

Articulaciones entre saberes tradicionales y saberes biomédicos en una comunidad rural perteneciente al Movimiento Campesino de Santiago del Estero – Vía Campesina (MOCASE-VC)

Ana Pía, Recavarren
Facultad de Ciencias Sociales – UNICEN
anarecavarren@gmail.com

Resumen

El presente trabajo se centra en los integrantes del Movimiento Campesino de Santiago del Estero - Vía Campesina (MOCASE-VC) que habitan en la comunidad del paraje rural General San Martín perteneciente a la central de Quimilí del mencionado movimiento social. El objetivo principal que persigue este escrito es dar cuenta de las acciones políticas emprendidas por el MOCASE-VC en el campo de la salud. Para ello se toma como fundamento teórico la propuesta de Pena (2017) de considerar las acciones de la organización en materia de salud como apropiación crítica del saber-poder médico. Con base en este planteo se analizarán las acciones llevadas a cabo por el MOCASE-VC (específicamente la formación y acción de los Promotores de la Salud) y como estas influyen o condicionan la cotidianeidad de sus integrantes (puntualmente se focalizará en las acciones que los y las campesinas realizan en el proceso de autoatención). Los registros con los cuales se articula el trabajo pertenecen a una investigación en curso desde el año 2017. Cabe aclarar que las estrategias metodológicas desarrolladas para la recolección de datos fueron entrevistas en profundidad y semi-estructuradas, observación participante y relevamiento de fuentes documentales.

Consideraciones metodológicas

El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia (en curso desde el año 2017) cuyos lineamientos teórico-metodológicos se basan fundamentalmente en el método etnográfico (Guber, 2011). Los datos aquí expuestos se desprenden de las experiencias de campo en el marco de las 23° Pasantías Vivenciales del MOCASE-VC (año 2017) y las 24° Pasantías Vivenciales del MOCASE-VC (año 2018). La misma se trata de una vivencia que combina una semana en el campo adentro, en convivencia con un grupo familiar perteneciente al movimiento, y unos cinco días habitando en la sede de la Escuela de Agroecología ubicada en la central de Quimilí.

La población de estudio de este trabajo son los integrantes del Movimiento Campesino de Santiago del Estero Vía Campesina que habitan en la comunidad del paraje rural General San Martín perteneciente a central de Quimilí del MOCASE-VC. Dicho paraje constituye una de las comunidades rurales ubicadas dentro de la comunidad de base del lote 38 del MOCASE-VC. Este se encuentra ubicado, aproximadamente, a 30 kilómetros de distancia de la localidad Yuchán¹. Se trata de una comunidad pequeña, compuesta por veintiún (21) familias², alejada de otros centros más habitados. Se accede a ella únicamente con transportes de considerable tamaño (camionetas, colectivos o camiones) a través de un camino de tierra (que pertenece a la Ruta Provincial N°194) en malas condiciones que conecta la ciudad de Yuchán con Las Tinajas³. El paraje cuenta, además de las construcciones domésticas, de una escuela pública primaria y una iglesia, pero no posee ninguna posta sanitaria. Allí se practica una economía basada en la cría de ganado pequeño (chivas, cabras y chanchos) destinado, en su mayoría, a la venta particular o al consumo doméstico, pero también se lleva a cabo, en menor medida, la actividad forestal. Los ranchos, construidos de paredes de barro y estructuras de madera de quebracho, se encuentran rodeados por un vasto monte que presenta especies diversas⁴. Este paraje rural no cuenta con energía eléctrica ni agua potable, por lo cual sus habitantes utilizan paneles de energía solar o generadores eléctricos y para proveerse de agua segura reciben una vez al mes, por parte del gobierno municipal, recipientes con agua potabilizada para consumir (la cual cabe aclarar que nunca es suficiente y que al almacenarse de forma indebida termina convirtiéndose en agua sucia). Para usos domésticos o como bebida para los animales utilizan agua de lluvia almacenada en cisternas de placas elaboradas por ellos mismos⁵. Asimismo, es necesario aclarar que las condiciones de higiene de las unidades domésticas son deficitarias ya que no cuentan con sanitarios ni habitaciones con aberturas que permitan la adecuada ventilación. Tampoco se encuentran bien diferenciados los ambientes destinados al manejo de comestibles, ni existen los medios seguros para almacenar los alimentos.

¹ Yuchán es una localidad ubicada en el Departamento Juan F. Ibarra de la Provincia de Santiago del Estero. Se encuentra sobre la Ruta Nacional N°89, 50 kilómetros al este de la localidad de Suncho Corral y 55 kilómetros al Oeste de la ciudad de Quimilí.

² Cabe destacar que de las veintiún (21) familias que conforman el paraje, solo quince (15) están nucleadas en el MOCASE-VC.

³ Las Tinajas es una localidad ubicada en el departamento Moreno de la provincia de Santiago del Estero. Se halla en las intersecciones de las rutas provinciales 53 y 194.

⁴ Entre ellas se destacan: Atamisqui, Sombra de Toro, Brea, Tusca, Tuna, Chañar etc.

⁵ La construcción de cisternas de placas destinada al almacenamiento de agua proviene de un proyecto diseñado y financiado en conjunto por el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Las estrategias metodológicas desarrolladas para la recolección de datos fueron entrevistas en profundidad y semi-estructuradas, observación participante y relevamiento de fuentes documentales. Las entrevistas tal como propone Guber (2001) fue utilizada como estrategia para lograr que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree acerca de una situación, refiriéndose a la biografía, a los sentidos de los hechos, sentimientos y opiniones, como así también a normas o standards de acción o a los valores o conductas ideales. Es por ello que aquí se recopilan fragmentos de tres entrevistas que plasmaron las percepciones y prácticas de los integrantes del MOCASE-VC en torno a la apropiación crítica de prácticas de salud hegemónicas y su relación cotidiana con prácticas de salud tradicionales provenientes de prácticas heredadas del modo de vida campesino-indígena. Por su parte, los datos provenientes de la observación participante se verán plasmados en aquellos fragmentos que referencian lo abordado en los paneles de información suscitados a lo largo de las Pasantías Vivenciales, por lo que el discurso provendrá de personas referentes de la organización en el Área de Salud y Género (referenciado como: Panel S.G). Por último, el relevamiento y análisis de contenido de fuentes documentales es aquel que permitirá recopilar los planteos del MOCASE-VC en documentos oficiales, tales como libros publicados por la organización, actas de los Congresos o plenarios de trabajo, etc.

EI MOCASE-VC

El Movimiento Campesino de Santiago del (MOCASE) es un movimiento social, conformado el 4 de agosto de 1990 en respuesta a la profundización del modelo de los agronegocios en Argentina. Tal como se expresa en el acta fundacional, el MOCASE se presentó como una organización que intenta buscar soluciones a problemas comunes, representar a los campesinos ante las autoridades, promover la capacitación en cooperativismo y gremialismo y mejorar la calidad de vida de los pequeños productores. Pero es necesario aclarar que lo hace desde una perspectiva opuesta a la política partidaria ya que la consideran engañosa y excluyente.

En septiembre de 2001, tras disparidades en el primer congreso organizado por la organización⁶, el movimiento sufrió una fractura que derivó en dos asociaciones diferentes: el MOCASE y el MOCASE-VC, por lo que este último decidió organizarse en red, horizontal y autónomo con respecto al Estado y los partidos políticos, apostando al trabajo por comisiones

⁶ Organizado en la Ciudad de Santiago del Estero, en el mes de Noviembre de 1999, este Primer Congreso se denominó “Campesinos y campesinas unidos en la lucha por la tierra y la justicia”.

y decisiones asamblearias. Actualmente, el MOCASE-VC cuenta con 13 centrales en el territorio santiagueño, cada una conformada por un número diverso de familias que en conjunto conforman “comunidades de base”. La población que compone el movimiento es en su mayoría calificada como “población rural dispersa”, lo que implica el aislamiento entre hogares y la conservación de un estilo de vida tradicionalmente campesino heredado de tradiciones indígenas⁷. En términos organizativos, cada comunidad se reúne cada dos semanas, y elige delegados para cada área: Tierra y territorio, Comunicación, Salud y Género, Formación y Educación, Producción y Comercialización.

A nivel nacional, el MOCASE-VC forma parte del Movimiento Nacional Campesino Indígena (MNCI), una organización con presencia en ocho provincias del país. A nivel latinoamericano forma parte de la Confederación Latinoamericana de Organizaciones del Campo (CLOC), y a nivel mundial de la Vía Campesina (organización que cuenta con 181 organizaciones locales y nacionales en 81 países de África, Asia, Europa y América).

La Salud como “bandera de lucha”

En sus primeros años de desarrollo la organización delineó estrategias de trabajo y de lucha que buscaron generar conciencia del derecho a la tierra de los campesinos y la defensa de este derecho a través de formas organizativas que priorizaran la participación y representación a las comunidades bases. En el contexto de profundización de las políticas neoliberales en el país, el MOCASE creció en su trabajo organizativo y político desarrollando, al tiempo, acciones de resistencia a los desalojos y la represión. Asimismo, amplió sus demandas y en consecuencia profundizó acciones no sólo con respecto a la tierra sino también de salud, educación y producción cooperativa. En palabras de uno de sus integrantes: “luchamos para recuperar los derechos que nos han negado por ser campesinos, es que por ser negros, indígenas y campesinos hemos quedado afuera, olvidados y no tenemos ni tierra, ni educación, ni salud” (Panel S.G).

Es consecuencia de ello que el proyecto del MOCASE-VC se proponga como un todo integral, en que las áreas de trabajo son contenidas por ideales más amplios tales como la

⁷ Muchos integrantes del MOCASE-VC se reconocen actualmente campesino-indígenas procedentes de diferentes pueblos: Vilela, Lule-Vilela, Sanavirones y Tonocoté. Según autores como Canaveri (2011) este reconocimiento forma parte del proceso denominado “re-emergencia indígena” que incluye, entre otras cosas, la inscripción y el reconocimiento de nuevas comunidades por parte del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), lo cual les otorga ciertos beneficios no reconocidos hasta el momento como el acceso a la tierra, planes sociales, planes de salud, etc.

Reforma Agraria Integral⁸ y la Soberanía Alimentaria⁹. En esta ampliación de acciones se comienza a atender puntualmente la organización en cuestiones de salud. En el Primer Congreso del MOCASE del año 1999 se realizó un análisis de situación y una serie de propuestas concretas. Con respecto a la cotidianeidad evidenciaron que se enfrentaban a dificultades tales como: nutrición deficitaria por ausencia de una dieta equilibrada, agua no apta para el consumo humano, hospitales zonales sin recursos económicos y atención deficiente, nombramiento a personas sin capacitación que conduce a los agentes de salud a ‘dudoso desempeño y mala praxis’, ausencia de medicamentos de uso prioritario, la no cobertura de prevención primaria de la salud por la inexistencia de agentes y postas sanitarias, etc. (Acta de Primer Congreso MOCASE, 1999)

Asimismo, testimoniaron la falta de políticas públicas destinadas a la atención de enfermedades infecciosas parasitarias consecuencia de las condiciones de vida, tales como el Chagas, Leishmaniosis visceral, Lepra, etc. Frente a lo que ellos mismos denominaron “*ausencia del Estado*”, el MOCASE-VC propuso una organización colectiva que compensara el acceso deficiente a los servicios de salud necesarios. Un ejemplo concreto de ello fue un encuentro, realizado en el año 2001, destinado a atender las cuestiones de salubridad, higiene y prevención, pero también dio surgimiento a un grupo llamado “Salud Campesina” que tenía como objetivo principal colaborar con el MOCASE-VC a la formación de promotores de salud.

El MOCASE-VC y la apropiación crítica del saber-poder médico

Los padecimientos y la respuesta social a los mismos, como ha sugerido Menéndez (1994), involucran un proceso de construcción colectiva de la subjetividad. De este modo, se generan representaciones y prácticas que constituyen un saber para enfrentar, tratar o curar enfermedades o malestares (según lo permita cada caso). Tal como expresa Menéndez:

⁸ Por Reforma Agraria Integral el MOCASE-VC refiere a “*una distribución de la tierra, pero ya no desde la idea de un gobierno que “otorga” títulos discrecionalmente, sino que implica una conformación desde los territorios (...) los títulos no son personales, son que la tierra es un bien comunitario en relación con construcciones culturales, formas de vida, tomando en cuenta la preservación de la naturaleza en la zona*” (MOCASE-VC, 2010: 10)

⁹ La Soberanía Alimentaria es definida por el MOCASE-VC, y las organizaciones afines como: “*el conjunto de derechos de los pueblos a definir sus propias políticas de agricultura y alimentación (...) Se materializa en el derecho a decidir cómo organizar la producción, qué y cómo plantar y cómo organizar la distribución y consumo de alimentos, de acuerdo a las necesidades de las comunidades en cantidad y calidad suficientes, priorizando productos locales y variedades criollas*” (MOCASE-VC, 2010:10)

enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no solo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente (Menéndez, 1994: 71)

Asimismo, esto se encuentra estrechamente vinculado con los planteos de Díaz (2004) y Menéndez (op.cit) acerca de las relaciones de hegemonía/subalternidad de los diferentes procesos de salud/atención/enfermedad en un determinado período histórico, ya que los sistemas médicos que resultaron hegemónicos no erradicaron otros significados, saberes y prácticas médicas populares, sino que forjaron su modificación y establecieron nuevas relaciones entre ellos. Tal como expone Menéndez (2003), actualmente se sucede un incremento de las medicinas denominadas alternativas y la recuperación de formas de medicina popular en diferentes contextos, que no siempre responden a una reacción contra la biomedicina (aunque incluyan procesos reactivos) sino que responden a una resignificación de sus usos, tanto en el medio rural como en el medio urbano (tanto de los países periféricos como desarrollados).

En consecuencia, me sitúo desde esta perspectiva teórica para analizar gestiones llevadas a cabo MOCASE-VC como organización y, además, como estas se reflejan cotidianamente en las acciones concretas de sus integrantes con respecto a la autoatención. Tal como expone Pena (2017) la práctica y posicionamiento ideológico de la organización en cuestión pueden pensarse como de *apropiación crítica-contestación estratégica* ya que la trayectoria y la construcción de sentidos y prácticas del MOCASE-VC respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención se insertan en una perspectiva más amplia (anclado en lo colectivo) y subjetiva de los campesinos militantes. A continuación se analiza esta *apropiación crítica del saber-poder médico* a través de dos ejes fundamentales: la formación y acción de los Promotores de Salud y, por otra parte, aquellas decisiones de los integrantes del MOCASE-VC que ponen en tensión prácticas de la biomedicina en la autoatención (Menéndez, 2003).

La formación de Promotores de Salud y su acción

El actual Área de Salud y Género tiene una fuerte articulación con el grupo de “Salud Campesina”¹⁰ conformado por profesionales de distintas áreas, militantes y campesinos. La

¹⁰ El Grupo de Salud Campesina se encuentra conformado por instituciones políticas, educativas o barriales.

metodología de trabajo del equipo se basa en encuentros de planificación, evaluación y sistematización con jornadas de trabajo, desarrolladas cada 45 días. También se realizan dos encuentros de trabajo anuales de una semana de duración, con los promotores y promotoras en formación. Estos talleres que se realizan buscan recuperar y reflexionar acerca de los conocimientos que los y las participantes tienen respecto a diversas problemáticas, entre ellas: primeros auxilios, género, sexualidad, alimentación, y recuperación de prácticas ancestrales, hierbas Medicinales, VIH-Sida, Chagas, agrotóxicos, etc. El resultado de estos encuentros se registra y divulga a través de cartillas, spots radiales o libros para “[difundir] el saber a todo el movimiento y a todos los campesinos que no integran el movimiento, para que con el uso de esta información se pueda no necesariamente depender del médico o tener que confiar solo en eso” (Panel S.G). Puede evidenciarse así que se trabaja la formación desde una perspectiva que no jerarquiza a la medicina “occidental” hegemónica, sino que se trabaja sobre la recuperación de los saberes de los pueblos originarios y antepasados campesinos, y su valoración como contenidos esenciales para la formación de las y los promotores.

Esta iniciativa de formación de Promotores de la Salud se debe a que el MOCASE-VC reconoce la intervención pedagógica como parte fundamental de su tarea política y, tal como expresa Pena (2017) “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” (2017: 180). La formación está orientada a la acción y, por tanto, busca revalorizar diferentes tipos de conocimientos campesinos y producir una síntesis integral capaz de transformar la realidad social y la de sus militantes (al referirse a los procesos de formación, los integrantes del MOCASE-VC refieren a sentimientos de dignidad, autoestima y libertad). Esta estrategia de formación política se ha aplicado al Área de Salud y Género y se evidencia en fragmentos de entrevistas realizadas durante la investigación:

“Después de estudiar vimos cómo es la realidad. Antes si había una mujer pariendo, los médicos la dejaban sola, decían que no se podía pasar y pudimos aprender que no es así, que leyes dicen que la parturienta puede tener compañía. Se aprovechan si estás sola, dicen burradas feas, que ‘te ha gustado abrir las piernas’. (Entrevista n°6)

“[los médicos] se creen que por ser campesinos somos ignorantes y ya no es así, ahora sabemos de derechos, de leyes y no nos van a tratar como animales cuando vamos al hospital” (Entrevista n°9)

En esta línea, es necesario aclarar que una de las temáticas más trabajadas en la formación de promotores es el re-conocimiento de la salud como derecho humano fundamental. Por ejemplo, en el primer Encuentro de Salud, del año 2005, que se denominó “Derechos en Salud”, la propuesta consistió en trabajar sobre cuáles son las leyes que las y los campesinos deben conocer para defender los derechos en salud y saber utilizarlas en las situaciones que se presentan cotidianamente. “Aunque la mayor parte de estas leyes están escritas para favorecer a los sectores dominantes, al igual que en el tema de la tierra, es posible utilizar algunas de ellas para dar la lucha por la salud”. (Panel S.G)

Es así que desde el MOCASE-VC evidencian como mayor problemática, y consecuencia directa de la falta de información, la discriminación que sufren los campesinos al atenderse en las instituciones de salud pública (generalmente ubicada en las zonas urbanas lejanas a las comunidades). El Área de Salud y Género busca prevenirlas la vulnerabilidad de derechos mediante la información, control o supervisión de las instituciones de salud. La organización asume, también, una posición de defensa legal ya que, por ejemplo, el MOCASE-VC ha denunciado judicialmente (y públicamente) casos de mala-praxis, malos tratos o persecución ideológica¹¹ de médicos afines al movimiento dentro del sistema de salud santiagueño. Puede decirse entonces que el MOCASE-VC tiene una perspectiva de derecho con respecto a la temática de salud ya que, tal como lo expresa una de sus militantes integrantes del Área de Salud y Género, “(...) creemos en la salud como un derecho, como un proceso integral que abarca el buen vivir, la atención personalizada, el acceso a una soberanía alimentaria para tener control, el intercambio y el tener en cuenta todos los tipos de medicinas”. (Panel S.G). Es en esta línea que forma a algunos de sus militantes como promotores de salud, porque considera que “(...) tienen la misión, la tarea, dentro de las comunidades de hacer y llevar a cabo tareas de prevención y de promoción de la salud (...) no es solamente brindar asistencialmente los medicamentos o las cuestiones que tengan que ver con la atención de un síntoma sino justamente trabajar con la comunidad cuestiones de información para la prevención” (Panel S.G)

¹¹ Uno de los casos más significativos fue el de los médicos Natalia Funk y Damian de Paula, radicados en Villa Ojo de Agua al sur provincia de Santiago del Estero. El MOCASE-VC denunció pública y judicialmente la persecución ideológica hacia estos profesionales por parte del Hospital local, Sr. Jorge Salomón, luego de que este toma conocimiento del proyecto presentado en el Programa Médicos Comunitarios en comunidades indígenas, en el cual se solicitaba la inclusión de los cuatro pueblos lules, lule-vilelas, guaycurúes y sanavirones en las políticas de salud.

Uso selectivo de las políticas públicas de salud y la autoatención

En este apartado se pretende dar cuenta del proceso que Pena (2017) considera *apropiación crítica del saber-poder médico* y como esto influye en la autoatención de los integrantes del MOCASE-VC. Menéndez (2003) ha expuesto que

La autoatención constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención (...) nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención (op.cit: 198)

Tal como se expuso anteriormente, los actores sociales señalan como problema la falta de políticas públicas destinadas al sector campesino, o lo que ellos enuncian en sus relatos como *“ausencia del Estado”*. El MOCASE-VC organiza acciones destinadas a paliar estas falencias¹² pero adoptando, al mismo tiempo, un posicionamiento que se corresponde con la demanda al Estado como garante de sus derechos. Es así que, simultáneamente, se posiciona activamente denunciando las falencias en la implementación de políticas públicas y, a partir de ello, gestiona (desde la perspectiva de que necesitan emplear un posicionamiento de defensa y confrontación) para obtener aquello que debería estar garantizado por derecho. Al mismo tiempo, desde este lugar de empoderamiento, cuestionan algunas prácticas y saberes médicos (propias de lo que Menéndez ha denominado biomedicina) y utilizan los beneficios y servicios del sistema de salud público de manera selectiva. Ejemplo de ello es la estrategia frecuente de los integrantes del MOCASE-VC de acudir al médico en busca de un diagnóstico, pero desechar los tratamientos farmacológicos previstos por la biomedicina y sustituirlos con el uso de hierbas medicinales. Tal como lo expresa una de las entrevistadas:

“Yo voy al doctor allá en el pueblo para que me diga qué tengo, y me dicen lo que tengo pero le busco la forma y no tomo mis remedios. Si acá tengo mis plantas que me curan igual, tengo la Tusca, el Atamisqui, un poco de Cedrón, cascara de naranja y listo. Así, de yuyos porque el yuyo no hace mal nunca. Hay que saber mezclarlos, saber qué cosa para que dolor”. (Entrevista n°3)

¹² Entre las acciones que se pueden destacarse se encuentran: 1) La búsqueda de información y la gestión de programas municipales, provinciales y nacionales que beneficien a los campesinos 2) La planificación de acciones internas del MOCASE-VC tales charlas, talleres, visitas o “rondas” por las comunidades más alejadas 3) La realización de acciones estratégicas conjuntas con otros movimientos sociales o campesinos aliados o que ellos mismos integran, tales como MNCI, la CLOC-Vía Campesina o los movimientos urbanos de trabajadores o desocupados.

Puede denominarse a estos actores sociales, tal como lo hicieron Donovan y Blake (1992), como “paciente bien informado”, es decir aquel que

(...) se caracteriza por no cumplir la prescripción, pero no por ignorancia de las consecuencias negativas (...) o por no entender la prescripción recetada sino debido a dos hechos básicos, por una parte a la cantidad de información técnica que posee este tipo de paciente u por otro a que su modificación del tratamiento obedece a su experiencia de su propio cuerpo con el tratamiento (Menéndez, 2003: 204)

En palabras de un entrevistado esto se evidencia de la siguiente forma:

“¿sabes qué pasa? Que a mí las pastillas no me convencen, no sabes que estas tomando. Lo que si sé es que cuanto más pastillas tomo, más problemas tengo... la acidez en el estómago, que después la gastritis y terminas en una úlcera que te lleva pa' allá [señala hacia arriba]”. (Entrevista n°9)

Estos fragmentos de entrevistas evidencian que existe una valoración negativa hacia la farmacología e incluso se la concibe como parte de un negocio que contempla relaciones entre los agronegocios y la industria farmacéutica. “Aquí en nuestra provincia lamentablemente tenemos, en lugar de cuidar la salud de la población, tiene promoción para que los agronegocios fumiguen a las poblaciones, más o menos así, al revés. Te fumigan, te enferman y te venden la pastillita”. (Entrevista n°9). Aun así, el uso de fármacos no se descarta pero, tal como expresan los actores sociales, se constituye en la “última opción” luego de que se hayan intentado otras alternativas o cuando se percibe que el padecimiento es muy grave. En consecuencia, estas observaciones se constituyen en ejemplo que evidencian el proceso de *apropiación crítica-contestación estratégica* ya que los campesinos organizados hacen uso de los servicios y saberes médicos que consideran adecuados a sus intereses, y contestan aquellas prácticas y tratos que perciben negativamente, discriminatorios o fuera del ámbito del derecho a la salud, por ejemplo.

Para finalizar, sería interesante retomar brevemente lo referido anteriormente a la relación agronegocio/industria farmacéutica. De este modo podemos dar cuenta que los integrantes del MOCASE-VC tienen conciencia de los aspectos estructurales que influyen sus condiciones de salud y, en consecuencia, las subjetividades en el proceso s/e/a.

“El sistema nos quiere hacer creer que así es mejor, que tenemos más calidad de vida, que se va a progresar, que vamos a vivir más años si tomamos esta pastilla o aquella. Nos ponen un medicamento de cada color para cada dolor. No queremos ni debemos dejar que esto sea así” (Entrevista n°9)

En este fragmento se cristaliza la influencia del proyecto mayor de la organización, aquel que busca concientizar sobre los aspectos sociales, políticos y económicos del contexto santiaguense e insistir en que el modo de vida campesino es una opción frente al capitalismo neoliberal. La propuesta del MOCASE-VC se constituye mediante un discurso anticapitalista, ecologista y conservacionista, pero que también tiene en cuenta su experiencia local: la de ser una zona directamente afectada por el uso de agrotóxicos, la marginalización cotidiana y la vulnerabilidad en materia de derechos. Así, por ejemplo, muchos de los campesinos santiaguenses presentan enfermedades como diabetes, hipertensión, afecciones en la piel y distintos tipos de cáncer y, desde la organización y profesionales involucrados con ella, se las asocia directamente a la alimentación deficitaria y a las dificultades para sustentarse con sus animales y huertas.

“Un gran tema es el de la alimentación, que toca directamente una de las banderas del movimiento como lo es la Soberanía Alimentaria. Muchas veces las múltiples enfermedades que sufrimos tiene que ver con que comemos mal, hay una alimentación insalubre, sin calidad ni cantidad porque el acceso a la alimentación sigue siendo un privilegio, hay poca producción, encima es muy cara y las redes de distribución no están bien distribuidas” (Panel S.G)

A esto se suman, además, los cambios que observan en la vegetación nativa, lo que condiciona el acceso y uso de plantas medicinales destinadas a la autoatención y a algunos alimentos esenciales para la alimentación. Se ponen aquí en juego las subjetividades vinculadas al temor a los daños que puedan ocasionar a la salud el uso de estas plantas “*enrarecidas*”: “Antes mi familia tomaba té para la tos, la acidez, todo. Los hacíamos de Atamisqui, Eucaliptus, según para qué. Ahora casi no las usamos, por el miedo, es que la avioneta pasa de acá para allá. Si las usas te tomas ese veneno que está ahí, está ahí en los yuyos” (Entrevista n°9)

Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo se ha intentado dar cuenta de las acciones políticas emprendidas por el MOCASE-VC en el campo de la salud. Guiados por la propuesta teórica de Pena (2017) de considerar las acciones de la organización en materia de salud como *apropiación crítica del saber-poder médico* se han analizado las acciones llevadas a cabo por el MOCASE-VC (específicamente la formación y acción de los Promotores de la Salud) y como estas influyen o condicionan la cotidianeidad de sus integrantes (puntualmente en las acciones que los y las campesinas realizan en el proceso de autoatención). De esta forma, puede observarse que

tanto la apropiación y síntesis de los saberes médicos hegemónicos, su transformación y la combinación con la medicina tradicional, son rasgos característicos de estos procesos y demuestran el uso articulado de los sistemas médicos (Menéndez, 1994, 2003). El uso de hierbas medicinales, lejos de constituirse en elementos “residuales”, tienen en esta relación diádica de hegemonía/subalternidad una doble función: la de atender los padecimientos y la de ser un símbolo de contestación ideológica en el marco del proyecto político de un movimiento social. Más que tradiciones obsoletas deben entenderse como un conjunto de prácticas cuyo uso y significado se redefinen constantemente de manera relacional.

Asimismo, puede decirse que a pesar de que las prácticas de salud del MOCASE-VC se constituyan como una propuesta de salud alternativa no significa que se oponga o rechaza cualquier forma de incorporación de los servicios y saberes del campo de la salud pública. La propuesta de la organización 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.

Bibliografía

- DÍAZ, Esther. 2004. Foucault y el poder de la verdad. Encrucijadas N°26. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://repositorioubasibsi.uba.ar>
- DONOVAN, Jenny; BLACKKE, David. 1992. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine* 34(5):507-513.
- GUBER, Rosana. 2011. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Siglo XXI.
- GUTIERREZ, Manuela. s/a. Mo.Ca.SE- VC, la lucha por el derecho a la salud. En: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/gutierrez_la_lucha_por_el_derecho_a_la_salud.Ca.SE-%20VC.%20la%20lucha%20por%20el%20derecho%20a%20la%20salud.pdf
- MENÉNDEZ, Eduardo. 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 4 (7): 71-83.
- MENÉNDEZ, Eduardo. 2003. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: *Ciencia e Saúde Coletiva*, nro. 8, vol.1, pp:185-207.
- PENA, Marianela. 2018. ¿Por qué no ser agentes de salud nosotras/os mismas/os? Mujeres y políticas de salud en un movimiento campesino argentino. *Revista de antropología social*, ISSN 1131-558X, N° 27, 1, 2018, págs. 169-193