

‘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

Autoras:

Ochoa Verónica. Secretaria de Agricultura Familiar. ochoave@gmail.com

Herrera Isolina. Secretaria de Agricultura Familiar. isolinaherrera@hotmail.com

Resumen

Este trabajo propone una reflexión respecto a las demandas que el Foro Nacional de la Agricultura Familiar (FONAF) plantea desde el año 2006 y las respuestas institucionales promovidas por el estado en términos de políticas públicas. Puntualmente, se considera ‘el acceso a la salud’ como demanda colectiva y como un aspecto de ‘vida’, que refiere a las posibilidades de desarrollo de las familias en el medio rural en un contexto de ‘acumulación por desposesión’ (Harvey, 2004).

El análisis y la reflexión hará referencia a la implementación del monotributo social para la agricultura familiar en la región centro-este de la provincia de Catamarca, haciendo hincapié en un proceso de institucionalización de la necesidad (acceso a la salud) a través de un sistema de seguridad social que (a modo de hipótesis) promueve la des-territorialización de la vida en el ámbito rural-local.

En este sentido, se sostiene a priori que las prácticas vinculadas a la salud-enfermedad-atención que desarrollan los agricultores familiares, reconfiguran el espacio social, planteando desafíos que interpelan la situación del sector en términos de ‘sub-alternidad’ dentro del sistema productivo actual.

Introducción

Las reflexiones incluidas en este trabajo forman parte de discusiones iniciales orientadas a analizar el acceso a la salud en zonas rurales y a incorporar de la perspectiva de los sujetos sociales en las definiciones de los procesos de salud-enfermedad-atención.

El análisis de caso al cual se hará referencia, incluye los ejes del sector organizado de la agricultura familiar y su impacto en la región centro-este de la provincia de Catamarca, bajo propósito de reflexionar en clave de proceso histórico la demanda de políticas públicas integrales, como un proyecto de incidencia que guarda en principio una '*visión de futuro*' (Zemelman, 2007).

Las apreciaciones y comentarios remiten a una serie de entrevistas realizadas a pequeños/as productores/as del Departamento Paclín y una evaluación del monotributo social bajo formato de grupo focal.

Como punto de partida consideramos '*el acceso a la salud*' como demanda colectiva y como un aspecto de '*vida*', que refiere a las posibilidades de desarrollo de las familias en el medio rural, en un contexto de avance del capitalismo caracterizado por lo que David Harvey llama '*acumulación por desposesión*' (Harvey, 2004).

Destacado esto, organizamos la ponencia teniendo en cuenta: 1) El Foro de la Agricultura Familiar como un espacio de participación identificado con la producción agropecuaria a pequeña escala, 2) El '*acceso a la salud*' como un aspecto de demanda colectiva, 3) El Monotributo Social para la Agricultura Familiar como herramienta de política pública que responde a la demanda y 4) Reflexiones que podrían considerarse a la hora de discutir las características de los procesos salud-enfermedad-atención en el medio rural.

1. El Foro de la Agricultura Familiar, reseña de origen y participación en Catamarca

El surgimiento del Foro de la Agricultura Familiar (FONAF) como un actor que integra organizaciones de pequeños productores en todo el país, se relaciona con los procesos de expansión global del capitalismo y con el rol que ha tenido el estado en Argentina respecto al sector agropecuario y a las diferentes entidades que lo representan.

La transformación que generó la implementación de políticas neoliberales en las décadas del ochenta y noventa promovió, entre otras cosas, un proceso dual de crecimiento económico y aumento de la desocupación y pobreza rural (RodríguezBilella y Tapella, 2008).

Frente a un escenario de vulnerabilidad social y a través de la ejecución de políticas específicas, se implementaron una serie de programas financiados por organismos

internacionales para reducir los niveles de pobreza; entre ellos, el Programa Social Agropecuario (PSA), Programa de Desarrollo para el Noroeste Argentino (PRODERNOA), Programa de Desarrollo para el Noreste Argentino (PRODERNEA), PRO HUERTA, Cambio Rural, Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR).

La característica general de los mismos, fue la producción de alimentos para autoconsumo (a través de créditos o subsidios), alternativas de comercialización local y acciones de cooperación y gestión local que (en ciertos lugares) fortalecieron procesos socioorganizativos.

En esa trayectoria se apoyó la conformación del FONAF, como un proceso que cobró entidad a nivel nacional a partir de la influencia de la Reunión Especializada de la Agricultura Familiar (REAF) en el marco del MERCOSUR, la realización de plenarios nacionales promovidos por el estado nacional y el ‘conflicto por la 125’; ya que las posiciones respecto a las retenciones móviles provocaron rupturas entre las organizaciones vinculadas inicialmente a Federación Agraria y las que no lo estaban.

En el plenario nacional realizado en Mendoza en el año 2006, las organizaciones presentes reconocieron el impacto del modelo de acumulación para construir una demanda colectiva centrada en una política integral que que ‘*los inserte*’ en el mercado, ‘*los reconozca*’ como sujeto social y a priori ‘*los territorialice*’ en sus propios espacios.

“La agricultura familiar es una forma de vida y una cuestión cultural, que tiene como principal objetivo la reproducción social de la familia en condiciones dignas, donde la gestión de la unidad productiva y las inversiones en ella realizadas es hecha por individuos que mantienen entre sí lazos de familia, la mayor parte del trabajo es aportada por los miembros de la familia, la propiedad de los medios de producción (aunque no siempre de la tierra) pertenece a la familia, y es en su interior que se realiza la transmisión de valores, prácticas y experiencias” (FONAF, 2006:9)

En términos programáticos, el FONAF anunció que “alentar la agricultura de base familiar con medidas claras de promoción revertirá el proceso de despoblamiento y pérdida de más de 100 mil productores durante la última década, para lo cual es necesario resolver problemas estructurales como el acceso a la tierra, el agua, recursos naturales, infraestructura, comercialización, vivienda, salud, educación, servicios sociales y arraigo de jóvenes en el campo” (FONAF, 2006)

A partir de un diagnóstico que colocó al sector en condiciones de marginalidad respecto al desarrollo agropecuario, las demandas se dirigieron al estado en términos de

“políticas diferenciadas para la agricultura familiar” (FONAF, 2006:26) que recorren condiciones estructurales de vida y de producción.

“...es necesario impulsar políticas diferenciales de largo plazo, las cuales deben garantizar el acceso a la tierra, al agua y a los recursos naturales necesarios para el crecimiento, desarrollo y expansión de la agricultura familiar” (FONAF, 2006:26)

La definición amplia que configuro el FONAF de sí mismo incluye “distintos conceptos que se han usado o se usan en diferentes momentos, como son: Pequeño Productor, Minifundista, Campesino, Chacarero, Colono, Mediero, Productor familiar y, en nuestro caso, también los campesinos y productores rurales sin tierra y las comunidades de pueblos originarios” (FONAF, 2006:9). Igualmente y ante la construcción de un sujeto amplio caracterizo esa complejidad a partir de las categorías ‘tipo de productor’, ‘destino de la producción’ (autoconsumo o mercado), ‘residencia’, ‘porcentaje de ingreso extrapredial’, ‘mano de obra familiar’ y ‘empleo de mano de obra’ (FONAF, 2006:11).

Gabriela Schiavonni considera que esos términos “se operacionalizan en cinco dimensiones¹ y que éste aspecto determina en principio formas de representación heterogéneas, con intereses que son asimilables tanto a los de farmers empobrecidos² como campesinos que luchan por la tierra, desplegando estrategias económicas que minimizan el vínculo externo, a través del autoconsumo, el trueque y la comercialización mínima de excedentes” (Schiavoni, 2010:46).

La delimitación sobre principios de capitalización y capital económico impacta (como veremos) en el cómo se resolvió el acceso a la salud.

La creación del Monotributo Social para la Agricultura Familiar, fue en principio una respuesta institucional al planteo del FONAF, ya que se anunció como una herramienta de inclusión a: a) El sistema formal de comercialización (a través de la posibilidad de emitir facturas); b) De seguridad social (por la incorporación como beneficiario/a a una obra social) y c) Previsional (reconociendo aportes jubilatorios). Para los ejecutores de la política:

1 A) Subsistencia, b) Reproducción simple, c) Reproducción ampliada con bajo nivel de capitalización, d) Reproducción ampliada con nivel medio de capitalización y e) Capitalizado con capacidad de reproducción y crecimiento (Schiavoni, 2010:51)

2 Agricultores tecnificados e integrados al mercado que encuentran limitaciones para sostener un proceso de acumulación

“El beneficiario monotributista social es aquella persona que realiza una única actividad productiva y se encuentra en situación de vulnerabilidad social. El monotributista social cuenta con el beneficio que el Ministerio de Desarrollo Social aporta el 50% del componente Obra Social y el Ministerio de agricultura, ganadería y pesca abona el 50% restante. Esto se extiende también al grupo familiar. De esta manera, el beneficiario y su familia tendrán acceso a la cobertura médica establecida para los monotributistas” (www.minagri.gov.ar)

2. La agricultura familiar y el acceso a la salud en el Departamento Paclín

Catamarca tiene 334.568 habitantes de los cuales el 30% se encuentra en localidades con menos de dos mil habitantes y el 50% en los dos municipios más urbanizados de la provincia.

De acuerdo al Censo Agropecuario realizado en el año 2002, son 8050³ las explotaciones agropecuarias familiares (EAPS familiares) distribuidas en las zonas rurales del territorio, su actividad productiva es diversificada y la situación respecto a acceso a servicios básicos varía según las localidades (CNA,2002).

La disponibilidad agua, energía, medios de comunicación y la situación de precariedad respecto al acceso a la tierra son las problemáticas que los integra en un contexto de transformación de la estructura agraria vinculada a procesos de extranjerización de la tierra, la introducción de lógicas empresariales de producción agropecuaria y corrimiento de la frontera agropecuaria.

El Departamento Paclín, conforma la región centro-este de la provincia, tiene 4290 habitantes y se encuentra entre los 50 y 150 Km. de la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca y de San Miguel de Tucumán.

La proximidad a estos centros de población, se asocia a una fuerte relación urbano-rural que también puede analizarse en términos de acceso a servicios (sanitarios, educativos), redes de comercialización y construcción espacios territorialmente más amplios que incluyen otros actores a la realidad rural local.

Los 209 EAP's familiares identificados en Paclín, dan cuenta de perfil productivo vinculado a la actividad ganadera (caprino y bovino), a la producción de zapallo, maíz y a la elaboración de dulces, conservas y artesanías en cuero⁴.

3 Se toma este dato como referencia de contexto

Las 8 organizaciones sociales presentes en este territorio (que participan del FONAF) tienen sus líneas de trabajo centradas en las demandas de actividades productivas específicas y/o administración de recursos asociados a la actividad productiva o la vida de las familias (Ej.: Consorcios de riego, Centros Vecinales para administración de agua potable y Asociación de productores ganaderos y caprinos).

Diferentes diagnósticos y documentos relevados a través de la Mesa Departamental del FONAF en Paclín, permiten creer que los términos de ‘acceso a la salud’ en lo local se asocia a ‘mejor atención’, ‘más recursos’ y ‘mejor infraestructura’. En este sentido, la demanda planteada por el FONAF a nivel nacional parece coincidir con las apreciaciones en lo local.

En relación al sistema formal de atención sanitaria, Catamarca se encuentra distribuida a través de 11 áreas programáticas donde la centralidad de la administración y gestión responden directamente al Ministerio de Salud de la Provincia con injerencia del Ministerio de Salud de la Nación a través de la ejecución de programas sanitarios.

De acuerdo a la información suministrada por la Dirección de Medicina Asistencial del Ministerio de Salud de la Provincia, los centros de salud se articulan según nivel de atención; éstos puede pertenecer al nivel cero, uno, dos y tres (Didoni, 2007)⁵

4Completan la caracterización productiva, la presencia de empresas vinculadas a la producción ganadera, forestales y nogales así como la transformación del territorio a partir de procesos de extranjerización de la tierra para la construcción de cotos de caza y/o grandes emprendimientos turísticos

5 Nivel 0: Establecimientos sanitarios periféricos con servicios de enfermería permanente y visita médica periódica. Nivel 1: Establecimientos sanitarios seccionales con atención indiferenciada en consultorio externo y la posibilidad de disponer de un número limitado de camas para observaciones. Nivel 2: Incluye establecimientos sanitarios distritales (poseen internación indiferenciada, servicio de odontología y servicios mínimos de análisis clínicos) y zonales (poseen servicios de cirugía, clínica médica, pediatría, toco ginecología y servicios básicos para diagnóstico y tratamiento como análisis clínicos, anatomía patológica, hemoterapia, radiología). Nivel 3: Establecimientos sanitarios inter zonales de alta complejidad.

El Departamento Paclín, pertenece al área programática número tres. Integran el sistema un hospital distrital con disponibilidad de camas⁶ para internación⁷, un hospital seccional con servicios de clínica médica y enfermería⁸ y 10 centros periféricos⁹, con servicio de enfermería y cobertura territorial a través de agentes sanitarios.

Respecto al equipamiento, los centros periféricos están abiertos de lunes a sábado por la mañana y la tarde, tienen tensiómetros, termómetros, sistema de comunicación a través de radio y equipos de esterilización (no todos).

Asimismo, el sistema local se integra(a través de derivaciones) a tres centros de salud que pertenecen al tercer nivel de atención en la ciudad de SFV de Catamarca (Hospital Inter zonal San Juan Bautista, Maternidad Provincial y Hospital de Niños). En términos formales, los dos hospitales seccionales (La Merced y Balcosna) están equipados para atender emergencias (ambulancia, cardiodesfibrilador, medicamentos).

El equipo de salud del área, está compuesto por seis médicos (incluye el jefe de área y la directora asistencial), 16 agentes sanitarios, 22 enfermeros y el equipo de salud mental (una psiquiatra y cinco psicólogas).

Completan la atención por servicios en el Hospital de La Merced, personal asignado mediante el pago de guardias; puntualmente son tres médicos, cuatro enfermeras, un odontólogo, un kinesiólogo y una bioquímica ya que ese centro, brinda prestaciones vinculadas al vacunatorio, el laboratorio y rayos.

Descrito esto y como aspecto no menor, el hospital distrital es además el único centro neuro psiquiátrico de la provincia. Para el jefe de área, es “como administrar dos hospitales en uno”, por el servicio de salud mental y clínica médica.

“Hasta hace dos años, todos los pacientes de salud mental de la provincia se derivaban a este hospital porque era el centro de atención de la provincia. El año pasado y por la nueva ley de salud mental cada paciente de salud mental tiene que atenderse en su lugar de origen...Este

6 De las 33 camas de internación, 22 son ocupadas de manera permanente por los/as pacientes internados en el neuro psiquiátrico.

7 Nivel 2

8 Nivel 1

9 Nivel 0

hospital tenía 45 pacientes, actualmente tiene 22 por la externalización. Como el área programática uno (SFV de Catamarca) es quien más pacientes tiene, nosotros tenemos un equipo (una médica, asistente social y el farmacéutico) que atiende en un consultorio en el Hospital San Juan Bautista¹⁰ los días jueves. El Hospital de La Merced asume los costos de la atención y la medicación” (Jefe de Área Programática 3)

En este sentido, el establecimiento ‘centro’ del sistema le imprime al mismo las características propias de una política específica de salud mental que se describe ‘en transición’¹¹ a partir de la implementación de la Ley 22914.

Salvo las tasas de mortalidad y la información respecto a las patologías remitidas al Programa de Vigilancia Epidemiológica¹², es muy difícil acceder a datos que den cuenta de la utilización de los servicios o del perfil sanitario de la población en el medio rural.

Una de las razones, da cuenta del frágil sistema de registros en los centros periféricos (cuadernos de notas llevados de manera personal por enfermeras y/o agentes santuarios, planillas de programas sanitarios y fichas médicas, muchas veces incompletas) y la otra, de los múltiples usos del sistema público y privado de atención por fuera del sistema local.

Un relevamiento inicial respecto a los mecanismos a través de los cuales los/as pobladores de la región centro este de Catamarca concretan la atención biomédica, da cuenta procesos de movilidad social respecto a supuestos de mala salud que prevén traslados a zonas urbanizadas para completar la atención médica (Ochoa y Fernandez, 2011).

Puntualmente, son recurrentes las percepciones de ‘mala atención’ o de ‘servicios insuficientes’ que ponen en funcionamiento prácticas sociales ancladas en una red de relaciones construidas a través del tiempo.

“Nosotros acá en La Higuera no tenemos nada, bueno..si, una posta¹³ con enfermeros que hacen turnos, pero no hay nada, ni remedios ni nada. Por las dudas no vamos a La Merced, nos conviene

¹⁰ El Hospital Interzonal San Juan Bautista es la cabecera del sistema a nivel provincial, asume todas las derivaciones y se encuentra en la ciudad de SFV de Catamarca

¹¹ La Ley Nacional de Salud Mental fue sancionada y promulgada a fines del año 2010. En ella se definen los derechos de las personas con padecimientos mentales (amparados en tratados internacionales) y se establece (como modalidad de abordaje) que el proceso de atención ocurra fuera del ámbito de internación.

¹² Esos datos manifiestan de manera general las consultas registradas en los hospitales locales. Las mismas hacen referencia a enfermedades tipo influenza, diarreas y síndromes febriles.

ir directamente a la ciudad. Ahora tengo a mi marido con diabetes y va directo allá, porque nos quedamos en la casa de mi hija” (Agricultora de la localidad de La Higuera)

“Acá cada pueblito tiene su posta, nosotros tenemos una donde trabajan dos enfermeras y un agente sanitario. Las enfermeras toman la presión, supuestamente ellas no pueden salir a domicilio y si vos estas enferma tenés que ir hasta la posta a que te tomen la presión; y bueno, lo básico, presión, hacer nebulización, te toman la temperatura, algún inyectable que te tengan que hacer y bueno, eso lo hacen ellas, pero tenés que ir hasta allá ... El agente sanitario es el que te informa si viene algún médico especialista así vas a la posta para hacerte ver, buscar los anticonceptivos. Igual no me atienden acá ni en Balcosna donde está el hospital más grande, voy directamente a la ciudad o a Buenos Aires donde viven mis hermanos” (Productora ganadera de Las Lajas)

‘*La vida*’ de familia en el campo, en coyunturas donde no se resuelven esas demandas, se complejiza cuando se visibiliza que las estrategias de subsistencia incluyen arreglos locales respecto al acceso a servicios de educación y de salud.

Cuando se amplía la mirada, se accede en primer medida a la diferenciación de los roles de cuidado, a la conformación de redes comunitarias construidas en pos de garantizar cobertura de servicios y a la composición del ingreso para dimensionar el gasto de la unidad doméstica en torno a las decisiones que toman a partir de un supuesto de ‘mala salud’ y ‘mala atención’.

“El ingreso en el campo no es regular, nosotros hacemos muchas cosas además de las cabras... pero en esta época de seca donde no podemos vender ni quesillo ni dulce porque no hubo leche, guardamos el dinero de la asignación familiar de mi hija por si tenemos que viajar a la ciudad, por si alguien se enferma ya que uno no sabe cuándo puede pasar algo y más con los nietos tan chicos” (Productor caprino de la Localidad de La Bajada)

Esta situación, profundamente arraigada en el medio rural da algunas pistas para comprender el porqué del planteo del FONAF más allá de que las singularidades no se visibilicen en los documentos.

Para el caso analizado, creemos que la condición de extrema vulnerabilidad que conlleva una situación de ‘mala salud’ puede ser una de las razones a partir de la cual el monotributo social para la agricultura familiar se conforma como alternativa, a pesar de que (en lo referente a la atención médica) genera movilidad social y coloca a los sujetos en un campo que incluye otros actores y posiciones.

3. *El monotributo social para la agricultura familiar*

13 En Catamarca, los centros periféricos son llamados postas sanitarias.

En el año 2009 los Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el Ministerio de Producción de la Nación (hoy Ministerio de Agricultura, ganadería y Pesca de la Nación) firmaron el convenio 991/09 estableciendo el alcance del Monotributo social subsidiado para los/as agricultores familiares a costo cero:

“ La Subsecretaria de Desarrollo Rural y Agricultura Familiar, dentro del marco de los objetivos que les han sido asignados auspicia la implementación de un sistema de aporte tributario especial para los productores y sus organizaciones, considerando que el beneficio que genera la producción familiar y la posibilidad de transparentar la comercialización de los productos en coincidencia con un reclamo de los productores familiares, cursado en el Marco del Foro Nacional de la Agricultura Familiar”. (Convenio 991/09).

Puntualmente, la normativa reconoció como beneficios:

- Ingresar a la economía formal, sin ningún costo tributario nacional ya que se encuentra exento según Ley 25865 y Decreto Nro. 806/2004.
- Estar exento de tributar Ingresos Brutos, aunque deben realizar la la declaración jurada correspondiente.
- Jubilarse: quien sea MSA estará exento de realizar los aportes jubilatorios; el tiempo que se encuentre inscripto en el MSA le será certificado a la hora de iniciar sus trámites jubilatorios.
- Tener obra social a libre elección; accedieron a la prestación básica universal (Plan Médico Obligatorio) garantizada para todo el grupo Familiar (titular, hijos y cónyuge).

Se consideró como población meta del monotributoa quien ‘subsiste’¹⁴ a través de la agricultura familiar;esto es: quienes no tiene ingreso extra predial ni obra social; haciendo foco en una política anclada en la caracterización de la pobreza en el medio rural.

En la provincia de Catamarca el Monotributo Social Agropecuario comienza a implementarse en el año 2010 a través la Secretaria de Agricultura Familiar y a septiembre de 2014, son 1737 titulares, de los cuales más de 80 pertenecen al Departamento Paclín.

Tomando esa población, indagamos respecto a los usos que los/as agricultores familiares hacen del mismo sabiendo que el 90% de esa población había manifestado inscribirse por los beneficios de ‘acceso a la salud’.

14 Productor de subsistencia se incluye en la tipología que el FONAF contruye desde el plenario de Mendoza en el año 2006.

Todos/as habían elegido OSPRERA como obra social porque a la limitante de opciones en la provincia¹⁵, se sumaron las valorizaciones que ellos/as (o sus familiares) tenían al respecto, ya que el empleo rural asalariado tiene (a pesar de su fluctuación) cierto impacto.

“Antes teníamos OSPRERA porque mi marido trabajaba bajo libro en la finca del frente, ahora se quedó sin trabajo y no la tenemos... recuerdo que era buena” (productora de la Localidad de Amadores – Paclín)

Ahora bien, ante un diagnóstico colectivo de ‘mala atención’ en el medio local-rural, la institucionalización de la demanda implicó la construcción del campo de la salud en un espacio social amplio, sobre el cual se re-construyen formas diferentes transitar los procesos salud-enfermedad-atención. En este caso y por intervención del sector privado, el acceso a servicios demanda: a) Una fuerte vinculación urbano-rural que, en condiciones de vulnerabilidad, se subestima; b) La interacción de los/as productores/as con otros actores como las obras sociales y los sanatorios y c) Ciertas referencias que dan cuenta del prestigio social de disponer de obra social.

“Para nosotros fue un alivio, pude hacerme todos los estudios que postergaba por no tener dinero, como los huesos y la vista. Nos deja más tranquilos. Si bien vamos a la ciudad para eso, tratamos de organizarnos” (Productor cabrero de La Bajada. Sur del Departamento)

Otro aspecto no menor, fueron las opiniones registradas respecto al porqué se creó el Monotributo Social para la Agricultura familiar. A pesar de haber entrevistado a actuales delegados del FONAF en Paclín, la no vinculación con el colectivo que planteó la demanda es llamativa.

Al respecto, priman las menciones respecto al reconocimiento que el estado realiza de un sector de la actividad agropecuaria ‘*no considerado anteriormente*’. Algunas de las apreciaciones fueron:

“Fue una idea del gobierno” (Productora de la Localidad de La Higuera. Paclín) .

“Al ver tantos trabajadores que no tienen ningún beneficio, creo que por ahí es... al ver mucha gente del campo que realmente no es tenida en cuenta y necesita” (Productora de Villa Noriega. Paclín)

“Siempre veo el canal rural y por ahí pasan del monotributo, ahí hablaba gente del campo que nunca había tenido una obra social y decían que habían trabajado en el campo con sus manos” (Productora de La higuera. Paclín).

15 En Catamarca, sólo OSPRERA y OSPLA aceptan monotributistas social

“Es como que ahora podemos decir, somos alguien, somos monotributistas. Antes éramos para el estado nadie, don nadie, doña nadie. Con el monotributo sos alguien” (Productora de la Localidad de La Higuera. Paclín)”

Como remarcamos, el porqué de la inscripción gira en torno a la disponibilidad de la obra social y a la posibilidad de acceso a la seguridad social que reivindica la condición de ‘precariedad laboral’; un aspecto constitutivo del término ‘agricultura familiar’, por remitir a la utilización de la fuerza de trabajo familiar. Asimismo, la disponibilidad de obra social, reduce el acceso a la salud a la concreción (o no) de prestaciones médicas en territorios más amplios que el espacio local.

“Yo por ejemplo me anote por la obra social, me explico vero que mi marido podía acceder a la jubilación” (Productora de Villa Noriega. Paclín)

“Mi caso fue identico. Obra social y jubilación, soy una mujer de más de 40 años y el poder tener jubilación es todo un tema” (Productora de Palo Labrado. Paclín)

“Marisa (la técnica de la Secretaria) me inscribió y me explico y bienvenido era tener cobertura, porque a veces teníamos que pedir obra social” (Productora La Higuera. Paclín)

“Desde agosto la uso bastante, mi hija tiene problemas de riñones y de corazón, no tuve ningún inconveniente. La mayoría la hace por obra social” (Productora de la Localidad de Villa Noriega. Paclín)

La ‘gratuidad’ de la atención, es un aspecto que salió a discusión en un grupo focal cuando se hizo referencia a los convenios de las obras sociales con los sanatorios, el cobro de plus por determinados profesionales, el precio de las ordenes de consulta y prestaciones y la concreción (o no) de los descuentos en medicamentos.

“..por ahora la estoy usando yo pero a full ¿no?... (risas). La uso bastante. El arancel de la obra social es barato, el problema está en el sanatorio que uno elige. El problema es el convenio con la obra social, en el Sanatorio Pasteur me hacen los estudios de un día para otro, no tengo que levantarme a las cuatro de la mañana ni mendigar un turno pero si hay cosas que el sanatorio (en general) cobra plus sobre todo la primer consulta y eso es bien picante. Escucho que es con todo el mundo, todo lo que pago en la obra social que es un pequeño arancel que no se siente, sí se siente en el sanatorio que es más caro. ¿si pague en la obra social porque tengo que pagar en el sanatorio, porque tengo que pagar en el laboratorio, porque tengo que pagar aparte?, eso es lo que no entiendo. No me reintegran anda. La obra social está bien, porque 10 pesos un bono no es nada, 25 por una resonancia, pero porque cuando voy a pedir el turno al médico me cobran aparte, igual que la consulta con el especialista” (Productora de la Localidad de La Higuera. Paclín)

“Yo fui al doctor Córdoba en la primer consulta y la chica me dijo que tenía que pagar 200 pesos en la primer consulta y después no. Después tuve que hacerme una ecografía que tuve que pagar 10 pesos en la obra social y 14 en el Pasteur. Pero comparado con la atención particular, no es nada” (Productora de Villa Noriega. Paclín)

Como describimos, la atención médica se concreta en la ciudad de SFV de Catamarca, por fuera del sistema público a través de desplazamientos de población que permiten incorporar a la discusión sobre ‘acceso a la salud’ la posición de otros actores.

A priori, nos encontramos con los distintos componentes del sistema público de atención en lo local y en lo regional, con el sistema privado a través de al menos actores (obras sociales, clínicas privadas, cadenas de farmacias) y los/as agricultores familias en sus propias trayectorias.

En este sentido, si partimos del supuesto que a una demanda colectiva puede seguirle una respuesta institucional, creemos que la reflexión teórica y metodológica debe abarcar múltiples dimensiones desde la salud pública y desde los estudios sociales agrarios; la especificidad del caso conlleva evaluaciones puntuales, si lo que se pretende es promover el arraigo y la vida en el campo.

4. Reflexiones respecto la temática

A la hora de caracterizar la demanda colectiva, consideramos como punto de partida las definiciones que el FONAF realizó de sí mismo como actor social, a partir de categorías que remiten a un espacio rural complejo caracterizado por diversos intereses que reconocen al estado como ejecutor de políticas de desarrollo. En sus términos más generales, la agricultura familiar integra la unidad doméstica a la productiva para reproducción social enfatizando la necesidad de incidir sobre los obstaculizadores estructurales (entre ellos el acceso a salud y educación).

Cuando la demanda se dirige al sistema de salud en términos de acceso se considera sólo una de, por ejemplo, los cinco saberes y formas de atención que caracteriza Eduardo Menéndez (Menéndez, 2009).

El autor sostiene que si se parte de los comportamientos de los sujetos y grupos respecto a sus padeceres “encontramos que los mismos utilizarían potencialmente al menos cinco saberes y formas de atención, de los cuales sólo una es la atención de tipo biomédica” (Menéndez, 2009: 31).

Su planteo describe saberes y formas de tipo popular, alternativo, otras devenidas en tradiciones médicas (acupuntura, medicina ayurvédica, etc.) y las formas de autoatención que en cierto modo son las centrales (Menéndez, 2009). En palabras de Menéndez,

“...la autoatención, constituye no sólo la forma de atención más constante y frecuente sino el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar completamente sino se articulan con el proceso de autoatención” (Menéndez, 2009:35)

Indagar este aspecto en el medio rural, implica reconstruir los procesos de salud-enfermedad-atención de las familias más allá del postulado colectivo del FONAF respecto a la ‘accesibilidad’; para poder así reflexionar sobre los alcances y las transformaciones que llevan adelante la ejecución de políticas y programas.

Los testimonios que compartimos dan cuenta de las diferentes prácticas que, enmarcadas en procesos de autocuidado, llevan a considerar las alternativas de atención muy vinculadas al uso de opciones biomédicas de atención.

Arriesgamos en efecto, el postulado de ‘mejor atención’, esconde las particularidades del espacio social, del campo de la salud en el que está inserto, del lugar de subalternidad que ocupan los/as agricultores familiares en un contexto de avance del capital y de las condiciones que tienen (o no) otros/as productores/as que viven el medio rural y que no usan el monotributo social por no conformar su población meta. Sostenemos que ‘la accesibilidad’, como demanda dirigida al sistema de salud invisibiliza no sólo la complejidad del campo de la salud (Bourdieu, 1981) sino la posición de los propios sujetos en ese espacio.

Lo mencionado no pretende en lo más mínimo, invisibilizar las valorizaciones y el impacto que (en términos de representaciones y prácticas individuales/familiares) tiene la disponibilidad de obra social (de hecho y según el caso analizado parece resolver una situación de vulnerabilidad social); por el contrario, reafirma que el no fortalecimiento de las condiciones de acceso a servicios de calidad en lo local, acentúan los principios de migración que impactan en el desarrollo de ‘vida en el campo’, a pesar de la adopción de medidas de coyuntura.

Estimamos que la conformación de los procesos de salud-enfermedad-atención, remiten al menos tres dimensiones de análisis; una es individual, vinculada a las prácticas sociales que en lo cotidiano aluden a situaciones muy sentidas (enfermedades, dolores, etc.) por las familias. La otra es colectiva; en este caso, planteada como un postulado que (exaltando la vida en el campo) des-territorializa las prácticas individuales del sector más vulnerable, desconociendo las improntas de los sistemas públicos en lo local.

La tercera dimensión es la institucional. Para el caso que describimos, da cuenta de un sistema local cuyas características no se vincula a la reproducción de las familias en el

campo, sino a un escenario complejo que pone en relación su conformación histórica basada en una política de salud mental, con una orientación de clínica médica (vía centros de salud periféricos) valorizada como ineficientes por los propios pobladores y pobladoras.

Creemos que abrir interrogantes respecto a las necesidades de salud permite articular procesos políticos amplios; sobre todo si estos reclaman ‘asistencia’ desde un carácter de periferia o exclusión.

Remarcamos que la forma a través de la cual la población en el medio rural construye sus procesos salud-enfermedad-atención están invisibilizadas desde la lógica de programación y ejecución sanitaria.

Los sistemas sanitarios en la zona no incluyen la perspectiva de ningún otro actor social que no sea el estado a través de uno de sus ministerios (Ministerio de Salud) y del discurso médico hegemónico, salvo articulaciones muy puntuales como campañas de prevención o promoción en salud.

De todos los sectores del medio rural, es el menos permeable a la incidencia de organizaciones sociales u otros ámbitos de gobierno. Siguiendo el planteo de Buonaventura Santos de Souza, afirmamos que opera la mono cultura del tiempo lineal, la naturalización de las diferencias (que ocultan jerarquías), la mono cultura de la escala dominante (donde lo particular y lo local no cuenta) y la mono cultura del productivismo capitalista (Santos, 2006).

“Hay cinco formas de ausencia que crea esta razón metonímica, perezosa, indolente: el ignorante, el residual, el inferior, el local o particular y el improductivo. Todo lo que tiene esta designación no es una alternativa creíble a las prácticas científicas, avanzadas, superiores, globales, universales, productivas. Esta idea de que no son creíbles genera lo que la llamo la sustracción del presente, porque deja afuera como existente, invisible, “descredibilizada”, mucha experiencia social. Si queremos invertir esta situación –a través de la sociología de las ausencias- hay que hacer que lo que está ausente esté presente, que las experiencias que ya existen pero son invisibles o no creíbles estén disponibles; o sea, transformar los objetos ausentes en objetos presentes” (Santos, 2006: 20)

Al respecto y más allá del planteo de orden epistemológico que sigue Santos, cuestionar los seis espacios estructurales donde se generan diferentes formas de poder sirven para visibilizar (en sucesivas reflexiones) las potencialidades que puede llenar de sentido el enunciado de una demanda de ‘mejor atención en salud’.

El autor, menciona que los espacios estructurales son: a) Espacio tiempo doméstico, donde la forma de poder es el patriarcado; b) Espacio tiempo de la producción, donde el modo de poder es la explotación; c) Espacio tiempo de la comunidad, donde la forma de

poder es la diferenciación desigual; d) Espacio tiempo estructural de mercado, donde la forma de poder es el fetichismo de la mercancías; e) Espacio tiempo de la ciudadanía, donde la forma de poder es la dominación; f) Espacio tiempo mundial, donde la forma de poder es el intercambio desigual. (Santos, 2006:47)

Descripto esto, el análisis de la situación de salud que podrían realizarse en el marco de una demanda de mejor acceso a servicios en el sector rural, representan un ejemplo y una posibilidad.

Es '*ejemplo*' de cómo desde el estado, se determinan políticas basadas en derechos humanos básicos sin considerar en profundidad ni los particularismos ni las demandas de grupos u organizaciones sociales y es '*posibilidad*' porque en manos de los sujetos sociales del territorio puede abrir un camino de discusión política que realmente cuestione 'el estado desde y con el estado'.

Sin esto, no hay condición de vida que pueda reconocerse en el marco de equidad y derecho; porque las condiciones estructurales de desarrollo capitalista se dirigen a otro lugar prescindiendo de los particularismos y sus demandas.

BIBLIOGRAFIA

- ARELLANO O., ESCUDERO J. y CARMONA, L. (2008): "*Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller latinoamericano de determinantes de la salud. ALAMES*", en Medicina Social Vol 3. N° 4.
- BARTRA, A. (2006): El capital en su laberinto; de la renta de la tierra a la renta de la vida. UACM, CEDRSSA, Itaca. 382 p. ç
- BELLO J, LELLIS, M (2001): Modelo Social de Prácticas de Salud. Comportamientos familiares para el cuidado y la recuperación de la salud. Un aporte a las intervenciones en el nivel local. PROA XXI. Buenos Aires.
- BENDINI, M (2006): "*Modernización y persistencia en el campo latinoamericano*". En Revista ALASRU N° 4. México. Nueva Época.
- BENDINI, M.; TSAKOUMAGKOS, P; DESTÉFANO,B. (2004): "El trabajo trashumante". En Mónica Bendini (Editor). *Campesinado y ganadería trashumante en Neuquén*. Buenos Aires. GESA-Editorial La Colmena. pp. 1-78

- BERTELEER, J; BECERRA, E: (1994): "Implementación de un SILOS y participación social". En CorMed AIS. Volumen 8. Número 1. Bolivia. pp 80-96.
- BOURDIEU (1997) P. Espacio social y espacio simbólico. En: Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama;
- BREILH J. (2002): Epidemiología crítica: hacia un paradigma emancipador e intercultural de la ciencia y el conocimiento". Buenos Aires: Lugar Editorial
- BREILH J. (2002): "Perspectivas políticas sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie", en Rev. Esc. Enferm. USP. Vol 36. N°3. Sao Pablo.
- DIDONI M, ESTARIO JC, WILLINGTON JM, FERNANDEZ, R. (2005): Análisis de los Centros de Primer Nivel de Atención de la Provincia de Catamarca. Rev. Salud Pública.
- ESCOBAR, A (2011): "*Ecología política de la globalidad y la diferencia*", en ALIMONDA, H (coord.) La naturaliza Colonizada. CLACSO – CICCUS Editora. Buenos Aires.
- FERNANDES, Bernardo Mançano. (2009) *Territorio, teoría y política* In: Las configuraciones de los territorios rurales en el siglo XXI ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- FONAF (2006): Documento Base Foro de la Agricultura Familiar. Mendoza.
- HANSON, K (2000): La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. OPS. Harvard Center. Publicación N° 5.
- HARVEY, D. (1990): La condición de la posmodernidad. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- HARVEY, D. (2003): El nuevo imperialismo. Editorial AKAL. Madrid
- LLAMBI, L (2004): "Nueva ruralidad, multifuncionalidad de los espacios rurales y desarrollo local endógeno". En PEREZ, E. y FARHA, M. A (Editor): Desarrollo rural y nueva ruralidad en América Latina y la Unión Europea. Bogotá. Universidad PontificiaJaveriana.
- MACEIRA, D (2007): Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios. Paidós, Buenos Aires

- MARTINEZ NARVÁEZ, G. (1990): “Atención de la salud en el medio rural y en el medio urbano”, Salud Publica. Mexico.
- MANZANAL, M: “*Desarrollo, poder y dominación: Una reflexión en torno a la problemática de desarrollo rural en Argentina*”. En Manzanal, M y Villarreal, F (Ed) El desarrollo y sus lógicas en disputa en territorios del norte argentino. Ciccus. Buenos Aires.
- MANZANAL, M y NEIMAN, G comp (2010): Las agriculturas familiares del mercosur. Trayectorias, amenazas y desafíos. Ciccus. Buenos Aires.
- MENENDEZ, E (2009): De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- MENENDEZ, E (2004): “Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible”. En: Organización Panamericana de la Salud (editor). La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Publicación Científica Nro. 540. Washington DC: OPS; 1992. p. 103 – 122.
- MENENDEZ, E (2005): “*El modelo médico y la salud de los trabajadores*”, en Salud colectiva, n° 1. La Plata. pp 9-32.
- MENENDEZ, E y SPINELLI, H Coord (2006): Participación social ¿para qué?. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- NEIMAN, G (2010): “Pobreza, políticas sociales y desarrollo rural. Algunas evidencias de su relación a partir de la experiencia argentina”. En Manzanal, M y NEIMAN, G. (Editores Las agriculturas familiares del MERCOSUR: trayectorias, amenazas y desafíos. Buenos Aires. Ediciones CICCUS.
- OCHOA, V; FERNANDEZ, R (2011): “Análisis participativo de la situación de salud en el Departamento Ancasti-Provincia de Catamarca”. En Revista de Salud Pública. N° 15. Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Salud Pública. pp 36-47.
- PICCIO, A. (1992): “El trabajo de reproducción, tema central en el análisis del mercado laboral”, en Politiche del Lavoro. N° 16. Italia.
- RIBEIRO, Gustavo Lins (2005): “*Poder, Redes e Ideología en el campo del desarrollo*”. Serie Antropológica N° 383. Universidad de Brasilia.
- RIBEIRO, Gustavo Lins (2009): “*Otras globalizaciones. Procesos y agentes alternativos transnacionales*”. Serie Antropológica N° 423. Universidad de Brasilia (disponible en <http://www.unb.br/ics/dan/Serie423empdf.pdf>)
- SANTOS, M. (1996): A Naturaza do Espacio. Sao Pablo. Editora Hucitex.
- SANTOS, M (1994): “O retorno do territorio”, en Santos, De Souza y Silveira. Territorio: globalizacao, fragmentacao, Sao Paulo, Editora Hucitec.

- SANTOS, Boaventura de Sousa. (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. (Encuentros en Buenos Aires). CLACSO/UBA; Buenos Aires; pp. 108.
- SCHIAVONNI, G. (2010) “*Describir y prescribir: la tipificación de la agricultura familiar en Argentina*”, en Manzanal, M y Neiman, G: *Las agriculturas Familiares del Mercosur. Trayectorias, amenazas y desafíos*. CICCUS, Buenos Aires
- SPINELLI, H (2010): “*Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*”, en *Salud colectiva*, N° 6. Buenos Aires.
- STARFIELD, B (2001): *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. MASSONBarcelona..
- STOLER. Stolen, A: “Transiciones en Sumatra: El capitalismo colonial y las teorías sobre la subsunción”, en *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, n°114. Paris. Año 1987.
- STEIMBREGER, N.; RADONICH, M.; BENDINI, M. (2003): “Expansiones de frontera agrícola y transformaciones territoriales: procesos sociales diferenciales”. En BENDINI, M; STEIMBREGER,N (Editor). *Territorios y organización social de a agricultura. Cuaderno GESA IV*. Buenos Aires. Editorial La Colmena.
- SAUTU, R. (2005): *Manual de metodología*. Buenos Aires. Clacso. Buenos Aires. <http://es.scribd.com/doc/53695725/SAUTU-R-et-al-2005-Manual-de-Metodologia-CLACSO>
- SVAMPA, Maristella (2011): “*Modelos de desarrollo, cuestión ambiental y giro eco-territorial*” en ALIMONDA, H (coord.). *La Naturaleza Colonizada*. CLACSO. CICCUS. Buenos Aires
- TESTA M. (1988): “*Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud*” en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires. Grupo Editor de las Jornadas. p. 75-90
- VILLAR, E. (2007): “Los determinantes de la salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil”, en *Soude Soc. Sao Pablo*, v. 16, n.3, p.7-13.
- WALLERSTEIN, I.(1996). “Geocultura del desarrollo o la transformación de nuestra geocultura” en *DESPUÉS DEL LIBERALISMO*. Madrid. Siglo XXI
- WALLERSTEIN, I. 1996. “El fin de cuál modernidad” en *ImmanuelWallerstein DESPUES DEL LIBERALISMO*. Madrid. Siglo XXI
- ZEMELMAN, H.. (2011). “Implicaciones epistémicas del pensar histórico desde la perspectiva del sujeto” en *Desacatos. Revista de Antropología Social*, núm. 37, septiembre-diciembre. CIESAS; México, D.F.; pp. 33-48

- ZEMELMAN, H. (2002). Necesidad de conciencia. Un modo de construir conocimiento. México. Anthropos Editorial.