Nacional Campesino-Indígena (MNCI) o la CLOC-Vía Campesina, así como movimientos urbanos de trabajadores o desocupados.

En este sentido, una de las siguientes conclusiones que puede extraerse sobre el posicionamiento político que adopta el MOCASE en torno a la salud como área temática, tiene que ver con la demanda al Estado —principalmente— como garante de sus derechos. Toman un rol activo partiendo de la idea de denuncia frente a las falencias en la implementación de las diferentes políticas públicas y gestionan a partir de la perspectiva de que *necesitan* emplear un posicionamiento de defensa y confrontación para obtener aquello que debería estar garantizado. Al mismo tiempo, desde este lugar de empoderamiento, cuestionan algunas prácticas y saberes médicos y utilizan los beneficios y servicios del sistema de salud público de manera *selectiva*.

Una de las estrategias frecuentes, que ejemplifica este punto, consiste en acudir al médico en busca de un diagnóstico, pero desestimar los tratamientos farmacológicos y sustituirlos con el uso de hierbas medicinales. Los siguientes fragmentos se han extraído de distintas entrevistas en las que reaparece esta perspectiva, todas pertenecientes a mujeres adultas, entre 35 y 60 años, militantes activas desde hace varios años:

Yo en mí no lo hago, capaz voy a médico y me dicen lo que tengo y le busco la forma y no tomo yo mis remedios. (Entrevista a Lucía, 56 años, comunidad de Lote 38)

[...] y tengo una tusca ahí nomás agarro unas hojitas de tusca. Ya sea cedrón, sombra de toro, atamisqui, otro día una cáscara de naranja, hoja de naranja, distintos yuyos yo los voy poniendo. De palo azul no tengo en el lugar pero si de Rincón de Saladillo me han traído unos cuantos, entonces le pongo el palo azul. Así que unas cuantas veces me sigue saliendo azul el agua, pero palo azul, unas gotitas, y así con distintos yuyos. El yuyo mal no te hace. Si te tiene que hacer bien te va a hacer bien. ¿Y qué pasa con las pastillas? Cuantas más pastillas tomas, te va al estómago y ahí empieza la gastritis y de ahí continúa la úlcera. (Entrevista a Susana, 50 años, comunidad de Santa Rosa)

Este tipo de prácticas evidencian asimismo que ciertos aspectos del saber médico, especialmente aquellos vinculados a los tratamientos mediante la farmacología, son valorados negativamente, e incluso concebidos como parte de un “negocio con la industria farmacéutica”. Si bien su uso no se descarta, es restringido a modo de “última opción” luego de que se hayan intentado otras alternativas o cuando se percibe que el padecimiento es muy grave. Entre los cuestionamientos más recurrentes, luego de las consultas médicas, está la indicación generalizada de las drogas ibuprofeno y paracetamol luego de una revisión breve, lo cual es vivenciado como falta de preocupación por el paciente y de cuidados personalizados durante la consulta.

De estas observaciones surge el concepto de *apropiación crítica-contestación estratégica*, que pretende dar cuenta de un proceso activo de prácticas relacionales entre el sistema de salud público —incluyendo al conjunto de instituciones y de agentes con los cuales interactúan— y el propio MOCASE-VC en tanto actor colectivo. Dichas interacciones se estructuran a partir de una lógica y de una identidad determinada, que los posiciona y les permite articular demandas y confrontaciones a partir de sentidos construidos por ellos/as mismos/as. En esta dinámica, las y los campesinos organizados —dentro de las posibilidades de acción que poseen— hacen uso de los servicios y saberes médicos que consideran adecuados de cara a sus intereses, y contestan aquellas prácticas y tratos que perciben negativamente, discriminatorios, por ejemplo.

Otro elemento fundamental de la propuesta alternativa que realiza el MOCASE en su aproximación a la salud/enfermedad/atención se vincula a la concientización sobre los aspectos sociales, políticos y económicos de dichos procesos y sus críticas al capitalismo neoliberal en tanto que “productor de nuevas enfermedades”, proponiendo su propio modo de vida como alternativa *saludable*:

Y creo que el sistema es quien nos ha enseñado... o sea, nos ha hecho desaprender lo aprendido, diciéndote que te da mejor calidad de vida, que estés mejor y que como que la ciencia ha estudiado más ‘tomate esta pastilla para el dolor de la punta de la nariz, tomate esta otra pastilla para la rodilla, esta otra para que duermas, esta para que te levantes’, de esa forma. ¿Entonces qué pasa? Te siguen poniendo medicamentos.... (Entrevista a Clara, 52 años, promotora de salud de la Central Campesina de Las Lomitas).

En este punto se cristalizan las influencias de los discursos anticapitalistas globales, ecologistas y conservacionistas, pero también su experiencia local, en una zona directamente afectada por el uso de agrotóxicos y por la marginalización que sufren día a día. Así, por ejemplo, los y las campesinas manifiestan que enfermedades como la diabetes, la hipertensión y distintos tipos de cáncer han aumentado drásticamente durante los últimos años en sus comunidades. Ello lo asocian directamente a la mala calidad de la alimentación que logran obtener y a las dificultades para sustentarse con sus animales y huertas. A esto se suman los cambios que observan en la vegetación nativa: “por ejemplo la *tusca*, que es una medicina, no produce más el *algarroba*, que es alimento para las cabras, hace dos años que no la produce más”. Estos deterioros han afectado drásticamente el uso de hierbas medicinales y de algunos alimentos, tanto por su enrarecimiento o por el temor a los daños que puedan ocasionar a la salud:

Yo antes cuando tenían mucho *catarro*¹¹ [sus hijos] les hacía té de eucalipto o semilla de guayacán. Ahora casi resisto en no darle la hierba de ahí por lo que el avión¹² pasa de acá para allá, de acá para allá. Consumes el veneno con las hierbas,

¹¹ Flema.

¹² Se refiere a las avionetas fumigadoras de los campos aledaños, cuyos elementos químicos son diseminados a través del viento y también se conoce que permanecen durante largos períodos en los suelos y el agua.

no se secan pero bueno, tiene veneno de sobra. (Entrevista a Roxana, 34 años, comunidad de Santa Rosa).

Otro elemento que conforma el paradigma elaborado por el MOCASE-VC respecto al campo de la salud se refiere a su propuesta de atenderlo de manera activa, promoviendo la formación de sus integrantes en prácticas medicinales. En este punto también se observa la *síntesis crítica* que realizan, considerando el tipo de conocimientos que demandan y que valoran positivamente. Por un lado, visibilizan la pérdida de sus saberes tradicionales, entendida por ellos/as mismos/as como producto de las relaciones de subalternidad, y propician dispositivos con intenciones de recuperarlos. Por otro lado, y como contracara del mismo proyecto, estimulan la capacitación con las técnicas y saberes de la biomedicina, y se proponen como objetivo *incidir* en las políticas públicas en favor de sus propios intereses:

Bueno, lo que ha cambiado aquí es por ejemplo es la formación. Porque ahora tenemos compañeros y compañeras que se han ido, se han formado, han hecho un curso, saben vacunar, saben hacer primeros auxilios, qué sé yo, saben controlar un niño, pueden pesarle, pueden entregarle leche, pueden poner una vacuna, pueden poner inyecciones. Se han formado en distintas instituciones, como se ha hecho en Santiago. Entonces eso nos ayuda a nosotros, al Movimiento, de tener personas que estén viendo un poco más de eso y poder tener en nuestras bases personas con ese conocimiento, un poco más. Más allá de que nosotros ya tengamos los conocimientos de cómo usar —algunos conocimientos porque eso también nos han tratado de sacar, nuestra identidad voy a decir, que no usemos los yuyos; porque hubo un buen tiempo en que era una vergüenza tomarte un remedio, tomarte un té, o qué sé yo cosas así, entonces vamos rescatando eso. Y entonces esas cosas asociado a esto, que viene trayendo, le parece que es ya un paso mucho más adelante e incluso intervenir en el Ministerio de Salud. (Entrevista a Jéssica, 31 años, comunidad de Santa Rosa).

De esta forma, puede observarse que tanto la apropiación y síntesis de los saberes médicos como su transformación, y la combinación con la medicina tradicional, son rasgos sustantivos de estos procesos y demuestran el uso articulado de los sistemas médicos (Menéndez, 1994, 2003). El uso de hierbas y de técnicas antiguas, lejos de consistir en elementos “residuales”, tienen en esta relación diádica de hegemonía/subalternidad una doble función de atención a la salud y de contestación ideológica, reivindicando sus saberes y dignificando sus costumbres en tanto modo de vida integralmente más *saludable*. Más que tradiciones deben entenderse como un conjunto de prácticas cuyo uso y significado se redefinen constantemente de manera *relacional*.

Su carácter de propuesta de salud “antagónica” no implica en absoluto que se opone o que rechaza cualquier forma de incorporación de los servicios y saberes del campo de la salud público. Es alternativa en tanto permite a los y las campesinas construir sentidos de reivindicación frente a las formas de violencia y marginalización que vienen sufriendo sus prácticas de curación y su modo de vida en general, así como sus identidades como indígenas y como campesinos/as. Por otro lado, claramente estos posicionamientos se hallan lejos de desarrollarse en situaciones de

“autonomía”. Por el contrario, operan en condiciones de mortalidad y morbilidad elevada (Canevari, 2011) y enfrentando serias dificultades para el acceso a la atención a la salud y a los servicios básicos que constitucionalmente están garantizados en la Argentina. Por tanto, estas estrategias se encuentran seriamente limitadas y los campesinos/as combinan prácticas que están a su alcance, pero lejos del ideal construido por ellos/as en tanto organización social.

6. Racismo, clasismo y sexismo en la atención a la salud: resistencias colectivas frente a la violencia institucionalizada

Tal como plantea Segato (2012), no es sino a partir de la interseccionalidad entre género y raza que desde la modernidad capitalista se ha producido un ordenamiento de los distintos grupos sociales, a partir de una lectura de los cuerpos que produce relaciones de jerarquía y subordinación. De este modo es como la vulnerabilidad es experimentada y *se hace cuerpo* en las mujeres rurales, conjugando sus múltiples marcas de subalternidad como mujeres, pobres, campesinas e indígenas. La extensa etnografía de Canevari en hospitales públicos de la provincia de Santiago del Estero es elocuente respecto a las diversas formas de violencia que ellas sufren en estos espacios:

En el Hospital son múltiples las expresiones de discriminación y violencia contra las mujeres que producen y reproducen desigualdades. El daño a la subjetividad y la violencia psicológica se ejerce a través de la culpabilización, la desvalorización de sus saberes y percepciones, la soledad, el anonimato, el ninguneo, el uso del tiempo (expresado en largas esperas o en apurar procesos), el insulto, la humillación, la amenaza, el provocar miedo, el interrogatorio, la falta de respeto a su intimidad, el tutelaje. El cuerpo es considerado como un objeto material, centrado en procesos biológicos que se medicalizan y se destina a prácticas de aprendizaje para la formación de profesionales. En estas relaciones de poder hay marcas de las expresiones de la violencia sobre los cuerpos de las mujeres y el acceso a los derechos está mediado por un contexto en donde las desigualdades sociales operan como ordenadoras de estas mismas relaciones (2011: 16).

La misma autora ha señalado los diversos mecanismos mediante los cuales se ejerce la violencia simbólica por parte de los profesionales médicos, que si bien dista de ser el único modo de violencia —está la violencia verbal y física— es la forma que más preocupa en su carácter de práctica sistemática y legitimada. Las mujeres resultan frecuentemente infantilizadas y construidas como *naturales*, ignorantes y vulnerables, conduciendo a su enjuiciamiento por el incumplimiento de los mandatos sanitarios y de maternaje. Se las considera necesitadas de *tutelaje*, expresado bajo la idea de que no están en condiciones de tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

María, una de las mujeres entrevistadas, relata su dolorosa experiencia cuando fue a realizarse un parto al hospital público siendo adolescente y sin estar en pareja, acompañada por su madre. En su narración aparece este hecho pasado *resignificado* a partir de su perspectiva como mujer adulta y como campesina organizada:

Hemos ido ahí [con su madre] el doctor le ha dicho que yo estaba para tener familia y ella ha estado conmigo. Pero era como que la enfermera le decía ‘Ah, pero le ha gustado. ¿Usted le ha dicho mamá que esto era así y así?’ Y era eso, más de eso no, pero como que una *retadita* estaba bien. Como exigiéndole a mi mamá que opine igual que ellos, ¿no? ‘¿Usted le ha dicho que si le gustaba?’ (Entrevista a María, 32 años, comunidad de Santa Rosa).

A consecuencia de ello, a las mujeres —y más aún si son jóvenes— no se les brinda la información completa, y las decisiones sobre sus cuerpos —especialmente aquellas ligadas a la sexualidad y a la (no) reproducción— recaen en manos de los profesionales, como en los casos de colocación de dispositivos intrauterinos o de ligaduras tubarias.

Canevari (2011) también plantea el uso del espacio y del tiempo como formas frecuentes de discriminación y dominación en los dispositivos hospitalarios, vivenciado por las mujeres y sus familias como una expresión de violencia. Entre sus múltiples expresiones se encuentra el aislamiento al que son sometidas durante el proceso de parto y puerperio, prohibiéndoles el ingreso de algún familiar a la sala de partos y al área de *maternidad*, dejando aparte las manifestaciones de crueldad que han denunciado las mujeres que arriban con un aborto en curso.

Durante nuestro trabajo de campo, la experiencia con el sistema de *turnos* para acceder a la consulta médica ha emergido como una de las prácticas mayormente asociadas a la violencia por los mismos campesinos —en este caso implicando tanto a mujeres como a varones— y frente a las cuales han desarrollado tácticas de resistencia. Sin embargo, afecta a las mujeres de manera diferenciada cuando se trata de consultas pediátricas —son ellas quienes tradicionalmente solían acudir solas junto a sus hijos— y cuando son atenciones ginecológicas. En estos casos las mujeres campesinas resultan sobre-vulnerabilizadas y juzgadas en sus múltiples marcas como mujeres rurales pobres, como cuerpos sexuados y como madres.

En el sistema de turnos, frecuentemente, los y las usuarias deben llegar a los hospitales públicos por la madrugada, aguardar durante unas 4 horas para obtener un turno médico y luego regresar en otra fecha para ser atendidos en unos pocos minutos. La impuntualidad es motivo suficiente para que pierdan el turno y deban concurrir en otra fecha, quizás bastante alejada, sin tomarse en consideración la condición de ruralidad y de dificultades con el transporte y los accesos a la ciudad que hemos descrito anteriormente. Aquí nuevamente, actúa el tiempo como una de las marcas de disciplinamiento y de posicionamiento en las relaciones de poder.

Frente a este tipo de violencias sistemáticas no son menores las estrategias desarrolladas por el MOCASE-VC que emplean el recurso de lo “colectivo” como modo de defensa en la relación médico-paciente, organizándose para acudir en grupos de dos a cinco personas a cada consulta médica que observan como potencialmente conflictiva:

Una vez yo llevé a mi hija con fiebre y el médico no me quería atender, me decía que estaba enferma porque estaba sucia, que cómo la tenía así, que era por culpa de que yo la dejaba estar con los animales. Pero como estábamos con los compañeros protestamos hasta que me tuvo que hacer pasar, ‘tírela ahí’, me dijo. Y yo que *nunca nunca* hablaba, me animé y le dije: ‘yo a mi hija no la voy a tirar en ningún lado,

le voy a tirar a Usted la silla por la cabeza si no la atiende'. (Entrevista a Luciana, 47 años, comunidad de Rincón de Saladillo).

En primer lugar, en los testimonios recogidos de las mujeres que son militantes históricas aparece la posibilidad, a partir de la participación política, de visibilizar el estigma y la discriminación sufrida. Este asunto nos resulta digno de destacar debido al giro que opera a nivel subjetivo y al re-posicionamiento y revalorización que implica para las mujeres, facilitando nuevos modos de ver y de actuar frente a la situación de violencia. Por otro lado, se articula la presencia colectiva, el *acompañamiento* y el sostén de mujeres y varones, lo cual resignifica la experiencia moviendo a las mujeres del lugar de soledad desde el cual se enfrentaban a los malos tratos. Como sostiene Jasper (2012), en este tipo de situaciones los movimientos sociales generan cierta *energía emocional* que provee a los agentes sociales de conciencia grupal y contribuye a la motivación para sentirse parte de empresas colectivas. Por todo ello, recurrentemente las mujeres campesinas refieren, con enojo pero también con orgullo, que en los hospitales “ahora nos atienden porque ven que somos del MOCASE, y si no vamos a armar problemas”.

7. Salud sexual y (no) reproductiva: resistencias y límites políticos corporizados en las mujeres

Si bien en el año 2003 fue creado el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable¹³ que asiste a las mujeres —ley nacional N° 25.673 y luego la ley provincial para su implementación en el año 2005—, como política ejecutada y coordinada dentro del sistema de salud pública funciona con arreglo a los recursos disponibles y a las disposiciones de la política provincial.

En el caso de las comunidades que hemos visitado, el acceso a la información, a los controles médicos y a métodos anticonceptivos son tareas puestas en práctica por el sistema de atención primaria y la red de Promotores Comunitarios de Salud. De este modo, por un lado, al nivel de las prácticas de enfermería y primeros auxilios las mujeres obtienen la atención y el asesoramiento por parte del personal, que en muchos casos ocupa un doble rol a partir de su formación al interior de la organización y como empleados del sistema de salud municipal o provincial. Estas funcionarias-militantes del MOCASE-VC —en su mayoría son mujeres campesinas que a partir de algún programa de becas han accedido a una formación en enfermería o primeros auxilios— muchas veces actúan de manera crítica y con relativa autonomía respecto a los valores dominantes, ejerciendo un rol de mediación a partir de su conocimiento y cercanía respecto de las mujeres campesinas y apropiándose de las nuevas técnicas aprendidas. Éste es, por ejemplo, el caso de Patricia, una mujer de la comunidad de Santa Rosa a quien hemos acompañado durante su desempeño en la *salita médica* y

¹³ El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) se crea en 2003 con distintos objetivos entre los cuales se cuenta elevar el conocimiento de la población sobre la salud sexual y procreación a los fines de que se logre: adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir tasas de morbilidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados y promover la salud sexual de los adolescentes; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

a quien hemos realizado entrevistas en profundidad. Los siguientes fragmentos han sido seleccionados con el fin de ilustrar brevemente su rol clave a la hora de identificar debilidades en la implementación de los programas de salud sexual y (no) reproductiva o controles ginecológicos y reclamar o gestionar para que se hagan efectivos:

[...] también, con el programa de médicos comunitarios o con las salas municipales, lo que se está trabajando mucho es la prevención con los *papanicolau*, las mamografías [...] Tratamos de que se lo hagan porque viene la ‘unidad móvil’ a los lugares a donde por ahí capaz que les queda lejos el hospital. Nosotros pedimos aquí como Movimiento, como área, y también hacen los municipios, ellos hacen que venga la unidad móvil con los médicos, con todos los aparatos [...] Recién este año se está trabajando diríamos seriamente con eso, porque antes iban y se hacían y no les llegaba resultado, se perdía, o la mujer esa se hacía y no volvía más a ver qué es lo que le ha salido. Y ahora estamos haciendo seguimiento, se le dice: ‘te ha llegado el estudio, tal día viene la doctora, tienes que ir para que te diga lo que ha salido’. Recién ahora se está notando eso y sí, de muchas que se han hecho han salido enfermedades que hoy por hoy están en tratamiento. Así que sí, para nosotros eso nos ha servido. (Entrevista a Patricia, 25 años, promotora comunitaria de salud, comunidad de Santa Rosa).

Por otro lado, sin embargo, el personal médico no pertenece a las comunidades y atiende allí semanal o quincenalmente para consultas básicas, mientras que los estudios y tratamientos de mayor complejidad se realizan en los hospitales ubicados en las urbes. Esta articulación no deja de colocar a las o los agentes comunitarios en un lugar de subordinación, en tanto portadores de saberes auxiliares, y conserva la legitimidad del sistema público de atención a la salud. El sistema sanitario no está adaptado a las condiciones de vida rurales y a las dificultadas para su acceso que tienen las mujeres campesinas empobrecidas.

Pero las mujeres campesinas del MOCASE-VC también ofrecen resistencias activas. Esto ocurre, por ejemplo, a la hora de realizarse controles ginecológicos preventivos, una práctica que las de mayor edad desconocen y para las más jóvenes es nueva o no acostumbrada. Algo similar ocurre con la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, los cuales durante nuestro trabajo de campo y de entrevistas han aparecido también como práctica *infrecuente*, incluso entre las más jóvenes¹⁴:

Se nota que, por ejemplo, la doctora va a ir el martes y ellas *te caen* el miércoles a pedirte una caja ‘¿Por qué no has venido ayer que estaba la doctora y te hace una revisión?’. Le esquivan un poco. Capaz a una charla te van a ir pero no al consultorio con la doctora, cuesta un poco. (Entrevista a Patricia, promotora comunitaria de salud, comunidad de Santa Rosa).

¹⁴ Cabe aclarar que en este aspecto nuestro trabajo ha sido de aproximación cualitativa, y resultaría útil profundizar estas cuestiones con futuros estudios a nivel estadístico. Nuestra hipótesis parte de los resultados preliminares que pudimos obtener —a partir de las expresiones de las mujeres entrevistadas y de la observación de que la mayoría de las jóvenes menores de 20 ya tienen uno o más hijos—.

Las mujeres suelen tener acceso a los métodos anticonceptivos orales, inyectables y a profilácticos comunes en las salas de sus comunidades de base —aquellas que poseen una—, o en los *parajes* o pueblos más cercanos. La obtención de los mismos representa un costo de tiempo, de traslado y de contacto casi obligado con el personal médico, cuya responsabilidad recae en las mujeres. Los métodos anticonceptivos no se encuentran a mano para las mujeres campesinas del mismo modo en que lo están en un contexto urbano para los sectores medios. Ahora bien, la situación de que son escasamente o *selectivamente* utilizados puede ser interpretada de maneras múltiples, y resulta difícil pensar en un tipo de accionar homogéneo y unidireccional. Por el contrario, sugiero que las mujeres ponen en juego de manera activa una serie de valoraciones y ponderaciones.

Como han observado estudios similares entre mujeres indígenas de regiones cercanas en nuestro país (Vázquez Laba, Godoy y Orellano, 2013) tanto la maternidad como la familia extensa son factores que aumentan el status y la integración social en comunidades de estilo de vida rural y organizadas políticamente. En este sentido, las mujeres militantes son conocedoras de que sobre sus cuerpos y decisiones se entrecruzan obstáculos y presiones múltiples, tanto desde sus pertenencias étnico-comunitarias como desde los discursos normativos respecto al género. Lo mismo sucede respecto a las disposiciones desde los saberes médico-sanitarios de raigambre más urbana y sus prácticas más tradicionales, por ejemplo respecto de la planificación familiar, la cantidad de hijos y las maneras de atender el proceso de embarazo-parto.

Estas cuestiones se imbrican con lo que mencionábamos anteriormente acerca de las falencias en la implementación de los derechos y beneficios que deberían estar garantizados desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y otras políticas públicas. El trabajo de Vázquez Laba y Páramo Bernal (2013) para la región del Noroeste Argentino señala que las mujeres campesinas, indígenas y migrantes de sectores populares son subalternizadas, discriminadas y expulsadas de los servicios de salud, limitando su acceso a la información sobre los procesos de salud-enfermedad en general, así como a los de salud reproductiva en particular, y afectando a su bienestar en general. Esto se debe, según las autoras, no principalmente a la falta de recursos o dispositivos específicos sino a: “las resistencias dentro del sistema sanitario por parte de los profesionales de la salud, a partir de modelos ideológicos referidos a la maternidad, sexualidad y género que reactualizan prejuicios de clase y refuerzan relaciones de poder médico-paciente” (2013: 8).

A esto debe agregarse que, en comparación con el trabajo de concientización y de construcción de sentidos alternativos que ha realizado el MOCASE-VC durante su trayectoria política, los temas de salud sexual y reproductiva se encuentran entre los puntos más débiles o aquellos que encuentran mayores resistencias y temores a la hora de ser discutidos. Esta observación de la investigadora es también conocida por las mujeres líderes en sus comunidades, que suelen manifestar que aún “hay que encontrar el espacio” o que “de eso aún no se hablado”, que ese tema “es muy difícil de tratar y no le encontramos la vuelta”. Por mencionar un ejemplo breve de ello, durante las observaciones participantes en el Taller de Sexualidad destinado a los jóvenes que asisten a la Escuela de Agroecología —organizados y coordinados tanto por mujeres como por varones miembros del MOCASE-VC— han surgido muy escasos significados fuera de la estrategia de “educación sexual”

impartida en las escuelas públicas hace algunas décadas. Fundamentalmente, el taller se ha basado en las características anatómicas de los sexos y en los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual (ETC), con muchos pudores y falta de información adecuada o de paradigmas más novedosos a la hora de verbalizar y debatir otras cuestiones.

Tomando en cuenta este conjunto de condicionamientos —que hacen que las mujeres se encuentren en un contexto no favorable para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos— sugerimos que ellas actúan desde un posicionamiento activo facilitado a partir de su empoderamiento mediante la experiencia política que las ha atravesado subjetivamente.

De este modo, hallamos que no siempre sus estrategias frente a la (no) reproducción responden al desconocimiento o a la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos. Muchas veces deciden utilizar métodos anticonceptivos sin el consentimiento de sus maridos o parejas, o mediante el ocultamiento, pero otras tantas también eligen no utilizarlos. La posibilidad de que esto último también forme parte de un accionar *activo* por parte de las mujeres campesinas debe ser tenido en cuenta, ya que tal vez puede atribuirse a la defensa de un modo de vida en el cual dadas ciertas condiciones no se desea prevenir embarazos. Por ejemplo, algunas de las mujeres entrevistadas se sentían satisfechas respecto de la cantidad de hijos/as que habían tenido, y reían del discurso que los consideraba “demasiados”.

El hecho de utilizar los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos de manera selectiva —en algunas ocasiones y en otras no— ha aparecido desde las voces de otras mujeres campesinas más cercanas y conocedoras de los servicios de salud con énfasis crítico: “en general las mujeres los conocen pero en el momento no les importa tanto” o “son cómodas”. Sin embargo, desde nuestra perspectiva estas prácticas abren el interrogante acerca de si existe algún tipo de normatividad en torno a la planificación familiar y los cuidados, desde un saber biomédico homogeneizante que no consigue contener a las mujeres campesinas y del cual se distancian.

De este modo, también en el área de la atención a su salud sexual y/o reproductiva, así como en cuanto a la significación atribuida a aquello considerado como *padecimiento* desde el saber dominante, las mujeres campesinas del MOCASE-VC estarían haciendo un uso articulado que puede pensarse de acuerdo a la conceptualización que planteamos. Tanto a la hora de utilizar métodos anticonceptivos, de acudir a controles ginecológicos y de seguir indicaciones médicas, como en el terreno de la planificación familiar, ellas se apropian y contestan selectivamente los recursos, el trato —discriminatorio— que se les asigna y las indicaciones normativas establecidas desde el saber médico hegemónico.

Esta sugerencia, a partir de nuestro trabajo de campo, no implica desestimar que las mujeres se hallen sujetas a presiones por parte de sus compañeros, a tradiciones que atentan contra sus intereses y a otros tipos de dificultades que, por cierto, nos hemos ocupado de detallar. Es una proposición que, por el contrario, no parte de una idea previa sobre lo que las mujeres campesinas “deberían hacer” respecto a sus cuerpos y a su sexualidad, sino que intenta atender a sus propias voces y significaciones, y a lo que de hecho *hacen*. Consideramos importante no perder de vista los condicionamientos en los que se hallan inmersas, para no banalizar aquello que podría fácilmente identificarse como “rasgos culturales”, pero tampoco considerar a las mujeres campesinas como sujetos pasivos.

8. Palabras finales

Para nuestro contexto etnográfico resultaría inadecuado hablar de autonomía en las mujeres campesinas e indígenas organizadas en el MOCASE-VC frente al sistema de salud público y a su salud sexual y (no) reproductiva en general. Más bien, proponemos que ellas despliegan una serie de estrategias activas dentro de un estrecho margen de acción, dados los condicionamientos sexuales, sociales y económicos que las ubican en un lugar de subalternidad. Este tipo de sentidos y de prácticas empleados por las mujeres puede situarse en el marco de las políticas más amplias del MOCASE-VC que hemos denominado como de *apropiación crítica-contestación estratégica* respecto del sistema público de salud.

De acuerdo a las experiencias recabadas, las instituciones de salud públicas perpetúan el ejercicio del saber-poder tradicional sobre los cuerpos de las mujeres, mediante distintas formas de violencia, comenzando por las limitaciones en la atención a la salud. Ello se combina con que las y los profesionales médicos sostienen una relación médico-paciente cargada de estereotipos sexistas y raciales que dificultan la comunicación fluida y conllevan a tácticas de resistencia-confrontación por parte de las mujeres militantes. El MOCASE-VC, por su parte, ha construido una interesante experiencia de deconstrucción y de propuestas alternativas en las áreas de género y de salud, que ha favorecido desde varios puntos de vista los intereses de las mujeres, generando nuevos sentidos y también facilitando el re-posicionamiento subjetivo y la injerencia de las mujeres frente a las violencias institucionales de las que son víctima. Las mujeres militantes han tenido en este proceso un rol protagónico, convirtiéndose muchas de ellas en agentes y/o promotoras de salud de sus comunidades y siendo mayoría en esta área de trabajo de la organización. Por otra parte, los asuntos de salud sexual y (no) reproductiva, como suele suceder en movimientos sociales mixtos (Paulilo, 2009) y también en otros ámbitos, son aquellos en los que las mujeres del MOCASE-VC se encuentran más desamparadas.

Dentro de este complejo conjunto de variables, no debe perderse de vista que muchas mujeres del MOCASE-VC hoy no están haciendo uso de los métodos anticonceptivos que deberían estar garantizados, se resisten a acudir a los controles médicos y especialmente ginecológicos, y su maternidad en muchos casos dista de ser conscientemente “elegida”. Esto implica por descontado que la interrupción del embarazo continúa siendo una práctica estigmatizada, sobre la cual incluso resulta difícil “hablar”.

9. Bibliografía

- Aschieri, Patricia; Puglisi, Rodolfo (2010). “Cuerpo y producción de conocimiento en el trabajo de campo. Una aproximación desde la fenomenología, las ciencias cognitivas y las prácticas corporales orientales”, en Silvia Citro (Coord.), *Cuerpos plurales. Ensayos antropológicos de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 127-148.
- Barbetta, Pablo (2009). *En los bordes de lo jurídico: Conflictos por la tenencia legal de la tierra en Santiago del Estero*. Tesis de Doctorado — Universidad de Buenos Aires.
- Barbetta, Pablo; Lapegna, Pablo (2004). “No hay hombres sin tierra ni tierra sin hombres: luchas campesinas, ciudadanía y globalización en Argentina y Paraguay”, en Levy, B. y

- Giarracca, N. (Comps.), *Ruralidades latinoamericanas. Identidades y luchas sociales*. Buenos Aires: Clacso, 305-355.
- Canevari, Cecilia (1998). “El parto de las mujeres campesinas”, en Álvarez, Ramón; Canevari, Cecilia; de Dios, Rubén; Paz, Raúl; Tasso, et. al. (Eds.) (1998). *Sistemas productivos campesinos en Santiago del Estero. Organizaciones y unidades de producción. Uso de tipologías en los procesos de reconversión*. Santiago del Estero: Barco Editó.
- (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: UNSE y Barco Editó.
- Dargoltz, Raúl (1997). “El movimiento campesino santiagueño — MOCASE”. *Revista Taller*, 2 (4): 27-32.
- De Dios, Rubén (2009). “Los campesinos santiagueños y su lucha por una sociedad diferente”. Presentado en: I Congreso Nacional de Protesta Social, Acción Colectiva y Movimientos Sociales, Buenos Aires, 31 y 31 de marzo de 2009. Disponible en: <http://www.iade.org.ar/uploads/beaee573-e871-0024.pdf>.
- Deere, Carmen; León, Magdalena (2000). *Género, propiedad y empoderamiento: tierra, Estado y mercado en América Latina*. Colombia: TM editores.
- Díaz Estévez, Pablo (2005). “Resistencia campesina en Santiago del Estero”. Informe final del concurso: Poder y nuevas experiencias democráticas en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/becas/2005/demojov/diaz.pdf>.
- Di Liscia, María Silvia (2005). “Dentro y fuera del hogar: mujeres, familia y medicalización en la Argentina: 1870-1940”. *Signos Históricas*, 13: 94-119. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/>.
- Durand, Patricia (2006). *Desarrollo rural y Organización Campesina en Argentina. El caso del Movimiento Campesino de Santiago del Estero*. Buenos Aires: Tesis de Doctorado-Universidad de Buenos Aires.
- Esteban, Mari Luz (2006). “El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista”. *Salud Colectiva*, 2(1): 9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002&lng=es&rm=iso.
- Foucault, M. (2003[1976]). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. (Trad. Ulises Guináz).
- Geertz, Clifford (2003) [1973]). *The Interpretation of Cultures*. Rowman & Littlefield Publishers: New York.
- Giarracca, Norma (2001). “El ‘Movimiento de Mujeres Agropecuarias en Lucha’: protesta agraria y género durante el último lustro en Argentina”, en Norma Giarracca (Comp.), *¿Una nueva ruralidad en América Latina?* Buenos Aires: CLACSO, 129-151.
- Gómez, Mariana (2012). “Tensiones espaciales y ansiedades sexuales: memorias sobre la juventud de mujeres Qom (Tobas)”, en Vázquez Laba, V. (Comp.), *Feminismos, religiones y sexualidades en mujeres subalternas*. Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir, 113-148.
- Guber, Rosana (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Harding, S. (1998). “¿Existe un método feminista? (Ver epílogo)”, en Bartra (Comp.), *Debates en torno a una metodología feminista*. México: Universidad Autónoma de Xochimilco, 9-34.
- Hirsch, Silvia (Coord.) (2008). *Mujeres indígenas en la Argentina: cuerpo, trabajo y poder*. Buenos Aires: Biblos.

- Hammersley, Martyn; Atkinson, Paul (1994). *Etnografía*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Jasper, James (2012). “Las emociones y los movimientos sociales: veinte años de teoría e investigación”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4, 10: 46-66.
- Jordan, Glenn y Weedon, Chris (1995). *Cultural Politics: Class, Gender, Race, and the Postmodern World*. Reino Unido: Blackwell.
- Melucci, Alberto (1996). *Challenging codes: Collective action in the information age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Menéndez, Eduardo (2005). “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>.
- (1994). “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 4 (7): 71-83.
- (1985). “Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina”. *Nueva Antropología*, 7(28): 11-28.
- Michi, Norma (2010). *Movimientos Campesinos y Educación. El Movimiento Sin Tierra y el Movimiento Campesino de Santiago del Estero-VC*. Buenos Aires: En Colectivo.
- Oxman, Claudia (1998). *La Entrevista de Investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Paulilo, María Ignes (2009). “Movimentos das mulheres agricultoras e os muitos sentidos da ‘igualdade de gênero’”, en Bernardo Fernandez, Leonilde Servolo de Medeiros, María Ignez Paulilo (Orgs.), *Lutas camponesas contemporâneas: condições, dilemas e conquistas: a diversidade das formas das lutas no campo*. São Paulo: EDUNESP, 179-202.
- Pena, Mariela (2017a). “Las políticas de la vida cotidiana en el Movimiento Campesino de Santiago del Estero-Vía Campesina, Argentina”. *Boletín de Antropología de la Universidad de Antioquia*, 53: 210-231.
- Pena, Mariela (2017b). “Hacia una voz propia y feminista en el movimiento campesino de Santiago del Estero”. *Revista Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid*, 8 (1): 245-266.
- Pujadas, Joan. J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social*, 9: 127-158.
- Reinharz, S y Lynn Davidmann (1992). *Feminist Methods in Social Research*. New York: Oxford University Press.
- Segalén, Martine (1992). *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus.
- Segato, Rita (2012). Género e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. *E-cadernos ces*, 18: 105-131. Disponible en: <http://eces.revues.org/1533>; DOI : 10.4000/eces.1533.
- Sen, A. (2002). “¿Por qué la equidad en salud?”. *Revista Panamericana de salud pública*, 11(5-6): 302-309.
- Scott, Joan ([1990]1996). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Lamas Marta (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, 265-302.
- Stolen, Kristi Anne (2004). *La decencia de la desigualdad. Género y poder en el campo argentino*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Tuomaala, S (2005). “¿Por qué reía Anna? Fenomenología y género en la historia oral”. *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, 33: 37-47. (Trad. Dolores Udina).
- Vallejos, Clara. (2010). *Ponerle el cuerpo. Mujeres campesinas y derecho a la tierra en Figueroa, Santiago del Estero*. Tesis de Maestría — Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.

- Vázquez Laba V, Páramo Bernal M (2013). “Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región noroeste argentino”. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3, 1-24. [Serie en internet] Disponible en: <http://www.medicinasaludysociedad.com>.
- Vázquez Laba, Vanesa; Godoy, Solange; Orellano, Cintia, *et.al* (2013). Sexualidad, salud y autonomía de los cuerpos de las mujeres indígenas del norte argentino. Trabajo presentado en: *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Wacheux, Frédéric (1996). *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*. Paris: Economica.
- Young, I. M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: Princeton NJ.