

LAS DEMANDAS VINCULADAS A LA SALUD DE LA AGRICULTURA FAMILIAR: LOS PROCESOS DE TRABAJO COMO DETERMINANTES SOCIALES.

DEMANDS RELATED TO HEALTH OF FAMILY AGRICULTURE: WORK PROCESSES AS SOCIAL DETERMINANTS

AS DEMANDAS RELACIONADAS À SAÚDE DA AGRICULTURA FAMILIAR: OS PROCESSOS DE TRABALHO COMO DETERMINANTES SOCIAIS.

Resumen

En el año 2006, el Foro Nacional de la Agricultura Familiar (FONAF), redactó una serie de documentos en los cuales se indicaba la no accesibilidad a servicios de salud de calidad, como un limitante para el desarrollo de las familias en el campo. En ese marco y a propósito de un contexto de definición de políticas públicas para el sector, durante los años 2013 a 2016, se llevó adelante un estudio de casos en el Departamento Paclín (región centro este de la provincia de Catamarca-Argentina) a fin de conocer y analizar los procesos de salud-enfermedad-atención de las familias incluidas en el sector de la agricultura familiar. En este artículo nos centramos en el objetivo de caracterizar el trabajo agrícola familiar, para comprender cómo estos procesos, junto a las características propias de los sistemas de salud, se transforman en determinantes sociales de la salud. Se recuperan así los saberes y prácticas de los sujetos en relación a sus propias búsquedas de salud orientadas a la autoatención, la

Ochoa Verónica¹
Sy, Anahí²

¹Licenciada en Comunicación Social. Mgter. en Salud Pública. Doctoranda en Estudios Sociales Agrarios (CEA.UNC). Actualmente es técnica de la Secretaría de Agricultura Familiar. Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación

²Licenciada en Antropología. Doctora en Ciencias Naturales. Docente de grado y posgrado Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús Investigadora Independiente CONICET.

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n3.29714>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 28 de julio 2020.
Aprobado: 31 de agosto 2020.

prevención y el cuidado en un contexto atravesado por el trabajo productivo, doméstico y comunitario. Las autoras detallan la propuesta metodológica considerando algunas de las referencias teóricas orientada a la obtención de datos durante el trabajo de campo, para luego presentar los resultados y la discusión a la luz de las características de los procesos salud-enfermedad-atención (PSEA) que reconstruyeron.

Palabras clave: *Proceso salud-enfermedad; Determinantes sociales de la salud y Salud rural.*

Abstract

In 2006, the National Forum for Family Agriculture (FONAF, according to Spanish acronym), issued a series of documents showing the lack of access to quality health services as a limit for the development of families in the country. Within this frame and in connection with the definition of public policies for the sector, between 2013 and 2016 a case study was carried out in Department Paclín (center east area of the province of Catamarca, Argentina) in order to get to know and analyze disease-health-care processes of the families included in the area of family agriculture. The focus of this work is to characterize agricultural family work in order to understand how these processes together with the characteristics concerning health systems become social determinants of health. Thus, people's knowledge and practices concerning their own health searches oriented to self-care, prevention and care in a context marked by productive, domestic and voluntary work are recovered. The authors present a detail of the methodology, considering some theoretical references oriented to data collection during field work, in order to present results and discussion in view of the health-disease-care processes that they reconstructed.

Key words: *Disease-health process; Social determinants of health, Rural health*

Resumo

Em 2006, o Fórum Nacional da Agricultura Familiar (FONAF), elaborou uma série de documentos em que a falta de acessibilidade a serviços de saúde de qualidade era apontada como uma limitação para o desenvolvimento das famílias rurais. Neste âmbito e focado em um contexto voltado à definição de políticas públicas para o setor, durante os anos de 2013 a 2016, foi realizado um estudo de caso no Departamento de Paclín (região centro-leste da província de Catamarca-Argentina) com o objetivo de conhecer e analisar os processos saúde-doença-cuidado das famílias inseridas na agricultura familiar. Neste artigo concentramo-nos no objetivo de caracterizar o trabalho da agricultura familiar, para compreendermos como esses processos, juntamente com as características próprias dos sistemas de saúde, tornam-se determinantes sociais da saúde. Assim, resgatam-se saberes e práticas dos sujeitos em relação às próprias buscas de saúde voltadas ao autocuidado, prevenção e cuidado em um contexto atravesado pelo trabalho productivo, doméstico e comunitário. As autoras detalham a proposta metodológica a partir de alguns referenciais teóricos voltados à obtenção de dados durante o trabalho de campo, e a seguir apresentam os resultados e a discussão à luz das características dos processos saúde-doença-cuidado (PSEA) que reconstruíram.

Palabras Chave: *Proceso saúde-doença; Determinantes sociais da saúde e Saúde rural.*

Introducción

En este artículo se presentan algunos resultados obtenidos de una investigación¹ desarro-
 1 Se trata de la tesis doctoral “Los procesos salud enfermedad atención en el medio rural: Las demandas de la agricultura familiar en el Departamento Paclín-Provincia de Catamarca”, presentada para obtener el título de Doctora en Estudios Sociales Agrarios (CEA-UNC). La investigación fue realizada por la primera autora con la dirección de la segunda. Actualmente se encuentra en proceso de evaluación.

llada en la Provincia de Catamarca, con el propósito de conocer y analizar los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) de las familias incluidas en el sector de la agricultura familiar. En esa oportunidad, se tomó como punto de partida la demanda colectiva de mejor atención en salud promovida por el Foro Nacional de la Agricultura Familiar (FONAF) y se realizó un estudio de casos en el Departamento Paclín entre los años 2013 y 2016.

El FONAF es un ámbito de participación que integró, a partir del año 2006, a organizaciones sociales vinculadas a la pequeña producción agropecuaria de todo el país, promoviendo definiciones de políticas públicas en articulación con diferentes instituciones de gobierno (1,2). Los documentos producidos por el FONAF, puntualizan que el acceso a servicios de salud de calidad es una limitante para el desarrollo de las familias que viven y trabajan en áreas rurales de Argentina (3). En este sentido, abordar la situación de salud desde la perspectiva de los sujetos, requiere una serie de complejidades, entre ellas comprender sus propias características.

Es por ello que, asumiendo la centralidad del trabajo de tipo familiar en la definición de agricultura familiar enunciada por el FONAF (3) y, la potencialidad del concepto PSEA para observar la articulación entre este y la vida cotidiana (4), se abordó el análisis de la demanda teniendo en cuenta la descripción formal del sistema de local de salud y la reconstrucción de los PSEA en la voz de los productores agropecuarios de base doméstica. Si bien los términos agricultura familiar, han promovido discusiones teóricas en el contexto latinoamericano, existen consensos en relación a sus características generales. Los rasgos más importantes refieren a la integralidad la unidad doméstica y productiva, la producción de alimentos y la comercialización de estos a través de redes o en mercado locales (5,6,7,8,9,10).

En líneas generales, para este tipo de producción, el trabajo familiar prima sobre otros recursos como la tierra y la maquinaria (10), en un espacio social atravesado por un modelo de producción dominante basado en la agricultura biotecnológica, productora de granos transgénicos y de agro-combustibles (6). El trabajo agropecuario está marcado así por las consecuencias de la concentración de recursos (tierra y agua) en productores grandes, la incorporación de paquetes tecnológicos (semillas, fertilizantes y agroquímicos terapéuticos), la utilización de herramientas y/o tecnologías tradicionales (arado de mancera) y un alto uso de fuerza corporal, como parte de las estrategias de adaptación y resistencia a los cambios en la estructura agraria.

Este artículo se orienta a caracterizar los saberes y prácticas de los sujetos en relación a sus propias búsquedas de salud, la autoatención, la prevención y el cuidado familiar, con el objetivo de analizar el trabajo agrícola familiar como determinante de la salud, junto a las características propias de los sistemas de salud. A continuación, se presentan algunas de las referencias teóricas y la propuesta metodológica orientada a la obtención de datos durante el trabajo de campo, para luego presentar los resultados y la discusión, a la luz de las características de PSEA que se reconstruyeron.

Referencias teóricas y propuesta metodológica

La estrategia teórico-metodológica propuesta parte de ciertos conceptos teóricos que han sido operacionalizados durante el trabajo de campo. Uno fundamental, que define nuestro objeto, es el de Unidad Domestica (UD). Las UD fueron definidas como grupos residentes compuestos por personas que comparten (sobre relaciones de parentesco o afinidad) una vivienda, un presupuesto común y una serie de actividades necesarias para la reproducción de la vida cotidiana (11). Al respecto, se agrega que también fueron criterios para la selección, el desarrollo de una actividad agropecuaria, el lugar de residencia de la familia y de la finca (para poder caracterizar las particularidades en las regiones sur, centro y norte de Paclín) y la adscripción al FONAF como espacio de participación.

Caracterizar la base técnica organizacional y la división del trabajo al interior de la UD

(12) permite describir las tareas que realizan sus diferentes integrantes. Se trata de una primera delimitación que pone en relación los instrumentos de trabajo con el trabajador o la trabajadora.

Asimismo, y porque una de las características de la agricultura familiar es el desarrollo de una economía familiar de tipo mercantil atravesada por la pluriactividad, fue importante comprender que era insuficiente describir el trabajo vinculado a lo agrícola y ganadero como si fuera el único dentro de cada explotación. El trabajo productivo agrario-ganadero-artesanal, junto al trabajo doméstico y comunitario están insertos en la cotidianidad de las unidades domésticas.

En esta línea, la comprensión del sujeto y del sistema de salud, es una de las claves para dimensionar la manera en la cual la falta de recursos asistenciales se incorpora a la experiencia biográfica de las familias en el campo. De este modo, se recupera el concepto de proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) para poner en relación la salud del sector al cual se hace referencia, con las características de acceso/accesibilidad a los sistemas sanitarios (13).

Los PSEA son entendidos como un conjunto de representaciones, saberes y prácticas que se generan para “explicar, enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (14, pag.71). Sus componentes son parte de un sistema que debe ser entendido a partir de sus relaciones (15) y para eso es necesario describir y comprender los procesos terapéuticos (individuales y colectivos) destinados a la búsqueda de la salud.

En relación al acceso al sistema de salud, se distinguió analíticamente el acceso de la accesibilidad (13) para avanzar no solo sobre la composición y la distribución de los recursos sanitarios disponibles en el espacio, sino en el uso que las familias vinculadas a la agricultura de base doméstica, hacen de esos recursos.

La accesibilidad refiere así a los aspectos de la estructura de los servicios que refuerzan la capacidad de lograr la atención necesaria; mientras que el acceso remite a las percepciones y experiencias de las personas que facilitan el ingreso al sistema. Se trata de la forma a través de la cual cada persona experimenta esas características del sistema de salud.

Acceso y accesibilidad atraviesan de esta manera los PSEA ya descritos, generando una serie de acciones en función de recursos identificados institucionalmente con el saber médico. Se aclara que cuando nos referimos al sistema de salud oficial, lo hacemos en los términos de Eduardo Menéndez, como un modelo médico hegemónico, caracterizado por ciertos rasgos principales como lo es la asimetría en la relación médico-paciente, la ahistoricidad, el empirismo y el pragmatismo (16).

Metodológicamente se realizó inicialmente un relevamiento centrado en el total de organizaciones presentes en el Departamento (10) y en el total de familias que participan de ellas 305. A partir de esa identificación, se seleccionaron tres unidades domésticas (UD) vinculadas a la producción agropecuaria. Por medio de los relatos de sus integrantes, se abordaron los objetivos propuestos en la investigación construyendo interpretaciones de gran riqueza y profundidad.

La primera unidad (UD1) está integrada por cinco miembros, de los cuales dos son niños. Se dedican a la producción caprina, de artesanías y a la elaboración de dulces y confituras que venden en el un kiosco que tienen en su casa de la localidad de La Bajada, sobre la ruta provincial 120. Uno de sus integrantes participa del Grupo de productores caprinos y de la mesa departamental del FONAF. La segunda unidad (UD2) está conformada por un matrimonio, ya que sus hijos migraron a la ciudad de Catamarca para completar sus estudios y trabajar en la policía. El matrimonio que vive en La Higuera (zona norte) produce zapallo, maíz, ganado bovino para carne y elaboran dulces que venden en diferentes ferias. Como en la UD anterior, una integrante forma parte del Centro de manejo ganadero de La Higuera y es quien representa al departamento en la mesa provincial del FONAF. La unidad doméstica número tres (UD3), también está compuesta por matrimonio con dos hijos que viven en Catamarca cuando se instalaron para realizar la secundaria. Ambos

producen zapallo y terneros, participan de la Asociación de productores agropecuarios Villa de Balcosna y están vinculados al FONAF desde su conformación en Catamarca. A través de los relatos de sus integrantes, abordó el objetivo construyendo interpretaciones de gran riqueza y profundidad. Las tres UD tienen obra social, las dos primeras como beneficiarias del monotributo social agropecuario² y, la tercera, porque uno de los miembros es empleado público.

En el estudio se aplicaron técnicas etnográficas de recolección de datos (entrevistas en profundidad y observación participante). Los aspectos a observar fueron días típicos de la familia que incluyeron las acciones que suceden ante un evento que afecta a la salud. Puntualmente, se acompañó a los integrantes de las UD a consultas médicas realizadas en el sistema local de salud o en algún establecimiento en la ciudad de Catamarca, se observaron dos situaciones en las que intervino la internación de alguno de los miembros de las UD y la modificación de actividades que suponían esas situaciones en la cotidianidad de las UD. El análisis de los datos registrados en audios y cuadernos de notas se realizó mediante la construcción de categorías analíticas que nos permitieron identificar contornos de comparación (17).

Resultados

La producción y el trabajo agropecuario de base doméstica

La provincia de Catamarca forma parte de la región noroeste de la Argentina. Tiene una superficie de 102.602 Km², 367.828 habitantes (de los cuales el 30% se encuentra en localidades con menos de dos mil habitantes) y una densidad poblacional de 3.8 ha/km² (18). La división geográfica incluye 16 departamentos de los cuales cinco integran la región centro este, se trata de Capital, Valle Viejo, Fray Mamerto Esquiú, Ambato y Paclín. El Departamento Paclín tiene una superficie de 985 km², una población de 4125 habitantes (de los cuales 2224 son mujeres y 1961 varones) y una densidad poblacional de 4.4 hab/km² (18).

La producción agropecuaria en el área de estudio, recrea dos modelos de desarrollo (19). El primer modelo está vinculado al avance del capital en el sector agropecuario, integrado sociedades anónimas (S.A) o de responsabilidades limitadas (S.R.L) que producen zapallo, forestales, ganadería bovina y nogal a gran escala en superficies de entre 50 y 6000 hectáreas.

El segundo modelo está asociado a la permanencia de pequeñas explotaciones de tipo familiar con arraigo local. Se incluyen en esta delimitación a los productores de base doméstica, integradas por familias que viven en el lugar y que participan en diferentes organizaciones sociales como un aspecto de identidad. Se trata de un grupo de productores y productoras que realizan ganadería, agricultura (zapallo, pasturas, hortalizas, frutales) y agroindustria artesanal. Esas actividades se llevan adelante en predios con una superficie reducida (de entre media y cinco hectáreas) con predominio de campos comuneros (pastaje de animales), limitantes de acceso al agua para riego y tecnologías tradicionales u obsoletas para la realización de los cultivos, el cuidado de la hacienda o la elaboración de productos derivados.

Los diferentes integrantes de la unidad domésticas (identificadas por su participación en las 10 organizaciones sociales del departamento) trabajan en la explotación generando ingresos estacionales que se integran a otros de origen extra prediales (provenientes de empleos formales de medio tiempo o de beneficios de políticas sociales).

2 En el año 2004 y a través de la Ley Nacional 25865, se implementa el Monotributo Social (MS) como una variante del régimen simplificado para pequeños contribuyentes. En el año 2009 a través del convenio 991/09 se establece el alcance del Monotributo Social subsidiado para los/as agricultores familiares. Uno de los beneficios del Monotributo Social Agropecuario fue disponer de obra social accediendo a la prestación básica universal (plan médico obligatorio) garantizada para todo el grupo Familiar (titular, hijos y cónyuge).

La dependencia laboral (en términos de ingreso extra predial-fijo) es un aspecto relevante respecto al mantenimiento de las UD ya que es la diversificación de las fuentes de ingreso lo que permite desarrollar estrategias domésticas que ordenan las necesidades de consumo de las familias (entre ellas el acceso a la salud).

Dentro de las explotaciones agropecuarias, se identifican tres procesos de trabajo (productivo, doméstico y comunitario). El primero es el trabajo productivo. Éste puede ser agrícola y/o ganadero (“*en el campo*”) y/o estar vinculado al agregado de valor a la producción primaria, como la elaboración de dulces o artesanías en cuero.

Son actividades que demandan la utilización de la fuerza corporal para el manejo de herramientas, maquinaria y animales, la aplicación de productos agroquímicos (sin recaudos o pautas que asocien la aplicación a cuidados de la salud), el acondicionamiento de los potreros (incluye la provisión de agua), la movilidad y el desplazamiento para la gestión de insumos y la comercialización de los productos. El trabajo de agregado de valor (agroindustria), requiere fuerza corporal para el acondicionamiento de los insumos (ej.: pelar la fruta, limpiar el cuero), la cocción o elaboración de los productos, la limpieza de la tecnología empleada (ollas, bancos de trabajo, etc.) y el traslado o la movilidad en el espacio para la comercialización (en cajas llevadas caminando hasta las paradas de colectivo).

A modo de ejemplo y en relación al ciclo productivo del zapallo, los productores de tipo familiar utilizan diferentes agroquímicos. Se trata de fertilizantes, insecticidas, fungicidas y biorreguladores³. Salvo el azufre, gran parte de esos productos son diluidos en agua para ser utilizados en mochilas⁴ de 20 litros. El registro histórico de esa práctica remite a la década del 80 y el uso de semillas curadas, a partir del 2011. La manipulación de las semillas implica “*abrir los tarros*”, “*agarrarlas*”, “*colocarlas en bolsas*”, “*sembrar al voleo*”⁵, etc.

El uso de mochilas conlleva el lavado y las preparaciones de los líquidos antes de colocarlas en la espalda. La aplicación es a pie (recorriendo la finca durante varios días⁶) en jornadas que duran de seis a ocho horas.

“Me despierto temprano, preparo la mochila y recorro toda la plantación, a veces me llevo los productos en otro bolso para no tener que ir y venir a la casa” (UD2. Abril 2014).

Los productos están guardados en un depósito o enterrados, por recomendaciones de familiares que históricamente realizaban cultivo de zapallo en la zona. El laboreo con rastra se realiza con maquinaria propia (tractores de la década del setenta) o contratando servicios administrados por organizaciones de productores, ya que el arado de manceras se utiliza para la siembra de hortalizas o pasturas en potreros de entre un cuarto y dos hectáreas. En relación al trabajo doméstico, éste refiere al mantenimiento de la vida cotidiana y el bienestar de los diferentes integrantes de las UD. Incluye la recolección de leña, la utilización de cocinas a leña en espacios cerrados, la gestión, preparación y elaboración de alimentos. También incluye el aseo de las viviendas, el acarreo del agua, el lavado de ropa

3 El fertilizante utilizado es fosfato diamónico de la familia de los fosforados. El Decis Forte, es un insecticida formulado a base de un piretroide de amplio espectro. Actúa por contacto e ingestión y posee un efectivo poder de volteo. La guía fito sanitaria, califica el producto como moderadamente peligroso (clase II- clase inhalatoria II. Severo irritante ocular). El St stimulate, es un biorregulador y la GIBERELINA KA un fitoregulador de crecimiento que acelera el crecimiento vegetativo de los brotes, estimulando la floración y aumentando la fructificación.

4 Se trata de rociadoras manuales a través de las cuales se realizan las aplicaciones de agroquímicos. Su uso demanda largas jornadas laborales (caminatas por los predios) y una sobreexposición a los productos porque además suele volcarse sobre las heridas producidas por el roce de la mochila con el cuerpo.

5 La siembra al voleo implica sacar (de una bolsa colgada en el cuerpo) pequeños puñados con una mano que se van “*tirando*” sobre el surco armado para que la emergencia del cultivo sea en hilera.

6 Se calcula siete mochilas de 20 litros por hectárea.

(a veces a mano) y las acciones de cuidado. Se trata de tareas feminizadas que responden en líneas generales a la descripción que plantearon Viaggi et. al. (20).

Por su parte, el proceso de trabajo comunitario, demanda uso de fuerza para trabajos agropecuarios que ocurren de manera colectiva (ej.: siembra colectiva de pasturas para la Asociación de productores agropecuarios Villa de Balcosna). Son jornadas extensas fuera de los domicilios, gestiones con otras instituciones y limpieza de espacios comunes como la iglesia o el centro vecinal. En líneas generales la impronta del trabajo productivo y doméstico se recrea en los ámbitos de participación colectiva extendiendo la jornada laboral para poder resolver de esta manera, el acceso a insumos, tecnología y microcréditos para la actividad agropecuaria en la explotación de las UD.

Los padecimientos, las enfermedades y el sistema de atención en salud

En relación al subsistema público de salud y de acuerdo a la delimitación realizada por el Ministerio de Salud de la provincia, Paclín pertenece al área programática número tres. Integran el subsector público de atención⁷, un hospital distrital con disponibilidad de 57 camas para internación (de las cuales la mayor parte de ellas está ocupada por los pacientes internados en el servicio de psiquiatría), un hospital seccional con servicios de clínica médica y enfermería (tiene 8 camas para internación) y 10 centros periféricos, con servicio de enfermería y cobertura a través de 14 agentes sanitarios.

Los centros periféricos tienen entre uno y cuatro trabajadores asignados (agentes sanitarios y enfermeras/os). El 58% de los empleados son de planta permanente, tienen una antigüedad de entre 10 y 33 años, son pobladores de la zona y portadores de una historia familiar inscrita en la producción agropecuaria⁸.

Los datos relevados en el año 2014 por los agentes sanitarios, identificaban en el Departamento 18 casos de desnutrición, 190 de obesidad, 98 personas con discapacidad (mental, auditiva, motora y otras) y 731 con algún tipo de enfermedad prevalentes, de las cuales el 446 tenían hipertensión arterial, 135 diabetes, 36 asma, 34 insuficiencia cardíaca y 25 chagas.

En líneas generales cada localidad tiene un centro de salud de referencia con una población identificada por los agentes sanitarios al menos cada tres meses. Esta situación, también es narrada por los referentes del FONAF quienes la cuestionan al mismo tiempo, por insuficiente en relación a las situaciones de malestar o enfermedad que atraviesan las UD. Durante el trabajo de campo fue fundamental considerar las denominaciones para significar y compartir las experiencias de dolor en cada unidad doméstica. Se centró la atención en registrar esas situaciones más allá de los datos incluidos en la caracterización del sistema local de atención. A continuación, un ejemplo en relación a cómo las UD describen estos aspectos.

“Fue una madrugada de febrero, de febrero del 2013 que se despertó (su esposo) porque le

7 En relación a las prestaciones vinculadas al subsector privado de atención, agregamos que hay dos consultorios médicos, un laboratorio de análisis clínico y un consultorio odontológico en la localidad de La Merced donde también relevamos una oficina de PAMI en la cual se realizan tramites, autorizaciones y consultas médicas dentro del sistema de seguridad social.

8 El único centro de salud periférico con medico a cargo es el de La Higuera; es empleado formal del Ministerio y su especialidad es de clínica médica. En relación a la estructura, todos tienen al menos un consultorio y en función del equipamiento, cumplen con los requerimientos de los servicios de enfermería, ya que esta prestación se realiza en el 100% de los centros de salud (turnos mañana y tarde en el 75% de los centros). Los servicios de clínica médica y obstetricia (a cargo de licenciadas en obstetricia) se realizan por ronda sanitaria en los centros periféricos (pudimos identificar periodos de hasta 40 días sin visita médica) y, como prestación adicional, sólo el establecimiento de Balcosna tiene odontología. En todos los centros de salud del primer nivel relevamos sistema de radio, equipamiento e insumos para la realización de curaciones, control de presión arterial, realización de nebulizaciones y equipamiento para control de niño sano (ej: balanzas pediátricas).

dolía mucho la mano, tenía como adormecido el brazo, paso una noche re mal y al otro día ni los cordones se podía atar, yo le ate los cordones” (UD3. Diciembre 2015).

Los malestares o padecimientos registrados en las tres UD fueron agrupados de acuerdo a lo que tenían en común. Un primer grupo contuvo las apariciones esporádicas de dolor (sobre todo musculares u óseos) y, las urgencias o episodios imprevistos, que sucedían dentro de las UD (picaduras de alacranes, abejas u otros insectos, cortes en la piel, golpes y accidentes con maquinaria). El segundo, incluyó prácticas vinculadas a los sistemas locales de atención en relación a controles previstos o ‘habituales’ (sobre todo en niños y embarazadas) y el tercero, incorporó acciones de diagnóstico y tratamientos para enfermedades de tipo crónicas que se inscriben en la cotidianidad de las unidades domésticas por periodos prolongados de tiempo. Las enfermedades crónicas presentes en tres UD fueron artrosis, erisipela, diabetes y trombopenia.

“El doctor me dijo que por la artrosis tenía que caminar como haciendo ejercicio, yo le dije que caminaba en la loma para buscar las cabras, le conté como era, a qué hora nos despertábamos, pero me dijo que así no sirve; que teníamos que ponernos zapatillas y salir en línea recta despejados, calculando el tiempo. También le dijo a mi esposa de hacer *fisio* en la espalda (se ríe), pero no nos sirve subirnos al colectivo, saltar por los pozos de la ruta, hacer *fisio* y volver en el mismo colectivo” (UD1. Marzo 2015).

Todos los malestares están narrados en función del hacer (trabajo productivo, doméstico o comunitario) y del contexto (mundo rural-agrario). Se relevaron asociaciones directas entre la carga laboral y el desgaste producido durante el proceso de trabajo, haciendo énfasis no solo en la manipulación de los agroquímicos sino en el uso excesivo de la fuerza corporal y la intensificación del trabajo familiar. Un ejemplo es el límite que pone la artrosis en la rodilla en uno de los miembros de una unidad doméstica a la administración del número de cabras (majadas de entre 50 y 70) ya que las tareas de manejo de los rodeos dependen de la capacidad física de quien asume esa tarea dentro de la UD. O en otro caso:

“Mi marido ya no puede andar a caballo en la loma para cuidar la hacienda. Tuvimos que hacer un acuerdo a porcentaje con un peon para que nos cuide los animales, al final dudamos sobre cuantas vacas se pierden en el campo. Él (en relación al marido), por el problema en los huesos, no puede andar como antes” (UD3. Junio 2015).

En general, una situación de dolor, modifica el desarrollo cotidiano de la UD. Algunas veces, esta se resuelve dentro de las viviendas (a través del uso de hierbas medicinales o medicamentos indicados en otros momentos) pero, en la mayoría de los casos, se recurre al sistema de atención médica (público y privado a través del uso de obras sociales).

En todos los casos, a la aparición del signo o síntoma (dolor), le siguió la consulta y la concreción de una serie de prestaciones médicas que se realizan recorriendo distancias que varían entre los 2 y 90 Km. asumiendo costos de transporte, de alimentación, el pago de coseguros y la compra de medicamentos. Acompañar durante el trabajo de campo estas situaciones permitió dimensionar los alcances de estas prácticas en términos económicos y de reorganización de la vida cotidiana en la casa y en la finca.

“El colectivo pasa a las seis de la mañana, hace mucho frio en La Higuera. Me dijo que tiene que apurarse en la ciudad para poder hacer todos los tramites y tomarse de nuevo el colectivo de las once. Sino tiene que esperar al otro día. Prepara en la canasta un montón de cosas para vender, dulces, quesillo, empanadillas ... me dijo que, sino las vende, se las regala como presentes a las secretarias de los doctores” (Notas de campo. Agosto 2016)

Todas las personas entrevistadas (incluidas aquellas que no formaban parte de la unidad doméstica) reconocen los establecimientos asistenciales presentes en el espacio local. Se pone en valor positivo el atributo de cercanía, pero se manifiestan adjetivos negativos respecto a la atención por falta de profesionales, de equipamiento o de insumos (principalmente medicamentos).

“¿Atenderse acá? No, acá no hay forma, ni remedios se consiguen. Ahora tengo que comprar los remedios, porque no nos da la obra social. En el hospital de Balcosna la médica nunca está y, en La Merced no sabemos, así que no nos arriesgamos. Vamos directo a la ciudad” (UD2. Enero 2017).

En efecto, es la falta de médicos, de ambulancia, de insumos y de equipamiento lo que opera en la desvalorización del subsistema público de atención por parte de las unidades domésticas. La realidad en torno al sistema local de salud, conduce a construir estrategias domésticas de atención centradas en deslocalizar la atención médica, recurriendo a otras localidades, regiones o departamentos, poniendo como valor social la disponibilidad de obra social, aunque su uso involucre los mismos problemas y dificultades que el sistema público de salud (colas para hacer trámites, turnos que no se respetan, pagos de co-seguros, altos costos para la compra de medicamentos, gastos de manutención en la ciudad, etc.).

Discusiones y Comentarios Finales

La población con la que trabajamos explica de diferentes maneras sus propias búsquedas de salud. En general, los padecimientos o malestares remiten a las categorías diagnósticas de la biomedicina, que se corresponden con el modelo médico hegemónico. Siguiendo el planteo de Eduardo Menéndez, se entiende que son la atención biomédica y el autocuidado, las formas más recurrentes de atención (21).

Los PSEA, como una expresión de las condiciones sociales, económicas y culturales (4), se inscriben en el balance entre el trabajo y el consumo familiar. La accesibilidad al sistema de salud por parte de los trabajadores de la agricultura familiar sólo es posible si las UD despliegan estrategias domésticas de atención a la salud que los involucran desde la diversificación de fuentes de ingreso y de abastecimiento de recursos, hasta el manejo de la organización familiar y extra-familiar.

La posibilidad de lograr atención biomédica, se valoriza como una mercancía dentro de los bienes y servicios que integran las alternativas de consumo familiar. La necesidad de generar ingresos destinados exclusivamente a resolver la atención médica condiciona las actividades diarias sobredimensionando en términos de fuerza corporal los procesos de trabajo que se caracterizan como productivo, doméstico y comunitario.

En este sentido, se destaca nuevamente que los procesos de trabajo (12) exponen el uso permanente de la fuerza corporal en una población adulta integrada por hombres y mujeres de entre 40 y 65 años. La incorporación de tecnología, no aliviana el uso del cuerpo en el proceso de trabajo y la adopción de insumos como fertilizantes y/o plaguicidas generan una sobreexposición a productos de alta toxicidad adquiridos muchas veces en comercios informales con escasa información respecto al uso.

La necesidad de acceder al sistema de salud, aun cuando sea a través del sub sistema público o privado (utilizando una obra social) genera una sobrecarga de trabajo extra a toda la familia. El traslado por un tiempo fuera del ámbito doméstico (ausentándose en términos no solo físicos, sino también de trabajo), demanda recursos económicos y cambios de roles dentro de la UD para reemplazar a quienes no están. La interrelación entre los modelos de atención al cual refiere Menéndez (21) sucede por iniciativa de las propias UD. Esto sobrecarga el trabajo doméstico y reasigna roles en los procesos de trabajo productivo y comunitario.

Las opciones locales de atención biomédicas, dónde la prestación de enfermería y el contacto con la población por parte de los agentes sanitarios es lo más recurrente, son utilizadas por los integrantes de las UD como parte de la red de relaciones extrafamiliares. No hay registros en relación a sus padecimientos ni al seguimiento de tratamientos indicados por el sistema de salud en un espacio geográfico diferente (Ej. Ciudad de Catamarca o San Miguel de Tucumán). Tampoco se encontró un correlato estadístico de estos aspectos a nivel departamental o provincial.

Para finalizar, se remarca una vez más que la composición del sistema de salud en lo local y el desajuste entre las prestaciones que ofrece y el conjunto de padecimientos que atraviesan las familias, representa en parte los sentidos incluidos en la demanda de mejor atención en salud del FONAF. La contextualización de las necesidades que propuso el FONAF en el año 2006, a través de la realización de diagnósticos de salud (3), debería promoverse en el marco de abordajes más integrales para el análisis de los PSEA en los cuales sea la determinación social de la vida en el campo, el eje que oriente algunas de las respuestas.

Bibliografía

1. OCHOA, Verónica; HERRERA, Isolina. 'El acceso a la salud' en sector de la agricultura familiar: Los usos del monotributo social y la re-significación de la demanda colectiva en el espacio rural-local. En *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP 3 al 5 de diciembre de 2014 Ensenada, Argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, 2014.
2. OCHOA, Verónica. El Foro de la agricultura familiar y el análisis de las demandas de acceso a la salud. *Alternativa. Revista de Estudios Rurales*, 2015, vol. 2, no 4.
3. FONAF. Lineamientos generales de políticas públicas orientadas a la elaboración de un plan estratégico para la agricultura familiar. 2006.
4. MENÉNDEZ, Eduardo L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 2005, vol. 1, p. 9-32.
5. SCHIAVONI, Gabriela. Describir y prescribir: la tipificación de la agricultura familiar en la Argentina. *Las agriculturas familiares del Mercosur. Trayectorias, amenazas y desafíos*, 2010, p. 43-60.
6. HOCSMAN, Luis. Campesinos y productores familiares, en el desarrollo territorial rural en Argentina. Paradigmas y horizontes políticos, aportes al debate. En *VIII Congreso Latinoamericano de Sociología Rural, Porto de Galhinas, Brasil*. 2010.
7. FERNANDES, Bernardo Mançano. Quando a agricultura familiar é camponesa. *A questão agrária no Brasil: interpretações sobre o camponês e o campesinato*, 2013, vol. 1, p. 309-328.
8. CRAVIOTTI, Clara. La agricultura familiar en Argentina: Nuevos desarrollos institucionales, viejas tendencias estructurales. *Agricultura familiar en Latinoamérica: Continuidades, transformaciones y controversias*, 2014, p. 175-204.
9. SOVERNA, S.; BERTONI, L. La transición en las políticas públicas para la agricultura familiar Argentina de los programas a la nueva institucionalidad. *XVII Jornadas Nacionales de Extensión Rural y IX del Mercosur*, 2014, p. 1-16.
10. PAZ, Raul Gustavo; JARA, Cristian Emanuel. Censos y registros de la agricultura familiar: esfuerzos para su cuantificación. 2014.
11. ARIZA, Marina; OLIVEIRA, Orlandina de. Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de población*, 2001, vol. 7, no 28, p. 9-39.
12. LAURELL, Asa Cristina. La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1993, vol. 2000, p. 13-35.

13. STARFIELD, Barbara. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson. 2001.
14. MENENDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? En *Alteridades*, 4, 71-72.1994.
15. KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Univ of California Press, 1980.
16. MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 1988, vol. 30, p. 451-464.
17. HAMMERSLEY, Martyn; ATKINSON, Paul. *Etnografía: métodos de investigación*. Paidós,, 1994.
18. INDEC. Censo Nacional de Población. Año 2010.
19. RIBEIRO, Gustavo Lins. Poder, redes e ideología en el campo del desarrollo. *Tabula rasa*, 2007, no 6, p. 173-193.
20. BIAGGI, Cristina; CANEVARI, Cecilia; TASSO, Alberto. *Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre las mujeres rurales en la Argentina*. Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos, Buenos Aires (Argentina). Proyecto de Desarrollo de Pequeños Productores Agropecuarios. 2007.
21. MENÉNDEZ, Eduardo L. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar 2009.