

INFORME FINAL:

Proyecto De Investigación: “Análisis De Las Condiciones Generales De Vida De Las Familias Tabacaleras Con Personas Discapacitadas Del Municipio De San Vicente, Provincia De Misiones: Representaciones Sociales Sobre Agrotóxicos, Discapacidad-Enfermedad Y Modos De Atención de Las Necesidades Socio Sanitarias de sus Integrantes.

Código 16H/271

Equipo de Investigación: Alicia Gloria Dieringer, Antonia Irene Husulak, Jorge Pablo González, Liria Desconsi, Nelida Elba Duarte.

Facultad de Humanidades y Ciencias sociales (UNAM)

Secretaría de Investigación y Postgrado.™

Octubre de 2011

PDF Editor

Guía de Presentación de

INFORME FINAL

Proyectos acreditados en la Secretaría de Investigación y Postgrado:

Código 16 H/271

1. TÍTULO DEL PROYECTO:

Análisis de las condiciones generales de vida de las familias tabacaleras con personas discapacitadas del municipio de San Vicente, Provincia de Misiones: *representaciones sociales sobre agrotóxicos, discapacidad-enfermedad y modos de atención de las necesidades socio sanitarias de sus integrantes.*

3. FECHAS DE INICIO Y DE FINALIZACION DEL PROYECTO: DESDE Mayo/09 HASTA
Octubre/11

4. PERIODO AL QUE SE REFIERE EL PRESENTE INFORME: INFORME FINAL

5. EQUIPO DE INVESTIGACION

APELLIDO Y Nombre	Cargo / Beca	Nº de horas investiga x semana	Mes de incorporación	Mes de finalización	EvaluaciónS - NoS
Mgter. Dieringer Alicia Gloria	PTI ex Director	10	Mayo/09	Octubre/11	
Husulak. Antonia Irene	PTI se Investigador Inicial	5	Mayo/09	Octubre/11	Satisfactoria
Gonzalez Jorge Pablo	JTP se Investigador Inicial	5	Mayo/09	Octubre/11	Satisfactoria
Desconsi Liria	b	10	Mayo/09	Octubre/11	Satisfactoria
Duarte Nelida Elba	b	10	Mayo/09	Octubre/11	Satisfactoria

Firma Director de Proyecto

Aclaración:

Fecha de presentación del Informe Final

 **wondershare™**
PDF Editor

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene el informe final del Proyecto de Investigación: Lo estructuramos en cinco partes. La primera está dedicada a presentar de manera sistemática el marco teórico a partir del cual diseñamos las dimensiones, categorías y variables para el relevamiento de la información en campo y, por igual, la base para la construcción de datos e interpretación de los resultados. La segunda parte resume aquellos aspectos que consideramos básicos respecto del contexto de inserción geográfica de la problemática investigada. La tercera parte dedicamos a exponer los rasgos centrales de la metodología seguida, la producción y validación de datos sobre la problemática de la discapacidad entre familia tabacaleras del Municipio de San Vicente, seleccionadas de acuerdo con una muestra intencional. La cuarta parte está dedica a presentar la descripción y análisis de la información recogida y sistematizada. Por último, a manera de cierre, presentamos la quinta parte del trabajo que se orienta a resumir apretadamente la interpretación del problema de la discapacidad entre unidades domésticas que explotan el cultivo de tabaco en la localidad de San Vicente, en la provincia de Misiones.



PDF Editor

2. Resumen técnico

A través del presente proyecto se pretende describir: a) la incidencia de personas discapacitadas y enfermas en familias tabacaleras que trabajan con agrotóxicos (determinando cantidad de discapacitados y enfermos entre familias tabacaleras, su ubicación y distribución geográfica en el Municipio de San Vicente, Departamento Guaraní, Provincia de Misiones); b) las características de la vida cotidiana, sus posibilidades para cubrir las demandas de educación y atención de sus integrantes, particularmente, de aquellos categorizados como discapacitados o enfermos y, c) modos en que las familias tabacaleras interpretan la relación de los problemas de enfermedad y discapacidad con sus condiciones de vida y el trabajo agrícola con agrotóxicos.

A través de la categoría calidad de vida de las familias tabacaleras, identificar y describir el potencial de estas unidades para articular con la sociedad local los distintos elementos de atención (educación, asesoramiento, médica - sanitaria, rehabilitación socio-psicofísica, cobertura de beneficios legales, económicos y sociales) que permitan a las personas enfermas y/o discapacitadas alcanzar el máximo de sus potencialidades y autovalimiento en relación con los ciclos vitales de la familia.

Con la participación de profesionales de la medicina y del medio ambiente se indagará entre los productores sobre el posible impacto de los agrotóxicos en aquellos aspectos relacionados a la calidad del suelo dedicado a la producción de alimentos y del agua para beber.



PDF Editor

Índice

Presentación	
Introducción	
1-Marco Teórico	
Unidades de Producción Doméstica: entre las necesidades inmediatas y la dinámica de largo plazo	
potencialidades y debilidades de las unidades domésticas para la prevención y/o cuidado de las personas con discapacidad:	
El marco normativo de la discapacidad	
2-Marco contextual	
-Características de la población	
3- Marco Metodológico.....	
Metodología: dificultades encontradas y decisiones tomadas	
4-Resultados	
Prevalencia de discapacidad en familias tabacaleras seleccionadas del municipio de San Vicente	
La distribución y ubicación geográfica de las FTCPD en el municipio	
las condiciones de vida y medios de subsistencia de las familias tabacaleras y las posibilidades de atención de los integrantes discapacitados	
Cultivo y cría de animales para la comercialización	
La dedicación al tabaco.	
Representaciones y prácticas sociales que desarrollan las FT en relación con la Discapacidad, sus causas y sus formas de atención.....	
Procesos de salud, enfermedad y atención.....	
Los discapacitados en las familias tabacaleras seleccionadas	
Los tipos de discapacidad que se identifican entre las FTCPD	
Las representaciones y prácticas sociales de las FT con relación a la Discapacidad, a sus causas y formas de atención.....	
Las estructuras y servicios de atención de la discapacidad en el medio rural	
5-A modo de cierre.....	
Bibliografía	
ANEXO	



wondershare™

PDF Editor

INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas, la producción de tabaco se ha multiplicado en la provincia de Misiones como demanda de las empresas que acopian y comercializan la producción en el mercado nacional e internacional, el apoyo gubernamental que refuerza los ingresos monetarios de los productores primarios -a lo largo de todo el año- y de la disponibilidad de una obra social. Todas estas variables han hecho que una importante cantidad de grupos familiares se ocupen del cultivo de este producto. *Se estima que hay en Misiones 17.308 productores de tabacos censados (inscriptos y reinscriptos). En base a estos datos podemos estimar que la población expuesta en Misiones de manera directa al uso de agroquímico por plantación de tabaco es de unas 67.000 personas.*¹

En el cultivo del tabaco los productores utilizan asiduamente distintos “venenos” como el medio considerado más efectivo de control de los factores – plagas, malezas, etc.- que afectan a su producción, avalados y alentados por las empresas que compran la producción; esta práctica es considerada la herramienta principal para lograr una maximización de la ganancia, reduciendo al mínimo las pérdidas de las cosechas por daños en los cultivos. Sin embargo, la representación socio – técnica que se difunde sobre la práctica del control de factores biológicos negativos al cultivo del tabaco a través de agroquímicos tiende a ampliarse extendiéndose a casi todos los cultivos de estas familias.

Según la percepción de algunos de sus usuarios -recogida mediante entrevistas durante los trabajos de extensión universitaria en la localidad de San Vicente- el contacto permanente con estos agroquímicos, ha generado a lo largo del tiempo diferentes problemas de salud en esta población; otros estudios realizados en campos de la medicina y de la genética en la provincia de Misiones, están dando cuenta de la posible influencia del tabaco en las elevadas tasas de malformaciones congénitas, leucemia, linfomas, retrasos mentales, intoxicaciones y EPOC (Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) que se presentarían en la población en general en la provincia de Misiones. En ambos casos, las enfermedades y/o padecimientos son atribuidos al uso de

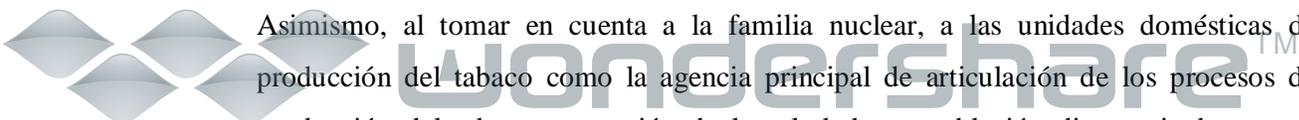
¹ BARANGER D. (Coord.) Tabaco y agrotóxicos “Un estudio sobre productores de Misiones” Editorial Universitaria de Misiones- 2007

agroquímicos en la explotación tabacalera.

Esto motivó al equipo a plantearse la posibilidad de investigar la problemática de los discapacitados dentro del ámbito de la salud pública, como un problema de ciencias sociales: pues ya no se trata de demostrar o no que la siembra, cultivo, cosecha y secado de tabaco en todo o en alguna parte produce los problemas de discapacidad en la población asociada a los plantadores directos sino ¿cómo impacta la ocurrencia de casos de discapacidad y enfermedad de personas en la calidad de vida de las familias tabacaleras?. ¿De qué modo, la discapacidad en algunos de sus integrante termina produciendo una multiplicación en la carga final con que deben vivir y proveer, a sus integrantes afectados, de una expectativa de vida digna, en un contexto socioeconómico y cultural que no parece ser el más adecuado para brindar la mejor protección a tales personas?; ¿De qué manera, la producción de tabaco subsumida a las condiciones que impone el socio dominante del mercado comprador (su primer prestador de recursos técnicos y financieros, apoyados en una particular intervención estatal e intervención organizativa de los mismos plantadores) termina convirtiéndose ahora en un factor dominante de producción agrícola y con ello del padecimiento de la discapacidad como un elemento ordinario de sus vidas?

De hecho, esta problemática se reconoce multidimensional y compleja. Están en juego dimensiones relacionadas no sólo a la ocurrencia de un fenómeno cualquiera -como bien podría ser el caso de la incidencia de una determinada enfermedad- sino porque involucra a procesos de salud, enfermedad y atención en familias que se dedican de manera intensiva y extensiva a la producción de tabaco con utilización de agrotóxicos y porque, al mismo tiempo, se considera como altamente probable que son esas condiciones de producción y vida las que están determinando el perfil epidemiológico ilustrado en la frecuencia de invalidez y enfermedad en las personas y la calidad de vida del grupo familiar.

Asimismo, al tomar en cuenta a la familia nuclear, a las unidades domésticas de producción del tabaco como la agencia principal de articulación de los procesos de producción del tabaco y atención de la salud de su población discapacitada se está encarando la evaluación de la calidad de vida de la familia tabacalera como producto de su trayectoria socioeconómica, cultural e histórica y condicionante de las posibilidades



PDF Editor

de atención que requieren las personas afectadas por discapacidad en la sociedad nacional.

En otras palabras, al abordar la primera cuestión anteriormente formulada, surgieron otras que se asocian a ella y le otorgan mayor especificación:

¿Cuántas personas que nacen, viven y mueren como plantadores de tabaco en el Municipio de San Vicente pueden ser considerados discapacitados?

Si no es posible, en los límites técnicos y económicos del presente proyecto, realizar una evaluación de la *incidencia* de casos de personas discapacitadas entre las familias de plantadores de tabaco, ¿cuál es la prevalencia acumulada de casos de discapacidad entre integrantes de una muestra intencional seleccionada?²

¿Qué tipos de discapacidad - enfermedades se observan / identifican/ describen entre las FTCPD?;

¿Dónde se encuentran localizadas y distribuidas esas familias tabacaleras en el Municipio?;

¿Qué representaciones y prácticas sociales desarrollan las FT en relación con la discapacidad, sus causas y sus formas de atención?

¿Qué características se describen para las condiciones y medios de vida / trabajo?

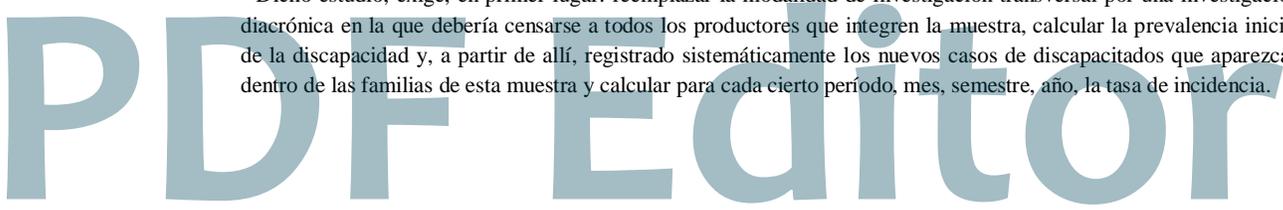
¿Cómo organizan sus actividades diarias en relación al cultivo del tabaco y a la atención del o de los integrantes de la familia discapacitados - enfermos?;

¿Qué tipo de servicios especiales reciben las FTCPD?;

¿Cuáles son las principales demandas de las FTCPD para mejorar su calidad de vida global y del desarrollo particular de sus PCD?

¿Qué previsibilidad de futuro se despliega desde las FTCPD en relación a los miembros con discapacidad?

² Dicho estudio, exige, en primer lugar, reemplazar la modalidad de investigación transversal por una investigación diacrónica en la que debería censarse a todos los productores que integren la muestra, calcular la prevalencia inicial de la discapacidad y, a partir de allí, registrado sistemáticamente los nuevos casos de discapacitados que aparezcan dentro de las familias de esta muestra y calcular para cada cierto período, mes, semestre, año, la tasa de incidencia.



¿Qué conocimiento poseen las familias acerca de los agroquímicos y la forma de utilizarlos?

¿Cuáles son las percepciones que tienen las familias sobre la influencia del uso de agrotóxicos en los sucesos de discapacidad – enfermedad en personas de familias tabacaleras?

Después de poco más de dos años de iniciado el proyecto de investigación, ahora estamos presentando un informe final centrado en algunos aspectos que aparecen dibujados por el entrecruzamiento selectivo de todas las preguntas formuladas.

La labor realizada en campo, no ausente de complicaciones logísticas y de otras que no estaban al alcance del control ejercido por el proyecto, ha dado sus frutos más significativos:

- a) determinar la primer tasa de prevalencia de miembros discapacitados en una muestra intencional de productores de tabaco de San Vicente;
- b) la constatación de que la atención de las personas afectadas por discapacidad, dentro de estas familias, está lejos de reunir todas las exigencias que manda la legislación federal y provincial y que impone obligaciones a los diferentes estamentos estatales para dignificar la vida de las mismas.
- c) El cumplimiento de ley seguramente permitirá disminuir la carga de padecimiento a que se enfrentan sus familiares, evitando que ellas tengan que ser conducidas a la alternativa de abandonar, parcial o totalmente, a su suerte a sus integrantes discapacitados cuando, frente a la presión que impone el modo de vida tabacalero, deban destinar todos los brazos y voluntades para sacar adelante el tabaco, presentado como único instrumento que parecerían tener para financiar monetariamente su reproducción cotidiana.
- d) Que, el cultivo de tabaco no es un cultivo más de los productores, es a juzgar por lo recogido en campo, el patrón oro, a partir del cual ellos han aprendido a medir su capacidad de trabajo, desarrollar procesos identitarios y organizaciones gremiales y, por sobretodo, el campo de evidencia de que los agroquímicos o agrotóxicos *pueden producir en sus cultivos y cosechas el milagro* que se resiste



wondershareTM

PDF Editor

a sus tradicionales modalidades de labor agrícola y preparación final de productos para la comercialización en mercados exigentes con la calidad del producto pero lábil a la hora de brindar y exigir a cabalidad la observancia de las condiciones bajo las cuales esos agroquímicos se convierten en literalmente *agrotóxicos*, dañan la salud de las personas expuestas a ellas y generan las condiciones para sospechar de que, en un grupo seleccionado de familias productoras, la prevalencia de discapacidad llegue a representar poco más del 20% de la población total.



PDF Editor

1-MARCO TEÓRICO

El abordaje teórico del presente proyecto se articula en torno de la relación existente entre condiciones generales producción y reproducción de pequeñas unidades familiares de productores agropecuarios. Focaliza aspectos críticos de la relación que vincula la ocurrencia de fenómenos de discapacidad en sus integrantes, los procesos de atención de la salud/enfermedad y procesos de trabajo y organización familiar.

La revisión bibliográfica muestra que lo escrito y publicado a nivel internacional y nacional sobre procesos de producción primaria en unidades domésticas es vasta, y que en el nivel provincial se han elaborado y puesto a prueba modelos de descripción y análisis de este tipo de actores en relación con sus condiciones de vida y sus estrategias productivas y reproductivas, superando la limitación que impone imaginar al productor de tabaco lejos de sus condiciones de reproducción ampliada.

Desde la tradicional obra de Chayanov sobre el campesinado ruso hasta los más recientes estudios producidos dentro del contexto de la provincia de Misiones por la investigación auspiciada por Bartolomé, Schiavoni y Baranger dentro de la antropología social local que toma como foco a los actores productivos de base familiar, se viene aportando para demostrar en qué medida las estrategias familiares de los pequeños y medianos productores tienen una complejidad que impide abordar al productor primario de tabaco como un agente puramente económico.

UNIDADES DE PRODUCCIÓN DOMÉSTICA: ENTRE LAS NECESIDADES INMEDIATAS Y LA DINÁMICA DE LARGO PLAZO

Las unidades domésticas de producción, concepto que se aplicaría a unidades de producción primaria de tabaco en la localidad de San Vicente en la provincia de Misiones, están clasificadas como modalidades productivas dependientes de la *autoexplotación* de la fuerza de trabajo de sus miembros; es decir, necesitan de su mano de obra propia para el logro de objetivos productivos y económicos. En este sentido, en igualdad de oportunidades del resto de las variables productivas, las unidades que más fuerza de trabajo tienen, se encuentran en mejores condiciones de alcanzar sus metas.TM

La fuerza de trabajo de las unidades domésticas familiares en la provincia de Misiones tiende a incriminar de manera selectiva los trabajos masculinos y femeninos a la hora de aplicarlos a la consecución de los objetivos productivos. Como lo han mostrado varios autores la producción campesina y de pequeños productores organiza la lógica de

la producción y reproducción del grupo doméstico que se halla asociado a él de manera de articular: el trabajo de la tierra con el trabajo de la casa; consecuentemente del trabajo del varón adulto con la mujer adulta, a lo que se suma el resto de los integrantes, en un sistema de producción simbólica que subsume la contribución de todos los integrantes al del trabajo masculino directamente afectado a la explotación agropecuaria. Todo sucedería como si los esfuerzos de unos y otros integrantes se leyeran como esfuerzos destinados a *apoyar, ayudar* el trabajo del jefe de la unidad doméstica familiar.³

Aunque es cierto que las posibilidades de utilización de esa fuerza familiar dependen más bien de su capacidad para el trabajo -así ciertos menores y los muy ancianos, además de los impedidos físicos y mentalmente, escaparían de estas exigencias- la definición de fuerza de trabajo familiar es muy laxa y se corresponde con tradiciones culturales que la enmarcan.

Al mismo tiempo, para que estas unidades de producción hayan podido alcanzar el mejor balance de fuerza de trabajo (trabajadores/no trabajadores), debieron recorrer una trayectoria de **acumulación** lenta, en cuya base de despliegue está la eficacia del trabajo doméstico reproductivo para producir y asegurar fuerza de trabajo, que incluye los procesos de crianza, socialización de sus integrantes y el mantenimiento de la unidad familiar a través del tiempo, el que depende al mismo tiempo del logro de la unidad doméstica respecto de su articulación a las redes sociales complejas: mercados, otras familias locales, unidades políticas, instituciones estatales, no gubernamentales, etc.

Según esta conceptualización, el grado óptimo de las unidades domésticas de producción, siempre será aquél en que la relación mano de obra de trabajo disponible es superior a la población dependiente (menores, ancianos), los esfuerzos de las unidades domésticas suelen destinarse, en mayor medida, a la producción, y el incremento del estándar de la calidad de vida de las familias será función de la disponibilidad de capital acumulado producto de esa autoexplotación de la mano de obra familiar.

De hecho, se sabe que un mejoramiento de los indicadores de vida de las unidades domésticas es dependiente de la capacidad de las familias para cumplimentar otras

³ Cfr. Ellen F. Woortmann y K Woortmann O trabalho da terra. A lógica e a simbólica da lavoura camponesa; G., Schiavoni, Colonos y Ocupante. Parentesco reciprocidad y diferenciación social en la frontera agraria de Misiones.

exigencias que no son de manera estrictamente productivas: cuidado de los menores y ancianos, higiene, atención de los procesos de salud/enfermedad, atención de los procesos de socialización y educación/certificación de capital educativo de los integrantes.

Para alcanzar estos estándares se debe utilizar parte del excedente económico a fin de liberar fuerza de trabajo de la producción y destinarla al trabajo necesario para la atención de las condiciones y procesos de vida integral de todos los integrantes.

Como es lógico, la eficacia productiva de un grupo doméstico puede financiar con su pequeño capital la sustitución del trabajo familiar –que se destinará a esos otros menesteres de las unidades de producción – por mano de obra rentada, pagada, de otra manera se desatendería en lo inmediato los objetivos de la producción/ingresos y se pondría en riesgo el proceso de atención de objetivos de largo plazo: el mejoramiento gradual y continuo de las condiciones generales de vida de la familia.

La reproducción ampliada de estas unidades domésticas respecto del logro de condiciones y resultados que mejoren la vida de sus integrantes dependerá, al mismo tiempo, de la capacidad de la unidad doméstica para mantener su financiamiento de largo plazo, el que a su vez depende de condiciones externas que estructuran el mercado de producción y comercialización de los bienes y servicios que produce (mercado internacional y nacional para el tabaco) y de la disponibilidad de fuerza de trabajo familiar capaz de autoexplotarse.

Bibliografía existente da cuenta de que la atención de los individuos más necesitados de cuidado intensivo y permanentes depende, para la mayoría de las familias, de la disponibilidad de recursos humanos y materiales: es así que en casi todas las familias, la atención de sus individuos es proporcionalmente inversa a la capacidad de libertad, aprendizaje, madurez de los individuos por cuidar. Asimismo, esa capacidad de cuidado será óptima allí donde la unidad familiar dispone de fuerza de trabajo especialmente reservada a su atención y capital económico susceptible de ser invertido en esta crianza.

Es comprensible entonces, que entre familias tabacaleras las posibilidades de cuidados de los individuos más necesitados de atención intensiva y compleja no son las mejores, habida cuenta de la importancia del papel de la mano de obra familiar (que incluye a las mujeres y niños) para la producción y comercialización de tabacos y de la escasa



WonderShare™

PDF Editor

capacidad de capitalización que poseen estas unidades sociales para poder sustituir la fuerza de trabajo familiar dedicada a la crianza de niños.

También es concebible pensar que, en todos los casos, la dedicación de la fuerza de trabajo familiar al cuidado de sus individuos necesitados está en función de las características de cada uno de esos individuos y, en promedio, los cuidados intensivos se aplican hasta los 5 o 6 años más o menos, edad en que los niños ingresan a los servicios de enseñanza escolarizada, un servicio que también cumple roles de cuidado de la crianza de este tipo de productores.

Sin embargo, la utilización de la mano de obra familiar liberada de la crianza no es posible en los casos de crianza y cuidado de personas con discapacidad, pues éstas casi nunca liberan la capacidad de mano de obra familiar que a ella se dedica; la realidad de personas discapacitadas ata a las unidades domésticas a un esfuerzo intensivo y de largo plazo, mensurable en horas de trabajo y capital, para atender a la sobrevivencia de estos individuos que casi nunca podrán valerse por sí mismos.

Desde un tiempo para acá las discusiones acerca de la contribución de la actividad tabacalera a la reproducción de los pequeños productores, promovida por sus asociaciones de plantadores y el conglomerado reducido de empresas compradoras, sostiene que la producción de tabaco es la que ofrece a los colonos minifundistas el mejor medio para su capitalización relativa y de corto plazo; no obstante, producto de su evolución conflictiva tanto en lo referente al problema del precio como de otros asociados a las condiciones de vida de los productores, se antepone otro discursos que recuerda que la actividad depende fuertemente de la autoexplotación de la mano de obra familiar y, según la información relevada, de un sector de productores la mayor tasa de personas con discapacidad producto de las mismas condiciones de producción y reproducción de la actividad tabacalera.

La calidad de vida de las personas discapacitadas es función de muchos factores, pero en particular de: a) la existencia de bienes y servicios para su atención y b) la relativa capacidad que tiene la familia atenderla. Entre productores tabacaleros, la disponibilidad de mano de obra de trabajo dedicada a la atención de doméstica de sus integrantes será más reducida.

Los tradicionales estudios relacionados con las enfermedades laborales no alcanzan para



WonderShare™

PDF Editor

agotar el problema de la discapacidad entre familias tabacaleras de Misiones toda vez que, el productor primario de tabaco no es simplemente comparable con las categorías de obreros y empleados de otros tipos de empresas productoras de bienes y servicios sobre las cuales se han estudiado profundamente las condiciones y desarrollo de la enfermedad laboral.

POTENCIALIDADES Y DEBILIDADES DE LAS UNIDADES DOMÉSTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y/O CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

El estudio de Jaime Brehil y de un conjunto de otros autores latinoamericanos inscriptos dentro de una corriente de pensamiento que se denomina epidemiología social latinoamericana, permite mostrar que es posible realizar los estudios de la problemática de las enfermedades y discapacidades en la población que trabaja en el sector agrícola, aun cuando, el trabajo específico que aborda con los floricultores para un mercado igualmente de exportación como el tabaco que se explota en Misiones, se correspondería más con grandes productores como los que pueden realizarse en otras provincia como Salta, Jujuy, etc.

Lo que hace interesante la propuesta de Breilh es su crítica acerca de las relaciones que se establecen entre productores agrícolas directos y las proveedoras del paquete tecnológico con que se buscan ofrecer las condiciones mínimas para que lo producido se ajuste a las exigencias y ganancias expectables.

El modelo convencional de análisis de la epidemiología de la intoxicación adolece de dos problemas principales: primero, no diferencia entre las categorías determinación y exposición, o las trata en términos reduccionistas y en segundo lugar, no interpreta adecuadamente los mecanismos y grados de exposición...

no distingue con nitidez la intoxicación como conjunto o problema más amplio que abarca los procesos generativos o determinantes de varios dominios y dimensiones, de sus dimensiones más específicas que se presentan como procesos empíricamente observables referidos al problema (eventos finales de exposición, absorción, procesos toxico-cinéticos y clínicos). Para la visión convencional, el problema se concreta en el establecimiento de esas asociaciones empíricas de eventos más específicos, que se los extrae del contexto. Este tipo de reduccionismo se observa no sólo en el campo de la epidemiología laboral sino, de modo general en la salud ocupacional...

La determinación epidemiológica de la intoxicación exige mirar a los hechos epidemiológicos como constitutivos de una realidad global, en la que se dan formas típicas de ocurrir los eventos, que tienden a ser regulares o estables mientras dura una misma condición histórica, que imponen condiciones de trabajo des- reguladas, ritmos intensos y limitaciones severas a los modos y estilos de vida de los trabajadores. Nada más para citar dos consecuencias típicas: la necesidad del poliempleo familiar, la reducción y deterioro drásticos de los tiempos y calidad del descanso. A su vez, sólo en el marco de esos modos de vida se pueden estudiar y comprender los estilos de vida de la cotidianidad de las familias y personas, en cuyo marco se instalan procesos críticos de exposición, más específicos que los denominados por Betancourt "eventos de exposición" [Betancourt 2001]. "Modos de vida", "estilos de vida" y "procesos críticos de exposición" se reproducen por condicionamiento estructural y son los mecanismos generativos o determinantes de los que depende el modo de devenir de las



formas de absorción, grados de acción y mecanismos toxico-cinéticos y toxico-dinámicos, formándose verdaderos perfiles de intoxicación característicos de cada grupo social considerado⁴

Eduardo Menéndez (2005), siguiendo y reformulando propuestas de otros estudiosos del tema, plantea que los procesos de salud/enfermedad/atención forma una constante estructural de todas las sociedades; las unidades domésticas y otras unidades significativas dedican tiempo, bienes y servicios a su desarrollo. Ya en las sociedades contemporáneas, la unidad doméstica familiar, desempeña un rol fundamental al articular la atención de los procesos de salud/enfermedad de sus integrantes según modelos de autocuidado, modelos subordinados de atención profesional y modelos de cuidados profesionales hegemónicos.

Las representaciones con que se comprenden/definen esos procesos (los de la salud y los de la enfermedad, así como de su atención) representan un papel central en la organización de las tareas, bienes y servicios que deben tratar de alcanzar para las unidades domésticas.

Estas representaciones no deben ser consideradas simple opinión, pues configuran modos de pensamiento complejos que necesitan ser estudiados con detenimiento, la misma definición de "pertenecientes" a la unidad doméstica es un elemento que organiza y discrimina en forma práctica a los individuos que han de ser considerados parte de la familia y a quienes se aplicará un modo particular de relación, se les posibilitará oportunidades, se les apoyará en su desarrollo.

La conceptualización de la socialización de los niños y la suma preocupación por aquellos que no pueden valerse por sí mismos, que involucra a los infantes, también pertenecen a planos de definición simbólico cultural, pues a través de ella se procesa la organización de los saberes y de las prácticas en que se concretizan los procesos de atención familiar de sus miembros⁵.

P. Bourdieu (1987) ha destacado que la familia es una categoría social que permite

⁴ Brehil, J. *Epidemiología Crítica. Lugar Editorial. Bs. As. 2003. Pp 248-249*

⁵ Howard Becker *Outsider, hacia una sociología de la desviación. Introducción. Gilberto O. Velho. Org. Desvio e Divergencia. Uma Crítica Da patologia social.*

razonar en términos de una *lógica del amor* opuesta a la lógica del cálculo economicista, invalidando modos de pensamiento racionalistas emergentes para explicar los comportamientos razonables en espacios domésticos, en el seno de las familias.

La teoría de la reproducción cultural y simbólica da cuenta de esta estructura y dinámica de articulación de individuos y generaciones: son las representaciones culturales y sociales producidas y reproducidas a nivel social las que ordenan el lugar que ocupan los individuos y las obligaciones y estrategias permitidas a sus integrantes en relación con sus potencialidades y necesidades.

Se sabe que las personas con discapacidad tienden a presentar rasgos fundamentales de inmadurez, es decir, son comprendidos como personas que para su edad y oportunidad, no pueden ocuparse de actividades que otros lo hacen o pueden hacerlo. Dependiendo del tipo y grado de discapacidad, la incorporación a procesos productivos y reproductivos de las personas así afectadas podrá llevarse a cabo más tarde o más antes, de forma parcial o integral o simplemente no se realizará nunca.

Renato Zambrano Cruz y Patricia Ceballos Cardona (2009:1) plantean que luego de un daño cerebral (ya por un accidente encefalocraneal, ya por malformación), lesión vascular, lesión por hemorragia, otras enfermedades degenerativas o demencia, las personas que los padecen: “exhiben síntomas y características que indican deterioro en su capacidad de autocuidado y autonomía en general. Esto se debe a alteraciones cognitivas, motoras, en la capacidad lingüística o dificultades emocionales. Fuera de estas secuelas, los pacientes presentan, con frecuencia, sintomatología de orden psiquiátrico como depresión, manía secundaria, trastornos sicóticos, diversos trastornos de ansiedad, cambios en su personalidad, apatía, desinhibición, irritabilidad y trastorno del control de los impulsos.

Por esto, es necesario que otras personas realicen o ayuden a efectuar las funciones en las que el paciente con daño cerebral ya no se puede desempeñar, además de brindar apoyo emocional, necesario para la adaptación del paciente a la nueva situación. Estas personas reciben el nombre de cuidadores y normalmente existen dos grupos: el primero, los familiares o personas cercanas al paciente con daño cerebral; el segundo, las personas que cumplen esta función, por ejemplo, el personal de enfermería, que asume el cuidado del paciente. A los primeros los llamaremos cuidadores familiares, y a los segundos, cuidadores profesionales”

Los autores señalados dan cuenta de las características analítica que pueden diagnosticarse con las personas discapacitadas, sus necesidades y los tipos de cuidados que suelen destinárseles.

En cualquier caso, concluyen que las necesidades de cuidadores comprende o bien a cuidadores familiares o bien a cuidadores profesionales, lo que no da cuenta este trabajo, es que la posibilidad de que uno u otro cuidador pueda desarrollar sus servicios con los pacientes discapacitados dependen de la capacidad de las unidades domésticas familiares para articular la atención que los procesos de salud/enfermedad de sus integrantes requieren.

De este modo, es común que al mismo tiempo que se procesan autocuidados, también concurren servicios de cuidados profesionales. La oportunidad de esta articulación depende de las representaciones sociales y culturales de las unidades domésticas, de sus prácticas sociales para la atención de sus integrantes.

Estará claro que estas representaciones sociales no pueden ser liberadas de las condiciones materiales en que se realiza la vida integral de los grupos domésticos, siendo un factor fundamental para el éxito del autocuidado y el cuidado profesional de los integrantes discapacitados la disponibilidad de información, bienes y servicios al alcance de esa unidad doméstica.

La representación que se tenga de las personas discapacitadas, el tipo y grado de discapacidad que afecta a los individuos, los recursos al alcance de las familias para financiar el cuidado de los individuos discapacitados son los factores que hacen variar la calidad de atención de las personas discapacitadas.

Como ya se mencionó antes, el rol de la fuerza de trabajo adulta en la producción de tabaco es crítico para el éxito de la explotación y el acceso a los mejores ingresos. En familias donde existen individuos con discapacidad, no solo se afectarían las condiciones de productividad e ingreso sino que se tendría menos chances que otras familias productoras (sin integrantes desvalidos) para alcanzar objetivos productivos, de ingresos y de atención de los integrantes más dependientes.

Mientras que era posible señalar la existencia de numerosas propuestas de trabajo con unidades domésticas de producción y reproducción, los estudios locales que toman en cuenta la problemática de las representaciones y prácticas de esas unidades en relación a



wondershare™

PDF Editor

procesos productivos y de atención de la salud/enfermedad no tienen igual suerte. De hecho, el ya señalado estudio encarado sobre tabacaleros en la provincia de Misiones (Baranger, D., et al. 2007) sus representaciones y prácticas de salud/enfermedad, es la única publicación especializada, lo que lleva a la necesidad de ampliar los estudios que tomen en cuenta la realidad en cuestión.

Una realidad social caracterizado por un círculo vicioso que vincula: a) condiciones favorables para los riesgosos usos de agrotóxicos en busca de rendimientos productivos/ingresos, al margen de extremar los cuidados de utilización de aquellos medios de producción, b) la emergencia de numerosos casos de personas enfermas y/o con discapacidad atribuidos a los agrotóxicos, y c) unidades domésticas familiares afectadas en su capacidad productiva y reproductiva por la incidencia de esas personas discapacitadas y enfermas.

Esos mismos estudios señalan la dependencia que tienen las unidades domésticas más pobres de autoexplotar al máximo la fuerza de trabajo familiar y de correr mayores riesgos de utilizar todos los “venenos” que sean necesarios para asegurar objetivos productivos y de ingreso, trae aparejado la desatención de otras actividades necesarias a la reproducción ampliada y de largo plazo de la unidad familiar dramáticamente representada en la incidencia de personas enfermas y/o discapacitadas.

La discapacidad según la mirada de la Organización Mundial de la Salud

Definimos a los análisis de situación de salud (ASIS) como un proceso que transcurre por distintas etapas; descriptiva, etapa diagnósticos y de análisis de los fenómenos o factores que influyen en el estado salud-enfermedad de una comunidad. Proceso dinámico que parte de un concepto de salud como construcción social, por lo que es necesaria una actualización constante de los mismos, para comparar diferentes momentos de la salud- enfermedad de una comunidad Concebimos a la calidad de vida asociada al bienestar personal que trasciende el marco de lo individual y se inserta en la colectividad

Según la Organización de las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud, se considera con discapacidad a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social,



educacional o laboral.” en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) define cada uno de dichos términos; estas definiciones son retomadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión:

Deficiencia: hace referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica o corporal).

Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona (dimensión individual).

Minusvalía: hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan dificultades en la interacción y adaptación del individuo al entorno (dimensión social).

Estas clasificaciones, están cada una de ellas relacionada con un plano diferente, y que reconoce que la mayoría de los casos se asocian al proceso de salud-enfermedad.

En este mismo documento,, se realiza una caracterización de las discapacidad como problema social que puede ser válido para nuestro trabajo

- El riesgo y la presencia de la discapacidad y la minusvalía aumenta con la edad
- La prevalencia de la discapacidad es más alta en zonas rurales que en las urbanas
- La mayoría de los servicios son otorgados por el sistema gubernamental
- La cobertura de los servicios es insuficiente
- El acceso al trabajo remunerado es restringido por lo cual la autosuficiencia económica de las personas con discapacidad no es significativa

Para el Informe Mundial sobre Discapacidad, (OMS 2011) La necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación (incluidos los dispositivos auxiliares) puede tener malas consecuencias para las personas con discapacidad, como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y peor calidad de vida



wondershare™

PDF Editor

EL MARCO NORMATIVO DE LA DISCAPACIDAD

Desde el punto de vista sociodemográfico, se incorpora la temática de la discapacidad en el Censo 2001. Por medio de la Ley 25.211 se establece la “Ley Censo Discapacitados”, que tiene por finalidad “el relevamiento de las personas discapacitadas a través de ítems descriptivos que cuantifiquen la población y realicen un diagnóstico biopsicosocial de las mismas en todo el territorio nacional la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 – (ENDI) midió la magnitud de la discapacidad en nuestro país. De esta manera se pudo relevar que el universo de personas con discapacidad alcanzaba a 2.176.123 de habitantes, significando el 7,1% de la población total del país. Asimismo, uno (1) de cada cinco (5) hogares argentinos alberga al menos un (1) miembro con discapacidad, representando el 20 % de los hogares. De ello, el 39,5% corresponde al colectivo de la Discapacidad Motriz; el 22 % Discapacidad Visuales; 18% Discapacidades Auditivas y 15 % Discapacidad Mental.

Desde el punto de vista legal la situación de las personas con discapacidad en la Argentina y en Misiones, se regula por las Leyes de Discapacidad Ley 24.901 entre otras normas y la Ley 22.431. Pero, es en la ley 26.480, promulgada en el 2009, donde se presenta el sistema de prestaciones básicas para las personas con discapacidad, las que estarán cubiertas por:

- **Obra Social:** establecidas por las leyes 23.660 y 23.661 (Art. 28) que cubren rehabilitación y medicamentos, modificados y ampliados por ley 24901.
- **Servicios de Medicina Pre-paga:** según la Ley 24754 (Ley de Orden Público) y Resolución 939/2000 y modificatorias, por Resolución 1/2001 del Ministerio de Salud: estas 2 resoluciones constituyen el Programa Médico Obligatorio (PMO) Ley 24901.



wondershare™

PDF Editor

- **Estado Nacional:** las personas con discapacidad que carecen de cobertura médica de Obra Social o sin ningún tipo de beneficio o subsidio, tienen iguales derechos en virtud de la Ley 23660.

En todas ellas se plantea que, la cobertura integral de prestaciones básicas es un derecho. En caso de tener respuesta negativa a una solicitud de cobertura debe reclamarse. Por ello, debe tenerse en cuenta que es indispensable, a fin de minimizar los inconvenientes que suelen ser habituales en esta etapa de reclamos, tener el debido asesoramiento legal.

La ley 26.378 de la República Argentina ha incorporado a su derecho interno los la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Y por el **Decreto N° 806/2011:** (B.O. 21/06/2011) - Presidencia de la Nación -se establece que la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas pasará a denominarse Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad. Creación del Observatorio de la Discapacidad

La Argentina ha propuesto la designación de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad, dependiente del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Sociales, como organismo gubernamental encargado de la aplicación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la creación del Observatorio Nacional de la Discapacidad como mecanismo de ejecución y coordinación de la misma para facilitar la adopción de medidas al respecto en los diferentes sectores y a diferentes niveles

Las mencionadas leyes y disposiciones hacen referencia en sus apartados a temas tales como: políticas especiales; políticas sociales; salud; trabajo; educación; arquitectura y urbanismo; y transporte entre otros. Sin embargo es poco lo que resulta efectivo de esta ley, ya que en la práctica, buena parte de las acciones por ella establecidas no se llevan a cabo Podemos señalar que hay un reconocimiento general sobre el déficit de políticas públicas de discapacidad en la Argentina, pero no así en la normativa

Más allá de claros avances, la baja calidad de las políticas de discapacidad del Estado argentino se vincula con problemas tanto de articulación sistémica, de diseño como de implementación (y la consecuente dinámica de exclusión que ello genera)



PDF Editor

2-MARCO CONTEXTUAL

La localidad de San Vicente es una de los principales enclaves poblacionales actuales de la región centro oriental de la provincia de Misiones, ubicada a la vera de la Ruta Nacional 14 a unos pocos kilómetros de la frontera internacional de la Provincia de Misiones, en la República Argentina, pertenece al Municipio homónimo y comparte el Departamento Guaraní con la localidad y Municipio de El Soberbio.

De acuerdo con datos de los censos de 2001 y 1991, la localidad ha tendido a crecer de manera rápida (70% es el indicador de la variación poblacional intercensal) asociada a su reciente desarrollo como polo forestal - aserradero, vinculado al ganado y la explotación del tabaco a cargo de pequeños productores familiares. De hecho en la década de 1990 el total poblacional ascendía a poco menos de 22.500 habitantes cuando en 2001 ya se había logrado un total de 38.247 personas, estimándose que para la primera década del siglo XXI, la población de municipal proyectada en función de las tasas de crecimiento intercensal 2001/1991 se ubica en poco más 45000 habitantes, valor que deberá ser revisado habida cuenta de la fuerte caída en los valores de la población total provincial proyectada y de la tasa crecimiento proyectada comparada con los datos finales provistos por el Censo Nacional de Población y Viviendas de 2010.⁶

En 2001 la población que residía en San Vicente representaba el 4% del total provincial, distribuyéndose en 19706 varones y 18541 mujeres.

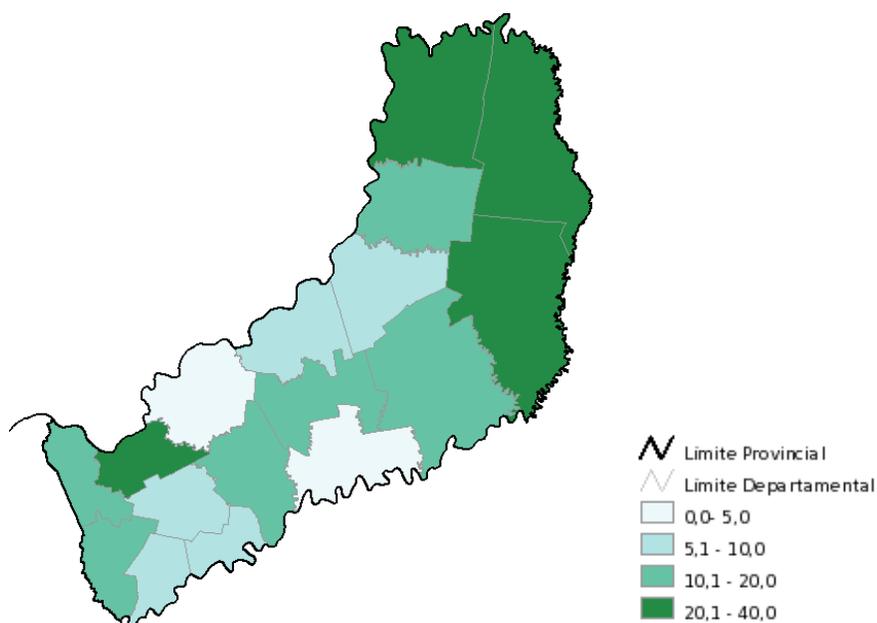
Cuadro 1 Provincia de Misiones según municipio. Población por sexo. Año 2001

Municipio	%	Total	Varones	Mujeres	Índice de Masculinidad
Total Provincial	100,0	965.522	484.323	481.199	100,65
San Vicente	4,0	38.247	19.706	18.541	106,28

⁶ Observemos por ejemplo que el IPEC de la Provincia de Misiones proyectó una población total sólo para el Departamento de Guaraní del orden de los 70 mil habitantes para 2009, pero el Censo 2010 acaba de publicar que para ese Departamento el total de población contabilizada era de 6789, indicando una tasa de crecimiento intercensal 2010/2001 del 17% cuando se proyectó en el orden del 26%.

El Soberbio	2,0	19.571	10.297	9.274	111,03
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.					

Variación 2001-2010, en %



-CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA.

En términos de paisaje y uso del suelo la localidad se integra con tres grandes contrastes: a) la zona urbana de rápido crecimiento; b) la zona agrícola ganadera de las picadas y c) una zona en fuerte disminución correspondiente a monte nativo e implantado.

Las unidades de análisis con las que hemos trabajado en la presente investigación desarrollan sus procesos productivos y reproductivos enclavados en zonas b) y de transición de ésta hacia el c); la zona a) tiene un trazado y una toponimia que facilita su representación y comunicación en el mapa, en cambio, las zonas b) y c) resultan sumamente problemáticas para ser representados a escala significativas en mapas de la localidad. Para ilustrar esta complejidad, presentamos a continuación imágenes satelitales de los tres tipos de paisajes aludidos, representando en la medida de lo posible el lugar de la vivienda del grupo doméstico.

Los barrios y sus nombres representan los ejemplos característicos de la modalidad de ocupación del espacio y de la distribución de las fases productivas y reproductivas de la

población en la zona a); en cambio, en la zona b) las picadas y parajes que rara vez aparecen bien señaladas y demarcadas en los mapas son el ejemplo de las ocupaciones del espacio en las zonas b) y c) de la localidad.



En el año 2001, el Censo Nacional de Población y Viviendas contabilizó y distribuyó ocupacionalmente a la población de San Vicente según la siguiente distribución categorial y porcentual: apenas un 30% de la población ocupada se desempeñaba como obrero o empleado, los que revestían como trabajador por cuenta propia y como trabajador familiar alcanzaban un 66% , es decir, comparado con las tasas del total provincial, San Vicente tenía poco más de la mitad del personal que se desempeñaba en relación de dependencia(59%) y el poco menos del doble de trabajadores por cuenta propia y familiar (36%) del total provincial. La categoría patronal no muestra diferencia entre las jurisdicciones. Esta asimetría en la distribución de la población ocupada respecto de las categorías indicadas guarda estrecha relación con la diferencia del peso de la producción agropecuaria en la constitución de las actividades económicas y en la generación de la fuente de empleo.

Cuadro 2 Provincia de Misiones según municipio. Población ocupada por categoría ocupacional.

Año 2001

Municipio	Población ocupada	Obrero o empleado Sector público	Obrero o empleado Sector privado	Patrón	Trabajador por cuenta propia	Trabajador Familiar
Total Provincial	254.627	52.251	97.675	11.880	66.472	26.349

%	100	21	38	5	26	10
San Vicente	11.491	1.052	2.384	538	4.429	3.088
%	100	9	21	5	39	27
El Soberbio	7.376	401	746	247	3.227	2.755
%	100	5	10	3	44	37

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

El mayor peso de la población rural en el total municipal impacta en las tasas de masculinidad de la población. Según los datos del Censo de 2001, dicha tasa alcanzaba a 106,3 varones por cada 100 mujeres, un valor muy por encima del indicado para el total provincial que ya para esa época estaba igualando en 100. Los datos finales del Censo de 2010 permiten señalar una reducción en la tasa de masculinidad para el total provincial y del Departamento de Guaraní, pero todavía para esa fecha el indicador arrojaba un valor es 105,8.

La oferta de salud en la localidad se estructura siguiendo dos grandes oferentes, el Estado Provincial y el sector privado que subsiste financiado por la dinámica del gasto en salud de las obras sociales.

Como todo Municipio que tiene en su sector demandante de servicios de salud a una mayor proporción de la población que no guarda relación de dependencia laboral, los gastos en el sector salud corren fuertemente a cargo de la estructura y servicios de salud pública, lo que es complementado de manera variable y dependiendo de los ciclos económicos de los gastos privados que hagan los trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares, sumados al escaso porcentaje de población que tiene un empleo formal que le asegura un descuento para el financiamiento de la obra social. Tengamos en cuenta que según los datos del IPEC la población departamental que en los censos de 1991 y 2001 tenía cobertura de salud por medio de obra social o plan de salud apenas pasó del 31 al 35%.

En este marco, un actividad económica que parece brindar una oportunidad diferencial a sus ocupados es el sector tabacalero que, a través de diversas modalidades, brinda servicios de cobertura de salud a través del servicio de la Asociación de

Plantadores de Tabaco de la Provincia de Misiones (APTM) o por medio de la Cámara de Tabaco de la Provincia de Misiones (CTM). Esta característica de los servicios de salud ha hecho altamente atractiva a la actividad tabacalera entre los pequeños agricultores de la localidad y por igual, participa en la estructuración de los procesos de salud/enfermedad/atención con que estos actores lidian con sus enfermos y población discapacitada.

Ante la discapacidad de uno de sus miembros, especialmente si se refiere al sostén económico principal del núcleo familiar, las estrategias de obtención de recursos que ellas implementan deben ampliarse y reforzarse. Esta reorganización es posible ya que las familias constituyen un sistema abierto y dinámico.

Las familias reciben atención médica principalmente en el Hospital de San Vicente

Al Hospital de San Vicente llegan en forma permanente distintos discapacitados que solicitan atención. Los médicos asocian las diferentes formas de discapacidad con lo agrotóxicos. A su vez, al Hospital concurren demandas constantes Ej. de Labio leporino a inmovilidad total, los pacientes llegan a la consulta desde el nacimiento. No hay estadísticas de nacimientos con discapacidad (se supone que los productores tienen sus partos en los sanatorios privados porque poseen la obra social). (ENTREVISTA TS HOSPITAL)

Tanto en el Hospital como en Acción Social de la Municipalidad de S Vicente, se orienta a las familias para la tramitación de Pensiones. En el caso de la pensión por Invalidez,, la tramitación de la misma lleva un tiempo de 9 meses a 1 año y medio de gestión Aproximadamente.

Durante este periodo, se activan nuevas y diversas estrategias para cubrir y lograr un equilibrio en el ingreso, el cual se vio disminuido por la incapacidad laboral del sostén económico principal, derivada de su discapacidad ya sea motora, sensorial, mental..Generalmente el hijo mayor o la madre asumen este rol



WonderShare™

PDF Editor

La Discapacidad⁷, es uno de los factores imprevistos que pueden irrumpir en la estructura y dinámica familiar. En el país en 1 de cada 5 familias reside por lo menos una persona con discapacidad.. Cuando otro miembro de la familia, es el discapacitado, la madre y/o hermana mayor cumplen la función de “cuidadoras” cualquiera de estas dos situaciones, implica una reorganización familiar, el grupo debe adaptarse a una nueva forma de convivencia.

Para ello, debe enfrentarse a procesos de aceptación para poder, “ocuparse” de la atención

Esta situación es vivida con esfuerzo por parte de la familia tratando de superar los obstáculos a nivel intrafamiliar como a nivel comunitario.

Determinadas estrategias de vida⁸ se recrean en torno a la nueva situación que debe atravesar la familia en su vida cotidiana⁹, estrategias que muchas veces implican transformaciones en la constitución de la unidad familiar, transformaciones en la socialización y aprendizaje de sus miembros, en la manera de obtención y asignación de recursos para la atención médica, en las migraciones familiares, en su localización residencial, allegamiento cohabitacional, cooperación extrafamiliar etc..

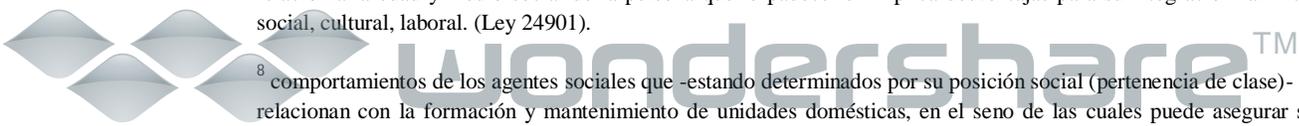
Además hay estrategias que se producen al interior de las familias, dirigidas a satisfacer sus necesidades, al autoabastecimiento y que a su vez pueden significar un ingreso familiar como por ejemplo, huertas, costura, cría de gallinas etc.

Como dijera Przeworsky “ *las relaciones y condición de clase se presentan a los sujetos como una cierta estructura de opciones efectivas disponibles, y como cierta*

⁷ La discapacidad refiere a alteraciones funcionales adquiridas físicas, mentales, sensoriales permanentes que en relación a la edad y medio social de la persona que lo padece le implica desventajas para su integración familiar, social, cultural, laboral. (Ley 24901).

⁸ comportamientos de los agentes sociales que -estando determinados por su posición social (pertenencia de clase)- se relacionan con la formación y mantenimiento de unidades domésticas, en el seno de las cuales puede asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y de cada unos de sus miembros" Susana Torrado.

⁹ Se presenta como el aquí y ahora, espacio en que se lleva adelante la reproducción del hombre, en ella el sujeto es productor y producto. “María Inés Peralta. Estrategias del clientelismo social. Ed Espacio.



estructura de relaciones entre tales opciones y las consecuencias que las mismas tienen para ellos.”¹⁰ Es decir, las condiciones externas funcionan no como determinantes, sino como condicionantes de las estrategias, contando cada clase con opciones diferenciales según su posición, pero a su vez, cada familia, es particular, optando libremente dentro de estos márgenes, contando con cierto grado de autonomía y libertad.

“Hay gente que deja de plantar por problemas de salud o tienen un hijo discapacitado. Hay degradación de la tierra, la sequía, tala indiscriminada, cada vez se desmontan mas monte para obtener más tierra para el tabaco. La cuestión cultural es un factor muy importante, el manejo de los agrotóxicos se realiza sin medidas de seguridad adecuadas. Colonia Aparecida – es una zona de mayor concentración de potentados (...) del tabaco. “). (ENTREVISTA Trabajador Social)



¹⁰ *Políticas sociales. Contribución al debate teórico metodológico. Programa Especial de Investigación Estado y Políticas Públicas. Susana Hintze (organizadora).*

PDF Editor

3- MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA: DIFICULTADES ENCONTRADAS Y DECISIONES TOMADAS

Originalmente el proyecto cuyo informe final se está presentando perseguía entre otros objetivos específicos estimar, a partir de una muestra probabilística, la población integrante de las familias tabacaleras del Municipio y su población con discapacidad, lo que habría permitido responder a las dos preguntas que siguen:

- a) ¿Cuál es el número de personas discapacitadas en la familia tabacalera del Municipio?;
- b) ¿Cuál es la incidencia demográfica de familias tabacaleras con personas discapacitadas (FTCPD) entre las familias tabacaleras del municipio?;

Sin embargo, el plan para alcanzar a responder esta pregunta suponía organizar un relevamiento de las familias tabacaleras del Municipio siguiendo un estudio de índole probabilística, todo lo cual exigía disponer de un listado de productores que hubiera servido para elaborar el diseño.

Las gestiones durante los años 2009 y 2010 no permitieron acceder a estos listados que por lo común son generados y administrados por las empresas tabacaleras, cooperativas y por la Dirección de Tabaco, dependiente del Ministerio de Agro y Producción del Estado provincial.

Esta dificultad planteó al menos dos alternativas para diseñar el plan de generación de la información de las familias tabacaleras; el primero encarar un muestreo por conglomerado, haciendo de las picadas las aglomeraciones a representar en el estudio, pero las dificultades para encarar este diseño provenían del hecho de que el tiempo del trabajo de campo coincidió con el de las lluvias, siendo muy complicado la llegada a la UD, en las picadas sin los medios adecuados, circunstancias que hacían muy difícil alcanzar los objetivos dentro de un periodo de tiempo manejable para la gestión de la investigación.

La alternativa a esta opción consistía en sacrificar la búsqueda inicial de representación que se pretendía dar al estudio y concentrarnos en profundizar en algunas unidades de

análisis o casos de familias tabacaleras el estudio de la recurrencia de la población discapacitada al interior de dichas familias, importaba ahora tomar a la familia tabacalera en el Municipio de San Vicente que tenían individuos con discapacidad.

Esta segunda opción pareció más viable y pertinente para encarar la producción de la información entre las familias tabacaleras y analizar el impacto que tenía la presencia de integrantes con discapacidad en la dinámica y estructura productiva y cómo esta última repercutía no ya en la exposición de la población a los riesgos de discapacidad sino fundamentalmente a la prestación de una atención de los discapacitados desde el punto de vista de las recomendaciones públicas sobre la materia.

En este nuevo marco, se reemplazaron aquellas dos preguntas que ya no podían ser respondidas por otra que podía constituirse en la base para completar el presente estudio y estudios ulteriores sobre el mismo tema. Entonces, se consensuó establecer como preguntas sustitutas:

- a) ¿cuál es el impacto de los integrantes con discapacidad entre familias tabacaleras en una muestra intencional recogida en el Municipio de San Vicente durante el año 2010?

Y a partir de allí

- b) ¿cuál es el número de familias tabacaleras relevadas?
- c) ¿cuál es el número de individuos contabilizados en las viviendas relevadas?
- d) ¿cuál es la tasa de prevalencia de la discapacidad en cada familia y en el total de la muestra?

La propuesta final que direccionó el trabajo de campo y el análisis de los datos sistematizados, fueron:

1 - Conocer las características de la vida cotidiana de las familias tabacaleras del municipio de San Vicente que poseen integrantes con discapacidad/enfermedad. TM

2- Analizar las condiciones de vida y producción de las familias tabacaleras en relación con la atención de sus integrantes discapacitados/enfermos

3 - Indagar en las representaciones sociales y prácticas de las familias tabacaleras con



Wondershare

PDF Editor

población discapacitada las relaciones que establecen entre el uso de agroquímicos y la ocurrencia de discapacidades/enfermedades entre sus integrantes.

De esta manera, se dió continuidad a los siguientes Objetivos específicos

- 1 Analizar la prevalencia de discapacidad en familias tabacaleras del municipio de San Vicente.
- 2 Establecer la distribución y ubicación geográfica de las FTCPD en el municipio
- 3 Describir las condiciones de vida y medios de subsistencia de las familias tabacaleras y las posibilidades de atención de los integrantes discapacitados.
- 4 Indagar acerca de las representaciones y prácticas sociales que desarrollan las FT en relación con la Discapacidad, sus causas y sus formas de atención.
- 5 Distinguir los tipos de discapacidad que se identifican entre las FTCPD
- 6 Detectar las principales demandas de las FTCPD para mejorar su calidad de vida global y del desarrollo particular de sus PCD
- 7 Indagar sobre el asesoramiento recibido por las familias para educación, rehabilitación, acceso a beneficios de pensiones y subsidios.

En esta dirección la metodología encarada consistió en un estudio intensivo de familias que se reconocen a sí mismas como productoras de tabaco y con al menos un integrante discapacitado. La técnica para la selección de la muestra fue la denominada bola de nieve; que nos permitió alcanzar a relevar información pormenorizada en 39 unidades domésticas familiares. En la totalidad de unidades de análisis se aplicaron cuestionarios de encuesta estructuradas, entrevistas abiertas y se procedió a una observación sistemática de algunas variables relacionadas con la vivienda y el hábitat.

La metodología desplegada permitió disponer de información sumamente valiosa sobre las dos grandes dimensiones a que apuntaba el trabajo: condiciones de vida, producción y reproducción en familias tabacaleras con integrantes discapacitados que fueron sistematizadas mediante el diseño de dos matrices de datos; el primero organizado en



PDF Editor

torno de la información recogida mediante cuestionarios estructurados y la segunda, una matriz para análisis cualitativo.

Se completó la colecta de información mediante entrevistas abiertas con otros actores vinculados dentro de la localidad con la estructuración y dinámica de la vida productiva y reproductiva de las familias tabacaleras.

La información sistematizada permitió elaborar tablas y gráficos como base para el análisis de los datos construidos.



PDF Editor

4-RESULTADOS

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN FAMILIAS TABACALERAS SELECCIONADAS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE

El concepto de prevalencia que se emplea aquí refiere al cociente entre casos de discapacidad que se reconocen en las familias y el total de la población que integran cada familia y las familias en su conjunto, en el Municipio de San Vicente al momento del relevamiento de datos.

Así durante el relevamiento de las 38 familias tabacaleras, se contabilizaron un total de 193 personas distribuidas en 38 grupos. La distribución media de personas por grupo es de 5,07; siendo que el tamaño de la mediana y modal se ubican en 5 y 4 respectivamente.

De acuerdo con el análisis estadístico del tamaño de las familias, el 25% de las familias menos pobladas alcanza un valor de 4 y menos integrantes y el 25% de aquellas más densamente pobladas superan los 6 integrantes.

Si se compara el valor del tamaño medio de la población del grupo relevado con los resultados provenientes del censo tabacalero de 2008 en el que el tamaño medio del grupo familiar es 4,87; el de los grupos relevados por la encuesta es levemente mayor (4% aproximadamente)

La población en los grupos familiares residentes en la vivienda visitada, varían en un rango de 7 integrantes, siendo de 2 integrantes el tamaño mínimo y 9 el grupo más numeroso.

La población que fue vinculada con alguna discapacidad y que residía en la vivienda al momento de la encuesta a las familias, alcanzó un total de 45 individuos. Lo que indicaría una tasa de prevalencia de discapacidad del 17%, lo que en otros términos representaría un promedio de 1,17 integrantes con discapacidad por cada 5,07 integrantes por grupo familiar; la tasa porcentual a partir de estas medias indica que la prevalencia promedio por familia tabacalera con integrantes discapacitados es del 23%.

Estos valores son sensiblemente más altos que los valores que se observan para la tasa

de prevalencia que estableció la encuesta nacional sobre discapacidad en 2002 y 2003, que indicaba para el total misiones %.

Pero es mucho mayor que el balance que establece el SISFAM al realizar la encuesta Familia donde se contabilizan poblaciones con discapacidad en una muestra para 17 mil personas. En dicha ocasión, la tasa de prevalencia a nivel de población llega al 3% para todo el municipio de San Vicente. El promedio de las familias relevadas por vivienda era algo menor a los 4 integrantes.



PDF Editor

LA DISTRIBUCIÓN Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LAS FTCPD EN EL MUNICIPIO



 wondershare™

PDF Editor

LAS CONDICIONES DE VIDA Y MEDIOS DE SUBSISTENCIA DE LAS FAMILIAS
TABACALERAS Y LAS POSIBILIDADES DE ATENCIÓN DE LOS INTEGRANTES
DISCAPACITADOS

Las 38 unidades de análisis relevadas en el presente estudio pertenecen en términos generales a pequeños productores tabacaleros que autoexplotan su fuerza de trabajo y poseen escasa o nula capacidad de capitalizarse.

Una parte de los jefes de UD llegan a la región hace aproximadamente dos décadas, aunque la mitad tiene un periodo de antigüedad de 7 años y menos en la tierra en que fue encuestado; el 40% y el 20% de los grupos más antiguos registran una antigüedad en la zona relevada del orden de los 12-20 años y 20 años y más, respectivamente

Migraron desde distintos sectores de la provincia, desde el sur sobre el río Uruguay: Itacaruaré y Santa María y centroeste, en la zona de Fracran y Alicia en los Departamentos de 25 de Mayo, Guaraní y desde el norte: Bernardo de Irigoyen en Gral Manuel Belgrano

Tabla 3. Distribución de frecuencias de 39 unidades domésticas según respuesta a la pregunta ¿Hace cuánto tiempo que viven aquí? (en años)

Tiempo que residen en la zona	Casos	%	%	%
1 a 7	19	48,7	51,4	51,4
8 a 11	2	5,2	5,2	56,6
12 a 19	7	17,9	18,9	75,5
20 y +	9	23,1	24,3	99,8
Total	39	100		



wondershare™

PDF Editor

En la actualidad, 2/3 parte de los jefes de grupos doméstico se reconoce como un productor de tabaco que, al momento del relevamiento, se encontraba censado, 1/5 parte como tabacaleros no censados y el resto, ese año ya no plantaba tabaco, pero en los últimos 3 años lo había hecho.

Tabla 4 . Distribución de frecuencias de 39 unidades domésticas según respuesta a la pregunta ¿A qué se dedica su familia o qué produce esta chacra en la que vive?

	Casos	%	% rectificado	% acumulado
Planta tabaco como productores censados	26	66,7	68,4	68,4
Planta tabaco sin ser productor censado	4	10,3	10,5	78,9
Ex plantador	8	20,5	21,1	100,0
Total	38	97,4	100,0	
	1	2,6		
Total	39	100,0		

El 44% de las parcelas de tierra que se recibió al momento de la llegada a la zona ya eran utilizadas en la plantación de tabaco, siendo equivalente el porcentaje de unidades domésticas que recibieron tierras en la que no se plantaba tabaco; el porcentaje restante, menos del 12% desconoce la utilización que se hacía de la tierra antes de la llegada.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de 39 unidades domésticas según respuesta a la pregunta los anteriores propietarios de la tierra, ¿se dedicaban al tabaco?

	Casos	%	% rectificado	% acumulado
Si	15	38,5	44,1	44,1
No	15	38,5	44,1	88,2
No sabe	4	10,3	11,8	100,0
Total	34	87,2	100,0	
	5	12,8		
Total	39	100,0		



WonderShare™

PDF Editor

Un análisis asociativo entre el conocimiento acerca del destino que se daba a la tierras antes de su ocupación por parte de la unidad doméstica actual y las categoría de años que residen en esas tierra muestran que el desconocimiento tiende a ser proporcionalmente similar entre los ocupantes de 10 -19,99 años y los que residen menos de 10 años (12% y 14%) y desapareciendo entre los que residen 20 años y más.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de 39 unidades domésticas según respuesta a las preguntas conocimiento sobre si los anteriores ocupantes de la tierra se dedicaban al tabaco y antigüedad en la ocupación

¿Los anteriores ocupantes de la tierra se dedicaban al tabaco?	Intervalos de años de ocupación			Total
	Menos de 10 años	Entre 10 y menos de 20 años	20 años y más	
Si	6	3	6	15
%	35,3%	42,9%	66,7%	45,5%
No	9	3	3	15
%	52,9%	42,9%	33,3%	45,5%
No sabe	2	1	0	3
%	11,8%	14,3%	,0%	9,1%
Total	17	7	9	33
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Menos del 65% de las unidades relevadas es propietaria de las tierras en que reside, en tanto que sólo un 11% las alquila, el porcentaje restante se integra con los productores que ocupan la tierra de forma gratuita; 11% en tierras fiscales y 14% en tierras privadas.

La proporción de propietarios es mayor entre los residentes de más de 20 años que entre los que tienen una antigüedad inferior a los 10 años (62%) o los de la categoría intermedia (43%). Los arrendatarios tienen una participación mayor entre los productores con antigüedad media (29%) que en las restantes categorías (10% entre los menos antiguos)

Los ocupantes gratuitos de tierras fiscales tienden a concentrarse en el grupo de productores con antigüedad intermedia 29%, en tanto que entre los más antiguos llegan a representar el 11%.



wondershare™

PDF Editor

Tabla 7. Distribución de frecuencias de 39 unidades domésticas según respuesta a las preguntas conocimiento sobre relación con la propiedad de la tierra que habitan e intervalos en años de ocupación de la misma

Situación sobre la propiedad que habitan	Intervalos en años de ocupación			Total
	Menos de 10 años	Entre 10 y menos de 20 años	20 años y más	
Prop con título y/o BC y/o acuerdo %	13 61,9%	3 42,9%	8 88,9%	24 64,9%
Arrendatario %	2 9,5%	2 28,6%	0 ,0%	4 10,8%
Ocupante gratuito de tierra pública %	1 4,8%	2 28,6%	1 11,1%	4 10,8%
Ocupante gratuito de tierra privada %	5 23,8%	0 ,0%	0 ,0%	5 13,5%
Total %	21 100,0%	7 100,0%	9 100,0%	37 100,0%

Finalmente, los ocupantes gratuitos de tierras privadas sólo se encuentran entre los productores con menos de 10 años de antigüedad en la zona (24%)

Desde el punto de vista de pequeños productores, las unidades relevadas organizan su sistema productivo entre la plantación de tabaco bajo el rígido sistema de articulación productor – empresa – Estado y la pequeña producción doméstica destinada al autoconsumo, ni los productos de la crianza de animales y sus derivados ni los productos de la huerta y sus derivados son destinados a la comercialización en la región. Sólo una de las 38 unidades domésticas reconoció criar animales para la comercialización y parte del derivado de la producción hortícola.



wondershare™

El cultivo para el autoconsumo está formado principalmente por tres o cuatros productos que utilizan las mayores extensiones del predio lindante a la vivienda: mandioca, maíz, , poroto y batata, en menor medida participan las verduras y mucho menor el resto de los 6 cultivos restantes.

PDF Editor

En el caso de la mandioca y el maíz, prácticamente 3 de cada 4 unidad doméstica los cultivan, el poroto representa a 2/3 casos observados en tanto que el resto de los productos es escogida por menos del 50% de las unidades de análisis. Sobresaliendo, no obstante, los cultivos de las verduras (46%) y el zapallo (43%)

Tabla 9. Distribución de frecuencias de 30 unidades domésticas según respuesta a las preguntas sobre productos de la agricultura dedicada al autoconsumo

Ranking de cultivos para autoconsumo	Respuestas		% sobre 30 UD
	N	Casos	
Mandioca	28	23,0%	75,7%
Maiz	27	22,1%	73,0%
Poroto	25	20,5%	67,6%
Batata	17	13,9%	45,9%
Verduras	16	13,1%	43,2%
Zapallo	3	2,5%	8,1%
Cítirico	2	1,6%	5,4%
Maní	2	1,6%	5,4%
Yerba	1	,8%	2,7%
Arroz	1	,8%	2,7%
Total	38	100,0%	

La extensión media de los predios destinados al cultivo para el autoconsumo es de 1777 metros cuadrados, siendo 1610 la extensión que distribuye el 50% de los predios con más extensión por encima de ese valor y 50% de los predios con menos extensión por debajo de ese valor, aunque no representativa. La extensión modal se ubicó en los 2000 metros cuadrados, es decir, un predio que bien podría representarse en un área rectangular de 40 x 50 o similar.

Tabla 10. Listado de medidas descriptivas de la variable Total de la superficie utilizada para cultivo de autoconsumo

Media	1777
Mediana	1610
Modo	2000
Desviación estándar	1084
Varianza	1174471
Sumatoria	69320



Wondershare™

PDF Editor

Si se analizan las extensiones según el tipo de cultivo, veremos que la extensión conferida al producto 1, es del orden de los 701 metros cuadrados, o sea un 39% del valor medio para la superficie media total dedicada a todos los cultivos para autoconsumo, el segundo producto tiende a representar el mismo porcentaje, siendo que los últimos dos caen por debajo del 26,1%.

Así una unidad de producción que destina alrededor de 3500 metros cuadrados de tierra para el cultivo para el autoconsumo empleará: el 57% para el maíz; 28% para la mandioca, distribuyendo el 15% al resto de los productos.

Tabla 11. Listado de medidas descriptivas de las variables Total de la superficie utilizada para 4 cultivos de autoconsumo

	Superficie dedicada al cultivo para autoconsumo 1	Superficie dedicada al cultivo para autoconsumo 2	Superficie dedicada al cultivo para autoconsumo 3	Superficie dedicada al cultivo para autoconsumo 4
Media	701	686	463	311
Mediana	500	500	300	250
Modo	500	500	500	500
Desviación estándar	728	609	467	277
Varianza	530379	371449	218444	76852
Sumatoria	25955	22650	15735	4980

Como veremos, el 90% de los productores analizados utiliza menos de 2750 metros cuadrados de predio para destinarlos al cultivo para el autoconsumo y $\frac{3}{4}$ de todas las unidades de análisis relevadas emplean menos de 2500 m² con esta finalidad.

Al analizar el 10% de los productores con mayor cantidad de tierra destinada al cultivo para el autoconsumo, se aprecia que uno de ellos emplea alrededor de 3600 metros cuadrados, estructurando su cultivo con maíz (2000); mandioca (1000); poroto (500); maní (100). El otro, con un total 5000 m², emplea 60% en cítricos y 40% en yerba mate.



CULTIVO Y CRÍA DE ANIMALES PARA LA COMERCIALIZACIÓN

El cultivo destinado a la comercialización es llevado a cabo por dos de las unidades de análisis, y en estos casos, se trataban de dos predios en los que además de plantar para el autoconsumo, explotaban el cultivo de verduras destinándolas a la feria; en tanto que la comercialización del poroto y zapallo era llevado a cabo por una sola unidad doméstica, la misma que explotará la cría de animales para comercialización.

LA DEDICACIÓN AL TABACO.

De acuerdo con la información provista por la Dirección provincial de Tabaco, en la localidad de San Vicente durante la campaña 2008, la extensión media de la chacra de un productor de tabaco era de 20 hectáreas y de este total, la extensión media dedicada al tabaco superaba los 2,5 hectáreas.

En el relevamiento realizado en el marco de nuestra investigación, el 35% de los productores encuestado la extensión del predio está por debajo de las 20 hectáreas, 50% se ubica en las 25 hectáreas y 30% llega a las 30 hectáreas. En cuanto a plantación de tabaco, sólo en el 37% de los productores los predios plantados con tabaco llegan a 2,5 hectáreas, en tanto que el 52% llegó a plantar no más de 1,5 hectáreas, finalmente el 10% de las unidades domésticas presentó una extensión promedio de 3 hectáreas.

Como todo cultivo anual dedicada a la comercialización en el mercado que no controla, la plantación, cuidado, cosecha, secado y clasificación y entrega de tabaco a las bocas de acopio a cargo de la fuerza de trabajo de la unidad de producción, el tabaco consume de manera intensiva y extensiva durante todo el año la dedicación principal de al menos uno de los trabajadores.

Según, los encuestados, el tabaco estructura el calendario de trabajo de los integrantes de la unidad de producción siguiendo el siguiente esquema:

Entre Agosto y octubre se planta o transplanta el tabaco, llevando desde los almácigos a la tierra preparada, más o menos entre los meses de noviembre a diciembre se procede a la cosecha, en tanto que entre los meses de febrero y marzo se procede al atado y secado, su clasificación para la entrega a boca de expendio lo que puede realizarse todavía hasta el mes de abril. Ya en el mes de mayo y junio, la dedicación del trabajo se dirige hacia el armado de canteros, la siembra y su cuidado, actividad que cubre incluso

los meses de julio y parte de agosto cuando recomienza el ciclo iniciado con la siembra en tierra o transplante.

REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES QUE DESARROLLAN LAS FT EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD, SUS CAUSAS Y SUS FORMAS DE ATENCIÓN

PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN

Entre las muchas actividades que a diario ocupan la vida social de las personas al interior de los grupos domésticos, la preocupación y la ocupación de todo el conjunto de problemas relacionados con lo que se ha dado en llamar el o los procesos de salud/enfermedad/atención parecen crítico a la hora de asegurar a corto y largo plazo la subsistencia y reproducción de los integrantes al interior de los grupos familiares.

Por la misma participación social en los grupos domésticos, e incluso fuera de ellos, las personas van adquiriendo un conocimiento y una práctica que va asociada a la participación en un sistema de roles y status que atraviesa todas las actividades de la vida colectiva.

En esa inserción, los actores pueden ocupar uno de los roles: enfermos o médicos, a lo sumo pueden desempeñar también la de un testigo de las relaciones que vinculan a enfermos y médicos.

A través de esa participación se aprenden nombres de enfermedades, sintomatología y prácticas médicas así como recursos que se emplean con el objeto de procurar el bienestar o la vida del paciente. Existen tres momentos críticos en que la atención a los enfermos es crítica dentro de los grupos doméstico, el primero el de la detección del estado mórbido, o de anormalidad que presenta uno o varios de sus integrantes cuando se enferman. Esta función es la base de todo el sistema de cuidado especial que se prestará al enfermo el tiempo que dure su enfermedad. Dependiendo de la experiencia para lidiar con la situación, será dentro del mismo grupo donde se harán las prácticas de atención, previa construcción del diagnóstico. Eduardo L Menéndez ha denominado al conjunto de prácticas diversas que tienen por objeto atender al paciente enfermo como modelo de autoatención médica. El diagnóstico es también la base para que alguien con autoridad dentro del mismo grupo doméstico decida derivarlo fuera de éste ámbito hasta



Wondershare™

PDF Editor

encontrarse con alguien con mayor competencia para recuperar al enfermo; entre las diversidad de servicios e instituciones médicas, la que tienen como integrantes a profesionales de la medicina de base biológica es también la más recurrida.

El diagnóstico de las enfermedades de personas dentro de las UD depende de la especialización que van adquiriendo las personas adultas a medida que van lidiando con las situaciones diversas a que se enfrentan; para llevarlo a cabo, se requiere un conocimiento y una práctica que incluye la identificación del nombre de la enfermedad, la sintomatología a partir del que se le reconoce y los recursos médicos necesarios para enfrentar con éxito la misma enfermedad.

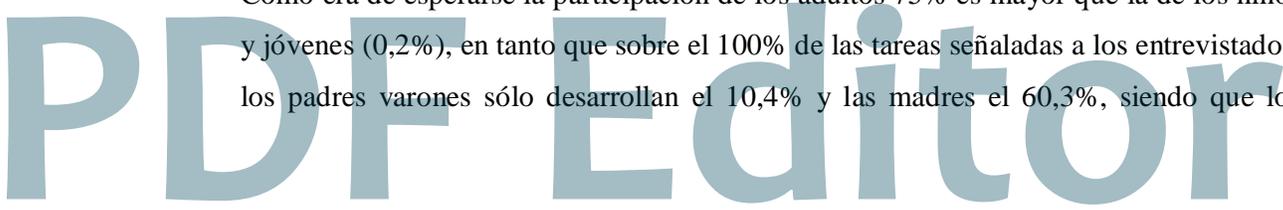
Cuando preguntamos a los entrevistados sobre 403 casos concretos de prácticas de autoatención médica y de asistencia recibida por los enfermos, la mayor parte de los entrevistados reconoció que una gran cantidad de tareas son desempeñadas directamente por alguno de los integrantes del grupo doméstico en ocasión de la presencia de enfermos en la casa.

La tabla que exponemos a continuación resume el total de actores que son identificados como desarrollando tareas asistenciales respecto de los enfermos del grupo doméstico

Tabla 12. Distribución de frecuencias de 36 unidades domésticas según respuesta a las preguntas sobre ¿Quiénes han participado recientemente de algunas de las tareas de diagnóstico y atención de enfermos de la UD?

Actores citados	Respuestas		
	N	Casos	% 36 UD
Padre	42	10,40%	116,70%
Madre	243	60,30%	675,00%
Hijo	1	0,20%	2,80%
Abuelos	5	1,20%	13,90%
Profesionales médicos	112	27,80%	311,10%
Total	403		

Como era de esperarse la participación de los adultos 75% es mayor que la de los niños y jóvenes (0,2%), en tanto que sobre el 100% de las tareas señaladas a los entrevistados, los padres varones sólo desarrollan el 10,4% y las madres el 60,3%, siendo que los



médicos ocupan un 28%, toda vez que el grueso de las tareas mencionadas rara vez eran desempeñadas por personas ajenas a la unidad doméstica.

Así el rol de las madres dentro de grupos familiares prácticamente se extiende a casi todas las unidades domésticas y se reconocen para cada una de ellas un promedio de 6 actividades básicas dentro de cada grupo doméstico. En el caso de los varones adultos, casi siempre identificados como jefes de la unidad doméstica, el número de actividades que se les reconoció apenas supera la unidad, en el total de las 36 unidades consultadas.

Los nombres de las enfermedades pueden tener origen en la tradición de las mismas unidades de análisis o por el contrario en algunos de los subsistemas de atención médica más especializadas.

Muchas veces enfermedades diferentes para unidades domésticas y sistema biomédico tienen un mismo nombre pero representan patologías diferentes y reciben tratamientos también diferentes, pero en otros casos, las enfermedades son conocidas por sus nombres significando la misma entidad en ambos subsistema pero requerir un nivel tan especializado de diagnóstico y práctica que sólo el sistema biomédico u otro alternativo es capaz de enfrentarlo.

En nuestra investigación consultamos a las familias para intentar identificar los nombres de enfermedades conocidas, como base para la descripción de las mismas y reconocer cuál era la capacidad de la unidad doméstica para diagnosticarla y enfrentarla.

Le presentamos un listado de 24 nombres para ver si bajo dicha denominación ellos podía ver alguna enfermedad conocida y derivar su competencia para el diagnóstico, la atención y la experiencia que en particular la unidad doméstica tenía con la misma.

Sobre un total de 38 persona encuestadas, 36 accedieron a responder el listado completo de los nombres; la forma de medición de las respuestas se estableció con un sistema de alternativas fijas en la que: la persona decía que el rotulo presentado correspondía a una enfermedad, que no pertenecía a una enfermedad, o finalmente, que desconocía si se trataba o no de una enfermedad.

En cada caso se preguntó si tal denominación correspondía o no a una enfermedad; representado un total de 24 preguntas y tablas individuales, donde en cada caso resultaban discriminadas en frecuencias absolutas y porcentuales las unidades de



análisis según la respuesta escogida, una alternativa esto consistió en procesar de forma conjunta las 24 preguntas y computando su frecuencia absoluta relativa teniendo como n al número de unidades de análisis que decidieron responder a las preguntas.

La tabla resulta finalmente en un ranking de nombres que las personas consideran están referidas a enfermedades por ellas conocidas. Entre el 80 y menos del 90% se ubicaron como nombres de enfermedades 8 items, comprendiendo la parálisis neurológica como el nombre con mayor frecuencia, 88,9% lo citó como el nombre de una enfermedad; también lo hicieron respecto de la hidrocefalia, epilepsia, malformación congénita, la disminución visual, pérdida de memoria las convulsiones y la fiebre alta.

Tabla 13. Distribución de frecuencias de 32 unidades domésticas según respuesta a las preguntas ¿se tratan de los nombres de enfermedades que usted conoce?

¿Los siguientes nombres que le digo, son para usted enfermedades?		Respuestas	
		Casos	% de UD que eligieron SI
1	Parálisis Neurológico	32	88,90%
2	Hidrocefalia	31	86,10%
3	Epilepsia	31	86,10%
4	Mal formación congénita	31	86,10%
5	Disminución de la visión	31	86,10%
6	Pérdida de la Memoria	30	83,30%
7	Convulsiones	30	83,30%
8	Fiebre Alta	29	80,60%
9	Dolor de Estómago	28	77,80%
10	Síndrome de Down	28	77,80%
11	Pérdida reiterada del embarazo	28	77,80%
12	Gripe	27	75,00%
13	Angina	27	75,00%
14	Tos	27	75,00%
15	Diarrea	26	72,20%
16	Catarro	26	72,20%
17	Vómitos	25	69,40%
18	Mareo	25	69,40%
19	Dolor de Espalda	24	66,70%
20	Dolor de Garganta	23	63,90%
21	Resfrío	22	61,10%
22	Temblor de la mano	22	61,10%
23	Dolor de Panza	21	58,30%
24	Estornudo continuo	18	50,00%
Total		642	1783,30%



Wondershare™

PDF Editor

Entre el 75% y 80% figuran nombres como el dolor de estómago, el síndrome de Down, las pérdidas reiteradas del embarazo, gripe, angina y tos; en cambio, el resto de los nombres tiene una razón menor a $\frac{3}{4}$ menciones consultadas. El ítem con menor frecuencia aparece con solo $\frac{1}{2}$ de todas las menciones y es el estornudo continuo,

Así como para la población doméstica las enfermedades son aspectos de la realidad que reciben nombres y en función de ellos son conocidas y reconocidas generando el conjunto de representaciones y de prácticas que le están asociadas; son también relacionadas con una enfermedad que tanto al interior de la unidad doméstica como fuera de ella puede ser diagnosticada por personas con autoridad para hacerlo.

Hemos consultados a las personas, sobre cuál de los ítems que ellos conocen como nombre de una enfermedad pueden ser diagnosticados en la vivienda y en ese caso, por quién.

Más allá de las enfermedades que se reconocen como entidades capaces de ser diagnosticadas dentro de la casa, en la totalidad de las unidades de análisis este rol es reservada a las mujeres adultas, empezando por la jefa de la unidad doméstica y todo el conjunto de personas adultas del mismo género. Lo que no excluye que los varones adultos puedan participar del diagnóstico.

En la siguiente tabla se presenta la medición de 24 nombres que en caso de ser reconocidos como enfermedades que pueden ser diagnosticadas por la madre dentro de la unidad doméstica

En este caso, solo respondieron como positivo un total de 26 de 38 unidades de análisis, siendo 26 el tamaño del divisor a partir del cual se construirá el ranking porcentual de aquellas nombres ofrecidos por la encuesta que las personas consideran corresponden a enfermedades y en particular capaz de ser diagnosticadas por las madres al interior de las unidades domésticas.

La lectura que hay que hacer de la tabla es el ranking de las enfermedades capaz de ser diagnosticadas por las madres en las unidades domesticas sin necesidad de participación directa e inicial de profesional médico alguno. El total de unidades de análisis que decidieron responder a esta pregunta alcanza a 36.



wondershare™

PDF Editor

El ranking está encabezado por el dolor de panza/estómago, seguido por los vómitos, estornudos continuados, los resfríos y gripes. Cerrando la lista la pérdida reiterada de embarazos. El primer ítem representa la repuesta afirmativa del 73% de las 26 unidades de análisis y el último tan solo el 3,8%. El número total de preguntas en que aparecen casos de reconocimiento acerca de la competencia de la madre en el diagnóstico de la enfermedad, es 22 de 24 preguntas, representando 44% la media de las menciones recogidas.

Tabla 14. Distribución de frecuencias de 19 unidades domésticas según respuesta a las preguntas sobre si es la madre, la persona que puede diagnosticar una enfermedad como la que se lista

	La madre, es la persona que puede diagnosticar una enfermedad como	Respuestas	
		N	% de UD
1	¿Dolor de panza?	19	73,10%
2	¿Dolor de estómago?	19	73,10%
3	¿Vómitos?	17	65,40%
4	¿Estornudo?	17	65,40%
5	¿Resfrío?	16	61,50%
6	¿Gripe?	16	61,50%
7	¿Tos?	16	61,50%
8	¿Dolor de Espalda?	16	61,50%
9	¿Fiebre alta?	14	53,80%
10	¿Diarrea?	14	53,80%
11	¿Angina?	13	50,00%
12	¿Dolor de garganta?	13	50,00%
13	¿Catarro?	13	50,00%
14	¿Mareo?	12	46,20%
15	¿Temblor de Mano?	10	38,50%
16	¿Pérdida de la memoria?	5	19,20%
17	¿Síndrome de Down?	3	11,50%
18	¿Disminución de la visión?	2	7,70%
19	¿Hidrocefalia?	1	3,80%
20	¿Convulsiones?	1	3,80%
21	¿Epilepsia?	1	3,80%
22	¿Pérdidas reiteradas de embarazos?	1	3,80%
	Total	239	41,77%

De modo complementario, las personas respondieron sobre si el profesional de formación biomédica era competente para diagnosticar alguna o todas las enfermedades listadas.



Wondershare™

PDF Editor

En este caso, se computaron un máximo de 36 respuestas positiva para la primer enfermedad siendo que el listado es más extenso, 24/24, resultando la media de todas los reconocimientos del orden del 59,7%

El rankig de enfermedades que se reconoce competencia para el diagnóstico empieza con el 100% de las respuestas y se identifica con la parálisis neurológica, la malaformación genética, seguido de cerca por la Hidrocefalia, la epilepsia, el síndrome de down, las convulsiones y las pérdidas reiteradas de embarazo, casi los mismo ítems que los entrevistados reconocen con muy baja frecuencia a la hora de evaluar la competencia de las madres para realizar el diagnóstico de esas enfermedades.

Tabla 15. Distribución de frecuencias de 36 unidades domésticas según respuesta a las preguntas sobre si es el profesional médico, la persona que puede diagnostica una enfermedad como la que se lista

	¿Es el profesional médico competente para hacer el diagnóstico de las siguientes enfermedades?	Respuestas	
		casos	% de 36 UD
1	¿Parálisis neurológica?	36	100,00%
2	¿Mala formación?	36	100,00%
3	¿Hidrocefalia?	35	97,20%
4	¿Epilepsia?	34	94,40%
5	¿Síndrome de Down?	33	91,70%
6	¿Convulsiones?	33	91,70%
7	¿Pérdidas reiteradas de embarazos?	33	91,70%
8	¿Disminución de la visión?	31	86,10%
9	¿Pérdida de la memoria?	28	77,80%
10	¿Temblor de Mano?	20	55,60%
11	¿Catarro?	18	50,00%
12	¿Gripe?	17	47,20%
13	¿Angina?	17	47,20%
14	¿Diarrea?	17	47,20%
15	¿Tos?	17	47,20%
16	¿Resfrío?	16	44,40%
17	¿Quién diagnostica fiebre alta?	16	44,40%
18	¿Mareo?	16	44,40%
19	¿Dolor de garganta?	15	41,70%
20	¿Estornudo?	15	41,70%
21	¿Dolor de Espalda?	15	41,70%
22	¿Vómitos?	14	38,90%
23	¿Dolor de panza?	13	36,10%
24	¿Dolor de estómago?	12	33,30%
	Total	537	59,66%



WonderShare™

PDF Editor

Hemos dicho más arriba que los procesos de salud enfermedad no serían propiamente prácticas sociales si no integrasen en el todo el conjunto de actividades destinadas a atender el padecimiento de las personas de quien se dice está enferma. Lo que hace la atención es mostrar los actores autorizados no sólo a diagnosticar sino y preferencialmente prescribir a los convaleciente una terapéutica capaz de devolver el estado de salud alterado por la enfermedad. Empleando o no emplear para ello el auxilio de recursos farmacológico, etc.

Siguiendo el mismo procedimiento realizado para verificar qué enfermedades podían ser diagnosticados por madres y médicos, se consulta ahora qué enfermedades que pueden ser diagnosticadas por la madre, también pueden ser atendidas eficazmente por estas personas dentro de la unidad doméstica. En este caso participaron respondiendo positivamente un total de 24 de 38 unidades de análisis consultadas; el resto contesto negativamente o admite que la enfermedad puede ser tratada por otro agente o en forma conjunta por madres y profesionales médicos.

Encabeza el ranking de enfermedades que se les reconoce a las madres la capacidad de diagnosticar y atender en el ámbito doméstico a sus integrantes, el resfrío y la gripe, los dolores de panza, vómitos, dolor de estómago, estornudo continuo; en estos casos representan al menos $\frac{1}{2}$ de las menciones con un tope de 15/24 menciones. La enfermedad que menos frecuencia reconoce como capacidad de atención a las madres lo representa el síndrome de Down, la disminución de la visión, y la epilepsia que en ningún caso representa más de 3 menciones y un porcentaje del 10%.



PDF Editor

Tabla 16. Distribución de frecuencias de 15 unidades domésticas según respuesta a las preguntas ¿En qué casos las madres son referentes de atención de pacientes dentro de las unidades de análisis?

Nombres de posibles enfermedades	Respuestas	
	Casos	% 15 UD
¿Resfrío?	15	62,50%
¿Gripe, Resfrío?	15	62,50%
¿Dolor de Panza?	13	54,20%
¿Vómitos?	13	54,20%
¿Dolor de Estómago?	12	50,00%
¿Estornudo continuo?	12	50,00%
¿Diarrea?	11	45,80%
¿Tos?	11	45,80%
¿Dolor de Espalda?	11	45,80%
¿Fiebre Alta?	10	41,70%
¿Angina?	10	41,70%
¿Mareo?	10	41,70%
¿Dolor de Garganta?	9	37,50%
¿Catarro?	9	37,50%
¿Temblor de la Mano?	8	33,30%
¿Pérdida de Memoria?	5	20,80%
¿Síndrome de Down?	2	8,30%
¿Disminución de la Visión?	2	8,30%
¿Epilepsia?	1	4,20%
Total	179	39,25%

El porcentaje reducido de respuestas que eligen a las madres como las principales terapeutas a la hora de atender determinadas enfermedades se contrasta con un mayor reconocimiento que se hace al médico como autoridad a la hora de atender las enfermedades nombradas.

La tabla que sigue a continuación muestra el ranking de enfermedades que pudieron ser reconocidas como de atención más frecuente por parte del médico; llegando a 35 de 36 el máximo de las unidades de análisis que escogieron a este profesional como el que atiende a los pacientes. Los casos que se reconocen como de mayor intervención médica son justamente aquellas donde la participación de la madre como rectora en el modelo de autoatención médica eran las más reducidas: Hidrocefalias, convulsiones. Parálisis neurológica, malformación congénita, etc. Todo este conjunto de 8 nombres de enfermedades reúne por lo menos el 90% de las respuestas positivas de los 35 encuestados. Si bien en el resto de los casos, la participación del profesional médico empieza a ser menor, el promedio de respuestas positivas para 35 ítems es del orden del

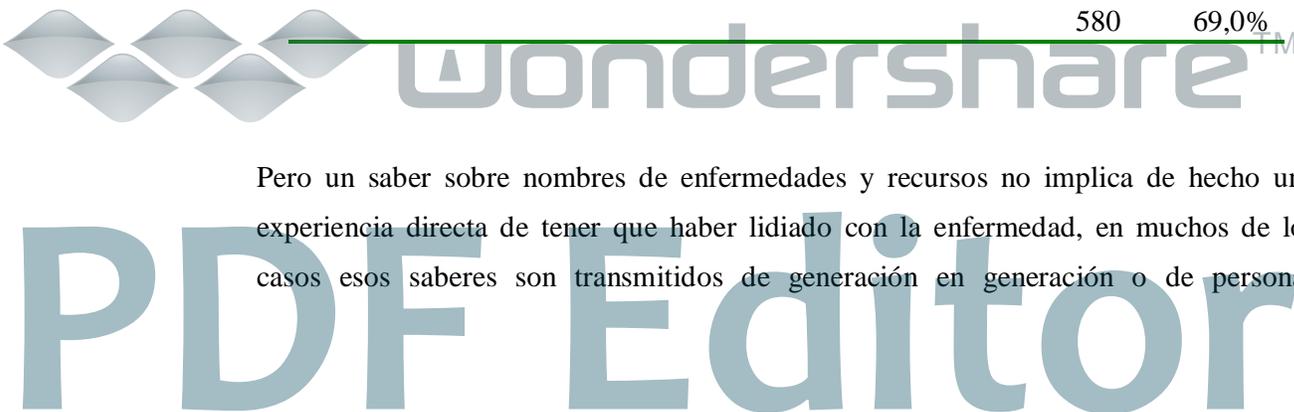


65%; representando entonces el hecho de que no solo profesional interviene de manera decidida en algunos ítems donde la unidad doméstica no es autosuficiente sino que incluso dicha participación es considerada alternativa aun en los casos donde las madres de hecho intervienen.

Tabla 17. Distribución de frecuencias de 35 unidades domésticas según respuesta a las preguntas ¿Es el profesional médico del hospital o sanatorio privado quién atiende con más frecuencia las siguientes enfermedades?

		Respuestas	
		N	% de 35 UD
1	¿Hidrocefalia?	35	100,0%
2	¿Convulsiones?	35	100,0%
3	¿Parálisis neurológica?	35	100,0%
4	¿Mal formación congénita?	35	100,0%
5	¿Epilepsia?	34	97,1%
6	¿Pérdida reiterada de embarazo?	34	97,1%
7	¿Síndrome de Down?	32	91,4%
8	¿Disminución de la Visión?	32	91,4%
9	¿Pérdida de Memoria?	26	74,3%
10	¿Temblor de la Mano?	23	65,7%
11	¿Angina?	21	60,0%
12	¿Dolor de Garganta?	20	57,1%
13	¿Catarro?	20	57,1%
14	¿Estornudo continuo?	20	57,1%
15	¿Dolor de Espalda?	20	57,1%
16	¿Resfrío?	19	54,3%
17	¿Gripe y el Resfrío?	19	54,3%
18	¿Fiebre Alta?	19	54,3%
19	¿Mareo?	19	54,3%
20	¿Diarrea?	19	54,3%
21	¿Tos?	18	51,4%
22	¿Dolor de Estómago?	16	45,7%
23	¿Dolor de Panza?	15	42,9%
24	¿Vómitos?	14	40,0%
		580	69,0%

Pero un saber sobre nombres de enfermedades y recursos no implica de hecho una experiencia directa de tener que haber lidiado con la enfermedad, en muchos de los casos esos saberes son transmitidos de generación en generación o de personas



pertenecientes al mismo status dentro de sus respectivas unidades domésticas o a grupos de edad semejantes.

Un ejemplo de esta diferencia está representado en el hecho de que al preguntárseles a las madres sobre qué enfermedades, eran las que le afectaban con mayor frecuencia a los integrantes de sus familias.

Sobre un total de 30 de 38 unidades de análisis que accedieron a responder, las gripes y los resfriados ocuparon el primer lugar del ranking en una lista final de 13 nombres, pero sólo en estos casos, las respuestas representaban las $\frac{3}{4}$ parte de las menciones recogidas, ningunas de enfermedades citadas en forma subsiguiente como las fiebres altas, los dolores abdominales llegan a tener una mención superior al 15,3%

Tabla 18. Distribución de frecuencias de 25 unidades domésticas según respuesta a las preguntas ¿Cuáles son las enfermedades que más frecuentemente afecta a su familia?

		Respuestas	
		N	% 25 UD
1	Gripe	25	75,80%
2	Fiebre alta	5	15,20%
3	Dolor de estómago	4	12,10%
4	Dolor de Garganta	3	9,10%
5	Mareo	3	9,10%
6	Diarrea	3	9,10%
7	Dolor de Panza	2	6,10%
8	Vómitos	2	6,10%
9	Angina	2	6,10%
10	Dolor de espalda	2	6,10%
11	Tos	1	3,00%
12	Convulsiones	1	3,00%
13	Parálisis Neurológica	1	3,00%
	Total	64	5,46%

Respecto de los últimos seis meses anteriores a la encuesta, se preguntó a las entrevistadas, sobre si alguno de los integrantes del grupo doméstico había presentado síntomas compatibles con la presencia de intoxicación por el trabajo con agroquímicos.

Respondieron todas las unidades de análisis, pero las que dijeron haber presentado algún síntoma o todos son distribuidas en la siguiente tabla:

En 20 (2/3 partes) unidades de análisis se reconoció que alguno o todos sus miembros presentaron dolores articulares, en el 63% tos y catarrros, reduciéndose al 50% los casos en que se presentaron fatigas y dificultades para respirar.

Los casos de síntomas de erupciones en la piel (46,7), diarrea, molestias abdominales (30%) y directamente intoxicación por agroquímicos (26,7%) se ubicaron por debajo de ½ de todas las menciones. Por último, un 13% respondió afirmativamente cuando se pregunto sobre ¿accidentes?.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de 20 unidades domésticas según respuesta a las pregunta En los últimos seis meses ¿cuáles de los siguientes síntomas presento uno o todos los integrantes de su familia?	Respuestas	
	N	% de las UDes
¿Molestias articulares?	20	66,70%
¿Tos y Catarro?	19	63,30%
¿Fatiga y dificultades para respirar?	15	50,00%
¿Erupciones en la piel?	14	46,70%
¿Diarrea?	9	30,00%
¿Molestias abdominales?	9	30,00%
¿Intoxicación con agroquímicos?	8	26,70%
Tuvo accidentes?	4	13,30%
Total	98	16,34%

Recogidas las frecuencias de casos de síntomas de indisposiciones o signos de enfermedad, se consultó a las personas sobre quiénes eran las que más resultaban afectadas, se trató de analizar el grupo doméstico teniendo en cuenta las dos divisiones principales: los hijos/as menores y la del resto de los integrantes, que entre las unidades de análisis casi siempre representaría sólo a los padres y, en algunos casos, a los abuelos, tíos y otros parientes co-residentes..

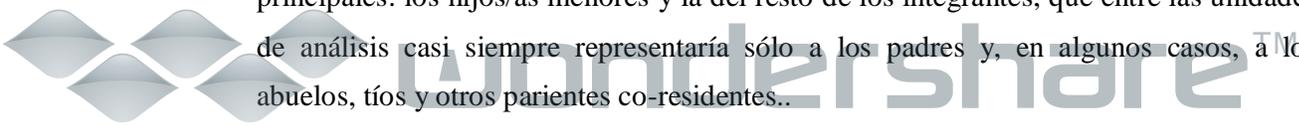


Tabla 20. Distribución de frecuencias de 87 personas según respuesta a las preguntas En los últimos 6 meses quién o quiénes de su familia tuvo uno o más de los siguientes síntomas

Tuvo síntomas de	Hijos/as	A cualquiera del resto de los integrantes	Total
Diarrea	11	9	9
Tos y Catarro	33	17	19
Fatiga y dificultades para respirar	22	15	15
Erupciones en la piel	0	16	14
Molestias articulares	22	20	21
Molestias abdominales	0	10	9
Intoxicación con agroquímicos	11	8	8
Tuvo accidentes	0	5	4
Total	100	100	100

Si bien a la hora de sumar el total de casos que los entrevistados destacaron como presentando alguna sintomatología específica, la mayor proporción correspondía a las personas que nosotros agrupamos como el resto de los integrantes, en términos relativos, tomando en cuenta los totales respectivos de niños y de esos otros integrantes, se visualizó que los síntomas de tos y catarras (33%) dificultades para respirar y molestias articulares (22%) pesan más en el primer grupo que en el segundo, lo mismo sucede con las intoxicaciones por agroquímicos (11%); los síntomas como las erupciones de piel (16%), molestias abdominales (10%) y accidentes (5%) presentan mayores valores en el total de los otros integrantes del grupo doméstico.

Consultamos entonces por el proceso de atención que se siguió con las personas a quienes se observó la sintomatología antes indicada, en ese contexto, les preguntamos quién les prestó la atención para resolver el problema de enfermedad detectado. Un total de 30/38 unidades de análisis señalaron ejemplos del agente médico que los atendió.

Sobre los 97 casos de personas que fueron identificadas presentando algunas de las sintomatología antes indicadas, 87 tuvieron un tratamiento fuera de la casa; entre este segundo grupo, el 93,1% fue atendido por un profesional de orientación biomédica, 3,4% por un farmacéutico y 1,1% por un dentista.

Tabla 21. Distribución de frecuencias de 87 pacientes según respuesta a la pregunta ¿Quién atendió al paciente fuera de la casa?

¿Quién atendió al paciente fuera de la casa?	Respuestas	
	N	Casos
Médico	78	93,10%
Dentista	1	1,10%
Farmacéutico	3	3,40%
Otro	2	2,30%
Total	87	100,00%

Las opciones para ser atendidos por un profesional médico en la localidad varía entre los centros primarios de salud y el hospital público local de acceso gratuito y los de los consultorios médicos y sanatorios privados que exigen el pago de recursos para la atención.

Entre los casos evaluados, poco más del 70% de los casos fue conducido y asistido en un centro de salud privado, en tanto que los servicios públicos de salud no representaron más que el 21% de los 87 casos mencionados; 3,4% identificó a la farmacia como el lugar donde fue atendido el paciente.

Tabla 22. Distribución de frecuencias de 87 pacientes según respuesta a la pregunta ¿Dónde atendieron al paciente fuera de la casa?

¿Dónde atendieron a quienes presentaron la sintomatología señalada anteriormente?	Respuestas	
	N	Casos
Hospital Público	18	20,70%
Sanatorio y Consultorio Privado	62	71,30%
Centro Primario de Salud	3	3,40%
Farmacia	3	3,40%
Otro	1	1,10%
Total	87	100,00%



A pesar de que la mayor parte de los pacientes fueron conducidos y atendidos en centros de atención médica privada y en algunos casos, ellos debieron realizar más de una consulta, en apenas 7 de los 87 casos, los informantes dijeron que debieron abonar por alguna de las consultas.

Así, sólo 3,5% de los 87 casos abonaron la primera consulta, luego, 2,3% abonaron la segunda y tercer consulta respectivamente.

Tabla 23. Distribución de frecuencias de 87 pacientes según respuesta a la pregunta Entre las tres consultas que debió realizar, ¿en qué casos debió abonarlas?

Entre las tres consultas que debió realizar, ¿en qué casos debió abonarlas?	Respuestas	
	casos	% sobre 87 casos
Pagó por la primer consulta	3	3,45%
Pagó por la segunda consulta	2	2,30%
Pagó por la tercera consulta	2	2,30%
Total	7	8,05%

La baja tasa de pago por consulta realizada se explica por dos hechos, la primera que la población de familias tabacaleras consultadas en su mayor parte cuenta con una cobertura médica paga a través de la obra social de la APTM o de la CAMARA como ellos indican; y en el caso de la población sin cobertura por este tipo de obra social, en su mayor parte recurre al médico en los hospitales públicos, ya en San Vicente, Oberá o Posadas.

LOS DISCAPACITADOS EN LAS FAMILIAS TABACALERAS SELECCIONADAS

La población con algún tipo de discapacidad asciende al 22,7% en el total de la población relevada en las 38 unidades de análisis durante el estudio de campo. En ese total las tasas de prevalencia específica para género indicaban

A su turno, las tasas de prevalencia de discapacidad específica ajustada al sexo indican que los encuestados presentan tasas más elevadas que las mujeres (26,9% contra 19,8%).



Wondershare™

PDF Editor

Tabla 24. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas de acuerdo con el sexo según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
Sexo	Femenin	19,8%	80,2%	100,0%
	o Masculin	26,9%	73,1%	100,0%
o Total		23,2%	76,8%	100,0%

Si comparamos el comportamiento de las tasas específicas según distintas categorías, veremos que entre los que asisten a la escuela la tasa de prevalencia de la discapacidad llegando al 31%; este valor es algo mayor que entre los que abandonaron la escolaridad (21,9%) y lo que llegaron a terminarlo (10%)

Tabla 25. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas de acuerdo con la situación frente a la asistencia escolar actual según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
asistencia escolar actual	asiste	30,9%	69,1%	100,0%
	terminó	10,0%	90,0%	100,0%
	abandon ó	21,9%	78,1%	100,0%
Total		22,7%	77,3%	100,0%

Al analizar los grupos etarios organizados según grupos que permiten medir el comportamiento escolar de la población estudiada, se advierte que la tasa de prevalencia es mayor en el grupo de 18 a 30 años, seguido del grupo 13 a 18 años que muestra una tasa del 24,4%, el grupo con edad menor a 6 años presenta una tasa del orden del 22,7%.

A nivel de grupos de edad, las tasas se presentan algo mayor que la observada para el nivel general, en casi todos los grupos (hasta 5 años; 6 a 12 años, 13 a 18 años, 19 años a 30) pasando del 22,7 al 35,4% con excepción del comprendido por los integrantes con 31 a 64 años donde desciende a valores muy por debajo (8,2%), el grupo más longevo es también el que presenta la tasa de prevalencia específica más elevada: 42,9%.

Tabla 26. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas en Grupos etarios según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

Grupos etarios		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
Grupos etarios	Grupo menor de 5 años	22,7%	77,3%	100,0%
	Grupo de 6 a 13 años	24,4%	75,6%	100,0%
	Grupo de 13 a 18 años	34,3%	65,7%	100,0%
	Grupo de 18 a 30 años	35,7%	64,3%	100,0%
	Grupo de 30 años a 65 años	8,2%	91,8%	100,0%
	Grupo de 65 y más años	42,9%	57,1%	100,0%
Total		23,2%	76,8%	100,0%

Algo parecido sucedió con la tasa específica de prevalencia para el total provincial, los grupos tendrían todos a comportarse de manera próxima a la tasa general, pero cuando se analizaba el grupo etario más longevo, la relación entre ambas era varias veces favorable para el grupo de más de 65 años

Tabla 27. Tasa específica de prevalencia de discapacidad según grupos etarios

Grupo menor de 5 años	Grupos escolares	19 años a 64 años	Grupo de 65 y más años
22,7	28,9	21,8	42,9



Wondershare™

PDF Editor

Una reducción de las categorías de grupos etarios a un total de 3, muestra el comportamiento sinusoidal de la tasa de prevalencia específica por edad, disminuye al pasar del grupo de 0 a 14 años (28,9%) al grupo de la PEA teórica, 15 a 64 años (19,62%) y vuelve a impulsarse a partir de allí cuando muestra una tasa del 42,9% para el grupo de 65 años y más

En el caso de la encuesta nacional de discapacidad de 2002-2003, las tasas de prevalencia para estos grupos etarios en la provincia de Misiones eran algo diferente, se mantenían en poco más de 6% en los dos primeros grupos, pero se incrementaba de manera notable cuando se trataba del grupo con población pasiva (65 años y más), donde la encuesta nacional estableció una prevalencia del 38,5%, con una mayor participación de varones por encima de las mujeres (43,9 contra 33%).

Tabla 28. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas en categorías estatutarias dentro del grupo doméstico según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

estatus	Jefe de unidad doméstica	¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
		18,9%	81,1%	100,0%
	Cónyuge	5,9%	94,1%	100,0%
	Hijo/a	31,1%	68,9%	100,0%
	Otros parientes	20,0%	80,0%	100,0%
Total		23,2%	76,8%	100,0%

De todos los grupos de personas que residen en unidades domésticas tabacaleras con miembros discapacitados, los que se organizan en función del status que tiene cada individuo al interior de la unidad doméstica y relacionada con el jefe, los que presentan tasas de prevalencia más elevadas son: los hijos 31%, los otros parientes -nietos, suegros y padres del jefe de grupo doméstico- que congrega el 20% de discapacitados, seguido en tercer lugar por los jefes (18,9%) y muy atrás por las cónyuges (6%)



PDF Editor

Tabla 29 Distribución relativa porcentual de personas agrupadas en categorías del nivel educativo alcanzado según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

nivel educativo alcanzado		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
primaria		19,7%	80,3%	100,0%
	secundaria	24,0%	76,0%	100,0%
	superior	33,3%	66,7%	100,0%
	Escuela especial	100,0%		100,0%
Total		22,9%	77,1%	100,0%

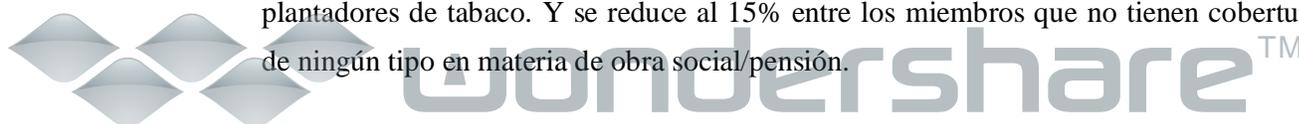
El análisis de la tasa de prevalencia porcentual de casos de discapacidad muestra que los estudiantes que asisten o asistieron a escuela especial, todos son discapacitados, estos representan el 1 de cada 3 estudiante que curso el ciclo superior, 24% de los que cursaron la educación secundaria y 19,7% de los que sólo se relacionaron con el nivel primario.

Tabla 30. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas de acuerdo con la situación frente a la cobertura de salud según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

cobertura de salud		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
No		14,6%	85,4%	100,0%
	Nombr e	23,5%	76,5%	100,0%
	Pensión	71,4%	28,6%	100,0%
Total		23,3%	76,7%	100,0%

Las tasas de prevalencia también tienden a variar según la persona se encuentre o no con cobertura de salud; es del 71% entre los que perciben una pensión, 23,5% de los que nombran alguna de las OS más reconocidas en la provincia y en el mundo de los plantadores de tabaco. Y se reduce al 15% entre los miembros que no tienen cobertura de ningún tipo en materia de obra social/pensión.

Al estudiar el peso de las mismas variables en el total de la población distribuida según presente o no discapacidad al momento de la encuesta, permite ver que las mujeres tienen mayor peso relativo entre los no discapacitados (54%) que en el total de los



discapacitados donde explican tan solo el 44%. En el caso de los varones, la relación es inversa, explican el 56% de todos los discapacitados y es mayor que su participación relativa entre los no discapacitados.

A pesar de todo el análisis de la chi cuadrada no muestra que esta diferencia sea estadísticamente significativa a $p=5\%$

Tabla 31. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas de acuerdo con el sexo según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

Sexo	¿Discapacitada?		Total
	Si	No	
Femenino	44,4%	54,4%	52,1%
Masculino	55,6%	45,6%	47,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Los individuos que asisten a la educación presentan menores tasas entre los individuos discapacitados que entre los que dicen no padecerla; los que ya no asisten pero alguna vez asistieron presentan tasas más reducida entre los discapacitados que entre los no discapacitado (46,2% contra 64,7%). En este caso, la prueba de X^2 muestra una asociación estadísticamente significativa entre discapacidad y posición en relación a la asistencia a un establecimiento educacional para $p=0,05$

Tabla 32. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas de acuerdo con la relación que guarda con la asistencia a un establecimiento educacional según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada?

Relación con la educación	¿Discapacitada?		Total
	Si	No	
Asiste	53,8%	35,3%	39,5%
No Asiste pero alguna vez asistió	46,2%	64,7%	60,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

El grupo de infantes de hasta 5 años inclusive, tiene un comportamiento relativo semejante tanto entre los discapacitados como los no discapacitados (11,1% contra



11,4%), algo parecido se puede decir del grupo de 6 a 13 años, que tiene una leve diferencia a favor de la participación entre los discapacitados (22,2% contra 20,8%), siendo que la diferencia se acentúa entre los integrantes con 18 a 30 años, donde la diferencia a favor de la mayor participación entre los discapacitados llega a ser del 11,3%; en el grupo subsiguientes, la participación es notoriamente opuesta, con una diferencia de -22,5% o una razón cercana a 1,8; pero el grupo 65 años y más vuelve a crecer en su mayor participación entre los discapacitado enseñando una razón de casi 2,5 veces más que la participación entre los no discapacitados.

Tabla 33. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas en Grupos etarios según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
Grupos etarios	Grupo menor de 5 años	11,1%	11,4%	11,3%
	Grupo de 6 a 13 años	22,2%	20,8%	21,1%
	Grupo de 13 a 18 años	26,7%	15,4%	18,0%
	Grupo de 18 a 30 años	22,2%	12,1%	14,4%
	Grupo de 30 años a 65 años	11,1%	37,6%	31,4%
	Grupo de 65 y más años	6,7%	2,7%	3,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Visto des de la diferenciación del estatus dentro del grupo doméstico, los jefes tienen una menor participación entre los discapacitados que entre los que no comparten esa categoría, lo mismo sucede con las cónyuges, en cambio, sólo los hijos llegan a representar una participación relativa mayor entre los discapacitados que entre los que no lo son, llegando a representar una diferencia positiva del orden del 23% y una razón de 1,5 veces.

Entre los otros integrantes, la paridad parece evidente, con una leve mayoría de participación entre los no discapacitados 10,7% contra 8,9%



Tabla 34. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas en categorías estatutarias dentro del grupo doméstico según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
estatus dentro del grupo doméstico	Jefe	15,6%	20,1%	19,1%
	Cónyuge	4,4%	21,5%	17,5%
	Hijo/a	71,1%	47,7%	53,1%
	Otros parientes	8,9%	10,7%	10,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Por último, los que reciben algún tipo de pensión, tienen indefectiblemente mayor participación entre los discapacitados que entre los no discapacitados, una razón del orden de 7 a 1; la participación de los que tienen cobertura médica tiene similar participación entre los discapacitados como en los rentantes individuos; en cambio, los que no reciben ningún tipo de cobertura tienen menor peso relativo entre los discapacitados representando una razón cercana a 0,5.

Tabla 35. Distribución relativa porcentual de personas agrupadas de acuerdo con la situación frente a la cobertura de salud según respuesta a la pregunta ¿la persona censada en la unidad de análisis es discapacitada? Tabla cruzada

		¿Discapacitada?		Total
		Si	No	
Tiene cobertura a de salud	No	14,3%	25,4%	22,8%
	Si	73,8%	73,2%	73,3%
Pensión		11,9%	1,4%	3,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD QUE SE IDENTIFICAN ENTRE LAS FTCPD

Dependiendo del concepto que se emplea para definir la palabra discapacidad, ésta tiende a presentar diferente tipo de clasificación¹¹, la primera de todas es la que divide:

a) sensoriales y de la comunicación; b) mentales; c) motrices, d) múltiples.

Siguiendo esta clasificación, podemos decir que en el primer caso se agrupan todo el conjunto de situaciones en el que el cuerpo humano tiene reducida capacidad o

¹¹ Cfr. Norma oficial para la atención de CIIDDM de la OMS, comentado en la primera parte de este trabajo.

incapacidad plena respecto de funciones básicas relacionadas con las percepciones básicas (visión, oído, etc.) e influye en los medios de comunicación a través de los cuales las personas portadoras de estas discapacidades no logran ser integrados a contextos dominados por prácticas comunicacionales centradas en mecanismos y funciones que las personas discapacitadas carecen. Son ejemplos ilustrativos de este primer grupo: sordomudez, hipoacusia, ceguera, visión reducida, etc.

El segundo grupo recibe el nombre de discapacidad mental. Agrupa a discapacidades que afectan funciones básicas del crecimiento madurativo de las personas, son ejemplo típicos los distintos grados de Síndrome de Down, las convulsiones reiteradas; los retrasos mentales, etc.

El tercer grupo comprende a los casos denominados motrices: las distintas formas y amplitud de las parálisis tienden a dominar los ejemplos conocidos.

El cuarto grupo, es una combinatoria de los casos anteriores.

En la siguiente tabla, agrupamos los 45 casos de discapacidad de individuos integrantes de familias tabacaleras seleccionadas al objeto de esta investigación y que fueron relevada en distintos puntos de la localidad de San Vicente, donde las familias residen y explotan la actividad tabacalera.



PDF Editor

Tipos de discapacidades detectadas entre las familias entrevistadas y código de referencia para cada caso

Tabla 36. Distribución de casos de discapacidad entre familias tabacaleras del Municipio de San Vicente seleccionada durante el 2010, según tipo y cantidad de casos

Sensorial y de la comunicación	Mentales	Motrices	Múltiple y otras
DS14F (Sordomuda)	P12M (meningitis)	W¿?M (pié bot)	K4M (retraso madurativo, parálisis cerebral convulsión, microcefalia y retraso mental)
B9M (limitado visual 'retinoblastoma en 1 ojo)	F¿?F (mental y mieloma)	T60M (incapacidad x accidente)	P7M (retraso mental y motriz)
oma en 1 ojo)	P¿?F (Retraso mental)	H22F (Parálisis infantil)	B7M (retraso mental y problemas visuales)
A55M (ceguera)	L¿?M (Síndrome de Down)	DC16F;9F (malformación ósea)	LG13F (Parálisis cerebral y retraso)
M23M(ceguera)	P¿? M (Convulsiones)	K (2 niños en sillas ruedas)	O33M;O9M;OS73M. (columna y cadera; columna y problemas de aprendizaje; Vista oído y motriz).
R53M (problemas visuales).	.Retraso mental-neurológico)	P¿?, FF (2 niñas se arrastran).	P5M; P21F (problemas de crecimiento y soplo al corazón; soplo al corazón)
R7M (hipoacúsico profundo-sordomudo)	S¿?FF (jóvenes con retraso mental una de ellas con problemas renales)	R¿?M (no camina por problema piecitos)	paralítico retraso mental. no habla)
	K15F (Síndrome de Down)	B¿?,M (parálisis)	Sch¿?F (Leucemia)
	NN¿?FF (2 hijas retrasadas mentales)	A¿?M (hemiplejía)	H14F (chica 14 Piel de cristal- epidermólisis ampollar distrófica).
	N¿?M (hidrocefalia)	B45M (Parálisis por derrame cerebral)	S¿?M (Malformación congénita del corazón y mala praxis-e intelectual?).
			S21F (Epilepsia)
			B¿?F (falta de fuerza y problemas estomacales)
			LDS 13M (varón 13 P¿?M (varios By Pass intestinal)
			M19M (Síndrome de Guillén Barré)

6

9

10

14



wondershare

PDF Editor

Como podemos observar, la mayoría de los casos relevado caen dentro de la categoría de discapacidades múltiples y otras, siguiendo en importancia las discapacidades motrices, las discapacidades mentales y por último las discapacidades funcionales y de la comunicación.

Entre los casos con menor cuantía, parece resultar crítico los que refieren a la discapacidad visual y aquella que puede tener grados diferentes de gravedad, limitando en extremo su independencia y aumentando la carga laboral de los cuidadores en la pretensión de brindar una cobertura más integral. No parece resultar un impedimento en extremo los casos representados por la sordomudez habida cuenta de la mayor capacidad de los grupos para comunicarse por vía alternativa a la sonoridad

En el segundo grupo, recaen todos los casos de personas con discapacidad mental que si bien, no parecen seriamente comprometidas desde el punto de vista de la capacidad física para mantener una relativa integración dentro del grupo doméstico, lo real es que comprende a una forma específica de dificultades para la integración plena de estas personas a las actividades del grupo, lo que se ve complicado porque requiere de una atención medico-profesional de complejidad creciente que no se encuentra ofertada en la localidad. Por otra parte, representa el grupo de personas comúnmente discriminadas como inmaduras e incapaz de poder integrarse a las actividades colectivas lo que hace que su aprendizaje y desarrollo de mayor autonomía se vea aun más retrasado cuando no son conducidos a espacios de encierro doméstico e institucionales que agravan todavía más la situación.¹²

En el tercer grupo de casos, nos encontramos con individuos especialmente afectados en cuanto a capacidad de autonomía de movimiento dado el trastorno corporal, generando complicaciones extremas en las personas afectadas, considerando la complejidad de las atenciones que necesitan en su propio hogar. Tengamos en cuenta que la mayoría de las unidades habitacionales están conformadas por viviendas de madera con pisos sobre columnas¹³ también de madera (palafitos) lo que permite que las construcciones mantengan su horizontalidad, pero que dificulta el ingreso y egreso de la vivienda así como de todo el desplazamiento dentro de ella, las personas con discapacidades motrices.

En el cuarto y último grupo, agrupamos todos los individuos que presentaron formas combinadas de discapacidad antes mencionadas, y que en grado variable resulta en una mayor carga de atención y trabajo en la población que divide su trabajo entre su cuidado y las demás obligaciones contraídas con la producción y reproducción del grupo.

LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES DE LAS FT CON RELACIÓN A LA DISCAPACIDAD, A SUS CAUSAS Y FORMAS DE ATENCIÓN

¹² Recientemente la Rca Argentina ha sancionado la legislación sobre salud mental que prescribe un programa orientado a desmanicomializar las practicas de atención de personas "portadoras de discapacidad mental", estableciendo nuevos derechos para esta personas y obligando a la provincias a implementar programas de atención de las personas afectadas en su salud mental, en todo lo atinente a : educación, alimentación, y otros derechos básicos.

¹³ Con escalones de tablas que oscilan entre 40 cm hasta 1 metro de altura.

Como en el caso de la atención de los enfermos, y sin ser consideradas por ello una enfermedad, la atención de los discapacitados recae principalmente en el núcleo humano que desarrolla sus actividades dentro del área de la vivienda y en menor medida en las demás tareas productivas acompañando el trabajo de los otros actores.

Por ello mismo es la madre, dentro del grupo doméstico, la principal encargada de organizar y prestar los principales cuidados de las personas discapacitadas lo que es secundado por el grupo de niñas, adolescentes y jóvenes que todavía no han adquirido la responsabilidad plena en los demás proceso productivo o reproductivos.

A diferencia del resto de los integrantes que pueden heredar la chacra de los padres, o migrar fuera de ella, los discapacitados no podrán correr con ninguna de esta suerte y están atados de por vida de la suerte que sigan sus cuidadores.

En general las mujeres son quienes se encargan de los cuidados de los discapacitados, tanto madres, como también hermanas mayores de los mismos, dado que son ellas en la mayoría de los casos quienes se encargan de atender a los niños en general y a los enfermos, sean o no discapacitados.

Para una entrevistada, la función de las mujeres es “llevar la casa adelante” es decir ocuparse de las tareas domesticas “es lo natural” y constituye una actividad fundamental, mientras que, su tarea en la producción de tabaco es considerada “una colaboración” “una ayuda”. Sin embargo, la incorporación de las mujeres al proceso productivo central del tabaco- en la mayoría de los casos- no es una opción que pueda tomarse libremente: Cuando la mirada se particulariza, se hace evidente que no son opciones sino son “obligaciones” de las que se sienten responsable porque con su contribución permitiría aportar los ingresos necesarios al grupo familiar.

La idea de que los discapacitados son personas profundamente afectadas en su normalidad es que no pueden seguir el mismo ritmo de crecimiento y madurez que se percibe en los restantes integrantes.

Como lo han mostrado distintos trabajos, el ingreso, permanencia y maduración del niño/niña de familia tabacalera y de otros tipos de productores pauperizados a la membrecía se asocia indefectiblemente a la representación y práctica social que los grupos tienen respecto de lo que se espera de una persona competente para la vida en la chacra y que se liga a la organización del mundo productivo/reproductivo, a la asignación y desempeño paulatino de responsabilidades.

Un mundo que parece dualmente organizado y que distribuye las cargas y trabajos según género y edad: entre el trabajo doméstico en torno a lo reproductivo fuertemente reservado a las mujeres y en menor medida a los menores en proceso de crecimiento, y las tareas centrada en la economía del tabaco, espacio predominantemente masculino y “no infantil”.

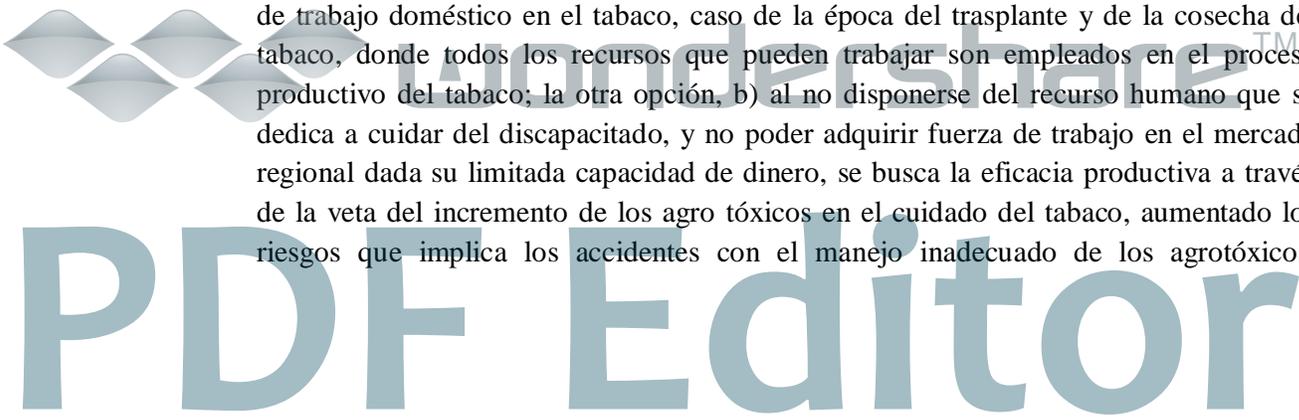
Es, a través de esta paulatina incorporación, cómo se comprende las dificultades que las familias tabacaleras tienen para dar cabida plena a un integrante con discapacidad. En la medida en que se espera que todo integrante del grupo desarrolle su capacidad productiva y reproductiva liberando la carga que afectan a sus cuidadores, que a su turno lo reinvierten en el proceso productivo más amplio, los discapacitados, especialmente los que se inscriben entre las categorías dos al cuatro, o el caso, de la discapacidad visual en el primer grupo, no podrían nunca, sin una ayuda sustituir por sí mismos la dedicación que le demanda al grupo doméstico.

Esta situación imperante que le representa a las unidades domésticas la presencia de individuos que requieren cuidados especiales todo el tiempo, o en el mejor de los casos, apenas un mayor tiempo para hacer el mismo proceso que otros niños considerados normales lo harían en un abrir y cerrar de ojos, es lo que lleva a comprender las dificultades que tienen las familias para enfrentar con mejores posibilidades la atención de sus discapacitados en un contexto dominado por la producción de recursos a partir del tabaco.

Debido fundamentalmente a que, en un contexto de economía de subsistencia, la importancia del cuidado de los niños y niñas no sólo reside en la preocupación normal de todos los grupos con este tipo de integrantes sino porque se espera que en cierto tiempo, los nuevos integrantes puedan aliviar la carga de trabajo de cuidadores y aumentar la capacidad productiva de los otros trabajadores, padres, hermanos mayores, y las madres y empezar a formar para sí el capital inicial que deriva de la producción adicional de tabaco que lo enfrente con relativo éxito la migración obligada en un proceso de fisión familiar. (Citar Schiavoni, G: 1995:139).

La presencia de los discapacitados múltiples presenta casos extremos, pues reduce el potencial del grupo para dirigir todas sus fuerzas hacia el mejoramiento de la productividad del trabajo de la familia en el tabaco y las demás producciones complementarias que se dedican al autoconsumo; al no poder liberar la carga que demanda la atención de los discapacitados, la eficacia del trabajo doméstico se ve reducida en cuanto a su potencial teórico incrementando la falta de recursos económicos que provienen de las áreas sembradas, cosechas y de la calidad del tabaco producido.

La alternativa a esta situación parece representar fielmente dos casos ya descritos en la prensa local y en otros trabajos con cuño científico: a) los discapacitados son literalmente abandonados a su suerte mientras dure la etapa más demandante de fuerza de trabajo doméstico en el tabaco, caso de la época del trasplante y de la cosecha del tabaco, donde todos los recursos que pueden trabajar son empleados en el proceso productivo del tabaco; la otra opción, b) al no disponerse del recurso humano que se dedica a cuidar del discapacitado, y no poder adquirir fuerza de trabajo en el mercado regional dada su limitada capacidad de dinero, se busca la eficacia productiva a través de la veta del incremento de los agro tóxicos en el cuidado del tabaco, aumentando los riesgos que implica los accidentes con el manejo inadecuado de los agrotóxicos,



especialmente de las poblaciones “menores de edad” que de hecho ayudarían en parte de estos trabajos.

“muchas veces los plaguicidas son presentados como productos que a lo mejor facilitan la carga de trabajo... no tenés que desyuyar o facilitan el control de plagas Pero a largo plazo también está demostrado que los monocultivos demandan más mano de obra que los policultivos porque (en los monocultivos) vos necesitás permanentemente estar interactuando permanentemente necesitás estar hechando fertilizantes, permanentemente usando químicos” Entrevista a un Productor

Visto desde el valor productivo, el discapacitado es alguien que nunca podrá constituirse en un recurso para el trabajo dedicado al tabaco, excepcionalmente y dependiendo de la capacidad comprensiva de los adultos podrá ser incorporado parcialmente a algunas tareas muy rudimentarias del trabajo agrícola, lo cual a su turno depende del grado de discapacidad que caracteriza al individuo; visto desde el mundo reproductivo, el discapacitado se parece mucho a los niños que todavía no han crecido lo suficiente para dejar la fase de la total dependencia de sus cuidadores.

En los casos de discapacidad leve, o incluso en una edad temprana en que no aparecen los diagnósticos de la misma, los padres intentan conducir a estos individuos como si se trataran de individuos o menores carentes de discapacidad, los inscriben en escuelas comunes, o intentan incorporarlos a procesos domésticos que se consideran normales, pero más tarde que temprano empiezan a aparecer las dificultades que les representan para sus padres en la medida en que no avanzan o no presentan progresos que se esperan para los individuos en esa edad.

Entonces, con la aparición del primer diagnóstico escolar, como medida alternativa, los niños dentro de las casas dejan de ser considerados normales y hacia afuera son conducidos hacia instituciones y servicios que se consideran más aptos, este es el caso de la educación especial.

Las representaciones y practicas con los discapacitados no son estáticas y se han visto sensibles variaciones con el tiempo según se consideren uno u otro grupo productivo, lo que está claro es que siguen siendo críticos los aspectos estructurantes de la mirada actual de los grupos domésticos con los que se relevó la información: la necesidad de fuerza de trabajo indispensable para producir lo básico para la vida del grupo; lo segundo, que la discapacidad altera el concepto de persona productiva que se percibe en cada persona que integra el grupo doméstico y tercero, primando los valores y necesidades de las personas como recursos productivos para la subsistencia y sin ninguna otra ayuda de importancia, los discapacitados tienen pocas alternativas de superar el abandono del que se hablo anteriormente o la dependencia que refuerza la pobreza en la consecución de recursos económicos para esa subsistencia.

La mirada sobre las causas probables de influencia de las prácticas productivas en la discapacidad de los integrantes no es un aspecto que haya sido comprobado en todos los casos relevados; de hecho como causa probable compite con alternativas variadas que



hacen de la aparición de la discapacidad y del discapacitado un motivo de prédica religiosa, económica, raciales e incluso étnica que compite como recurso en la representaciones de carácter colectiva.

No es ajena a esta dinámica la reciente incorporación de distintas agencias y servicios gubernamentales y no gubernamentales de salud y conocimiento que intentan explicar la aparición diferencial de casos de discapacitados entre familias agrícolas con el empleo agro tóxicos en sus prácticas productivas.

Un caso de la lucha que se articula entre los discursos que explican el origen de la discapacidad está representado en el ejemplo del discurso religioso:

“eso (la discapacidad) vino porque se casó embarazada”, violando el tabú de la virginidad reservado para los matrimonios; otro razonamiento igualmente religioso es aquél que lo atribuye a la práctica contraceptiva representada en el uso de píldoras: “El pastor dice que (las discapacidades) es por (el uso de) las pastillas, ...esas para no tener hijos”.

Pero si los discursos religiosos parecen tener un asidero mayor entre los productores no es sino a base de la mayor presencia de estos discursos en las proximidades de los casos de familias productoras que albergan hijos discapacitados.

Los aspectos culturales y sociales están presentes e inciden de forma sutil o contundente en representación y practicas; Según el Ing. Souza Casadinho “Hay gente que dice “no a mi los plaguicidas no , ..., me hacen nada” o tomamos un poquito para ir recreando una inmunidad..., otros que dicen “no pero yo lo uso hace treinta años y no tengo ningún problema, nunca tuve ningún síntoma””¹⁴,

En estos casos vemos además una equivocada percepción del agrotóxico como un veneno natural, quizá haciendo analogía con el de serpiente, contra el cual puede inmunizarse a través del suero elaborado con el mismo veneno;

La relación entre agrotóxicos y discapacidad es un discurso que va en ascenso pero muestra resistencia en diferentes sectores interesados en la explotación del tabaco en condiciones actuales. Al mismo tiempo, los centros generadores y difusores de estos discursos no tienen la misma cercanía y cotidianeidad que presentan sus competidores y los discursos tienden a criticar no ya solo el uso del agrotóxico sino incluso la producción de tabaco.

Si consultamos con los productores sobre las posibles causas de la discapacidad de sus integrantes, pocos se animan a presentar al agrotóxico como la causante principal, no así

¹⁴ Entrevista al Ing. Souza Casadinho.

de aquellos que se han distanciado de la producción de tabaco como es el caso de los tres grupos domésticos que han dejado de explotar el tabaco como principal foco productivo, en ellos incluso, la preocupación con la discapacidad y la posible influencia de los agrotóxicos han influido en este cambio en la actividad productiva principal.

En cambio, algunos expertos que han venido trabajando en la investigación sobre la relación entre discapacidad y agrotóxicos destacan:

“hay investigaciones (sic) que demuestran la relación directa de diversos tipos de cánceres: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago, varios tipos de cánceres que están asociados a contaminación con agrotóxicos, ... Hay también muchos problemas de malformaciones de los fetos no? Esto es nacimiento de personas con muchos tipos de malformaciones no? Eso esta muy asociado, las investigaciones están demostrando esto, hay problemas de fertilidad masculina, esto está muy divulgado... en Brasil, en el estado de Paraná donde hay grandes cultivos de soja, en algunas zonas están naciendo más mujeres que hombres”¹⁵ :

Esta aseveración parece estar potenciada, por la convivencia que tienen los pequeños productores con dichos productos, a los cuales no solamente no tiene aversión, sino que incluso mantiene con los mismos una “familiaridad” que es transmitida a sus hijos de cualquier edad, tal como lo afirma el Ing. Casadinho:

“cuando la familia, el ámbito doméstico, la casa y el lugar de producción son los mismos, donde el ámbito de convivencia con los plaguicidas es permanente tenemos un problema ahí, bastante grave no, ... , porque los plaguicidas se almacenan muchas veces dentro, de la casa, en el patio de la casa, a veces en la alacena que está incluso dentro de la cocina, y esto implica que muchas veces, que (sic) los niños estén cerca de los plaguicidas, que las sustancias estén, que muchas veces estén cerca de la comida, ... ,... esto recrea en los ámbitos domésticos una convivencia permanente con los plaguicidas”¹⁶

Las expresiones del Dr. Boada confirman lo planteando además, admiten la poca disposición por parte de los productores familiares a tomar medidas precautorias en el manejo de los pesticidas:

“Yo creo que el impacto debe ser importante porque dicen que el pequeño agricultor, es el que menos medidas preventivas toma a la hora de utilizar este tipo de productos, muchas veces la almacena en su propia casa, la utiliza con la misma ropa con la que la que está dentro del hogar y va trasladando el contaminante de un lado a otro.”¹⁷

¹⁵ Entrevista al Ingeniero. Francisco Roberto Caporal realizada el 26/11/09 en las instalaciones del INTA, ciudad de Posadas.

¹⁶ Entrevista al Ing. Javier Souza Casadinho el 04/09/09 en la ciudad de Posadas.

¹⁷ Entrevista al Dr. (médico)Luis Domínguez Boada el 19/05/2010. En la ciudad de Posadas.



Las enfermedades, sin embargo no son producto de una sola causa, sino que deben presentarse siempre varios factores para que se produzcan: la predisposición personal, la toxicidad el medio ambiente, factores climáticos, laborales, etc.”Es muy difícil relacionar directamente como causa, la exposición a un producto químico y una enfermedad concreta, es muy difícil lo que es más fácil y lo que casi siempre se consigue, es que la exposición al contaminante químico se constituya en un **factor de riesgo añadido**, que aumenta las posibilidades de que la persona sufra una determinada enfermedad. No es una causa única, muy pocas enfermedades son de causa única, son multicausales y en estos casos el contaminante es el factor de riesgo añadido, pero si lo vamos a suprimir ese factor de riesgo disminuye la incidencia a la enfermedad.”¹⁸

Los efectos en el medio ambiente son igualmente negativos; y en el incluimos al suelo, a las napas de agua subterráneas a los arroyos, a la vegetación, a los insectos y también a los animales terrestres, acuáticos y aéreos.

Un concepto importante para tener en cuenta es el del monocultivo: este es un modo no solamente no natural de plantar sino que además totalmente reñido con la naturaleza; históricamente, los agricultores han producido en forma diversificada, es decir, plantando, hortalizas diversas, verduras también de distinta variedad, árboles frutales, etc. El monocultivo es eliminar toda otra planta que no sea la que más demanda el mercado y así lo que se produce es un sistema que necesita absolutamente de la intervención del hombre, dado que dicha planta que puede ser soja o tabaco, o maíz o cualquier otra; no tendrá la ayuda que naturalmente le suelen proveer las otras plantas aportando nutrientes esenciales al suelo y con las cuales en la naturaleza se brindan una ayuda mutua, así, de acuerdo con Caporal¹⁹

“...todos los monocultivos son de un manejo muy artificial, es la máxima artificialización de la naturaleza, el monocultivo es un espacio donde no hay diversidad biológica y no habiendo diversidad biológica, para funcionar el sistema es necesario la intervención del hombre. Y cómo se planificó esta intervención del hombre? A través de distintas formas agroquímicas no?, sea utilizando los fertilizantes químicos y eh todos los agentes herbicidas, los insecticidas los fungicidas, todos estos “cidas” “

¿Y todo esto para qué?, supuestamente para disminuir la carga de trabajo del productor, lo cual es en un principio cierto, pero este logro se desdibuja ante los aspectos negativos de el uso de los pesticidas; Caporal²⁰ señala

: “Si, con algunos productos, ... implica la disminución en la carga de trabajo, por ejemplo los herbicidas antes teníamos un manejo humano o mecánico de la hierbas y ahora con los herbicidas se quita parte de trabajo con los cultivos, entonces sí por una

¹⁸ Entrevista al Dr. Luis Domínguez Boada.

¹⁹ Entrevista al Ing. Francisco R. Caporal

²⁰ Entrevista a Francisco R. Caporal

parte y ahora disminuye la cantidad de labores que se tiene que hacer en la hierbas; ya (en cuanto a) los insecticidas, los fungicidas no hay cambios significativos, no? porque esta es la forma convencional del trabajo con la agricultura con monocultivos y no cambia mucho la mano de obra.”

Es decir que la disminución en la carga laboral es únicamente en los herbicidas, entre los que se encuentra el conocido glifosato, pero para Souza Casadinho²¹ esa disminución de trabajo es relativa porque: y a esto se suma las consecuencias en la salud del pequeño agricultor y su familia y según el mismo entrevistado: ”

Respecto a la legislación Casadinho²² afirma que no existe una ley que abarque todos los aspectos relacionados con los plaguicidas: “Yo te cuento en Argentina nosotros tenemos, no tenemos una ley de plaguicidas no hay una ley marco, no?, Hay decretos de ley, hay disposiciones, hay resoluciones y recomendaciones. Fijate, todo el abanico: Decretos de ley, Resoluciones Disposiciones y Recomendaciones”, pero no una ley que abarque a todas ellas. De acuerdo con el Ing. Caporal en Brasil se han logrado algunas prohibiciones y sin embargo se mantienen en uso algunos productos prohibidos en sus países de origen, como el endosulfán.

LAS ESTRUCTURAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN EL MEDIO RURAL

La familia del discapacitado ve alterada su "normalidad" por la aparición de la discapacidad de uno o más de sus miembros, ese caso de enfermedad que no será superada en el plano de los recursos a las prácticas médicas y requerirá una transformación radical de su concepción de persona normal, especialmente, aquél que gira en torno del integrante productivo, que es bueno para el trabajo, por otra donde, el discapacitado es una persona que, para incrementar sus oportunidades requerirá nuevos servicios, nuevos tiempo, nuevos recursos obligando a expandir el concepto de persona que domina la ideología de los trabajadores de la tierra.

Cuando una familia se enfrenta de manera permanente al problema de la discapacidad de alguno de sus miembros, quien demanda atención y cuidados especiales y, a su vez, tiene potencialmente comprometida la posibilidad de integrarse a la sociedad; la organización familiar se desajusta porque requiere superar el límite impuesto por la ideología de la normalidad.

Para los cuidados de la salud, en **la organización familiar**, primero están las madres” esta actividad es responsabilidad de ellas .Responden así a las expectativas sociales en cuanto al rol de género, asignando a la tarea domestica prioridades. A su vez, cuando

²¹ Entrevista a Souza Casadinho

²² Entrevista a Souza casadinho

necesitan ayuda en sus funciones de cuidadora, recurren a otras mujeres de la familia, Es decir el cuidado informal se resuelve fundamentalmente a costa del trabajo de las mujeres.

En estos contextos, las variables familiares tales como existencia o no de marido, número y edades de los hijos son indicadores de mayores o menores posibilidades y capacidad de superación de las situaciones de enfermedad

La calidad de vida de las familias con una persona en situación de enfermedad/discapacidad, supone la adopción de una perspectiva más amplia que considere no solo al individuo como una entidad auto-organizada y capaz de adaptarse, sino también a las comunidades e instituciones que proveen de recursos, experiencias y cuidados, las cuales promuevan la adquisición y fortalecimiento de recursos individuales, institucionales y comunitarios. Cuando esto no se logra, como parece suceder en muchos casos entre unidades domésticas tabacaleras con miembros afectados por discapacidad, se incrementan los perjuicios en la calidad de vida de los discapacitados y se transforma el horizonte acerca de cómo lidiar con los actores improductivos.

La tarea del cuidar a un discapacitado, supone una responsabilidad de elevada dedicación en tiempo para las cuidadoras, pero el costo de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar las horas dedicadas a determinadas tareas en la vida de la cuidadora principal. La misma se ve condicionada y sobrecargada al tener que equilibrar el cuidado con otras responsabilidades laborales y domesticas.. Si analizamos las repercusiones que el “cuidado” tiene sobre diferentes áreas de la vida de la cuidadora, se verifica que influye en su salud, la economía familiar, el trabajo extra doméstico, el uso del tiempo o las relaciones familiares y sociales.

Las deficientes condiciones económicas hacen que la atención al discapacitado solo lo realicen los familiares cercanos, no pudiendo contratar a otros “cuidadores” que, al menos en algunas horas, pueda suplir esa función aliviando el desgaste de la fuerza de trabajo no especializada ni suficientemente apta para esta necesidad. Como es lógico, esta situación modifica e interfiere a toda la organización de la unidad familiar dañando por igual las oportunidades de los discapacitados como de las cuidadoras. Esta situación podría ser minimizada a través de la apropiada provisión de apoyos individualizados provenientes de instituciones u organizaciones del medio

Pero, sumado a la atención sanitaria deficiente, sobresale el hecho de la falta de oportunidades y el mejoramiento de la accesibilidad a las existentes. Para Javier Charroalde y Daniel Fernández²³ muchas veces las dificultades encontradas también

²³Javier Charroalde y Daniel Fernández (2006.)“ La discapacidad en el medio rural”
Investigación y Desarrollo de Iniciativas Sociales

están alimentadas por el complejo de culpa con el que aún se ven las situaciones de discapacidad en algunos entornos rurales, **puede llegar a aparecer la cultura de aceptación de la “carga” con resignación; o con sentimientos de lástima, lo que genera mayor dependencia y consecuentemente mayor exclusión social de la persona con discapacidad**

Escuela Especial N° 30 de San Vicente es la institución educativa a la que concurren algunos de los niños discapacitados y/o con dificultades en los aprendizajes de las familias tabacaleras. Un docente pertenecientes a dicho establecimiento, señaló que “los recursos para atender adecuadamente a los alumnos que asisten, a esta institución siempre fueron y son insuficientes” esto mismo es reproducido por parte de la prensa local. *Tenemos falta de recursos en las aulas, de auxiliares que nos ayuden a trasladarlos dentro y fuera del aula. Si bien, la municipalidad adquirió un vehículo (“combi”) no siempre se tienen disponible para la actividad del traslado de los niños discapacitados desde la escuela a los domicilios, dentro de la localidad y fuera de ella..*

La falta de financiación efectiva, en el caso arriba señalado –combustible, mantenimiento– es una limitación para mantener este y cualquier otro servicio público, para quienes con discapacidad y sin soporte económico familiar, se ven restringidos de movilizarse por sus propios medios.

Respecto a la obtención de logros, en el proceso educativo, otra docente, señala que , para los niños discapacitados, este proceso es más lento, complejo o con mayores obstáculos tanto al ingresar, permanecer o finalizar los cursos, porque en general, es una población cuyos niveles o condiciones de salud son menores respecto a los demás estudiantes, es decir son más vulnerables a enfermedades secundarias (gripe, resfrio) que incrementan el ausentismo y el hecho de que sea un grupo reducido de ellos quienes finalizan los estudios.

Para una profesional del medio “las actitudes de los maestros no favorece a que los niños permanezcan en la escuela, también la de los, otros niños e incluso sus propios familiares. Se desaniman por los obstáculos y dejan de llevarlos. Todo esto influyen en la no inclusión de los niños con discapacidad en las escuelas convencionales, ni siquiera en las escuelas especiales.

Para el Informe Mundial 2011 sobre la Discapacidad (OMS) “la incorporación de los niños con discapacidad en escuelas convencionales promueve la terminación universal de la educación primaria, es rentable y contribuye a la eliminación de la discriminación”. Sin embargo, entre los mismos docentes existen opiniones encontradas respecto a esta posibilidad, y uno de los argumentos esgrimidos, es que “ellos mismos no se encuentran capacitados” para esta atención. Los planes de formación docente no lo contemplan:

La falta de recursos humanos especializados que pueda comprender y atender a niños con dificultades, parece ser el denominador común en todos los servicios a los que deberían tener acceso la población

Desde la perspectiva del informe arriba mencionado, la formación apropiada de los maestros puede mejorar su confianza y sus aptitudes para educar a niños con discapacidad. “Los principios de la inclusión deberían formar parte de los programas de formación de maestros e ir acompañado de otras iniciativas que proporcionen al maestro oportunidades para compartir sus conocimientos y experiencias sobre educación inclusiva”

La persistencia de una imagen estigmatizada del discapacitado, observada, tanto en los prejuicios, en las barreras sociales, como las dificultades para la movilidad, limitan la participación en actividades sociales, culturales, deportivas, recreativas. La interacción social, se reduce al núcleo familiar, “invisibilizando la discapacidad” limitando de esta manera otras formas de interactuar.

Las personas con discapacidad aparecen limitadas y excluidas para la participación en actividades sociales, pero fundamentalmente en la toma de decisiones en cuestiones que le afectan directamente a su vida. En algunos casos, la actividad física y reparadora, son indicadas como necesarias para una recuperación, pero la no existencia de apoyos se alza también, como una barrera más para la inclusión.

Según el estudio de Javier Charroalde y Daniel Fernández (2006.) La falta de interacción social, de vida comunitaria, llevan al discapacitado al aislamiento. La no participación en actividades sociales y culturales se revela como causa y efecto de las dificultades que presenta el disfrute del ocio para las personas con discapacidad en el medio rural.”Acceder a la interacción con pares es el primer paso para combatir el posible aislamiento.

Para una docente de un establecimiento educativo de San Vicente, “si hubiera una comisión o asociación, ellos (los discapacitados) se animarían a participar, además la imagen y la presencia de la persona con discapacidad en el entorno es mucho más evidente y no aparecen como casos únicos y aislados” La falta de recursos y de accesibilidad se alza como problema que, si bien está presente en otros aspectos de la vida en el medio rural, también lo está a la hora del ocio.

La accesibilidad a los servicios

Uno de los primeros aspectos a considerar, son las condiciones de la vivienda observadas en las familias de los tabacaleros, las mismas no disponen de un grado de confort mínimo, generalmente son poco apropiadas, y dificultan la movilidad de las personas con limitaciones o capacidades funcionales diferentes. No todas poseen el servicio de energía eléctrica y agua potable.



wondershare™

PDF Editor

Habitualmente, las personas con discapacidades motoras necesitan desplazarse en silla de ruedas y requiere de espacios mayores y mejores que las que ofrecen la vivienda rural de productores tabacaleros con los que se trabajó.

Transporte Público no existen tampoco medios de transporte público frecuente y acondicionado, ni paradas o vehículos accesibles; y tampoco hay servicios de “taxi” accesibles cercanos, por lo que la solución a los problemas siguen siendo estrictamente familiar.

La limitada provisión e inadecuación de los medios de transporte que afecta en general a personas, se hace sentir de manera especial cuando las personas afectadas poseen una discapacidad de tipo motriz. En los pocos casos que poseen silla de ruedas, la misma no puede ser trasladada en los trasportes públicos. Además, la dotación de ambulancias es casi inexistente.

Los medios de transporte resultan un elemento estratégico para la inclusión social de las personas con discapacidad. Son imprescindibles para su vida casi a diario, máxime en el medio rural. En una entrevista se señala que después del costo, la falta de servicios en la zona es otra de las razones más frecuente por la que las personas no llevan a sus hijos o ellas mismas no acuden a los centros de salud.

Las condiciones de la atención de la salud en San Vicente podemos catalogarla como deficiente, pero esta situación se presenta aun más problemática cuando en el caso de discapacidades, la atención requiere mayores especializaciones. En cuanto a la rehabilitación funcional, la deficiente atención y mínimas coberturas hacen que tanto el estado de salud física y mental de la población con discapacidad sea muy precario.

Al igual que para la población total, la cobertura de salud para la población rural y con discapacidad es muy limitada, con relación a los centros de asistencia, el sector público, cuentan con el Hospital SAMIC de San Vicente que no posee un mínimo de tratamiento diferenciado y Centro Integrador Comunitario (CIC) un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). La población que componen las familias de los tabacaleros y en especial aquellas que tienen hijos con discapacidad se encuentra afiliada a un servicio de una obra social. Respecto a la atención sanitaria, observan escasa competencia, para los temas especiales o de discapacidades y la no existencia de servicios de rehabilitación en el medio.

La circunstancia de residir en el medio rural, incide en numerosos aspectos de la vida cotidiana y no especialmente a favor de la inclusión social de la persona con discapacidad. Un ejemplo de esto, son las derivaciones para recibir atenciones específicas como lo demuestran la rehabilitación física, tratamiento psicológico, o el traslado de aquellos niños que necesitan concurrir a una escuela especial.

Asimismo, estos autores señalan: “El primer inconveniente con el que topan las personas con discapacidad que residen en el medio rural es el constituido por las

distancias, la dispersión del modelo residencial, la lejanía a los servicios, la insularidad. Estas circunstancias aportan una primera dificultad añadida a la propia de la discapacidad: para casi todo “la gente tiene que desplazarse”.

Las personas con discapacidad, tiene frecuentemente que realizar, visitas médicas, consultas, rehabilitaciones, etcétera, surge la necesidad de efectuar continuos desplazamientos y gastos por cuestiones de salud. Desplazamientos que no siempre son fáciles cuando se tienen serios problemas económicos y de de movilidad:

“cuando necesitamos algo más específico, tenemos que ir a Posadas, pedir turnos”

Para una familia tabacalera, desplazarse a la ciudad a los centros de salud, depender de los horarios, no es cosa fácil, esta situación se agrava considerablemente cuando median motivos de salud urgente o cuando la discapacidad es física o motora.



PDF Editor

5-A MODO DE CIERRE

Para realizar este trabajo tuvimos que proceder a ubicar a las familias tabacaleras del municipio de San Vicente que poseen integrantes con discapacidad/enfermedad. Referentes de la municipalidad, docentes y trabajadores de la salud, se transformaron en nuestros principales informantes.

En la familia de los tabacaleros los espacios laborales y domésticos, se desdibujan porque coexisten en una misma área geográfica actividades destinadas a la reproducción, en las que incluimos el cuidado del grupo familiar, (alimentación, salud, educación en donde la reposición de la fuerza de trabajo ocupa un tiempo necesario.) Las actividades de autoconsumo, como la cría de animales, huerta o chacra, pueden ser también consideradas como una extensión del trabajo reproductivo. En muchas de las unidades de análisis, la proximidad de la vivienda con el espacio productivo lleva a confundir los límites del domicilio con el peridomicilio inmediato en que se realizan las actividades para la producción del tabaco: almácigo, siembra, cuidado, cosecha y el tratamiento del tabaco en general. En las restantes, si bien las distancias que guardan el domicilio y la zona de cultivo y secado del tabaco parece dibujar una mayor posibilidad de no contaminación, en la práctica, lo que transita ambos espacios son las poblaciones expuestas a ella, dada su tránsito entre actividades productivas del tabaco y reproductiva en general.

Pero lo que denominamos como el mundo de los productores tabacaleros, no es un todo homogéneo, están aquellos que tienen mayores disponibilidades de tierra y de fuerza de trabajo, de servicios y de oportunidades, tanto económicas como sociales; lo que parece claro y tiende a homogeneizar “este mundo” es que su experiencia como *modo de vida* transcurre entre el espacio doméstico y el peridoméstico que encierra el término chacra y que es jerárquicamente organizada y subsumida por los ritmos de la plantación del tabaco, que impacta consecuentemente en la organización de la cotidianidad de la familia junto con las posibilidades y necesidades de cada UD.

En las unidades de producción familiar estudiadas se hizo necesario identificar y describir los componentes del denominado proceso de salud/enfermedad/atención de las personas que componen la UD y examinar algunos componentes o determinantes que influyen en el estado salud-enfermedad-atención, ya sea ambiental o cultural, psicológico o sociológico y evaluar los recursos disponibles, las estrategias encaradas; ello nos brindó la información para describir la vida cotidiana de las familias tabacaleras, sus condiciones de vida y su vinculación con la situación de salud teniendo como norte el problema de la inserción de la persona discapacitada dentro de una unidad doméstica altamente dependiente del trabajo intensivo de sus integrantes.

Se indagó de qué manera se abordan las enfermedades del grupo familiar. Al respecto, las entrevistas realizadas nos permitieron identificar que las enfermedades habituales que afectan con mayor frecuencia a estos grupos domésticos son casi las mismas que

afectan a otros grupos domésticos no vinculados a la producción agropecuaria: el resfrió, la gripe, las descomposturas estomacales y, como en los demás grupos humanos aquí también, se recurre, quizás en una dosis mayor, a su atención a partir de un proceso centrado en la autoatención médica que recurre por igual a remedios caseros cuyas recetas se vienen transmitiendo de generación en generación como a la automedicación a partir de la disponibilidad y accesibilidad variable a recursos farmacéuticos de origen industrial y comercial. En los casos diagnosticados y considerados enfermedades más graves, ya porque no se curan con estos remedios, o porque sencillamente no acostumbran a lidiar con ellos, se recurre al médico del Hospital o del Sanatorio, siguiendo lo que Menéndez planteo como articulación de los modos de atención de la enfermedad a partir de la misma evaluación que hacen los actores en situación doméstica.

También se observó que entre las enfermedades menos habituales para su autodiagnóstico y atención dentro del ámbito doméstico, sobresalen aquellos que están relacionados con las distintas formas de discapacidad permanente en parte originada en accidentes que se relacionan con el sistema productivo/reproductivo de la pequeña unidad doméstica tabacalera.

Si el sistema tradicional acostumbraba a la unidad doméstica a lidiar con las enfermedades como una búsqueda intensiva de recuperar el estado de salud que permita al enfermo volver pronto al trabajo, la situación de discapacidad plantea un nuevo escenario conflictivo para las familias: su recuperación ya no es posible ni con el recurso a la autoatención y al sistema médico basado en la evidencia, dejando al afectado en una situación de enfermo permanente.

En ese contexto, el discapacitado, de actor afectado por una enfermedad del que se espera su recuperación, se transforma en *“una carga más para la familia”*.

Desde el punto de vista crítico, la discapacidad se constituye en un problema social, porque su repercusión va a incidir necesariamente en un incremento de los gastos de salud, de los recursos afectados a la atención de las personas y con ello la calidad de vida de la persona afectando el de la familia.

Ante la discapacidad de uno de sus miembros, especialmente si se refiere al sostén económico principal del núcleo familiar, las estrategias de obtención de recursos que ellas implementan deben ampliarse y reforzarse.. Esta situación es vivida con esfuerzo por parte de la familia tratando de superar los obstáculos a nivel intrafamiliar como a nivel comunitario. Determinadas estrategias de vida se recrean en torno a la nueva situación que debe atravesar la familia en su vida cotidiana estrategias que muchas veces implican transformaciones en la constitución de la unidad familiar, transformaciones en la socialización y aprendizaje de sus miembros, en la manera de obtención y asignación de recursos de subsistencia, en la reducción de la fuerza de trabajo, migraciones familiares, en cooperación extrafamiliar etc..

La continuidad o discontinuidad de las nuevas estrategias de obtención de recursos de subsistencia implementadas por parte de estas familias ante la discapacidad, luego del cobro de Pensión por Invalidez, cuyo monto es generalmente es siempre menor al que correspondería si se sumara la fuerza de trabajo de la cuidadora que ahora reduce su tiempo y/o es discontinua. en la actividad productiva.

Las actividades de producción y reproducción que realizan las familias tabacaleras en condiciones no saludables (expuestas a los venenos, inclemencia meteorológicas, con viviendas desprovistas de confort) y la circunstancia de residir en el medio rural, sin servicios públicos apropiados de salud, educación, transporte, incide negativamente en la salud de los integrantes de estas familias, en la recuperación y/o atención de enfermos y discapacitados

La accesibilidad a los medios, educativos, sociales, de recuperación, cuyas actividades son consideradas fundamentales para la inclusión de las personas con discapacidad, en el medio rural y en especial en este grupo social, la posibilidad de accesibilidad se constituyen en obstáculos

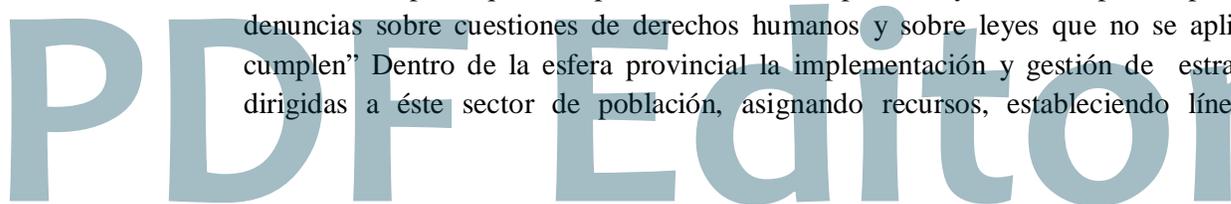
Los enfermos y discapacitados conforman un grupo con necesidades específicas, así, por ejemplo las limitaciones funcionales-que muchos de ellos poseen- requieren de vivienda acondicionadas para su desplazamiento,-de lo contrario- la dependencia de sus cuidadores, es aún mayor. La accesibilidad a los centros de salud es imprescindible para este grupo quien con mas frecuencia requiere de controles médicos sesiones de rehabilitación etc.y los medios de transportes adecuados para su traslado

Un aspecto importante, está constituido por “las cuidadoras” de las personas con discapacidad generalmente mujeres de la familia, madres e hijas, constituye también un grupo que afronta la sobrecarga del cuidado, sin dejar totalmente de realizar las otras actividades “atender el hogar,” realizar las tareas en la chacra y ser cuidadora. Nuestra pregunta es **¿quién cuida a las cuidadoras?**

Los prejuicios y barreras sociales siguen muy arraigados en nuestro medio y llevan al rechazo y discriminación. Situación que es observada por los propios padres, que por esta razón, limitan la interacción social del hijo discapacitado, la concurrencia a establecimientos escolares, religiosos o actividades sociales, deportivas o culturales. Todas ellas conforman circunstancias negativas que se retroalimentan negativamente para la recuperación o rehabilitación de enfermos o discapacitados

El impacto de las políticas sociales

El Informe sobre Discapacidad 2011 de la OMS señala “ se deben establecer mecanismos para que las personas con discapacidad y terceras partes presenten denuncias sobre cuestiones de derechos humanos y sobre leyes que no se aplican o cumplen” Dentro de la esfera provincial la implementación y gestión de estrategias dirigidas a éste sector de población, asignando recursos, estableciendo líneas de



responsabilidad de los diferentes sectores que deberían intervenir, con mecanismos de coordinación, vigilancia, son los ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social de Derechos Humanos

En el Hospital de San Vicente y en la Municipalidad, se orienta a las familias para la tramitación de Pensión por discapacidad o Invalidez, lo cual lleva un tiempo de 9 meses a 1 año y medio de gestión. Durante este periodo, se activan nuevas y diversas estrategias para cubrir y lograr un equilibrio en la fuerza de trabajo dedicada a la producción, futuro ingreso monetario de la familia, la cual se vio disminuida por la reducción de la capacidad laboral de alguno de los miembros de la UD y de los gastos, en medicamentos, traslados que requiere el integrante enfermo/ o discapacitado.

Las familias con personas discapacitados requieren mayor y mejor información Se requiere de un diagnóstico y atención temprana que permita reducir al máximo el agravamiento y posteriores consecuencias de no ser atendidas anticipadamente. Para ello, existen normativas explícitas en leyes y decretos nacionales y provinciales, que las instituciones públicas deben cumplir y brindar el acceso a toda información, a los servicios y al apoyo que necesita.

Respecto a la comunicación y al acceso a la tecnología y en base al informe de la OMS 2011, ya mencionado “Las personas con discapacidad, en comparación con las no discapacitadas, tienen tasas significativamente más bajas de uso de tecnologías de información y comunicación, y en algunos casos es posible incluso que no puedan acceder a productos y servicios tan básicos como el teléfono, la televisión o la Internet”

Se requiere asimismo, campañas de comunicación para aumentar el conocimiento y la comprensión social de la discapacidad

La inserción educativa y laboral de los discapacitados, solo son reales en el discurso de las leyes. La desinformación, la distancia a los servicios, llevan al aislamiento de la persona con discapacidad, generando un efecto de abandono o contrario a la inclusión social.

Se ha observado que los niños que presentan algún tipo de discapacidad tienen menos probabilidades que los otros no discapacitados de ingresar en la escuela, de permanecer en ella y de egresar. El fracaso escolar, en esta circunstancia es una frustración generalizada, para el niños, su familia y la institución educativa.

Un déficit habitual en las políticas educativas es la falta de formación docente y de incentivos orientados a que los niños con discapacidad acudan a la escuela, así como la falta de servicios de apoyo y protección social para los niños con discapacidad y sus familias

En la esfera laboral los conceptos erróneos de los empleadores de que las personas con discapacidad son menos productivas que sus homólogos no discapacitados, junto con el desconocimiento de los ajustes disponibles para llegar a acuerdos, limitan las oportunidades de empleo y un futuro más independiente.



WonderShare™
PDF Editor

Podemos concluir entonces, que los servicios tales como el educativo, la atención de salud, la rehabilitación la asistencia y apoyo, son insuficientes y de escasa competencia para la atención a discapacitados.

BIBLIOGRAFÍA

BARANGER Denis (Coord.) Tabaco y agrotóxicos *"Un estudio sobre productores de Misiones"* Editorial Universitaria de Misiones- 2007

BARRERÉ MAURISSON, Marie-Agnés. La división familiar del trabajo. La vida doble. Editorial Lumen. Buenos Aires, 1999.

BARTOLOMÉ, Leopoldo. LOS COLONOS DE APOSTOLES. Estrategias adaptativas y etnicidad en una colonia eslava de Misiones. Editorial Universitaria de Misiones. Posadas, 2000.

BOURDIEU, Pierre. Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción. Anagrama, Barcelona 1997

BOURDIEU, Pierre. Argelia 60. Estructuras económicas y estructuras temporales. Siglo XXI, Buenos Aires

BREHIL, J. Epidemiología Crítica. Lugar Editorial. Bs. As. 2003

CALVEZ, Marcel. *"Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis del sida"* Posadas. Editorial Universitaria de Misiones. 1998

CAMARA DE REPRESENTANTES DE LA PROVINCIA DE MISIONES. Ley 2.707 titulada *"Régimen de Promoción Integral de los Discapacitados"* (1989).

DEJOURS, Christopher. Para Comprender la resistencia al cambio, en Organización del Trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo, pp. 193-213. Editorial Lumen. Bs. As. 1998.

DESSORS, Dominique GUIHOT-BAILLY, Maria Pierre. Organización del Trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. Lumen. Bs. As. 1998

DOUGLAS, Mary. Estilos de Pensar. Gedisa, Barcelona, 1998.

FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Caronte – Altamira, La Plata, 1996

GRASSI, Estela. Política y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década

infame I. Espacio Editorial. Buenos Aires, 2003

GRUPO DE ANALISIS ECONOMICO Informe de productos regionales: "TABACO" de la Secretaria de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos. Subsecretaria de economía agropecuaria. Dirección de Economía Agraria. Del mes de Septiembre de 2003.

GOMEZ DEMAIO, Hugo, *"las consecuencias en la salud de los agrotóxicos"* conferencia en la ciudad de Oberá. Junio de 2008, mimeografiado.

LAUREL, Cristina A. (Coordinadora) Para la Investigación sobre la salud de los trabajadores. OPS. Washington, 1993.

MARX, Karl. El Capital. Libro I Capítulo VI inédito. Siglo XXI, México 1985.

MEILLASSOUX, Claude. Mujeres, graneros y capitales. Siglo XXI, México 1976.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis 2005. *"el modelo médico y la salud de los trabajadores"* en *Revista Salud Colectiva* 1 (i).pp 9-23. Abril. La Plata.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis (2005) *"Intencionalidad, Experiencia y Función: la articulación de los saberes médicos"* en *Revista de Antropología Social*. 14: pp 36-69. México.

NOWAK Ruben Antonio – "Fracaso Escolar en la escuela nº 216 de Florentino Ameghino"
- Tesis de Licenciatura Pag. 10

SCHIAVONI, Gabriela. Colonos y Ocupantes. Parentesco, reciprocidad y diferenciación social en la frontera agraria de Misiones. Editorial Universitaria de Misiones. Posadas 1995

TONON, Graciela. Calidad de Vida y Desgaste profesional. Una mirada del Síndrome de Burnout. Espacio Editorial., Buenos Aires, 2003.

VELHO, Gilberto. Desvio e Divergencia. Uma crítica da patologia social. Editora Jorge Zahar. 7ma edicao, 1999.

WOORTMANN Ellen F. y WOORTMANN K. *O trabalho da terra. A lógica e a simbólica da lavoura camponesa;* UnB Editoria, Brasília, 1997.

ZAMBRANO C., Renato y CEBALLOS C., Patricia. *"Síndrome de carga del cuidador"*. Versión digital en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>. 2009



PDF Editor

ANEXO

FORMULARIO PARA EL RELEVAMIENTO DE INFORMACION ENTRE PRODUCTORES DE TABACO DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE

1 ¿Usted puede brindarnos un poco de su valioso tiempo respondiendo a unas preguntas sobre las familias del Municipio de San Vicente que plantan tabaco?		1 <input type="checkbox"/> No Fin de la encuesta 2 <input type="checkbox"/> Si aplicar la encuesta
2 ¿A qué se dedica su familia o qué produce esta chacra en la que vive? 1 <input type="checkbox"/> Planta tabaco como productores censado 2 <input type="checkbox"/> Planta tabaco sin ser productor censado 3 <input type="checkbox"/> No planta tabaco Fin de la encuesta		
3 ¿Hace cuánto tiempo que viven aquí? (años)		4 ¿De dónde vienen ustedes?
5 ¿Quiénes estuvieron viviendo antes de ustedes en esta chacra?		6. ¿Ellos se dedicaban al tabaco? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
7 ¿En esta chacra, en la que están viviendo, su familia es? 1 <input type="checkbox"/> Son propietarios con título 2 <input type="checkbox"/> Arrendatario 3 <input type="checkbox"/> Ocupante gratuito de terreno privado 4 <input type="checkbox"/> Ocupante gratuito de tierra fiscal 5 <input type="checkbox"/> Otra situación ¿cuál?		
8. Aparte de plantar tabaco, ¿Qué otras actividades de las que les nombramos a continuación realizan en su chacra?		
9. Crianza de animales para la alimentación de la familia		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
10. Cultivo y cosecha de horticultura para la alimentación de la familia		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
11. Crianza de animales para comercialización		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
12. Cultivo, cosecha y comercialización de hortalizas para el mercado		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
13. ¿Qué variedad de animales cría en su chacra que se dedique a la alimentación de la familia?		14. ¿Cantidad?
15. ¿Qué variedad de cultivo tiene en su chacra que se dedique a la alimentación de la familia?		16 ¿Superficie?



PDF Editor

17 ¿Qué variedad de animales tiene en su chacra que se dedique a la comercialización en las ferias?	18 ¿Cantidad?
19 ¿Qué variedad de cultivo tiene en su chacra que se dedique a la comercialización en las ferias?	20 ¿Superficie?
Para notas sobre información adicional....	



PDF Editor

22 ¿Quiénes, de la gente que vive en la chacra con usted, hace cada actividad?

23. ¿Cómo están distribuidas las actividades de esas personas a lo largo del día, de la semana?.

23.1 Días de una Semana (por cada actor utilizar una planilla)

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
4-5							
5-6							
6-7							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-24							



PDF Editor

24¿Cuántas divisiones tiene la vivienda?		32 El agua que usan para bañarse, limpiar la ropa ¿de dónde viene?	
25En esas divisiones están: comedor, cocina, living, ¿dormitorio, cuántos?.		1 Red pública	
26¿El baño lo tiene adentro de la vivienda?	1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si	2 Pozo con bomba o motor	
27¿el baño y la bañera son cuartos diferentes?	1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si	3 Pozo con bomba manual o aljibe	
28¿ El baño dispone de ... 1 Inodoro con botón o cadena y arrastre de agua 2 Inodoro sin botón o cadena y con arrastre de agua 3 Letrina (sin arrastre de agua)		4 Río, acequia o manantial	
29 La descarga del inodoro va a ... 1 Red pública o cloaca 2Cámara séptica y pozo ciego o negro 3 Sólo a pozo ciego		5 Camión tanque, aguatero	
30 Esta vivienda dispone de suministro de agua... 1 Por cañería dentro de la vivienda 1 2 Fuera de la vivienda, dentro del terreno 2 3 Fuera del terreno (lo tiene que acarrear o lo trae con manguera)		6 Otro (especificar)	
31 El agua que usan para tomar, cocinar ¿de dónde viene? . La procedencia del agua es de...		33 El agua que se utiliza para regar la huerta y otras plantaciones para la alimentación de la familia ¿de dónde viene?	
1 Red pública		1 Red pública	
2 Pozo con bomba o motor		2 Pozo con bomba o motor	
3 Pozo con bomba manual o aljibe		3 Pozo con bomba manual o aljibe	
4 Río, acequia o manantial		4 Río, acequia o manantial	
5 Camión tanque, aguatero		5 Camión tanque, aguatero	
6 Otro (especificar)		6 Otro (especificar) 6	
		34 ¿Qué material predomina en las paredes exteriores de su vivienda?	
		1 Mampostería (ladrillo, bloque, hormigón)	
		2 Adobe	
		3 Madera	
		4 Chapa de metal o fibrocemento	
		5 Chorizo, cartón, estera o desecho	
		6 Piedra	
		Otros (especificar) 7	
		35¿Qué material predomina en los pisos de su vivienda?	
		1 Cerámica, baldosa, mosaico, madera	
		2 Alfombra o plástico	
		3 Cemento o ladrillo fijo	



PDF Editor

<p>4 Tierra o ladrillo suelto</p> <p>5 Otros (especificar)</p>		<p>2 ¿El gallinero?</p>	
<p>36 ¿Qué material predomina en la cubierta externa de los techos de su vivienda?</p> <p>1 Baldosa, cubierta asfáltica o membrana, tejas y losa</p> <p>2 Chapas metálicas o de fibrocemento</p> <p>3 Chapas plásticas</p> <p>4 Cartón, tabla o paja con barro, paja sola</p> <p>Otros (especificar) 5</p>		<p>3 ¿La plantación para la alimentación?</p>	
<p>37 ¿Qué tipo de energía para alumbrar utilizan predominantemente en este hogar?</p> <p>1 Electricidad</p> <p>2 Kerosene</p> <p>3 Gas</p> <p>4 Vela</p> <p>5 Energía solar</p> <p>6 Otro (especificar)</p> <p>Ninguno 7</p>		<p>4 ¿El galpón para el secado de tabaco?</p>	
<p>38 ¿Qué combustible usan principalmente para cocinar?</p> <p>1 Electricidad</p> <p>2 Kerosene</p> <p>3 Gas</p> <p>4 Carbón</p> <p>5 Leña</p> <p>6 Otro (especificar)</p> <p>7 No cocina</p>		<p>5 ¿Dónde tiene, comúnmente, los plantines de tabaco?</p>	
<p>El uso del espacio, con centro en la vivienda</p> <p>39 ¿Dónde está ubicado en relación a la vivienda? Dirección y distancia en metros</p>		<p>¿Dónde planta el tabaco?</p>	
<p>1 ¿el chiquero?</p>			

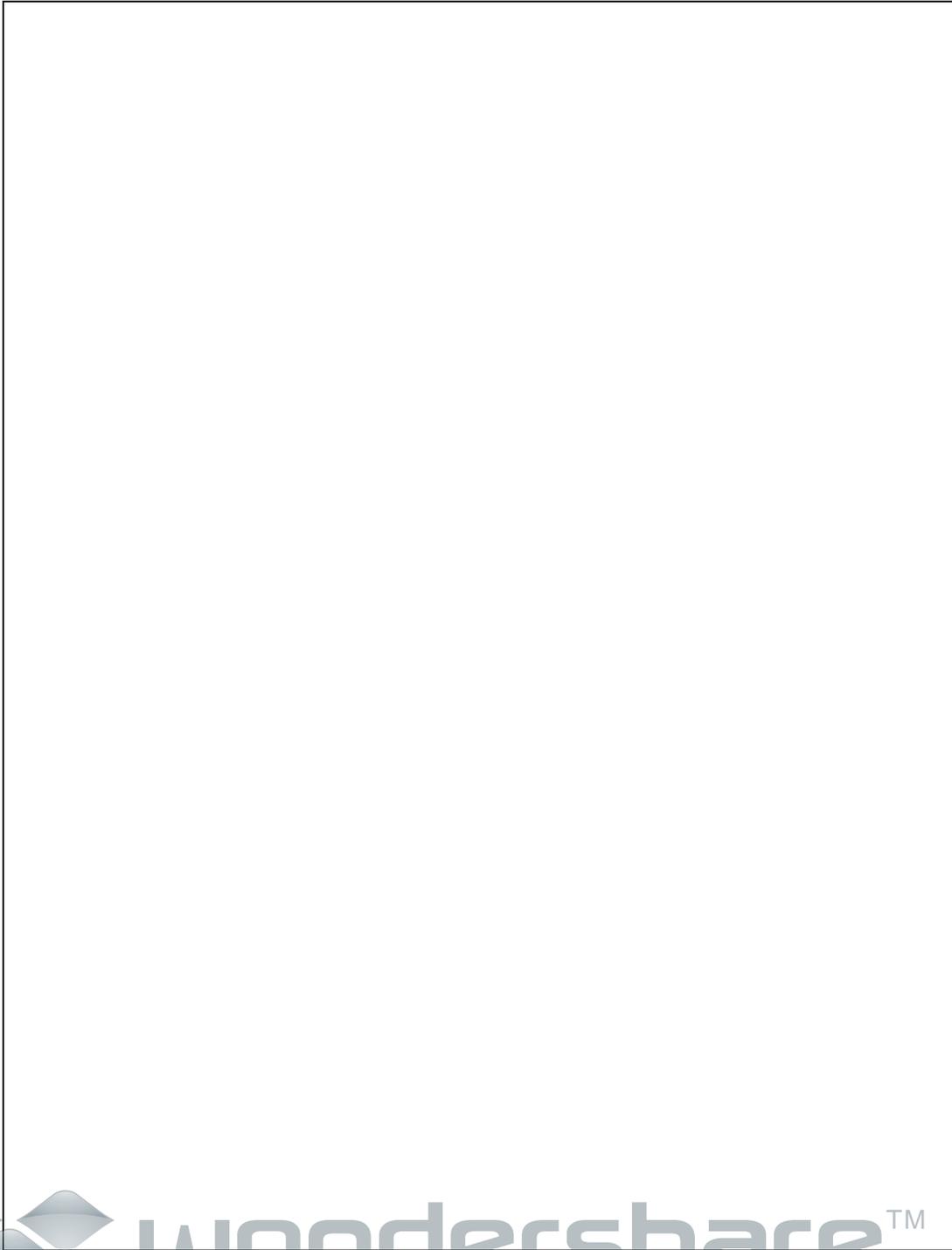




wondershare™

PDF Editor

47SEGÚN USTED, ¿cuándo se dice que una persona está enferma?



PDF Editor

48 Si yo le menciono las siguientes palabras, ¿cuáles de ellas son para usted enfermedades y cuáles no?

	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No Sabe	49 Quién puede diagnosticar	50 Quién puede tratar ese problema	51 Algún este probl
1 Resfrío				
2 Gripe				
3 Dolor de panza				
4 Dolor de estómago				
5 Vómitos				
6 Fiebre alta				
7 Angina				
8 Dolor de garganta				
9 Mareo				
10 Pérdida de la memoria				
11 Síndrome de Down				
12 Diarrea				
13 Tos				
14 Catarro				
15 Estornudo continuo				
16 Dolor de espalda				
17 Temblor de la mano				
18 Hidrocefalia				
19 Convulsiones				
20 Epilepsia				
21 Parálisis neurológico				
22 Mal formación congénita				
23 Pérdida reiterada del embarazo				
24 Disminución de la visión				



PDF Editor

52¿Cuáles son las enfermedades que más afectan a las personas que viven con ustedes?	53¿Quién los atiende?	54 ¿qué tratamiento le sigue para que se mejore o reponga?

55¿Cuándo se dice que alguien está accidentado por el trabajo que hace su familia?	56¿Quién lo atiende?	57 ¿qué tratamiento le sigue para que se mejore o reponga?

58¿Cuándo dice que es envenamiento lo que tiene una persona?	59¿Quién lo atiende?	60¿qué tratamiento le sigue para que se mejore o reponga?



wondershare™

PDF Editor

61 Durante los últimos 6 meses, ¿tuvo alguno de estos síntomas o estuvo enfermo o accidentado?

1Diarrea	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
2Tos y catarro	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
3Fatiga y dificultades para respirar	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
4Erupciones en la piel	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
5Molestias en articulaciones y óseas	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
6Molestias abdominales	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
7Intoxicación por agroquímicos	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
8Accidente	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO
9 Otro síntoma o enfermedad (especificar)	1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> NO

62 ¿Realizó alguna consulta de salud durante los últimos 6 meses para atenderse por alguna enfermedad, accidente o para control? 1 SI 2 NO

63 ¿Quién lo atendió? (últimas 3 consultas, comenzando por la más reciente)

	C1	C2	C3
1Médico	1	1	1
2Dentista	2	2	2
3Obstetra	3	3	3
4Enfermera	4	4	4
5Agente sanitario	5	5	5
6Promotor	6	6	6
7Farmacéutico	7	7	7
8Partera	8	8	8
9Curandero	9	9	9
10 Otro (especificar)	10	10	10

64 ¿Dónde se llevó a cabo la consulta?

	C1	C2	C3
1Hospital público	1	1	1
2Hospital privado	2	2	2
3Consultorio médico	3	3	3
4Centro de salud	4	4	4
5Farmacia	5	5	5
6Médico a domicil	6	6	6
7Establecimiento de obra social	7	7	7
8Otro (especificar)	8	8	8

65 Por esta consulta Ud...

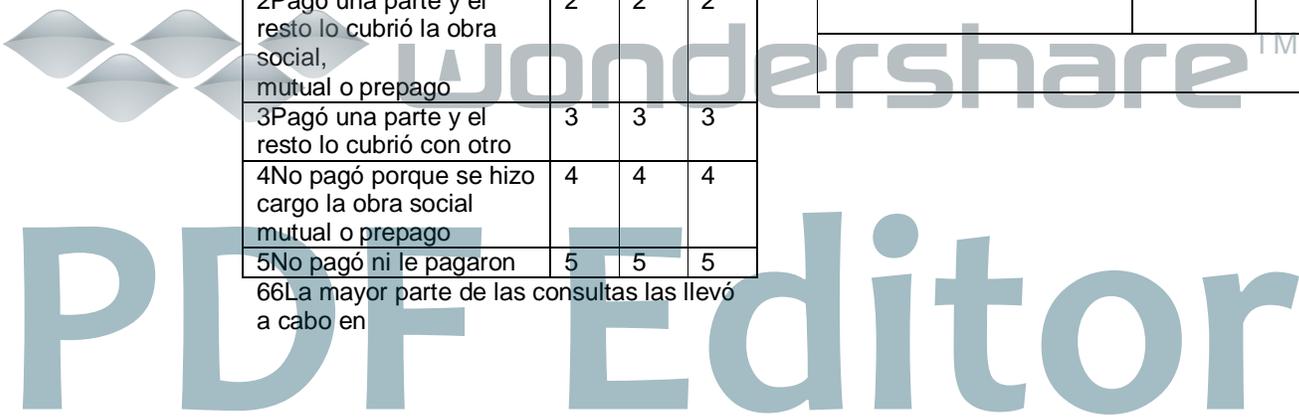
	C1	C2	C3
1Pagó el valor total	1	1	1
2Pagó una parte y el resto lo cubrió la obra social, mutual o prepago	2	2	2
3Pagó una parte y el resto lo cubrió con otro	3	3	3
4No pagó porque se hizo cargo la obra social mutual o prepago	4	4	4
5No pagó ni le pagaron	5	5	5

66 La mayor parte de las consultas las llevó a cabo en

(localidad) _____

67 En esta casa, cuando un miembro de la familia está enfermo, o se siente mal, quién es el encargado o encargada de su grupo que se ocupa de:

Situación / síntomas	68 Mujeres adultas 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO	69 Qué otros integrantes? Describir
1Tomarle la temperatura		
2Acostar a los pacientes		
3Llamar a un médico, la ambulancia,		
4Decidir a dónde llevarlo		
5Preparar los remedios caseros		
6Indicar qué medicamentos de la farmacia se compra		
7Indicar qué medicamentos de la farmacia se toma		
8Curar las heridas,		
9Curar los granos		
10Pasar barras de azufre		
11Hacer Vencimiento		
12Diagnosticar retrasos mentales		
13Diagnosticar envenenamiento		



70 ¿Cuándo se puede decir que una persona es discapacitada?

71 ¿Conoce alguna persona de la picada, de la colonia, del pueblo que tiene discapacidad?

72 Algunos médicos dicen que hay nacimiento de personas discapacitada a causa del uso de agrotóxicos en el tabaco y otras plantaciones ¿usted piensa que eso es cierto?

73 ¿Conoce usted personas que en la picada, colonia, localidad hayan nacidos discapacitados por uso de agrotóxicos en la plantación de tabaco?

74 ¿Cuándo se dice que una persona tiene problema neurológico?

75 ¿Cuándo se dice que una persona tiene convulsiones?



wondershare™

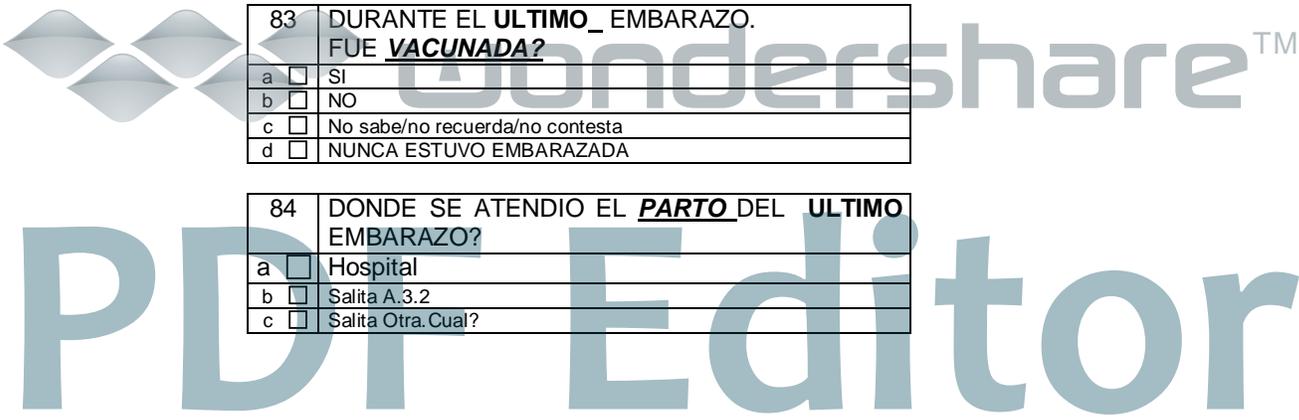
76 ¿Aborto espontáneo?

PDF Editor



PDF Editor

77	EN EL ULTIMO AÑO SE HIZO CONTROL GINECOLOGICOS ¿	Medicina Privada	<input type="checkbox"/>	Sin atención profesional	<input type="checkbox"/>	NUNCA ESTUVO EMBARAZADA
a	<input type="checkbox"/> SI, Menciona Ultimo PAPANICOLAU					
b	<input type="checkbox"/> SI, menciona otro tipo de control					
c	<input type="checkbox"/> Dice que SI pero no sabe describir	85	Cuantos embarazos PERDIO ANTES DE VENIR ACA?			
d	<input type="checkbox"/> NO SE CONTROLA NUNCA					
e	<input type="checkbox"/> NO RECUERDA. NO SABE/ NO CONTESTA		Cuantos embarazos PERDIO DESPUES DE VENIR ACA?			
78	SOLAMENTE SI SE HIZO SE HIZO PAPANICOLAU preguntar					Si nunca perdio embarazos escriba = 0
a	<input type="checkbox"/> Le dió resultado POSITIVO					
b	<input type="checkbox"/> Le dió resultado NEGATIVO					
c	<input type="checkbox"/> NO SABE que resultado le dió	86	SI PERDIO EMBARAZOS:			
d	<input type="checkbox"/> NO SE CONTROLA NUNCA		Causas de la ULTIMA PÉRDIDA			
e	<input type="checkbox"/> NO RECUERDA. NO SABE/ NO CONTESTA					
	SABE PARA QUE SIRVE EL , PAPANICOLAU?					
a	<input type="checkbox"/> La respuesta que da es correcta					
b	<input type="checkbox"/> La respuesta que da es confusa					
c	<input type="checkbox"/> NO RECUERDA. NO SABE/ NO CONTESTA					
79	SE HIZO ALGUNA VEZ CONTROL DE MAMAS EN CENTRO DE SALUD ? (aqui las respuesras no son excluyentes)	87	CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE RECIBIO VISITAS DE AGENTES SANITARIOS EN SU CASA?			
a	<input type="checkbox"/> SI, en alguna salita barrial MES AÑO					
b	<input type="checkbox"/> SI, en el hospital MES AÑO					
c	<input type="checkbox"/> Se hace ella sola y la forma que describe parece correcta		a	<input type="checkbox"/> Fecha aproximada: Mes Año.....		
d	<input type="checkbox"/> Se hace ella sola y la forma que describe es confusa parece que lo haga bien		b	<input type="checkbox"/> No recuerda		
e	<input type="checkbox"/> NUNCA SE CONTROLA EN SERVICIOS /NO SABE HACERLO SOLA		c	<input type="checkbox"/> Nunca		
			d	<input type="checkbox"/> SIN CONTROL		
		88	CUANTOS HIJOS NACIDOS VIVOS YA MURIERON?			Si nunca perdio embarazos escriba = 0
80	SABE para que sirve EL , CONTROL DE MAMAS?					Ninguno fallecido escriba = 0
a	<input type="checkbox"/> La respuesta que da es correcta					
b	<input type="checkbox"/> La respuesta que da es confusa	89	EDADES DE LOS HIJOS MUERTOS	EDAD		
c	<input type="checkbox"/> NO RECUERDA. NO SABE/ NO CONTESTA	1	Primer			
		2	Segundo			
81	SU ULTIMO EMBARAZO FUE:	3	Tercero			
a	<input type="checkbox"/> ANTES de venir aca SI se HIZO CONTROLES	4	Cuarto			
b	<input type="checkbox"/> ANTES de venir aca NO se HIZO CONTROLES					
c	<input type="checkbox"/> DESPUES de venir aca SI se HIZO CONTROLES					Ninguno fallecido TACHAR las celdas
d	<input type="checkbox"/> DESPUES de venir aca NO SE HIZO CONTROLES					
e	<input type="checkbox"/> NUNCA ESTUVO EMBARAZADA					
82	DONDE SE HIZO LOS CONTROLES DEL ULTIMO EMBARAZO? No excluyentes	90	LE HACE ALGUN TRATAMIENTO PURIFICADOR AL AGUA PARA BEBER?			
a	<input type="checkbox"/> Hospital		a	<input type="checkbox"/> Hierve		
b	<input type="checkbox"/> Salita de la picada, de la colonia		b	<input type="checkbox"/> Usa filtro		
c	<input type="checkbox"/> Salita Otra.Cual?		c	<input type="checkbox"/> Agrega sustancias PURIFICANTES al tanque		
d	<input type="checkbox"/> Medicina Privada		d	<input type="checkbox"/> Otro tratamiento		
e	<input type="checkbox"/> NUNCA se controla		e	<input type="checkbox"/> No le hace ningún tratamiento		
f	<input type="checkbox"/> NUNCA ESTUVO EMBARAZADA					
83	DURANTE EL ULTIMO _ EMBARAZO. FUE VACUNADA?					
a	<input type="checkbox"/> SI					
b	<input type="checkbox"/> NO					
c	<input type="checkbox"/> No sabe/no recuerda/no contesta					
d	<input type="checkbox"/> NUNCA ESTUVO EMBARAZADA					
84	DONDE SE ATENDIO EL PARTO DEL ULTIMO EMBARAZO?					
a	<input type="checkbox"/> Hospital					
b	<input type="checkbox"/> Salita A.3.2					
c	<input type="checkbox"/> Salita Otra.Cual?					





PDF Editor