

Diciembre de 2023
Número 16

Accountability Working Paper



Las trabajadoras comunitarias de salud como defensoras de derechos: Explorando la identidad colectiva de las *mitanin* de Chhattisgarh, India

Shriyuta Abhishek y Samir Garg



Acerca del Centro de Investigación en Rendición de Cuentas (ARC)

El Centro de Investigación en Rendición de Cuentas (Accountability Research Center, ARC) tiene su sede en la School of International Service de la American University. El ARC colabora con organizaciones de la sociedad civil y funcionarios y funcionarias públicas del Sur global para mejorar la investigación y la práctica en el ámbito de la transparencia, la participación y la rendición de cuentas. Véase: www.accountabilityresearch.org.

Acerca de las publicaciones de ARC

Las publicaciones de ARC sirven de plataforma para que los estrategas e investigadores de la rendición de cuentas compartan sus experiencias y puntos de vista con diversos lectores de distintas áreas temáticas y sectores. Estas publicaciones enmarcan iniciativas locales y nacionales distintivas en términos que abordan cuestiones clave en el campo de la transparencia, la participación y la rendición de cuentas.

Derechos y permisos



El material de esta publicación está protegido por derechos de autor bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 Unported (CC BY 4.0). De acuerdo a dicha licencia, cualquier persona tiene la libertad para copiar, distribuir, transmitir y adaptar este trabajo, incluso para propósitos comerciales, siempre y cuando observe las siguientes condiciones:

Atribución—Cite la obra de la siguiente manera: Abhishek, Shriyuta y Samir Garg. 2023. “Las trabajadoras comunitarias de salud como defensoras de derechos: Explorando la identidad colectiva de las *mitanin* de Chhattisgarh, India.” Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 16. <https://doi.org/10.57912/24722262>.

Traducción—Si traduce este trabajo a otra idioma, por favor agregue el siguiente descargo de responsabilidad junto con la atribución: Esta traducción no fue creada por el Accountability Research Center (ARC) y no debe considerarse una traducción oficial del ARC.

Foto de portada: Un grupo de *mitanin* asiste a una concentración para concienciar sobre la violencia de género en Kawardha, marchando detrás de una pancarta en la que se lee “Campaña para detener la violencia contra las mujeres”. La violencia de género está tipificada como delito en los artículos 223, 304, y 376 del Código Penal indio.

Crédito: Rupesh Yadav

Índice

Resumen	5
1. Introducción.....	6
2. Contexto y Evolución del Programa Mitanin.....	7
2.1 Contexto: Los determinantes sociales de la salud en Chhattisgarh.....	7
2.2 Contexto del Programa Mitanin	9
3. Métodos.....	12
4. Hallazgos	13
4.1 El compromiso de las <i>mitanin</i> con el activismo multitemático	13
4.2 Definición de la identidad colectiva de las <i>mitanin</i>	14
4.2.1 Solidaridad con la comunidad	15
4.2.2 Lideresas que empoderan a la comunidad	18
4.2.3 Hermandad	20
4.3 ¿Qué factores han moldeado la identidad colectiva de las <i>mitanin</i> ?.....	21
4.3.1 El enfoque de construcción de movimiento del programa	21
4.3.2 La autonomía de las <i>mitanin</i>	22
4.4 La acción colectiva y su relación con la identidad colectiva	23
5. Conclusión.....	27
Notas.....	28
Bibliografía.....	29

Agradecimientos

Los autores agradecen a las siguientes personas: Suchi Pande, por su orientación técnica y apoyo durante todo el proyecto, incluida la redacción de este Documento de Trabajo; Jonathan Fox y Walter Flores, por su constante apoyo, orientación técnica y cooperación; Karen Brock y Kathryn O'Neill, por su inestimable apoyo editorial y de diseño; y Louisa Reynolds, por la traducción del inglés al español; y Hilda Arguello, Mariana Cepeda y Ariel Frisancho por la verificación de la traducción. Merecen un agradecimiento especial los dos revisores externos—la Dra. Aparna John (investigadora independiente sobre salud global, nutrición y pobreza) y el Dr. Miguel San Sebastián (Universidad de Umeå)—que aportaron valiosos comentarios, de enorme utilidad para mejorar el documento; no son responsables de las opiniones expresadas por los autores. También se agradece especialmente a los diversos miembros del State Health Resource Center (SHRC, Centro Estatal de Recursos de Salud) de Chhattisgarh, que participaron en el proyecto en diversas funciones. Por último, los autores están muy agradecidos con las trabajadoras comunitarias de salud *mitanin* quienes dedicaron su tiempo para compartir sus experiencias con el equipo del SHRC.

Sobre los Autores

Shriyuta Abhishek es investigadora y profesional de la salud. Tiene más de tres años de experiencia en la práctica de la salud pública y la investigación con organizaciones de base en Maharashtra y Chhattisgarh. En el momento de escribir estas líneas, trabajaba en el SHRC de Chhattisgarh. Su trabajo se centra en el Programa Mitanin y sus intersecciones con los determinantes sociales de la salud, la participación de la comunidad en la salud, la atención primaria de salud y el seguro médico financiado con fondos públicos.

Samir Garg es investigador y profesional de la salud. Su trabajo se ha centrado en reforzar los sistemas de salud y los programas de seguridad alimentaria, por ejemplo, como asesor de los comisionados del Tribunal Supremo sobre el derecho a la alimentación en la India. Trabajó para el SHRC en Chhattisgarh y colaboró con el Programa Mitanin durante casi 20 años. Es doctor en gestión de sistemas de salud. Sus áreas de interés son la participación comunitaria, la atención primaria de salud y la gestión de sistemas públicos.

Resumen

Este documento de trabajo analiza el Programa Mitanin, un programa estatal de trabajadoras comunitarias de salud en el estado indio de Chhattisgarh. Se basa en un ejercicio de reflexión e investigación-acción de un año de duración llevado a cabo por la organización encargada de su ejecución, el State Health Resource Center (SHRC, por sus siglas en inglés; Centro Estatal de Recursos de Salud).

Argumentamos que la identidad colectiva de estas trabajadoras comunitarias de salud (*mitanin*) es fundamental para su labor de defensa de los derechos sociales y económicos de su comunidad. La identidad colectiva suele desempeñar un papel importante en los movimientos sociales por los derechos económicos y políticos de las personas. Sin embargo, los trabajadores financiados por el gobierno rara vez se implican en dichos movimientos. Los autores querían saber si la identidad colectiva contribuye a impulsar el activismo multidisciplinar de las trabajadoras comunitarias de salud.

De la investigación surgió una definición compuesta de esta identidad colectiva. A lo largo de las entrevistas y los debates, las *mitanin* describieron su identidad colectiva como un sentimiento de solidaridad que todas comparten con la comunidad a la que sirven y a la que pertenecen, y un sentimiento de hermandad con otras mujeres y entre ellas. Es la experiencia compartida de ser un grupo de mujeres empoderadas con una misión común que deben utilizar sus conocimientos y su empatía para apoyar a las personas a las que sirven. El sistema de valores que sustenta su misión dicta que a las personas no se les deben negar sus derechos.

Descubrimos que la identidad colectiva de las *mitanin* es múltiple: no son meras trabajadoras comunitarias de salud de primera línea, sino mujeres que se preocupan profundamente por su comunidad. Son solucionadoras de problemas, activistas y lideresas comunitarias. Su acción colectiva y su identidad colectiva como mujeres lideresas solidarias con la comunidad se refuerzan mutuamente y les han permitido emprender un activismo multidisciplinar y transformarse en defensoras de los derechos en primera línea.

Realizamos una encuesta en todo el estado junto con debates en grupos de discusión y entrevistas en profundidad. El objetivo de la encuesta (n=558) era determinar qué proporción de las *mitanin* participan en el activismo multidisciplinar. Se descubrió que, en los tres años anteriores, el 84% había emprendido acciones basadas en los derechos en al menos uno de los tres ámbitos siguientes: seguridad alimentaria y nutrición (68%), atención sanitaria (56%) y violencia de género (21%). Nos referimos a estas acciones como “basadas en los derechos” porque implican la negociación y la confrontación con las élites locales y los funcionarios del gobierno, así como la presentación por escrito de quejas formales a los funcionarios del gobierno. Aparte de las acciones basadas en los derechos, las *mitanin* también proporcionan información a los miembros de la comunidad sobre sus derechos a programas de salud, seguridad alimentaria y nutrición en el marco de programas gubernamentales, información a la que los pobres de la India no suelen tener fácil acceso.

Este artículo analiza las pautas de la acción colectiva autónoma a través de debates, entrevistas y las canciones y eslóganes basados en los derechos que escriben las *mitanin*. Los autores sostienen que la identidad colectiva de las *mitanin* se formó debido a dos factores principales: el enfoque de construcción de movimientos del programa y el grado de autonomía del que gozaban las *mitanin*. El enfoque de construcción de movimientos alimentó las tendencias activistas de las *mitanin*, y el carácter voluntario de su trabajo les permitió conservar su autonomía frente a la burocracia del sistema de salud.

1. Introducción

Este documento de trabajo se centra en la identidad colectiva de las trabajadoras comunitarias de salud financiadas por el Estado (conocidas como *mitanin*) en el estado indio de Chhattisgarh. Analizamos por qué las *mitanin* van más allá de los requisitos de su función y participan en un activismo multitemático para defender los derechos de sus comunidades. No es habitual ver a agentes financiados por el Estado movilizarse en torno a la denegación de los derechos sociales, políticos y económicos de las personas, o emprender acciones para defender esos derechos; las *mitanin* son, por tanto, una excepción a la norma. A menudo, la identidad colectiva de los actores está en el centro de tales movilizaciones, como parte de los movimientos sociales (Fominaya 2010). En este Documento de Trabajo, exploramos si la identidad colectiva desempeña un papel en el impulso del activismo multitemático de actores financiados por el Estado como las *mitanin*.

Basándonos en la investigación de acción cualitativa multimétodo¹ y en la bibliografía existente sobre la identidad colectiva en los movimientos sociales, exploramos tres cuestiones: ¿Cuál es la identidad colectiva de las *mitanin*? ¿Desempeñó ésta un papel fundamental en el movimiento social iniciado por las *mitanin*? ¿Y se traduce esa identidad colectiva en acción colectiva?

El Programa Mitanin ('amiga de las mujeres') ha sido ejecutado por una agencia paraestatal única centrada en las reformas sanitarias, el State Health Resource Center (SHRC, Centro Estatal de Recursos de Salud). La agencia se creó en 2001 en un contexto de reformas sanitarias. El SHRC adoptó un enfoque de creación de movimientos para la ejecución. La organización preveía que las *mitanin* serían algo más que un mero enlace de su comunidad con el sistema de salud: también se convertirían en lideresas y activistas de la comunidad. Se seleccionó a mujeres de aldeas rurales y se las formó para prestar servicios de salud, pero también se las animó a ocuparse de otros asuntos en nombre de su comunidad. En la religión hindú, el lugar de una persona en la sociedad viene determinado por su casta, un grupo social estrictamente regulado en el que se nace. Muchas de las mujeres seleccionadas para convertirse en *mitanin* pertenecían a las castas marginadas, formalmente denominadas 'castas desfavorecidas' (Scheduled Castes) y 'otras clases atrasadas' (Other Backward Classes). Muchas pertenecían también a las 'tribus desfavorecidas' (Scheduled Tribes), otro grupo social vulnerable de la India ajeno a la religión hindú.

Más de 20 años después del inicio del programa, este documento de trabajo informa sobre una nueva investigación de la SHRC, que descubrió que la identidad colectiva de las *mitanin* les motiva a trabajar no sólo por los derechos de salud, sino también por la seguridad alimentaria y la nutrición, y la violencia de género. Esta identidad colectiva tiene varias capas; las *mitanin* no sólo son trabajadoras comunitarias de salud de primera línea en un programa gestionado por el gobierno, sino también mujeres que se preocupan profundamente por su comunidad. Son solucionadoras de problemas (porque abordan los retos a los que se enfrenta la gente de su comunidad) y activistas (porque trabajan para defender los derechos de las personas). Comparten un fuerte vínculo con sus compañeras *mitanin*, vinculado tanto a su misión común de servir como a su identidad como mujeres.

Nuestra encuesta recogió datos sobre las actividades realizadas por 558 *mitanin* en los últimos tres años. Los resultados indican que la mayoría había emprendido acciones más allá de los requisitos de su función, y facilitado información sobre seguridad alimentaria y nutrición en el marco de programas gubernamentales a los miembros de la comunidad, lo que denominamos "acción basada en los derechos". Este término describe labores como la negociación y la confrontación con las élites locales y los funcionarios del gobierno, la presentación por escrito de quejas formales a los funcionarios del gobierno, el contacto con los *panchayats* (concejos electos de las aldeas)² y el registro de denuncias policiales (en nombre de las supervivientes) en casos de violencia de género. De las *mitanin*

encuestadas, el 56% había emprendido este tipo de acción ampliada en materia del derecho a la salud, el 68% en seguridad alimentaria y nutrición y el 21% en violencia de género.

La acción colectiva de las *mitanin* en defensa de los derechos y su identidad colectiva como mujeres lideresas solidarias con las comunidades a las que sirven y pertenecen se refuerzan mutuamente. Su experiencia demuestra que los actores financiados por el estado, que nacen a raíz de las “reivindicaciones de un movimiento”, pueden realizar una labor de activismo en favor de sus comunidades cuando les impulsa su identidad colectiva. Cuando hablamos de las reivindicaciones de un movimiento, nos referimos a las ocasiones en que los actores de un movimiento social están impulsados por una misión compartida, o una causa común (Horn 2013), debido a la desigualdad o a necesidades políticas, sociales y económicas insatisfechas (Horn 2013; Millward y Takhar 2019; Nardini et al. 2021). Las *mitanin* surgieron a partir de estas reivindicaciones y han sido impulsadas por su identidad colectiva, lo que les ha permitido emprender un activismo multitemático y transformarse en defensoras del derecho a la atención primaria de salud.

2. Contexto y Evolución del Programa Mitanin

2.1 Contexto: Los determinantes de la salud en Chhattisgarh

En el 2000, el estado indio de Chhattisgarh se separó del vecino Madhya Pradesh, y las zonas más subdesarrolladas pasaron a formar parte del nuevo estado. En 2019, el 41% del estado estaba cubierto de bosques (Forest Survey of India 2019). Según el censo nacional de 2011, algo más de dos tercios (76.7%) de la población de Chhattisgarh vive en zonas rurales, mientras que el resto lo hace en zonas urbanas (Registrar General of India 2011a). Las estimaciones oficiales de 2011–12 muestran que el 44.6% de la población rural del estado y el 24.7% de la población urbana viven por debajo del umbral de la pobreza, es decir, ganan menos de 4 dólares al mes en las zonas rurales y menos de 6 dólares al mes en las zonas urbanas (Reserve Bank of India 2012). En 2011, el 31% de la población del estado pertenecía a tribus desfavorecidas (Registrar General of India 2011b), la séptima población más numerosa de todos los estados indios (Chandramouli 2013), mientras que las castas desfavorecidas constituían el 13% de la población del estado (Registrar General of India 2011c). Según un informe inédito de la Comisión de Datos Cuantificables, en 2022 las otras clases desfavorecidas constituían el 41% de la población (Baghel 2023). Las zonas rurales de Chhattisgarh, principalmente agrarias, están divididas en función de las castas, y las personas pertenecientes a las castas y tribus desfavorecidas se encuentran en la parte inferior de la jerarquía. Sin embargo, las zonas rurales de Chhattisgarh tienen una historia de movimientos anticasta, que han desafiado repetidamente la hegemonía de las “castas superiores” o grupos de “castas dominantes” (Singh 2013).

Chhattisgarh cuenta con un sistema de salud mixto que incluye una extensa red de centros públicos desde las aldeas hasta el nivel estatal, que coexiste con un sector de salud privado no regulado (World Health Organization 2022). Este sistema mixto está sumido en la inequidad en el acceso y la utilización de los servicios, a menudo en función del nivel socioeconómico, la casta, la discapacidad y el género (Nandi et al. 2017; Nandi, Schneider y Garg 2018; Sen 2016). El sistema de salud público del estado tiene una infraestructura débil, escasez de médicos y enfermeras, y escasez de servicios de diagnóstico (National Health Mission 2022). El gobierno presta servicios de salud a través de una red de centros de salud y hospitales que se distribuyen en función de las necesidades de la población. Sin embargo, los centros de salud no siempre son accesibles para los habitantes de los pueblos, y los medios de transporte pueden ser irregulares (Sen 2016). El sector de salud privado, por su parte, se concentra en gran medida en las zonas urbanas

y dista mucho de ser asequible para muchas personas (Garg, Bebartha, y Tripathi 2020; Mackintosh et al. 2016; Nandi et al. 2016). Un estudio realizado en Chhattisgarh descubrió que el coste de la hospitalización para el tratamiento del Covid-19 en un hospital privado era 35 veces superior al de un centro público (Garg, Bebartha, Tripathi, y Krishnendu 2022). El estudio demostró que la falta de normativas adecuadas y la deficiente aplicación de las existentes han permitido el cobro excesivo en el sector privado. El estado tiene una larga historia de planes de seguros financiados con fondos públicos, pero los datos demuestran que no han protegido a las personas vulnerables de los gastos catastróficos relacionados con enfermedades en hospitales privados (Garg, Bebartha, Tripathi, y Krishnendu 2022; Nandi 2020).

La tasa de mortalidad materna en Chhattisgarh era de 137 por cada 100,000 nacidos vivos, una de las más altas de la India (Registrar General of India 2022). La National Family Health Survey (NFHS-5) de 2020–2021 mostró que la tasa de mortalidad infantil en Chhattisgarh era de 44.3 por cada 1,000 nacidos vivos; sólo el 9.8% de los niños nacidos en casa recibieron atención en un centro de salud en las 24 horas siguientes al nacimiento, y menos de dos tercios (60.1%) de las mujeres embarazadas recibieron 4 visitas de atención prenatal (Ministry of Health and Family Welfare 2021). En los hospitales públicos, las mujeres sufren a menudo malos tratos, incluida la violencia obstétrica (definida por O'Brien y Rich (2022) como el daño infligido durante el embarazo, el parto o el posparto), y también se han registrado muertes por negligencia médica (Nidhi 2020). Las personas con discapacidad también son maltratadas y discriminadas en el sector público, y a menudo se les niega el acceso a los servicios de salud a los que tienen derecho, ya sea por problemas de accesibilidad o por apatía (SHRC 2021).

En la India, uno de los determinantes sociales más importantes de la salud es la alimentación y la nutrición. El estado de Chhattisgarh tiene uno de los niveles de desnutrición más altos del país: El 34.6% de los niños menores de 5 años sufren retraso en el crecimiento (altura para la edad) y el 23.1% de las mujeres tienen un índice de masa corporal por debajo de lo normal (<18.5 kg/m²). También hay altos niveles de anemia entre las mujeres de 15 a 49 años (61%) y los niños menores de 5 años (67.2%) (Ministry of Health and Family Welfare, 2021).

Uno de los principales programas gubernamentales que abordan la seguridad alimentaria y el hambre en Chhattisgarh es el Sistema de Distribución Pública (PDS, por sus siglas en inglés). El estado es conocido por su modelo "Alimentos para todos" en virtud de la Ley Nacional de Seguridad Alimentaria (2013) y la Ley de Seguridad Alimentaria de Chhattisgarh (2012). El PDS protege a millones de personas del hambre y la inseguridad alimentaria, especialmente a los más pobres de la sociedad (Drèze 2019). El 79% de la población del estado ha sido identificada como pobre y necesita apoyo del Gobierno en materia de seguridad alimentaria (Department of Food and Public Distribution 2023). Los cereales se suministran a través de una red de "tiendas de precio justo" reguladas por el gobierno, también conocidas como tiendas de racionamiento, que proporcionan arroz, azúcar, sal y aceite de queroseno subvencionados. Estas tiendas están gestionadas por grupos de autoayuda, sociedades cooperativas, *van suraksha samitis* (comités de protección forestal) y *panchayats*. El PDS cuenta con un mecanismo de reparación de agravios que las personas pueden utilizar para plantear cualquier problema, pero el sistema sigue siendo propenso a errores de exclusión, corrupción (robo y adulteración de granos) y otras prácticas que conducen a la denegación de derechos (Drèze 2019).

Los datos de la NFHS de 2019 muestran que el 19 por ciento de las mujeres de Chhattisgarh habían sufrido violencia física o sexual y el 4 por ciento ambas; el 20.9 por ciento de las mujeres casadas dijeron que habían sufrido violencia de género (Ministry of Health and Family Welfare 2021). En 2019, una encuesta nacional mostró que, en Chhattisgarh, el 57.2 por ciento de los hombres (de entre 10 y 75 años) consumían alcohol (Ambekar et al. 2019), y muchos estudios han mostrado una relación entre el consumo de alcohol y la violencia de género (Pitpitan et al. 2013; Swahn et al. 2021). Solo el dos por ciento de las supervivientes de la violencia de género buscan servicios de salud de acceso, a pesar de que experimentan consecuencias físicas a largo plazo y una profunda angustia psicológica (Médecins Sans Frontières 2022). En Chhattisgarh, las mujeres pertenecientes a sectores marginados de la sociedad son más vulnerables a la violencia de género y de casta. Dados los tabúes y las normas patriarcales que rodean la violencia de género, a menudo no se denuncian los incidentes, lo que significa que se sigue subestimando el alcance real del problema (Gupta 2014).

2.2 Contexto del Programa Mitanin

El Programa Mitanin se inició en una coyuntura política crucial, justo después de que Chhattisgarh se separara de Madhya Pradesh. El nuevo gobierno introdujo algunas reformas importantes en el sector de salud, entre ellas la implementación del Programa Mitanin en las zonas rurales en 2002.

El programa se ha puesto en marcha bajo la dirección del SHRC, un organismo paraestatal que incluye a miembros del gobierno y de la sociedad civil. La SHRC también ha sido descrita como una “organización híbrida”, ya que opera entre el Estado y la sociedad civil (Gustafsson y Lidskog 2018). Gracias a la creación de Chhattisgarh como entidad geográfica y a la llegada al poder de un gobierno reformista, se abrió una ventana política que generó el apoyo político y burocrático adecuado para la creación de una organización híbrida como la SHRC y una iniciativa de salud basada en los derechos como el Programa Mitanin (Garg y Pande 2018; Wangel 2011).

El SHRC desarrolló el Programa Mitanin con financiación del gobierno del estado de Chhattisgarh y algunos socios internacionales. Como ‘amigas’, las *mitanin* siempre tuvieron la intención de ser más que trabajadoras comunitarias de salud. En lugar de limitarse a realizar tareas estrechas y específicas relacionadas con la salud, se previó que su papel incluyera actividades basadas en los derechos y relacionadas con los determinantes sociales de la salud (Commission on Social Determinants of Health 2008).

El Programa Mitanin cuenta con 72,048 trabajadoras comunitarias de salud que atienden a unos 24 millones de personas en 20,000 aldeas y 20 grandes ciudades. Las *mitanin* prestan servicios de salud y educación sanitaria a las comunidades y las ponen en contacto con los servicios públicos. Cada *mitanin* atiende entre 200 y 300 personas. Múltiples estudios representativos han demostrado que casi el 50% de las *mitanin* proceden de tribus y castas desfavorecidas, y alrededor del 44% pertenecen a otras clases desfavorecidas (Garg, Dewangan, et al. 2022; Tata Institute of Social Sciences and Department of Health and Family Welfare Chhattisgarh, 2015).

Las *mitanin* se seleccionaron mediante un proceso basado en las sensibilidades culturales y sociales de su comunidad local, evitando deliberadamente un enfoque tecnocrático (SHRC 2003). Inicialmente, la estrategia de selección consistió en identificar a mujeres que ya eran socialmente activas en su pueblo, a las que se denominaba “mujeres que se preocupaban por el pueblo” y que mostraban ciertas cualidades de liderazgo. El proceso de selección fue gestionado por facilitadores no gubernamentales de las comunidades a las que servirían las *mitanin*, contratados por el equipo del SHRC. Estos facilitadores conocían la dinámica cultural y social de cada comunidad, y buscaron el apoyo de otros miembros de la comunidad para elegir a una *mitanin* de su aldea. El proceso se diseñó para garantizar una representación adecuada de los grupos sociales vulnerables, como las tribus y las castas desfavorecidas. Por ejemplo, se trató de seleccionar *mitanin* provenientes de grupos tribales especialmente vulnerables (PVTG, por sus siglas en inglés)³, que prestarían servicio en las zonas donde vivían esas personas. Este enfoque también limitó la influencia de las élites locales y los grupos de castas dominantes. Como resultado, las *mitanin* seleccionados podían representar a la gente de su comunidad. La selección fue aprobada por los panchayats locales. Esta participación de los miembros de la comunidad local desde el principio fue importante para conseguir el apoyo y el interés de los habitantes de los pueblos.

La formación fue un elemento importante del Programa Mitanin desde el principio, y adoptó un enfoque basado en los derechos, destacando la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud (Nandi y Schneider 2014). La formación se lleva a cabo a través de un cuadro de unas 4,000 capacitadoras de *mitanin*, antiguas *mitanin* que han sido ascendidas y que reciben formación de la SHRC para supervisar a las *mitanin*. Cada supervisor/formador supervisa el trabajo de 20–30 *mitanin* (20–30 viviendas o una población de 5,000–10,000 habitantes, lo que constituye un grupo). Además de las formaciones, las reuniones a nivel de comunidad y de grupo, también conocidas como *para baithaks* y *sankul baithaks* respectivamente, dirigidas por las formadoras de *mitanin*, se convierten en una plataforma de

supervisión del trabajo de las *mitanin*. Estas mujeres recibieron formación y apoyo para trabajar como proveedoras de atención sanitaria en su comunidad, y se les animó a ocuparse de múltiples cuestiones relacionadas directa o indirectamente con la salud y el bienestar. El trabajo de las *mitanin* se basó en una misión común: garantizar los derechos socioeconómicos de su comunidad.



Las *mitanin* en una sesión de capacitación en Raipur.

Crédito: Rupesh Yadav

Al inicio del Programa Mitanin, las *mitanin* eran consideradas voluntarias—movilizadoras comunitarias y educadoras sanitarias ad honorem y no remuneradas—y no funcionarias del gobierno. Al no recibir una remuneración, el gobierno ejercía una autoridad limitada sobre ellas. Además, eran y siguen siendo supervisados por capacitadoras (capacitadoras de *mitanin*) que tampoco son funcionarios del gobierno, sino que forman parte de la estructura de facilitación dirigida por la SHRC. Estos facilitadores reciben un sueldo del gobierno estatal, pero dependen de la SHRC. Sin embargo, en 2005, con la introducción de la Misión Nacional de Salud Rural (una intervención estatal para mejorar la atención sanitaria en las zonas rurales), las *mitanin* empezaron a cobrar del gobierno por su trabajo mediante incentivos basados en tareas. Sin embargo, esto no influyó negativamente en su autonomía, ya que seguían sin ser empleados públicos y se les seguía calificando de voluntarios “honorarios”. Sin embargo, desde 2005, las *mitanin* siguen estando muy mal pagadas y sobrecargadas de trabajo (Som 2016).

Los impactos positivos del Programa Mitanin en el estado de salud de la población y la prestación de servicios de salud están bien documentados (Garg, Dewangan y otros, 2022; Nambiar, Sheikh y Verma, 2012; Tata Institute of Social Sciences and Department of Health and Family Welfare Chhattisgarh, 2015). La tasa de mortalidad infantil (TMI) rural de Chhattisgarh descendió de 88 por cada 1,000 nacidos vivos en 2001 a 61 por cada 1,000 nacidos vivos en 2004, un descenso del 27% en los tres primeros años del programa (Garg 2022), lo que equivale a 17,000 vidas de recién nacidos salvadas cada año. Las *mitanin* ayudaron a las mujeres embarazadas a acudir a las revisiones

prenatales, de forma que el número de mujeres que recibieron cuatro o más de estas revisiones en Chhattisgarh pasó del 19.4% en 1998 al 54.2% en 2005. Esto es especialmente notable porque las *mitanin* consiguieron hacer todo esto y más en un estado con una infraestructura sanitaria pública deficiente, escasez de personal de salud, terreno difícil y bajos niveles de educación e ingresos entre la población general (Garg 2022).

Además de mejorar el estado de salud de su población y la prestación de servicios de salud, la literatura muestra que las *mitanin* de Chhattisgarh han tenido un impacto notable por su amplio compromiso con cuestiones que van más allá de la atención de salud en los establecimientos. Investigadores independientes y ejecutores del programa han hecho notar que el programa impulsa el aprendizaje como un habilitador clave para la acción sostenida y estratégica sobre la rendición de cuentas pública que se centra en (pero no se limita a) los derechos de salud (Garg y Pande 2018). Un estudio cualitativo muestra que las *mitanin* llevan a cabo un trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, como se discutió anteriormente (Nandi y Schneider 2014). Otro estudio demostró que las *mitanin* pertenecientes a tribus desfavorecidas han ayudado a impulsar el “derecho al bosque” de las comunidades tribales en el distrito septentrional de Koriya. Las *mitanin* de diferentes bloques de los distritos de Koriya, Sarguja y Kawardha emprendieron acciones colectivas para poner resistencia ante los intentos de deforestación con fines comerciales orquestados por el estado, que habrían sido perjudiciales para la población tribal cuyos medios de vida dependen de los bosques y el medio ambiente (Nandi y Garg 2017). Sin embargo, debido a la escasez de pruebas sobre la labor de las *mitanin* en materia de derechos forestales, suponemos que las acciones han sido esporádicas.

Nuestro estudio se suma a la bibliografía sobre la labor de las *mitanin* en relación con los determinantes sociales de la salud.

3. Métodos

Los datos de la encuesta y los datos cualitativos se recopilaron entre marzo y junio de 2022. La encuesta se llevó a cabo para evaluar el porcentaje de *mitanin* que participan en el activismo multitemático y el porcentaje de *mitanin* que participan en los tres ámbitos diferentes de activismo. Se incluyeron en la encuesta las 146 divisiones administrativas rurales (bloques) de Chhattisgarh. Cada bloque tiene alrededor de 400-500 *mitanin*; se seleccionaron cuatro de cada bloque mediante muestreo aleatorio sistemático. La tasa de respuesta a la encuesta fue del 95.5%. Se obtuvo una muestra de 558 *mitanin* (n=558).

La herramienta de la encuesta se dividió en tres ámbitos (seguridad alimentaria y nutrición; atención sanitaria; y violencia de género). Se pidió a las *mitanin* que identificaran los problemas de su comunidad relacionados con estos tres ámbitos y que informaran de las medidas que habían tomado en los últimos tres años para resolverlos. Estas acciones consistían en proporcionar información a la gente sobre sus derechos, negociar con los funcionarios locales, enfrentarse a ellos y presentar quejas formales a las autoridades superiores. Estas últimas acciones, que iban más allá de proporcionar información sobre derechos y prerrogativas, se denominaron en la encuesta “acciones basadas en los derechos”. De las *mitanin* que declararon haber emprendido tales acciones, se documentó el episodio más reciente.

Realizamos 25 debates en grupos de discusión y 14 entrevistas individuales para averiguar si la identidad colectiva desempeña un papel en el activismo multidisciplinar de las *mitanin*. Estos debates y entrevistas se llevaron a cabo en seis distritos del estado. Se eligieron distritos tanto de llanuras como de colinas de Chhattisgarh (con grandes poblaciones de comunidades indígenas). Se preguntó a las *mitanin* cómo percibían su papel, cómo creían que la comunidad y el gobierno percibían su papel, cuáles eran los factores que facilitaban y obstaculizaban su activismo y qué les motivaba a participar en el activismo. Estas encuestas, entrevistas y grupos de discusión fueron realizadas por ejecutores del programa en la zona rural de Chhattisgarh.

Para las entrevistas individuales, nos pusimos en contacto con las *mitanin* con la ayuda de sus supervisores. Algunos de las *mitanin* que participaron habían realizado un “trabajo notable” (según la experiencia de sus supervisores) en uno o varios de los tres temas, mientras que otros fueron seleccionados al azar. Además de las preguntas ya mencionadas, se preguntó a las *mitanin* por su trayectoria y experiencias personales. Estas entrevistas se realizaron en hindi mezclado con chhattisgarhi, se transcribieron y se tradujeron al inglés. Las entrevistas se codificaron y el equipo de investigación llevó a cabo un análisis temático.

Las *mitanin* suelen escribir canciones y eslóganes sobre sus experiencias y su activismo, que interpretan en mítines y audiencias públicas, y en reuniones y cursos de formación. Como parte de la investigación, se les pidió que enviaran las canciones que hubieran escrito. Recibimos 30 canciones escritas en chhattisgarhi, halbi y sadri. De esas 30, seleccionamos 10 que se centraban en el trabajo basado en los derechos para analizar su contenido. El contenido textual de las canciones, recibido en formato escrito, se analizó con la ayuda de hablantes nativos del equipo de ejecución del programa. Utilizamos las canciones y los eslóganes como herramienta para comprender la relación entre identidad colectiva y acción colectiva. Sin embargo, la relación entre la identidad de casta y la identidad colectiva, así como las cuestiones relativas a los derechos laborales, quedaron fuera del alcance de este trabajo.

4. Hallazgos

4.1 Compromiso de las *mitanin* con el activismo multidisciplinar

En esta sección, presentamos en primer lugar los resultados de nuestra encuesta para estimar la proporción de *mitanin* que participan en el activismo multidisciplinar. En nuestra muestra de 558 *mitanin* que trabajaban en zonas rurales, el 42.5% pertenecía a otras clases atrasadas, el 36.2% a tribus desfavorecidas, el 17.2% a castas desfavorecidas y el 4% a otras castas. Este perfil de castas era representativo de la distribución de castas de las *mitanin* y de la población general del estado (Registrar General of India 2011b y c; Tata Institute of Social Sciences y Department of Health and Family Welfare 2015).

De la muestra de *mitanin* en la cual se basa la encuesta, el 63.6 % había asistido a la escuela secundaria, el 18.3 % había asistido a la escuela secundaria pero no al instituto, el 2.9 % había asistido a la escuela primaria pero no a la secundaria ni al instituto, el 7.3 % sabía leer y escribir pero no había asistido a la escuela y el 7.9 % no sabía leer ni escribir.

En la encuesta se preguntó a las *mitanin* por sus actividades. Como ya se ha señalado, en la encuesta se denominaron “acciones basadas en los derechos” todas aquellas que iban más allá del mero suministro de información. Éstas parecían adoptar diversas formas. Las *mitanin* declararon haber intervenido en situaciones en las que a miembros de la comunidad se les negaban sus derechos de salud en un centro de salud o en un hospital público, bien porque no recibían tratamiento, bien porque eran maltratados por el personal de salud. La encuesta mostró que las *mitanin* se enfrentaron al personal de las tiendas de racionamiento y cereales, o presentaron quejas formales cuando se negó a la gente sus derechos alimentarios por cobrarles de más o por darles cereales adulterados. Algunos informaron de que habían ayudado a supervivientes de violencia de género a emprender acciones legales y las habían acompañado en los trámites técnicos. Plantearon cuestiones que afectaban a sus comunidades en foros anuales de diálogo formal (jan sammelans) en los que estaban presentes funcionarios con poder de decisión, y colaboraron con instituciones locales de representación como los panchayats.

Sin embargo, es evidente que las *mitanin* también desempeñan un papel importante en el suministro de información a los miembros de la comunidad, incluida la información sobre sus derechos y prerrogativas en virtud de programas o políticas gubernamentales, que a menudo no es accesible a la gente común en la India. A efectos de la encuesta, definimos como “cualquier acción” una actividad como la de proporcionar información sobre derechos y prestaciones. En cuanto a la atención sanitaria y la seguridad alimentaria, esto significaba proporcionar información a las personas sobre sus derechos; en cuanto a la violencia de género, incluía apoyar a las supervivientes y asesorar a los agresores.

Una de las principales conclusiones de nuestra encuesta fue que, en los tres años anteriores, el 84% de las *mitanin* habían participado en acciones basadas en los derechos (acciones básicas) en al menos uno de los tres ámbitos. En el año anterior, la mayoría de las acciones estaban relacionadas con la seguridad alimentaria y la nutrición (42% de las *mitanin*), la atención sanitaria (34%) y la violencia de género (11%). Estas proporciones son mayores cuando se incluye “cualquier acción”: Las *mitanin* actuaron en materia de seguridad alimentaria (54%), atención sanitaria (51%) y violencia de género (29%) (véase la Tabla 1).

Tabla 1. Las *mitanin* participan en “cualquier acción” y en “acciones basadas en los derechos” (n=558)

Campos de acción	Últimos tres años		Año anterior	
	Cualquier acción	Acción basada en derechos	Cualquier acción	Acción basada en derechos
Seguridad alimentaria y nutricional	83%	68%	54%	42%
Salud	80%	56%	51%	34%
Violencia de género	48%	21%	29%	11%
Acción en al menos 1 de los 3 campos	96%	84%	72%	56%

4.2 Definición de la identidad colectiva de las *mitanin*

Proponemos una definición compuesta de la identidad colectiva de las *mitanin* basada en las palabras que varias de ellas utilizaron durante las entrevistas y los debates:

Un sentimiento de solidaridad que todas las *mitanin* comparten con la comunidad a la que sirven y a la que pertenecen, y un sentimiento de hermandad con otras mujeres y entre ellas mismas. Es la experiencia compartida de ser un grupo de mujeres empoderadas con una misión común que deben utilizar sus conocimientos y su compasión para apoyar a las personas a las que sirven, especialmente a las marginadas, en todos los aspectos de su vida. El sistema de valores que sustenta su misión dicta que a las personas no se les deben negar sus derechos y que el Estado no debe tratar injustamente a los marginados.

Nuestros datos cualitativos mostraron que la identidad colectiva de las *mitanin* tiene varias capas. Son algo más que trabajadoras comunitarias de salud de primera línea en un programa gestionado por el gobierno; también son solucionadores de problemas (abordan los problemas a los que se enfrenta la gente de su comunidad y muestran solidaridad con los sectores más marginados de la sociedad) y activistas (luchan por los derechos de las personas a las que atienden). Una *mitanin* que lleva 19 años asociada al programa lo resumió así: *Mere hisab se to mitanin logon ko swasthya seva toh deti hi hain, logo ko unke aadhikar bhi dilwati hai, chahe wo swasthya suvidha se juda ho ya ration se juda ho. Hum sab se yahi koshish karte rehte hain ki logo ko sarakri suvidhayon ka labh mile, khas kar ke jo kamzor, garib varg hain unhe yeh suvidhayein milna chahiye.* (“Las *mitanin* no solo prestan servicios de salud a la población, sino que la ayudan a ejercer sus derechos, ya sea en relación con la atención sanitaria o con la obtención de alimentos en una tienda de racionamiento. Todos intentamos que la gente reciba los servicios que presta el gobierno, especialmente los más débiles y pobres. No se les debe privar de estos servicios”).

Las *mitanin* comentaron que comparten un fuerte vínculo con sus compañeras, que está ligado a su misión común de servir a la gente, especialmente a otras mujeres de la comunidad. En las siguientes subsecciones, describimos las múltiples capas de la identidad colectiva de las *mitanin*.

4.2.1 Solidaridad con la comunidad

Las *mitanin* se ven a sí mismas como mujeres solidarias con la gente a la que sirven. Se preocupan por el bienestar de la gente de su comunidad y se comprometen a ocuparse de los problemas que les afectan. Nuestros hallazgos cualitativos muestran que las *mitanin* hacen mucho trabajo no remunerado en su calidad de activistas, que no ha sido prescrito por el gobierno. Las *mitanin* afirman que, además de ser proveedores de servicios, les produce una inmensa satisfacción y alegría poder ayudar a la gente, especialmente a los más pobres de su comunidad.

“Las mitanin creen unánimemente que la gente debe reclamar sus derechos, y que esta búsqueda de la solidaridad—mediante la ayuda a las personas, la resolución de sus problemas y la reclamación de sus derechos—es lo que los define.”

Las *mitanin* afirmaron que lo que más les gusta es trabajar para su comunidad, en lugar de realizar tareas relativamente “inútiles” para el gobierno, como la recopilación “innecesaria” de datos. Dijeron que su trabajo como activistas tenía más “sentido” para ellas. Extraen este significado del concepto de solidaridad. Durante los debates de los grupos de discusión, las *mitanin* compartieron su firme convicción de que la gente debe poder acceder a la seguridad social, a los derechos de subsistencia y a la asistencia sanitaria gratuita en los hospitales públicos. Hablaron con seriedad de los derechos de las personas marginadas, incluidos los ancianos y los discapacitados. Las *mitanin* creen unánimemente que la gente debe reclamar sus derechos, y que esta búsqueda de la solidaridad—mediante la ayuda a las personas, la resolución de sus problemas y el reclamo de sus derechos—es lo que los define.

Recuadro 1. Enfrentarse a los prestadores de servicios de salud y exigir servicios de salud

“Hubo un aumento de los casos de diarrea en el pueblo y no pudimos controlarlo a nuestro nivel. Nosotras [una *mitanin* y su supervisora] pedimos al funcionario médico del bloque que visitara el pueblo e instalara un campamento [para tratar a la gente].

Pero el pueblo está rodeado de grandes canales y corría mucha agua. No quisieron venir.

Un niño enfermó de diarrea. Cuando llamé a la enfermera, sólo me dijo que le diera sales de rehidratación oral, que ya le estaba dando, pero su situación no mejoraba. También estaba enfermo un anciano, muy débil. Muchas otras personas enfermaron en los días siguientes, y la situación empeoró.

El oficial médico del bloque llegó hasta las afueras del pueblo y todos nos reunimos con él. Dijo que los recursos del bloque eran limitados. Pero yo discutí con él y le dije que la gente de aquí merece tratamiento, y que los estamos llevando al hospital con tanta dificultad. Hay niños pequeños y ancianos enfermos. Le dije: “Si les pasa algo a los enfermos que quedan, será culpa tuya, porque no estás preparado para montar un campamento”.

Entonces montó un campamento y la gente recibió tratamiento”.

Fuente: Notas de una entrevista en profundidad con una *mitanin* asociada al programa desde hace 16 años (24 de mayo de 2022).



Una *mitanin* acompaña a una mujer discapacitada al hospital local.

Crédito: Rupesh Yadav

El sentimiento de solidaridad también queda patente en las canciones que han escrito las *mitanin* sobre el derecho a la salud. Estas canciones narran los problemas a los que se enfrentan las personas de su comunidad en un hospital (trato deficiente, retraso en el tratamiento o denegación de atención) o en una tienda de racionamiento (denegación del derecho a alimentos, cobro excesivo). En una canción sobre la salud (Canción 1), las *mitanin* transmiten las emociones de ser testigos del sufrimiento de la gente y de las luchas cotidianas por conseguir una atención sanitaria digna. Las canciones demuestran que las *mitanin* sienten profundamente el sufrimiento de la gente y comparten con ella un sentimiento de solidaridad. Los eslóganes relacionados con la salud que han escrito las *mitanin* también hacen hincapié en el derecho a la asistencia sanitaria gratuita, reflejado en el uso de la palabra *firi*, un término coloquial para “gratis”. La canción subraya la idea de que la gente pobre y de clase trabajadora tiene derecho a la asistencia sanitaria gratuita en los hospitales públicos; y las *mitanin* motivan a todos en sus comunidades para que ejerzan este derecho. También reivindican el derecho de las personas a la dignidad y el respeto en los centros de salud y cuando interactúan con el personal de salud.

Canción 1. El Derecho a la Atención Gratuita

अवाज उठायेंगे तो अधिकार पायेंगे,
पर्ची कटाने के लिये गरीब लोग लाइन लगाते हैं,
बड़े लोग लाइन नहीं लगाते हैं, सीधे पर्ची कटते हैं,
शासन द्वारा फ्री ईलाज मिलता है, और मिलना भी चाहिए!

Si alzamos la voz, sólo entonces conseguiremos nuestro derecho

Los pobres hacen largas colas en el hospital,

Los ricos no tienen que formarse...

El gobierno proporciona tratamiento gratuito, ¡como debe ser!

Otra canción (Canción 2) habla de los problemas cotidianos a los que se enfrenta la gente cuando va a una tienda de racionamiento: la tardanza en recibir los alimentos, adulteración del grano o denegación de derechos por parte del vendedor. Una *mitanin* escribió esta canción en nombre de la comunidad a la que sirve. En ella afirma que la comunidad tiene derecho a recibir alimentos y que no se le debe negar ese derecho. Expresa que la comunidad debe oponerse a las prácticas injustas y a la denegación de los derechos relacionados con la alimentación.

Canción 2. Derecho a la Alimentación y al Respeto

35 किलो चावल बर दू दिन ले मोला घुमाये गा,
चावल म अब्बड़ गोटी रड़ये,
ओला बिन-बिन मैं ह खाथव गा...
मैं हा जाथव...

तोर नाम म गैस हाबय कइके माटी तेल बर
मोला सुनाये गा

मैं हा जाथव...

चावल भर में पेट नई भरय के सबो समान ह
मिलतिस गा

ये हे मोर अधिकार दीदी

बाकी समान भी मिलतिस गा...

मैं हा जाथव...

El tendero me hace esperar 2 días por 35 kilos de arroz

El arroz está mezclado con piedras: Tengo que limpiarlo lentamente para poder comerlo.

Voy a la tienda de racionamiento...

“¿Para qué necesita aceite de queroseno si tiene gas licuado de petróleo a su nombre?”, me pregunta el vendedor de raciones.

Debo conseguir lo suficiente para alimentarnos, es mi derecho conseguir todo lo que el gobierno debe proporcionar.

4.2.2 Lideresas que empoderan a la comunidad

Las *mitanin* creen que la gente las considera lideresas comunitarias, mujeres que resuelven los problemas de la gente, porque disponen de conocimientos e información sobre prestaciones y derechos a los que, de otro modo, sería difícil acceder. De las 14 *mitanin* entrevistadas, nueve dijeron que sentían que la comunidad las veía como una persona que ejerce el conocimiento y el poder, de forma que los utiliza en beneficio de la comunidad. Durante una entrevista, una *mitanin* dijo:

Koi bhi pareshani aati hai toh log humare paas aate hai, humse umeed karte hain ki hum unki pareshani hal karein, aur aise muddon ko uthaye jis sabko pareshani ho rahi hain. (Cuando la gente se enfrenta a cualquier problema, acude a nosotros. Esperan que podamos resolver su problema, y pueden plantear cuestiones con las que todo el mundo tiene problemas).

Las *mitanin* colaboran estrechamente con los funcionarios gubernamentales y han conseguido entablar relaciones de trabajo con ellos. Esto les da cierta influencia sobre el sistema gubernamental, lo que contribuye a que la comunidad perciba a las *mitanin* como lideresas. Así lo describió una *mitanin*:

Hum jab logo ke sath hote hain, chahe aspatal mein ya ration dukan mein, waha nurse, doctor aur ration dukaan chalak, mai logo ki pareshaniyon ko un tak le ke jati hu. Unhe lagta hai mitanin ko niyam pata hai, uske ke pas sarkari aadesh bhi hote hain, iss liye wo meri sunte hain. Wo bolte bhi hain, "Bhaiya, mitanin sab janthe". (Cuando estamos con gente en el hospital o en la tienda de racionamiento, intentamos llevar sus problemas a las enfermeras, los médicos o el personal de allí. Me escuchan con seriedad porque saben que las *mitanin* conoce las normas y tiene acceso a información sobre las últimas órdenes del Gobierno. Dicen que "¡Las *mitanin* lo saben todo!")

Las *mitanin* también opinan que se les considera lideresas accesibles, a diferencia de otros lideresas locales como el sarpanch (el jefe electo del panchayat del pueblo).

La identidad colectiva de las *mitanin* se refuerza a través del apoyo que reciben de sus supervisores, las sesiones de formación, las reuniones formales, los comités y los foros de aprendizaje colectivo, que forman parte del diseño del programa (Champa 2017). Por ejemplo, las sesiones anuales de formación impartidas por la SHRC suelen tener lugar en edificios gubernamentales de todo el estado, cuando entre 300 y 400 *mitanin* se reúnen a nivel de distrito y permanecen juntos durante más de una semana, lo que crea un ambiente de solidaridad y permite compartir las luchas colectivas, además del aprendizaje técnico. Cada evento anual de formación incluye al menos una sesión sobre el trabajo basado en los derechos, lo que proporciona a las *mitanin* información sobre los programas y planes gubernamentales, y la confianza necesaria para intervenir y hacer valer los derechos de las personas en cuestiones de interés (Nambiar y Sheikh 2016).

Las *mitanin* también mencionaron el papel de las reuniones formales como las para baithaks y las sankul baithaks (reuniones a nivel de vivienda y de grupo, respectivamente), y la información sobre los derechos de salud que se comparte durante esas reuniones, como algo que les capacita para seguir defendiendo el derecho de las personas a la salud. Del mismo modo, los foros de diálogo formales como los jan sammelans (audiencias públicas) permiten a las *mitanin* reunirse con los representantes electos de la población y compartir sus preocupaciones cara a cara. Otra plataforma institucional importante son los Comités de Salud, Saneamiento y Nutrición de las Aldeas (VHSNC, por sus siglas en inglés), introducidos por el gobierno en 2005. Las *mitanin* son las secretarías de estos comités junto con otros miembros de la comunidad y representantes electos (panchayat). Las *mitanin* convocan las reuniones y utilizan esta plataforma para plantear cuestiones en presencia de los miembros del panchayat y de la comunidad.



Las *mitanin* plantean cuestiones de derechos comunitarios en una *jan sammelan* (audiencia pública) en Raipur.

Crédito: Rupesh Yadav

Todas las *mitanin* que entrevistamos dijeron que la gente suele acudir a ellos en primer lugar si se les niega su derecho a la atención sanitaria o a la alimentación, e incluso a veces cuando han sufrido violencia de género, porque las *mitanin* siempre están abiertos a ayudar a otras personas. Por lo tanto, ser una *mitanin* significa ser un solucionador de problemas, que carga con las múltiples responsabilidades de la comunidad y que es fácilmente accesible para todos en la comunidad.

“Ser una mitanin significa ser alguien que resuelve de problemas, que carga con las múltiples responsabilidades de la comunidad y que es fácilmente accesible para todos en la comunidad.”

Durante una entrevista, una *mitanin* contó que los miembros de la comunidad y los vendedores de la tienda de raciones de su pueblo ven a las *mitanin* como mujeres que trabajan en varios asuntos. Dijo que los trabajadores de salud del gobierno, como enfermeras y médicos, ven a las *mitanin* como personas que defienden los derechos de la gente aunque trabajen para el gobierno. En un grupo de discusión, algunas *mitanin* dijeron que la gente no las vincula a una actividad concreta: *“Hum sirf swasthya ka kam nahi karte, koi ek kaam nahi karte”* (“nuestro trabajo no se limita a la sanidad ni a ningún otro tipo de trabajo”) y *“Hamaari pehchaan kisi ek kaam se nahi judi hai”* (“nuestra identidad no está ligada a una sola tarea”).

Las *mitanin* se ven a sí mismas como lideresas, como mujeres que han asumido responsabilidades por el bien de su comunidad. Como dijo una *mitanin* durante una entrevista: *“Hum logon ke sukh dukh ki sathi”* (“somos amigas de la gente en los buenos y en los malos momentos”). Valoraba el hecho de que en su comunidad la consideraran alguien de fiar, como una *didi* (hermana mayor). Las *mitanin* se identifican profundamente con la idea de ser una amiga para todas las mujeres de la comunidad.

4.2.3 Hermandad

La identidad colectiva de las *mitanin* también está vinculada al hecho de que todas son mujeres, al igual que la mayoría (90%) de las formadoras. El programa *mitanin* también está dirigido y coordinado en gran medida por mujeres. Las *mitanin* han sido capaces de forjar la solidaridad entre ellas, con sus cuadros de supervisión femeninos y con otras mujeres de sus comunidades. Una *mitanin* describió este hecho como un factor de empoderamiento: “Ahora tenemos nuestra propia identidad. Antes me conocían por el nombre de mi marido. Ahora ya no es así”.

La hermandad y la solidaridad asociada a ella también se transmiten a través de algunas de las canciones escritas o cantadas por las *mitanin*. Durante un grupo de discusión, una *mitanin* de 38 años de un distrito montañoso dijo: “A otras mujeres les gusta nuestro trabajo porque desempeñamos un papel más allá de los confines de nuestros hogares, asistimos a reuniones, aprendemos información importante y la compartimos con otras [hablando de planes gubernamentales]”.

Esto demuestra el solapamiento y la interacción entre la identidad social de ser mujer y la identidad colectiva de ser *mitanin* (Snow y Corrigan Brown, 2015). Durante un debate en grupo, las *mitanin* explicaron que se enorgullecen de tener voz en espacios dominados por hombres, como las reuniones de los *panchayats*. Son un ejemplo para otros trabajadores de primera línea y para las mujeres de comunidades marginadas al entrar en espacios en los que los hombres y los grupos de castas dominantes son los “guardianes”. Una *mitanin*, hablando de su presencia en las reuniones del gram panchayat y del Comité de Salud, Saneamiento y Nutrición de la aldea, dijo: “*Pehele mahilayon ke mudde nahi sunbe karis, par hamar man ke pareshani [mitanin y otras mujeres] bhi sunbe lagthes*”. (“Antes no escuchaban los asuntos relacionados con las mujeres. Ahora tienen que escuchar”).

Hay canciones escritas por las *mitanin* que hablan de los peligros de vivir en una sociedad patriarcal (véase, por ejemplo, la Canción 3). Las *mitanin* motivan a otras mujeres para que se liberen de los grilletes del patriarcado y del sistema de castas. Estas canciones hablan de los derechos de la mujer y de los males sociales relacionados con la discriminación de género. La canción 3 habla de no ser inferior a nadie, desafiando así la idea fundamental de la jerarquía basada en las castas. También menciona las atrocidades que se han perpetuado contra las mujeres, concretamente contra las mujeres de las castas marginadas, tanto por parte de los hombres como de las mujeres de los grupos de castas dominantes. En algunas canciones, las *mitanin* piden exclusivamente a las mujeres a las que se refieren como “madres” y “hermanas” (*maiya, bhahin*) que actúen por sus derechos y por su futuro.

Sin embargo, la noción de hermandad entre las *mitanin* no está exenta de prejuicios y discriminación. La casta es una realidad omnipresente en la India, concretamente en la India rural. En algunas entrevistas, las *mitanin* pertenecientes a castas desfavorecidas compartieron experiencias de discriminación por parte de las *mitanin* de castas dominantes (incluidos brahmanes, kshtariyas y vaishyas). Esto pone claramente de manifiesto la existencia de una dinámica de poder desigual entre las *mitanin*, a pesar de estar “unidos” en su identidad como trabajadoras comunitarias de salud. Por lo tanto, sostenemos que la “identidad social” de las *mitanin* (tanto a nivel individual como de grupo) no puede ignorarse al hablar de “identidad colectiva” (Bros 2010). Las diferencias de casta podrían provocar conflictos entre las *mitanin* y afectar negativamente a su noción de identidad colectiva. Pero, ¿cómo afrontan las *mitanin* estos conflictos y siguen trabajando con un sentido común de misión? Pizzorno (1978) sugiere que, en una situación de conflicto interno, las personas siguen manteniendo un vínculo con los demás no porque compartan los mismos intereses, sino porque necesitan este vínculo para dar sentido a lo que están haciendo. Nuestra exploración cualitativa muestra que, aunque las *mitanin* no se libran de la discriminación basada en la casta por parte de otras *mitanin*, estas divisiones no son lo suficientemente fuertes como para crear una ruptura entre ellas. Basándonos en nuestra experiencia de aplicación del programa, sostenemos que una representación adecuada de las *mitanin* de grupos de castas marginadas (proporcional a su población en el estado) ha permitido a las *mitanin* proseguir su labor activista a pesar de estas divisiones.

Canción 3. Soy la mujer de hoy, no soy inferior a nadie

मैं आज की युग की नारी हूँ..

न अबला ना बेचारी हूँ, मैं आज की युग की नारी हूँ,
कम करके मुझको मत आंको, मैं सारे जग पर
भारी हूँ

ना अबला ना बेचारी हूँ, मैं आज की युग की नारी
हूँ..

सदियों से भी औरों के लिए सदियों से अत्याचार सहे,
हर बात की सीमा होती है, ऐसे घुट-घुट कर कौन रहे,
नहीं डरती हूँ मैं दुनिया से अपनो से सदा हारी हूँ..

Soy la mujer de hoy,

No soy una damisela en apuros, soy la mujer de hoy.

*No soy inferior a nadie, tengo poder sobre el
mundo*

*No soy una damisela en apuros, soy la mujer de
hoy.*

*Hemos soportado atrocidades desde hace siglos,
todo tiene un límite, los grilletos no nos atarán.*

*No temo al mundo, pero siempre he perdido ante
los míos.*

4.3 ¿Qué factores han conformado la identidad colectiva de las *mitanin*?

4.3.1 El enfoque de construcción del movimiento del programa

El planteamiento adoptado por el Programa Mitanin puede considerarse una construcción de movimientos, ya que permitió a las *mitanin* fortalecer su labor de activismo. Esto concuerda con la idea de Wilkinson de que un movimiento social es “un esfuerzo colectivo deliberado para promover el cambio, que debe implicar cierto grado de organización. La razón de ser de su organización se basa en la voluntad consciente, el compromiso normativo con las creencias del movimiento y la participación activa” (Wilkinson 1971, 29).

Dos aspectos del enfoque de construcción del movimiento (analizados en la sección 2.2) fueron fundamentales para construir la identidad colectiva de las *mitanin*: el proceso de selección, que fomentó la participación y la apropiación de la comunidad; y la atención prestada durante la formación a un enfoque de la salud y sus determinantes más amplios basado en los derechos (en lugar de un enfoque biomédico). Desde el principio del programa, las mujeres que se preocupaban por el bienestar de la comunidad, mostraban interés en trabajar por el bienestar de la gente y exhibían dotes de liderazgo eran las que se ofrecían voluntarias para trabajar por la gente, como trabajadoras comunitarias de salud.

Con el tiempo, este enfoque permitió a las *mitanin* ganarse la confianza y el respeto de la comunidad. Nuestros hallazgos ilustran cómo las *mitanin* han sido capaces de traducir esto en acción, organizando a su comunidad para adoptar una postura colectiva cuando se les niegan sus derechos, a veces incluso llevándolos a enfrentarse con las élites del pueblo.

En una de las entrevistas, una *mitanin* que había participado en el programa desde el principio compartió una anécdota para destacar el grado de apoyo que reciben de la gente de su comunidad y cómo se les percibe como lideresas comunitarias.

Nosotros [la comunidad] teníamos derecho a recibir arroz extra durante la pandemia según las órdenes del gobierno, pero el vendedor de la tienda de raciones no nos dio el arroz extra. Escribí una solicitud y todos [los miembros de la comunidad] nos apoyaron [a las *mitanin*]. El sarpanch [jefe de la aldea], que antes no estaba dispuesto a actuar, ordenó al vendedor que proporcionara arroz extra a todo el mundo.

4.3.2 La autonomía de las *mitanin*

En consonancia con otros movimientos de trabajadoras comunitarias de salud (iniciados por la sociedad civil) en otros estados de la India, al inicio del programa no se pagaba a las *mitanin* por su trabajo (Som 2016). Aunque las feministas sostienen que se trataba de una forma de trabajo no remunerado extraído de las mujeres (Som 2016), significaba que la mayoría de las mujeres que se presentaron para participar en el programa tenían una inclinación hacia el trabajo social y el activismo. Un estudio etnográfico demostró que formar parte del Programa Mitanin había “despertado” sus sentimientos en comparación con cualquier otro trabajo anterior que hubieran tenido (Champa 2017). En 2020, se les pagaba un 60% menos que el salario mínimo legal por el tipo de trabajo que realizan (Garg, Dewangan, et al. 2022).

Descubrimos que las *mitanin* se ven a sí mismos como voluntarios, ya que trabajan por tareas, aunque reciben una remuneración simbólica por el trabajo que realizan. Afirmaron que han podido ejercer cierto grado de autonomía en comparación con otros trabajadores de salud “formales” que reciben un salario fijo más elevado y otras prestaciones laborales. Como dijo una *mitanin* “*Hum mitanin log swayamsevi hain*” (“Nosotros, las *mitanin*, somos voluntarias”). Otra dijo: “Podemos decidir cuándo y cómo queremos trabajar, y no se nos dice cómo hacer las cosas sobre el terreno”. Las *mitanin* explicaron que pueden ejercer su agencia cuando se trata del trabajo relacionado con la salud. Además, su trabajo sobre la alimentación y la violencia de género no requiere la presentación de informes, lo que permite más libertad y flexibilidad para abordar estos problemas como cada *mitanin* considere oportuno. Creen que están disponibles para la comunidad 24 horas al día, 7 días a la semana, porque no están sujetos a horarios fijos de trabajo. Se describen a sí mismos como vinculados al gobierno, pero no como funcionarios.

Sin embargo, el carácter voluntario de su trabajo hace que sus condiciones laborales sean muy precarias. Muchos señalan que sufren presiones por parte de los empleados de la administración local y de los representantes electos (como el sarpanch) para que realicen ciertas tareas que parecen inútiles y que no les gustan especialmente. Según las *mitanin*, estas tareas suelen implicar algún tipo de recopilación de datos, y rara vez algún trabajo que beneficie “directamente” a la gente de su comunidad. Del mismo modo, las *mitanin* informaron de que a veces se enfrentan a repercusiones por sus acciones, ya que éstas suelen estar reñidas con los intereses de las élites locales (como el vendedor de la tienda de racionamiento) y los trabajadores de salud del gobierno (enfermeras o médicos, por ejemplo). Sin embargo, las *mitanin* explicaron que han desarrollado tácticas (como pedir apoyo a los miembros de la comunidad y a sus supervisores) para hacer frente a este tipo de situaciones, tanto a nivel individual como colectivo.

4.4 La acción colectiva y su relación con la identidad colectiva

Los movimientos sociales han utilizado canciones, eslóganes y rituales similares para definir y alimentar identidades colectivas. Los espacios en los que se cantan estas canciones y se enarbolan estos lemas están llenos de emociones, y desempeñan un papel importante en el desarrollo de la identidad colectiva (Danaher 2010). El contenido de estas canciones y consignas toca las identidades sociales y políticas de los implicados, para transmitir un sentimiento de comunidad compartida (Smith 2018). Las *mitanin* escriben canciones sobre sus experiencias activistas, para concientizar y movilizar a la gente de su propia comunidad y a otras *mitanin* (véase la página 24 y también las secciones 4.2.1 y 4.2.3 para ver ejemplos). El análisis del contenido de estas canciones y eslóganes nos ayudó a comprender la relación entre la identidad colectiva de las *mitanin* y la acción colectiva.

Un tema recurrente en los tres ámbitos basados en los derechos fue el uso de palabras como *haq, aadhikar* (derechos) en las canciones en los idiomas hindi, chhattisgarhi y sadari⁴. Las canciones sobre derechos de salud utilizan *haq/aadhikar* en relación con la asistencia sanitaria gratuita en los hospitales públicos; las canciones sobre seguridad alimentaria utilizan estas palabras en relación con precios justos y calidad; y las canciones sobre violencia de género utilizan estas palabras en relación con los derechos de las mujeres y las niñas. Las canciones transmiten un sentido de solidaridad y evocan sentimientos de unión en la lucha por el derecho a la asistencia sanitaria, la seguridad alimentaria o la ausencia de violencia de género. Como tales, pueden considerarse “canciones de resistencia” (Carruyo 2005), que crean un sentimiento de comunidad y de oposición colectiva a la injusticia percibida, basándose en la experiencia local vivida en dialectos locales.

Las *mitanin* utilizan las canciones para transmitir sus experiencias vividas sobre los retos del trabajo activista, movilizándolo la acción contra las prácticas injustas. Las canciones sobre la violencia de género hacen un fuerte comentario social y político que es en sí mismo una forma de resistencia. Las canciones sobre los derechos de salud y la seguridad alimentaria se centran en la movilización para la acción. Los sociólogos han argumentado que la resistencia requiere amistades y conexiones, posibilidades de empoderamiento, así como un sentido de comunidad a través del cual las personas se preocupan más y piensan más en lo que pueden hacer juntas para sentirse mejor o simplemente para sobrevivir (Courpasson y Vallas 2016). Las canciones de las *mitanin* encarnan la solidaridad y la resistencia. Las canciones demuestran que las *mitanin* no solo se preocupan por su comunidad, sino que también consideran que es su deber ocuparse de asuntos que pueden no estar directamente relacionados con la salud, aunque no se les pague por un trabajo que va más allá de sus competencias. Estas canciones, que evocan la solidaridad, ponen de manifiesto que la identidad colectiva de las *mitanin* procede principalmente del trabajo que realizan y de un sentimiento de hermandad. Los vínculos de las *mitanin* con el gobierno, unidos a la solidaridad con su comunidad, les confieren reconocimiento social y credibilidad, pero su sentido del deber de dar prioridad a los derechos y necesidades de la comunidad les imparte una sensación de plenitud, les sube la moral y contribuye a mantener su motivación.



Las *mitanin* acudiendo a un centro de salud en Surguja.

Crédito: Rupesh Yadav

Canción 4. Reivindicación de derechos

भईया रे सबे चला जाब आपन हक मांगेक ले...
 बहिन रे सबे चला जाब आपन हक लेवेक ले...
 मनरेगा काम में सप्ताह पैसा नहीं मिलेला...
 मईया रे सबे चला मांगेक ले...
 बहिन रे सबे चला...

Oh hermano, vayamos todos a reclamar nuestro derecho

Hermana, vayamos todos a reclamar nuestros derechos.

En el plan de garantía de empleo, no nos pagaron a tiempo

Oh hermano, vayamos todos a reclamar nuestro derecho.

Oh hermana, vayamos todos a reclamar nuestro derecho.

A lo largo de los últimos 21 años, el activismo de las *mitanin* en los distintos ámbitos en los que participan ha ido evolucionando gradualmente. Han trabajado mucho en el ámbito de la seguridad alimentaria, dado que el mandato de los derechos del PDS sigue siendo claro. El activismo relacionado con el PDS a menudo implica desafiar a las élites locales (normalmente el vendedor de la tienda de racionamiento o el *sarpanch* en ocasiones) para garantizar los derechos de la población. Las *mitanin* también plantean cuestiones relacionadas con el PDS en las reuniones del Comité de Salud, Saneamiento y Nutrición del pueblo, como la denegación de derechos, la mala calidad de los cereales y los precios injustos. A menudo, las *mitanin* trabajan con otras *mitanin* y sus supervisores, que les ofrecen apoyo para plantear cuestiones polémicas ante las élites locales, el panchayat. Esto ha sido posible gracias al sentimiento de confianza y hermandad entre las *mitanin*. También reciben apoyo de los miembros de la comunidad (aldeanos), sobre todo en cuestiones de seguridad alimentaria. Durante una de nuestras entrevistas, una *mitanin* dijo que los miembros de la comunidad sienten que las *mitanin* van más allá de lo que exige su función (trabajo de salud) para abordar cuestiones de seguridad alimentaria, y por eso la comunidad da un apoyo unánime a las *mitanin*:

Maine pichle hafte ek buzurg ko ration dilwane me madad ki tab wah mujhse yeh keh rahe the ki tum log sab ke liye daudte ho, chahe pareshani kuch bhi ho. Logon iss baat ko hamesha bolte hain. (La semana pasada ayudé a una persona mayor a conseguir su ración, y me dijo que las mitanin como tú siempre se esfuerzan por resolver los problemas de la gente, independientemente del problema que sea. La gente siempre nos dice lo mismo.)



Las *mitanin* en una reunión del Comité de Salud, Saneamiento y Nutrición de la aldea de Gariyaband.

Crédito: Rupesh Yadav

En otro grupo de discusión, las *mitanin* compartieron que la comunidad les apoya siempre que impugnan cualquier mala práctica del personal de venta de las tiendas de cereales. Según las *mitanin*, la comunidad les da ese apoyo por más de una razón: “La gente es consciente de que no nos pagan por el trabajo que hacemos en seguridad alimentaria.”

Las *mitanin* han sido capaces de desarrollar diversas tácticas individuales y de grupo para garantizar la responsabilidad pública con respecto a los planes de seguridad alimentaria. Por ejemplo, controlan el precio, la puntualidad y la calidad de los alimentos suministrados a través de las tiendas de racionamiento. También suelen estar al día de cualquier cambio relacionado con los derechos a la alimentación. Ejercen el poder de la información y el apoyo de su comunidad en estas cuestiones.

Sin embargo, las *mitanin* no han podido tener un impacto similar en cuestiones de violencia de género. En un estudio sobre el trabajo de rendición de cuentas realizado por las *mitanin*, Champa (2017) descubrió que los esfuerzos de acción colectiva a veces se estancaban debido a las diferentes actitudes de los aldeanos hacia los problemas que se abordaban. A las *mitanin* les resulta difícil abordar la violencia de género debido al estigma que rodea a esta cuestión y, por tanto, a la falta de apoyo de la comunidad al respecto. Durante las entrevistas, las *mitanin* señalaron que cada mes se ocupan de casos de violencia de género e intentan abordar la cuestión acudiendo a la policía local y a los centros Sakhi gestionados por el gobierno (que ofrecen apoyo y reparación a las mujeres supervivientes de abusos). Sin embargo, la compleja naturaleza del problema desde el punto de vista social y jurídico, y el escaso apoyo de la comunidad al respecto, dificultan que las *mitanin* “aborden” el problema incluso cuando intervienen con frecuencia.

También hay que señalar que la actuación de las *mitanin* en materia de derechos forestales comunitarios es esporádica, dados los elevados riesgos que entraña; estas actuaciones han desembocado en acciones legales en algunos casos. Las *mitanin* han sido capaces de asumir algunos riesgos en cuestiones de seguridad alimentaria, que a menudo implican tratar con las élites locales; pero existe un límite en la medida en que son capaces de emprender acciones que implican niveles de riesgo mucho mayores.

5. Conclusión

Este documento de trabajo ha analizado las pautas de la acción colectiva autónoma a través de debates, entrevistas y las canciones y eslóganes basados en los derechos escritos por las *mitanin*. Argumentamos que la identidad colectiva de las *mitanin* es fundamental para el activismo multitemático que emprenden para defender los derechos sociales y económicos de las personas de su comunidad. Descubrimos que esta identidad colectiva surgió como resultado del enfoque de construcción de movimientos del programa y de la autonomía que dio a las *mitanin* sobre el terreno. El programa ha permitido a las *mitanin* participar en un activismo multidisciplinar a pesar de estar financiados por el Estado. Como agencia híbrida, la SHRC ha apoyado y fomentado la visión original de las *mitanin* como activistas y lideresas comunitarios, y ha cultivado cuidadosamente la capacidad de las *mitanin* para participar en un activismo multitemático y mantenerlo.

Descubrimos que la identidad colectiva de las *mitanin* es compleja y está conformada por su propio sentido del deber y del servicio a sus comunidades. Nuestros resultados también muestran que el activismo de las *mitanin* está impulsado por su idea de identidad colectiva. Las *mitanin* no se ven a sí mismas como meras trabajadoras comunitarias de salud de primera línea, sino como un grupo de mujeres lideresas que se preocupan profundamente por los derechos de la gente de sus comunidades. Las *mitanin* consideran que su trabajo activista tiene sentido y explican que les da un sentido de finalidad. Extraen este significado del concepto de solidaridad, que comparten con la comunidad a la que sirven y a la que pertenecen. Son entusiastas en la resolución de problemas y activistas que trabajan, colectiva e individualmente, para defender los derechos de las personas a la salud, la seguridad alimentaria y la ausencia de violencia de género, así como otros derechos que se les pueden negar. Las *mitanin* creen firmemente que la gente debe tener acceso a la seguridad social, a los derechos de subsistencia y a la asistencia sanitaria gratuita en los hospitales públicos, y esta creencia les da una misión compartida, una causa común en la que trabajar. Las experiencias compartidas de servicio a sus comunidades han reforzado con el tiempo los lazos entre las *mitanin*, y creen que sus comunidades los ven como lideresas comunitarios. Esta noción de identidad colectiva también está vinculada a su identidad como mujeres, que se apoyan mutuamente y apoyan a otras mujeres de su comunidad.

Las *mitanin* son agentes financiadas por el Estado (trabajadoras comunitarias de salud), pero su activismo más allá de la prestación de asistencia sanitaria está posibilitado por la sensibilidad del movimiento, que se centra en la movilización social y el activismo por los derechos en nombre de sus comunidades.

La identidad colectiva en evolución de las *mitanin* demuestra que cuando se considera a los trabajadores comunitarios (trabajadores de salud en este caso) como algo más que trabajadores de enlace, y se les apoya para que combinen su trabajo con la defensa de los derechos, pueden defender los derechos de la comunidad e incluso convertirse en lideresas comunitarios.

Notas

- 1 Este ejercicio formaba parte del trabajo del Accountability Research Center (ARC) sobre derechos de salud y rendición de cuentas, centrado en aprender de y con las personas que ARC denomina “defensores de primera línea de los derechos de salud”, en Colombia, Filipinas, Guatemala e India. ARC proporcionó apoyo técnico y analítico al SHRC de Chhattisgarh para documentar y difundir las experiencias de las trabajadoras comunitarias de salud *mitanin* sobre la acción de rendición de cuentas, con el fin de informar las agendas globales sobre los trabajadores comunitarios de salud, la rendición de cuentas pública y la defensa de los derechos de salud.
- 2 Los *panchayats* son consejos de aldea elegidos por ley, y constituyen el nivel más bajo del gobierno rural local. En Chhattisgarh, un *panchayat* tiene una población media de unos 2,000 habitantes en unas pocas aldeas.
- 3 Los Grupos Tribales Especialmente Vulnerables son una subclasificación de las tribus registradas.
- 4 Un dialecto que se habla en el distrito nororiental de Jashpur, en Chhattisgarh.

Bibliografía

- Ambekar, Atul Chaddha, A. Agrawal, R. Rao, A.K. Mishra, S.K. Khandelwal, y R.K. Chadda, en nombre del grupo de investigadores de la National Survey on Extent and Pattern of Substance Use in India. 2019. "Magnitude of Substance Use in India." New Delhi: Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India. <https://socialjustice.gov.in/writereaddata/UploadFile/Survey%20Report.pdf>.
- Baghel, Bhupesh. 2023. "Caste Census: Chhattisgarh Guv sitting on Bill that raises quota bar to 76%." Sitio web de Business Standard, abril 23. https://www.business-standard.com/india-news/caste-census-chhattisgarh-guv-sitting-on-bill-that-raises-quota-bar-to-76-123042300249_1.html.
- Bros, Catherine. 2010. "Caste in India: Implications of Social Identity in Economics." Tesis doctoral, Université Panthéon-Sorbonne, París. <https://theses.hal.science/file/index/docid/608674/filename/thesev2.pdf>.
- Carruyo, Light. 2005. "La Gaita Zuliana: Music and the Politics of Protest in Venezuela." *Latin American Perspectives* 32 (3): 98–111. <https://www.jstor.org/stable/30040244>.
- Champa, Arshima. 2017. *Enabling Social Accountability: The Community Health Worker Programmes of Chhattisgarh and Jharkhand*. Chennai, India: The Hindu Centre for Politics and Public Policy. <https://www.thehinducentre.com/publications/policy-report/enabling-social-accountability-the-community-health-worker-programmes-of-chhattisgarh-and-jharkhand/article64935990.ece>.
- Chandramouli, C. 2013. "Scheduled Tribes in India." India: Ministry of Tribal Affairs. <https://tribal.nic.in/downloads/other-important-reports/ScheduledTribesinIndiaasRevealedinCensus2011.pdf>.
- Courpasson, David, y Steven Vallas, eds. 2016. *The SAGE Handbook of Resistance*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781473957947>.
- Commission on Social Determinants of Health. 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
- Danaher, William F. 2010. "Music and Social Movements" *Sociology Compass* 4 (9): 811–23. <https://doi.org/10.1111/J.1751-9020.2010.00310.X>.
- Department of Food and Public Distribution. 2023. "Foodgrain Bulletin 2023." India. Ministry of Consumer Affairs, Food and Public Distribution. <https://dfpd.gov.in/writereaddata/Portal/Magazine/FoodgrainBulletinforJune2023.pdf>.
- Drèze, Jean. 2019. *Sense and Solidarity: Jholawala Economics for Everyone*. Oxford: Oxford University Press. Edición digital. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198833468.001.0001>.
- Fominaya, Cristina Flesher. 2010. "Creating Cohesion from Diversity: The Challenge of Collective Identity Formation in the Global Justice Movement." *Sociological Inquiry* 80 (3): 377–404. <https://doi.org/10.1111/J.1475-682X.2010.00339.X>.

Forest Survey of India. 2019. "India State of Forest Report 2019." India. Ministry of Environment, Forest and Climate Change.

Garg, Samir. 2022. "Mitanin in Chhattisgarh: Community Health Work as Social Movement." En *Anchoring Change: Seventy-Five Years of Grassroots Interventions That Made a Difference*, editado por Vikram Singh Mehta, Neelam Khetan, y Jayapadma RV, 313–23. Gurugram: HarperCollins India.

Garg, Samir, Kirtti Kumar Bebartha, y Narayan Tripathi. 2020. "Performance of India's National Publicly Funded Health Insurance Scheme, Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PMJAY), in Improving Access and Financial Protection for Hospital Care: Findings from Household Surveys in Chhattisgarh State." *BMC Public Health* 20 (1): 949. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09107-4>.

Garg, Samir, Kirtti Kumar Bebartha, and Narayan Tripathi. 2022. "Role of Publicly Funded Health Insurance in Financial Protection of the Elderly from Hospitalisation Expenditure in India-Findings from the Longitudinal Aging Study." *BMC Geriatrics* 22 (1): 572. <https://doi.org/10.1186/S12877-022-03266-2>.

Garg, Samir, Kirtti Kumar Bebartha, Narayan Tripathi, and C. Krishnendhu. 2022. "Catastrophic Health Expenditure Due to Hospitalisation for COVID-19 Treatment in India: Findings from a Primary Survey." *BMC Research Notes* 15 (1): 86. <https://doi.org/10.1186/S13104-022-05977-6>.

Garg, Samir, Mukesh Dewangan, Prabodh Nanda, C. Krishnendhu, Ashu Sahu, y Lalita Xalxo. 2022. "Assessing the Time Use and Payments of Multipurpose Community Health Workers for the Various Roles They Play—A Quantitative Study of the Mitanin Programme in India." *BMC Health Services Research* 22 (1): 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-08424-1/TABLES/5>.

Garg, Samir y Suchi Pande. 2018. "Learning to Sustain Change: Mitanin Community Health Workers Promote Public Accountability in India" Accountability Research Center. *Accountability Note* 4. <https://accountabilityresearch.org/publication/learning-to-sustain-change-mitanin-community-health-workers-promote-public-accountability-in-india/>.

Gupta, Aashish. 2014. "Reporting and Incidence of Violence against Women in India." India. Research Institute for Compassionate Economics. <https://riceinstitute.org/research/reporting-and-incidence-of-violence-against-women-in-india/>.

Gustafsson, Karin M. y Rolf Lidskog. 2018. "Boundary Organizations and Environmental Governance: Performance, Institutional Design, and Conceptual Development." *Climate Risk Management* 19: 1–11. <https://doi.org/10.1016/J.CRM.2017.11.001>.

Horn, Jessica. 2013. "Gender and Social Movements." Brighton: BRIDGE, Institute of Development Studies. <https://www.ludenet.org/projects-files/6/resources/gender-and-social-movements-overview-report-2013-206.pdf>.

Mackintosh, Maureen, Amos Channon, Anup Karan, Sakthivel Selvaraj, Eleonora Cavagnero, y Hongwen Zhao. 2016. "What is the Private Sector? Understanding Private Provision in the Health Systems of Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 388 (10044): 596–605. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00342-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00342-1).

Médecins Sans Frontières South Asia. 2022. "Near Zero Healthcare Seeking Behaviour among Gender-Based Violence Survivors: MSF Stresses for Community Linked, Survivor Centric Care Model after Latest Data in India." MSF South Asia página web, 11 de mayo. <https://msfsouthasia.org/>

near-zero-healthcare-seeking-behaviour-in-survivors-msf-stresses-for-community-linked-survivor-centric-care-model-after-latest-data-on-gender-based-violence-in-india.

- Millward, Peter, y Shaminder Takhar. 2019. "Social Movements, Collective Action and Activism." *Sociology* 53 (3). <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0038038518817287>
- Ministry of Health and Family Welfare. 2021. "State Fact Sheet Chhattisgarh 2020–2021." https://cghealth.nic.in/cghealth17/Information/content/Statistics/NationalFamilyHealthholdSurvey5_District_Wise.pdf.
- Ministry of Health and Family Welfare. 2022. "State of IMR and MMR in India." Comunicado de Prensa, 8 de febrero. <https://pib.gov.in/PressReleaselframePage.aspx?PRID=1796436>.
- Nambiar, Devaki y Kabir Sheikh. 2016. "How a Technical Agency Helped Scale Up a Community Health Worker Program: An Exploratory Study in Chhattisgarh State." *Health Systems and Reform* 2 (2): 123–34. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1148802>.
- Nambiar, Devaki, Kabir Sheikh, y Namrata Verma. 2012. "Scale-up of Community Action for Health: Lessons from a Realistic Evaluation of the Mitanin Program in Chhattisgarh, India." *BMC Proceedings* 6 (O26). <https://doi.org/10.1186/1753-6561-6-S5-O26>.
- Nandi, Sulakshana. 2020. "Case Study on the Impact of Private Public Partnerships through Publicly-Funded Insurance Schemes on Women in India, with Special Reference to Chhattisgarh State." Development Alternatives with Women for a New Era, *DAWN Discussion Paper* 23. https://dawnnet.org/wp-content/uploads/2021/01/Case-study-on-the-impact-of-Private-Public-Partnerships-through-Publicly-funded-insurance-schemes-on-women-in-India-with-special-reference-to-Chhattisgarh-State_DAWN-discussion-paper-23.pdf.
- Nandi, Sulakshana, Deepika Joshi, Preeti Gurung, Chandrakant Yadav, y Ganapathy Murugan. 2017. "Inequity in Health and Nutrition & Denial of Services and Rights: The Doubly Disadvantaged Baiga PVTGs of Chhattisgarh." Póster presentado en la conferencia del Association of Preventive and Social Medicine South Central Zone, Raipur, Chhattisgarh, 17 y 18 de noviembre. https://www.researchgate.net/publication/321126799_Inequity_in_health_and_nutrition_denial_of_services_and_rights_The_doubly_disadvantaged_Baiga_PVTGs_of_Chhattisgarh.
- Nandi, Sulakshana y Helen Schneider. 2014. "Addressing the Social Determinants of Health: A Case Study from the Mitanin (Community Health Worker) Programme in India." *Health Policy and Planning* 29: 71–81. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZU074>.
- Nandi, Sulakshana, Helen Schneider, y Samir Garg. 2018. "Assessing Geographical Inequity in Availability of Hospital Services under the State-Funded Universal Health Insurance Scheme in Chhattisgarh State, India, Using a Composite Vulnerability Index." *Global Health Action* 11 (1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1541220>.
- Nandi, Sulakshana, Rajib Dasgupta, Samir Garg, Dipa Sinha, Sangeeta Sahu, y Reeti Mahobe. 2016. "Uncovering Coverage: Utilisation of the Universal Health Insurance Scheme, Chhattisgarh by Women in Slums of Raipur." *Indian Journal of Gender Studies* 23 (1): 43–68. <https://doi.org/10.1177/0971521515612863>.

- Nandi, Sulakshana y Samir Garg. 2017. "Indigenous Women's Struggles to Oppose State-Sponsored Deforestation in Chhattisgarh, India." *Gender and Development* 25 (3): 387–403. <https://doi.org/10.1080/13552074.2017.1379781>.
- National Health Mission. 2022. "Quarterly NHM Monthly Information System." Government of India. https://nhm.gov.in/New_Update-2022-23/NHM-MIS/March-2023/High_Focus_States-Other_than_NE.pdf.
- Nidhi, Amulya. 2020. "Justice Denied: Sterilization Deaths in Bilaspur." St. Petersburg, FL: Thakur Foundation. https://www.thakur-foundation.org/upload/grant_applicants_outcome/1598765445_BilaspurReport_29SEPT_digital.pdf.
- O'Brien, Elizabeth y Miriam Rich. 2022. "Obstetric Violence in Historical Perspective." *The Lancet* 399 (10342): 2183–2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4).
- Pitpitan, Eileen V., Seth C. Kalichman, Lisa A. Eaton, Demetria Cain, Kathleen J. Sikkema, Donald Skinner, Melissa H. Watt, y Desiree Pieterse. 2013. "Gender-Based Violence, Alcohol Use, and Sexual Risk Among Female Patrons of Drinking Venues in Cape Town, South Africa." *Journal of Behavioral Medicine* 36 (3): 295. <https://doi.org/10.1007/S10865-012-9423-3>.
- Pizzorno, Alessandro. 1978. "Political Exchange and Collective Identity in Industrial Conflict." En *The Resurgence of Class Conflict in Western Europe Since 1968*, Volume 2 Comparative Analysis, editado por Colin Crouch and Alessandro Pizzorno, 277–98. Londres: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-349-03025-5_11.
- Registrar General of India. 2011a. "Population in Five Year Age Group by Residence and Sex, India 2011." Census of India 2011. <https://censusindia.gov.in/nada/index.php/catalog/1541>.
- Registrar General of India. 2011b. "Population in Five Year Age Group by Residence and Sex, Scheduled Castes, Chhattisgarh 2011." Census of India 2011. <https://censusindia.gov.in/nada/index.php/catalog/1615>.
- Registrar General of India. 2011c. "Population in Five Year Age Group by Residence and Sex, Scheduled Castes, Chhattisgarh 2011." Census of India 2011. <https://censusindia.gov.in/nada/index.php/catalog/1582>.
- Registrar General of India. 2022. Special bulletin on maternal mortality in India 2018–20. Sample Registration System, Office of the Registrar General. <https://censusindia.gov.in/nada/index.php/catalog/44379>.
- Reserve Bank of India. 2012. "Number and Percentage of Population Below Poverty Line." Reserve Bank of India. <https://rbidocs.rbi.org.in/rdocs/Publications/PDFs/154TA148090CBD6E4ED59633E6820C6E4819.PDF>.
- Sen, Jahnvi. 2016. "In Rural Chhattisgarh, Health Problems Go Far Beyond Medical Definitions." *The Wire*, septiembre 1. <https://thewire.in/books/jss-rural-health-chhattisgarh>.
- Singh, Yasna. 2013. "Satnami Self-Assertion and Dalit Activism: Everyday Life and Caste in Rural Chhattisgarh (Central India)." Tesis doctoral, London School of Economics and Political Science. <https://etheses.lse.ac.uk/689/>.
- Smith, Thérèse. 2018. "'We Shall Overcome': Communal Participation and Entrainment in a Social Protest Song" En *Songs of Social Protest: International Perspectives*, editado por Aileen Dillane, Martin J Power, Eoin Devereux, y Amanda Haynes, Primera edición. Volúmen 1. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers. <https://rowman.com/ISBN/9781786601261/Songs-of-Social-Protest-International-Perspectives>.

- Snow, David A. y Catherine Corrigan-Brown. 2015. "Collective Identity." En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, editado por James D. Wright, 2a edición, 174–80. Amsterdam: Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.10403-9>.
- Som, Mithun. 2016. "Volunteerism to Incentivisation: Changing Priorities of Mitanins Work in Chhattisgarh." *Indian Journal of Gender Studies* 23 (1): 26–42. <https://doi.org/10.1177/0971521515612862>.
- State Health Resource Centre. 2003. *Mitanin Program: Conceptual Issues and Operational Guidelines*. Raipur, India: State Health Resource Centre. <https://cghealth.nic.in/cghealth17/Information/content/MediaPublication/MitaninProgrammeConceptualWorkingpaper2IssuesandOperationalGuideline.pdf>.
- State Health Resource Centre. 2021. "Case studies on Mental Health by Mitanins." India. Inédito.
- Swahn, Monica H., Rachel Culbreth, Katherine E. Masyn, Laura F. Salazar, Jennifer Wagman, y Rogers Kasirye. 2021. "The Intersection of Alcohol Use, Gender Based Violence and HIV: Empirical Findings among Disadvantaged Service-Seeking Youth in Kampala, Uganda." *AIDS and Behavior* 25 (10): 3106. <https://doi.org/10.1007/S10461-021-03301-0>.
- Tata Institute of Social Sciences and Department of Health and Family Welfare Chhattisgarh. 2015. "Evaluation of Mitandin Program in Chhattisgarh, India." Bombay: Tata Institute of Social Sciences and Department of Health and Family Welfare Chhattisgarh. <https://shsrc.org/wp-content/uploads/2023/03/Evaluation-of-Mitanin-Programme-in-Chhattisgarh-2015.pdf>.
- Wangel, Josefin. 2011. "Change by Whom? Four Ways of Adding Actors and Governance in Backcasting Studies." *Futures* 43 (8): 880–89. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2011.06.012>.
- Wilkinson, Paul. 1971. "Concepts of Social Movement." En *Social Movement. Key Concepts in Political Science*, 11–32. Londres: Palgrave. https://doi.org/10.1007/978-1-349-01093-6_1.
- World Health Organization. 2022. "Demand-Side Assessment of Primary Health Care in Chhattisgarh.". Nueva Delhi: WHO Country Office for India. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290229209>.

Más recientes publicaciones de ARC

Documentos de trabajo

- Gearhart, Judy. 2023. "Building Worker Power in Global Supply Chains: Lessons from Apparel, Cocoa, and Seafood." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper 15*.
- Shukla, Abhay, Shweta Marathe, Deepali Yakkundi, Trupti Malti, y Jonathan Fox. 2023. "Activating Spaces, Scaling Up Voices: Community-based Monitoring and Planning of Health Services in Maharashtra, India." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper 14*.
- Gearhart, Judy. 2023. "Local Voices, Global Action: Transnational Organizing in Apparel Supply Chains." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper 13*.
- Gebremedhin, Abrehet. 2023. "Moving on Up: Multilevel Monitoring and Advocacy for Health Rights." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper 12*.
- Fox, Jonathan. 2022. "Accountability Keywords." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper 11*.
- Cepeda, Mariana. 2021. "El control social en Colombia: Un balance sobre las veedurías ciudadanas." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper 10*.
- Nadelman, Rachel. 2021. "How Do World Bank Staff Perceive the Institutional Environment for Building Citizen Engagement into Projects?" Accountability Research Center. *Accountability Working Paper 9*.

Notas de Rendición de Cuentas

- Fox, Jonathan y Carlos García Jiménez. 2023. "Farmer Movement Oversight Government Agriculture Programs in Mexico." Accountability Research Center. *Accountability Note 12*.
- Carlos García Jiménez y Jonathan Fox. 2023. "De la contraloría campesina en el Programa de Fertilizantes a un nuevo paradigma de desarrollo en el campo mexicano." Accountability Research Center. *Accountability Note 12*.
- Quiñones Mendoza, Helmer Eduardo. 2022. "A cinco años de la implementación del Capítulo Étnico del Acuerdo de Paz en Colombia: Un balance independiente." Accountability Research Center. *Accountability Note 11*.
- Quiñones Mendoza, Helmer Eduardo. 2022. "The Ethnic Chapter of Colombia's Peace Agreement Five Years On: An Independent Assessment." Accountability Research Center. *Accountability Note 11*

Ver todas las publicaciones en: <http://accountabilityresearch.org/publications/>



American University
School of International Service
4400 Massachusetts Ave NW
Washington, DC 20016
www.accountabilityresearch.org