

Una aproximación relacional a la salud de lxs productorxs agrícolas de base doméstica durante la pandemia

A relational approach to the health of domestic agricultural producers during the pandemic

Verónica Ochoa y Anahí Sy

Fecha de presentación: 28/10/20

Fecha de aceptación: 29/12/20

Resumen

En un contexto atravesado por la pandemia de Covid-19 en Argentina, el artículo aborda las características de los procesos de salud enfermedad atención (PSEA) en ámbitos rurales/agrarios, desde un enfoque relacional, que recupera el papel central del sujeto como actor social capaz de producir y no solo reproducir la estructura social y de significados, para lo cual es central la identificación de actores y de relaciones que se establecen entre ellas/os. Este artículo propone comprender el conjunto de saberes y prácticas que desarrollan los propios sujetos en sus búsquedas de salud. Puntualmente, compartimos los resultados obtenidos en un estudio de casos realizado entre los años 2013-2016 y durante los meses de agosto-septiembre de 2020, en la región centro-este de la provincia de Catamarca -República Argentina- con productores agropecuarios de base doméstica que participan en el Foro Nacional de la Agricultura Familiar (FONAF). Nuestra búsqueda se orienta a comprender de qué forma el acceso a la atención de la salud se vio afectada en dicho ámbito y cuáles fueron las estrategias domésticas de atención a su salud desplegadas durante la pandemia.

Abstract

In a context traversed by the Covid-19 pandemic in Argentina, the article addresses the characteristics of health-disease-care (PSEA) processes in rural / agrarian settings, from a relational approach, which recovers the central role of the subject as a social actor capable of producing and not only reproducing the social structure and meanings, for which the identification of actors and the relationships established between them is central. This article proposes to understand the set of knowledge and practices that the subjects themselves develop in their health searches. Specifically, we share the results obtained in a case study carried out between the years 2013-2016 and during the months of August-September 2020, in the central-eastern region of the province of Catamarca, with domestic-based agricultural producers who participate in the National Forum of Family Farming (FONAF). Our search is aimed at understanding how access to health care was affected in this area and what domestic health care strategies were deployed during the pandemic. As an initial hypothesis, we propose that the inequities identified before the pandemic have deepened and that the decisions taken by the provincial government to contain it had a local impact, limiting the conditions of

Como hipótesis inicial, planteamos que las inequidades identificadas antes de la pandemia se han profundizado, y que las decisiones tomadas por el gobierno provincial para contenerla impactaron localmente, limitando las condiciones de accesibilidad a los sistemas de salud. En esta situación, las unidades domésticas vinculadas a la pequeña producción agropecuaria, han sufrido una radicalización de los obstáculos de acceso/accesibilidad al sistema de atención de la salud, una sobrecarga en las tareas de cuidado y una profundización de las desigualdades y entre ellas, especialmente las geográficas.

Palabras clave

Covid-19, agricultura familiar, proceso salud-enfermedad-atención, salud colectiva.

Introducción

La redacción de este artículo se lleva adelante en un contexto atravesado por la pandemia COVID-19 en Argentina. De acuerdo a los informes diarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) a noviembre de 2020 y, a las reflexiones de algunos autorxs, se observa un aumento de casos, y, paralelamente “una radicalización de las desigualdades e inequidades y, cierta invisibilidad, de las fragilidades estructurales de los sistemas de salud pública” (Basile, 2020:3558). Siguiendo el planteo del autor, sostenemos que el pensamiento crítico en salud atraviesa una serie de encrucijadas. Entre ellas, la necesidad de trascender una visión centrada en la intervención individual, para abordar un objeto de estudio enfocado en los procesos de salud-enfermedad-atención que los sujetos y sus relaciones sociales generan, en los estilos, modos y patrones de vida.

Asumiendo en parte ese desafío, el artículo aborda las características de los procesos de salud enfermedad atención (PSEA) en ámbitos rurales/agrarios, desde un enfoque relacional “que supere las disputas en torno al papel del sujeto y la estructura (cultura) o, de las representaciones sociales y de las experiencias” (Menéndez, 2009:21). En esta línea, Menéndez (2009) cuestiona aquellos enfoques que orientan las interpretaciones hacia las polarizaciones (local-global, micro-macro social, biológico-cultural, teórico-práctico, etc.) y no hacia las articulaciones. Desde el enfoque relacional, se propone situar a los conjuntos sociales como el eje de la atención de los padecimientos, la identificación de la diversidad de actores y relaciones/articulaciones que se establecen entre ellos, pensando al sujeto como actor/a social que produce y no sólo reproduce la estructura social y de significados. En este marco, el artículo está centrado en comprender el

accessibility to health systems. In this situation, the domestic units linked to small agricultural production have suffered a radicalization of the obstacles to access / accessibility to the health care system, an overload in care tasks and a deepening of inequalities, among them, especially geographical ones.

Keywords

Covid-19, family farming, process of health-disease-care, collective health.

conjunto de saberes y prácticas que desarrollan los propios sujetos en sus búsquedas de salud, aún en situaciones de excepcionalidad.

Puntualmente, compartimos los resultados obtenidos de un estudio de casos realizado entre los años 2013- 2016 y durante los meses de agosto-septiembre de 2020, en la región centro este de la provincia de Catamarca, con productoras agropecuarias de base doméstica que participan en el FONAF.

A fin de actualizar las interpretaciones iniciales¹, se establecieron instancias de trabajo con las unidades domésticas, entrevistando a las informantes claves que se habían definido en la investigación previa.

Como hipótesis inicial planteamos que las inequidades identificadas antes de la pandemia se han profundizado². Las decisiones tomadas por el gobierno provincial para contenerla, impactaron localmente limitando las condiciones de accesibilidad a los sistemas de salud. En este contexto, las unidades domésticas vinculadas a la pequeña producción agropecuaria han sufrido una radicalización de los obstáculos de acceso/accesibilidad al sistema de atención en salud, una sobrecarga en las tareas de cuidado y una profundización de las desigualdades, especialmente las geográficas.

A continuación, describimos brevemente los principales conceptos teóricos, su operacionalización en el marco de este artículo y la propuesta metodológica orientada a la obtención de datos durante el trabajo de campo. Finalmente se presentan los resultados y la discusión, a la luz de las estrategias domésticas de atención en salud.

Marco teórico-metodológico

El desarrollo de la salud colectiva tiene sus raíces en el sur global. Se trata de un campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto salud en un marco de interdisciplinariedad (Paim y Almeida Filho, 1999). En sintonía con esa producción teórica, entendemos a la salud como un proceso que se realiza en la dimensión general de la sociedad, en

¹ Interpretaciones que se desprenden 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 por la Mgter Verónica Ochoa para obtener el título de Doctora en Estudios Sociales Agrarios (CEA-UNC).

² De acuerdo a los datos relevados después del 2016, las medidas vinculadas a la pandemia se concretaron en un contexto local marcado por el deterioro en la calidad de vida de las familias en el campo. Solo considerando el índice de inflación del año 2019, el impacto de la crisis se tradujo en bajos niveles de ingresos provenientes del empleo formal extra predial, aumento de los costos de producción en relación a la compra de insumos, aumento del costo servicios agropecuarios (labranza, henificación, etc.) y disminución del ingreso por venta de los productos primarios (considerando el rol que tienen los intermediarios para fijar precios dentro de las cadenas productivas presentes en el Departamento Paclín). A este escenario, se sumó el aumento en la tarifa de los servicios públicos (luz, agua y gas), del transporte, de los combustibles, y el incremento en el costo de los medicamentos y la eliminación del monotributo social agropecuario. El sector de la agricultura familiar puso en valor la política, como una opción que les permitía desarrollar prestaciones médico asistenciales a través del subsector privado de salud (Ochoa y Herrera, 2014).

la dimensión particular de los grupos sociales y en la dimensión singular de los individuos y de su cotidianidad (Breilh, 2003).

El devenir de lo general, particular y singular en las determinaciones sociales de la salud y de los modos de vivir, enfermar y morir, nos desafía a un estudio de la gravedad de una enfermedad epidémica en un contexto particular, de una población particular, pero entrelazado a un sistema mundo que se considera totalizante y universal en el campo de la salud. (Basile, 2020: 3559)

Desde esta perspectiva, la idea de proceso se relaciona con la/s enfermedad/es y la atención en un sentido amplio que es preciso delimitar. Puntualizamos que 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” (Menéndez, 1994:71). Sus componentes son parte de un sistema que debe ser entendido a partir de sus relaciones (Kleinman, 1980) y para eso es necesario describir y comprender los procesos terapéuticos (individuales y colectivos) destinados a la búsqueda de la salud. Metodológicamente, tal como lo plantea Menéndez (2009), partir de los comportamientos de los sujetos y los grupos en relación a sus padeceres, nos permitirá identificar la diversidad de saberes y prácticas de atención desplegadas por las personas, las cuales incluyen a la medicina oficial o biomedicina, entre otras estrategias alternativas.

En este sentido, ponemos el acento en los ámbitos domésticos, familiares y comunitarios y en las “estrategias domésticas de atención” a la salud; concepto que hemos adaptado del original “estrategias domésticas de consumo” propuesto por Patricia Aguirre (2006). En nuestro caso lo usamos para referir a las prácticas desplegadas en el ámbito de la unidad doméstica para tener acceso a la atención y cuidado de la salud. Esto es: la diversificación de los ingresos para poder costear los gastos que esta implica; el recurso a diversas alternativas hasta lograr la recuperación de la salud y la re-organización doméstica y familiar a fin de asegurar la reproducción de la vida cotidiana. Lo cual implica en muchos casos la auto-explotación de algunos de sus integrantes para garantizar el cuidado y la atención de la salud de otros.

Respecto al recurso a la medicina oficial, de manera analítica, distinguimos entre acceso y accesibilidad (Starfield, 2001) a los servicios de salud, lo que permite avanzar tanto sobre la composición y la distribución de los recursos sanitarios disponibles en el espacio (acceso), como también en el uso y las valoraciones que los sujetos y los grupos, hacen de esos recursos (accesibilidad).

Ahora bien, en función del sujeto o grupo social sobre el cual giran las interpretaciones, ponemos el énfasis en la agricultura familiar, como un sector de la producción agropecuaria que se caracteriza por la integralidad de la unidad doméstica y productiva, en la cual el trabajo familiar prima sobre otros recursos como la tierra y la maquinaria (Paz y Jara, 2014).

En esta línea, el trabajo agrario-familiar está atravesado 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 manceras) y un alto uso de fuerza corporal, como parte de las estrategias de adaptación y resistencia a los cambios en la estructura agraria.

Para profundizar la descripción de la agricultura familiar en el nivel micro, recurrimos al concepto de Unidades Domésticas (UD) como grupo residente compuesto 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 (Ariza y Oliveira, 2001).

Los resultados que presentamos fueron obtenidos a partir de un trabajo de campo realizado de manera constante entre los años 2013 y 2016. La presencia en el área de estudio nos permitió identificar las organizaciones existentes (10), tomar contacto con las familias que las integraban y determinar los criterios que definieron un trabajo en profundidad con tres UD. Los criterios de selección atendieron a la adscripción de las UD a un espacio de participación como el FONAF, el desarrollo de una actividad agropecuaria y el lugar de residencia de la familia y de la finca (sur, centro y norte del Departamento Paclín).

Los relatos registrados permitieron construir interpretaciones de gran riqueza y profundidad que se completaron con datos obtenidos sobre la situación actual, durante los meses de agosto y septiembre de 2020. Recurrimos a entrevistas telefónicas y se enviaron formularios electrónicos con preguntas abiertas y cerradas³, en el marco de las medidas de aislamiento y distanciamiento social tomadas ante la pandemia por Covid-19. Las dimensiones de análisis que priorizamos en esta etapa fueron la disponibilidad actual de obra social, la identificación de los centros de salud (antes y durante la pandemia), los motivos de las consultas médicas durante las diferentes etapas del aislamiento social, las formas de resolver el abastecimiento de medicamentos, las necesidades de salud que afrontaron entre marzo y septiembre de 2020 y las percepciones sobre los cambios que atraviesan las unidades domésticas que habitan.

Esta complementación de los datos nos permite presentar de qué manera la pandemia de coronavirus afecta especialmente a los productoras agropecuarias de base doméstica, que han permanecido especialmente invisibilizados en las grandes narrativas de la pandemia.

Caracterización del área de estudio

La provincia de Catamarca forma parte de la región noroeste de la Argentina. Tiene una superficie de 102.602 Km², 367.828 habitantes y una densidad poblacional de 3.8 ha/km² (INDEC, 2010). Su 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.

³ Completaron el instrumento 13 productoras de tipo familiar que, en algún momento de sus trayectorias de participación, formaron parte del FONAF. En esta oportunidad se pudo registrar algunas de las características que tuvieron sus PSEA durante la pandemia.

El departamento Paclín tiene una superficie de 985 km², una población de 4125 habitantes y una densidad poblacional de 4.4 hab/km² (INDEC, 2010). Es recorrido en toda su longitud (sentido N-S) por rutas pavimentadas que representan la columna vertebral sobre la cual se asientan la mayoría de las poblaciones y localidades. Las distancias y los accesos desde Paclín a las capitales de las provincias limítrofes como centros urbanos, permiten una interacción urbano-rural como aspecto de identidad. Las localidades de San Fernando del Valle de Catamarca, Valle Viejo, Alberdi y San Miguel en Tucumán, o La Banda y la capital en Santiago del Estero, se configuran como lugares de referencia en términos productivos (proveedoras de insumos), comerciales (destino de la producción primaria) y afectivos, originados en la migración y posterior radicación de algunas familias⁴. En términos sociales y productivos, la caracterización del área de estudio advierte la existencia de transformaciones marcadas por el desarrollo capitalista en el agro. Nos referimos con esto a un espacio social en el cual se recrean al menos dos modelos de desarrollo (Ribeiro, 2007). Uno vinculado al avance del capital en el sector agropecuario⁵ y, el otro, a la permanencia de pequeñas explotaciones de tipo familiar con arraigo local y participación social⁶.

Se trata de productorxs que realizan ganadería (bovina y caprina), agricultura (zapallo, pasturas, hortalizas, frutales) y agroindustria artesanal. Sus 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.

Dentro de las explotaciones agropecuarias de base doméstica, se identifican tres procesos de trabajo: productivo, doméstico y comunitario. El primero, que 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 fitosanitarios (sin atención en las prácticas de uso y manipulación), 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), utiliza 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

⁴ En el año 2005, el Ministerio de Producción de la provincia presentó la Regionalización Socio productiva de la Provincia de Catamarca. En esa oportunidad llamó influencias polares a ese tipo de intercambio.

⁵ Integrado por 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

⁶ Entre los años 2013 y 2016 eran 10 las organizaciones presentes en el Departamento Paclín. 305 familias participaban (a través de algún integrante) de esos espacios.

el espacio para la comercialización (Ej: Las cajas son trasladadas a pie hasta las paradas de colectivo).

El trabajo doméstico tiene que ver con el mantenimiento de la vida cotidiana y el bienestar de lxs 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 la limpieza de las viviendas, el acarreo del agua, el lavado de ropa (a veces a mano) y las acciones de cuidado.

Por su parte, el proceso de trabajo comunitario, requiere el uso de la misma fuerza corporal que caracteriza la producción dentro de las UD. En líneas generales, la impronta del trabajo productivo y doméstico se recrea en los ámbitos de participación colectiva. Se observa una extensión de la jornada laboral en lo comunitario como una forma de resolver el acceso a insumos, tecnología y microcréditos.

La dependencia laboral, entendida como ingreso extra predial fijo, es un aspecto relevante respecto al mantenimiento de las UD, en tanto, la diversificación de las fuentes de ingreso permite orientar las necesidades de consumo de las familias (entre ellas el acceso a la salud). Dentro de las UD, pudimos delimitar un ingreso predial (el que proviene del trabajo en el predio del productor) y otro extra predial, derivado del trabajo asalariado fuera de la finca y/o del ingreso que adquieren las UD como beneficiario/a de Asignación Universal por Hijo (AUH), o del sistema de jubilaciones y pensiones a nivel nacional o provincial.

En términos cuantitativos, el ingreso fijo no es el más importante; sin embargo, opera sobre este una valoración altamente positiva vinculada a la estabilidad, la planificación, la previsibilidad (en determinado día del mes) y la vinculación con el sistema de seguridad social. Cuando la fuente de ingreso proviene del empleo asalariado, el acceso al sistema biomédico está atravesado por el uso de obras sociales⁷.

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 queso 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 (Juan⁸. Enero 2015)

Los destinos del ingreso fijo dentro de las UD son el pago de los servicios (principalmente luz⁹), gastos de transporte, gastos vinculados a la atención en salud, la compra de alimentación (principalmente harinas y productos perecederos) y aquellos gastos destinados a subsidiar la compra de insumos y/o servicios para la producción agropecuaria.

⁷ Entre los años 2010/2018 y con la ejecución del MSA, la disponibilidad de obra social también queda asociada la ejecución de políticas sociales.

⁸ Las citas fueron extraídas de las entrevistas con informantes claves, el nombre es de fantasía para preservar su identidad

⁹ El servicio de agua se paga a través de los Centros Vecinales. Se trata de montos bajos que generalmente no están incorporados en la planificación económica de las familias. Respecto al gas, se compra gas envasado y se utiliza la leña como insumo para cocinar o calefaccionar las viviendas.

En este artículo colocamos el foco en tres unidades domésticas para obtener información en torno a sus experiencias de acceso a la salud, esto es, los PSEA desarrollados durante la primera etapa de la pandemia.

La primera UD con la que trabajamos, de “Los González”, está integrada por cinco miembros, dos de ellos niños. Se dedican a la producción caprina, de artesanías y a la elaboración de dulces y confituras que venden en 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 UD, de “Los Pérez”, 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 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.

Por último, la tercera UD, de “Los Martínez”, también está compuesta por un matrimonio con dos hijos que viven en Catamarca, localidad en la que se instalaron para realizar los estudios de nivel secundario. 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.

Las tres UD tienen obra social, las dos primeras como beneficiarias del monotributo social agropecuario y, la tercera, porque uno de los miembros es empleado público.

Estrategias domésticas de atención en salud

Los modos de atención que predominan en el sector de la agricultura familiar son la biomédica y el autocuidado o autoatención. La forma de atención biomédica ocurre con más frecuencia en los centros urbanizados (capitales de departamento) a través del uso del subsistema público, del subsistema privado y el de seguridad social. Por otro lado, la forma de atención que Menéndez (2009) define como autocuidado, ocurre en el ámbito local-doméstico-comunitario.

Las interpretaciones realizadas en un escenario pre-pandemia indicaban que una situación de dolor modifica, en la mayoría de los casos, el desarrollo de las rutinas cotidianas de la UD. Situaciones como la citada en el siguiente relato dan cuenta de ello:

Hace dos o tres años tuve un ataque tremendo, tenía que llevar a la cama un tacho grande con hielo para poder poner ahí lo pies. Me bajaba de la cama solo para poner los pies en esa agua helada con malva y tusca¹⁰. Metía los pies ahí de noche, pero no sabes

¹⁰ Es una especie muy frecuente en el norte argentino. Los pobladores la utilizan “como depurativo de la sangre” si la ingieren como infusión ó “para mejorar el aspecto de la piel” cuando es preparada para aplicaciones externas.

cómo me dolía entre que sacaba los pies de la cama y los ponía en el tacho. Me tenían que llevar alzada al baño. La ampolla por lo general me aparecía, pero después desaparecía, pero la última vez que me agarro fuerte, por ir a querer sacar un palo, me hinché, se armó una ampolla y me quedó una cicatriz. (Cristina González. Noviembre 2015)

En los registros obtenidos durante el trabajo de campo, destacamos que, en general, los malestares registrados fueron 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.

Un día amanecí jodido, pero tenía que juntar zapallo todo el día porque había venido un camión de Corrientes con acoplado. Anduvimos de acá para allá buscando para completar la carga. (Jesús Pérez. Mayo 2015)

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 co-seguros y la compra de medicamentos. En las tres UD que acompañamos con mayor profundidad, observamos cómo el conjunto de saberes y prácticas que le dan sentido a los PSEA, se organizan sobre una serie de patologías crónicas insertas en la cotidianidad del trabajo productivo, reproductivo y comunitario. A modo de ejemplo, las tres UD que acompañamos con mayor profundidad, están atravesadas por acciones de diagnóstico y tratamientos biomédicos de artrosis e erisipela (UD1), diabetes (UD2) y trombosopenia (UD3).

El médico me dijo que por la artrosis tenía que caminar, yo le dije que caminaba en la loma para buscar las cabras, le conté cómo 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. (Juan González. Marzo 2015)

En la provincia de Catamarca, el subsector público de atención, se encuentra dividido territorialmente en 12 áreas programáticas donde la centralidad de la administración y la gestión responde directamente al Ministerio de Salud de la Provincia con injerencia del Ministerio de Salud de la Nación a través de la ejecución de diferentes programas sanitarios.

El departamento Paclín pertenece al área programática número tres. Integran el subsector público de atención, un hospital distrital con disponibilidad de 57 camas para internación¹¹, 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 14 agentes sanitarios. En relación a las prestaciones vinculadas al subsector privado de atención, hay dos consultorios médicos, un laboratorio de análisis clínico y un consultorio odontológico en la localidad de La Merced, donde también relevamos una oficina del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) en la cual se realizan trámites, autorizaciones y consultas médicas

Todas las personas entrevistadas reconocen los establecimientos asistenciales presentes en el espacio local. Se pone en valor positivo el atributo de cercanía, pero manifiestan adjetivos negativos respecto a la atención por falta de profesionales, de equipamiento o de insumos (principalmente medicamentos). 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 quienes integran las unidades domésticas.

Las representaciones en relación a los sistemas locales de salud fundamentan sus propias prácticas; esto es, la construcción de 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 involucra los mismos problemas y dificultades que el sistema público de salud (colas para hacer trámites, turnos que no se respetan, pagos de coseguros, altos costos para la compra de medicamentos, gastos de manutención en la ciudad, etc.).

Respecto a la dinámica y composición familiar, es fundamental el rol que adquieren lxs hijxs y hermanxs que viven en los centros urbanos, porque garantizan la estadía de lxs integrantes de las UD ante eventos que involucran su salud. La forma en la que las UD resuelven la atención biomédica depende en parte de las acciones de las hijas (rol feminizado) en relación a los trámites, el alojamiento y la contención de los padres, acciones que están enmarcadas en las estrategias de cuidado.

La división sexual del trabajo responde a estereotipos de género. El trabajo productivo agroganadero es realizado por varones (ej. las cabras) y el agregado de valor a la producción primaria, es elaborado por todxs los miembros de las UD's. Respecto al trabajo doméstico, está feminizado en la mayoría de los casos.

En relación con esto, cuando se trata de la finca o de los animales, lxs entrevistadxs utilizan el término "cuidar". En este sentido, el cuidado de lxs enfermxs, es realizado por las mujeres y el cuidado de los animales, los cultivos y la casa, se traslada a los varones a pesar del tiempo que le destinan las mujeres a la huerta, las gallinas, la atención de los cabritos, la elaboración de artesanías y la administración de las explotaciones agropecuarias.

¹¹ Datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas y Censos de la Provincia de Catamarca. Año 2011.

La auto explotación de las UD se concentra en dos tipos de acciones: aumentar el ingreso o reducir gastos. La necesidad de trabajar más, está presente en las tres unidades domésticas de manera recurrente. Cuando necesitan incrementar el ingreso, obtienen trabajos esporádicos vinculados a lo rural (ej: desmontes), elaboran productos para vender y/o comercializan parte de la producción destinada al autoconsumo (ej: carne).

Los PSEA en el marco del COVID-19

En relación al conjunto de medidas vinculadas a la pandemia por Covid-19, destacamos que la provincia de Catamarca transitó 103 días sin casos positivos, con decisiones gubernamentales que –al igual que en el resto del territorio nacional– restringieron la circulación, centrando el discurso biomédico en el reordenamiento de los recursos sanitarios para hacer frente a la pandemia. El 12 de marzo de 2020, el gobierno de la provincia de Catamarca comenzó a disponer de medidas orientadas a restringir la concentración y circulación de población. A la suspensión de eventos religiosos y académicos, se sumaron los eventos deportivos, la suspensión de las clases, las actividades del sector público provincial, etc. En relación a los controles de tránsito y circulación, éstos comenzaron a partir del 18 de marzo, dos días antes del anuncio nacional en relación al aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Un análisis general en relación a esto, pone de relieve la construcción de un hospital en el sur de la capital provincial, la reorganización por turnos de los recursos humanos que integran el subsistema público de atención y una serie de inversiones en insumos y equipamiento, entre los que se destaca el laboratorio central de análisis de muestras.

En el marco de la jurisdicción que incluimos en este artículo, puntualizamos que los casos de Covid-19 en Paclín (2) se registraron durante la primera quincena de octubre, a partir de los contactos estrechos identificados por el brote de Covid-19 en el servicio penitenciario ubicado en el departamento Capayan.

Conforme al modo como se realizó el ordenamiento territorial, desde marzo, cada municipio (a través de COE's locales) determinó medidas de restricción complementarias a las provinciales (Ej. cierre de caminos alternativos de acceso y circulación). Claramente, quienes transitaban enfermedades crónicas con tratamientos periódicos, vieron limitadas las condiciones de accesibilidad al sistema ya que las medidas de distanciamiento y las restricciones de circulación, tomadas de manera intermitente durante más de siete meses, redefinieron los patrones de sociabilidad, de consumo y de vida de la población rural. Y sobre todo la continuidad de tratamientos médicos.

Ninguna de las personas entrevistadas durante los meses de agosto y septiembre de 2020, asistió a un establecimiento sanitario durante los primeros meses de la pandemia. La utilización

del sistema local de atención, se centró de manera excepcional en alguna prestación de enfermería como el control de la presión arterial¹².

En relación a las fuentes consultadas para este trabajo, quienes tienen acceso a la localidad de La Merced (cabecera del departamento), pudieron realizar recetas y comprar medicamentos en la farmacia localizada al lado del establecimiento. Uno de los informantes claves no pudo continuar su tratamiento porque el medicamento no estaba ingresando a la provincia y, al menos siete de los productoras, debieron recurrir a la red de relaciones extra familiares para resolver la demanda fuera del área de estudio.

A través de un conocido con permiso para circular, pudimos comprar los remedios en la ciudad, sin receta. Nos salió un poco más caro, pero fue la forma de resolverlo. Al médico volvimos en agosto pagando un viaje porque no había colectivo, cuando pasamos por segunda vez la fase 1, en el mes de agosto (Cristina. Septiembre 2020).

Las respuestas relevadas en relación a las necesidades de salud, indican que las mismas no pudieron resolverse entre marzo y septiembre de 2020. Hacemos referencia a la suspensión de tratamientos (odontológicos y de artrosis), la no realización de controles de rutina (clínicos y ginecológicos) y la imposibilidad de realizar análisis de laboratorio.

Nosotros no viajamos más a la ciudad, Jesús no está viendo a la endocrinóloga desde el año pasado, gracias a Dios no pasó nada. Con Marisa (la hija), pudimos arreglar para que cada tanto nos mande los remedios. (Zulma Pérez. Octubre 2020)

En relación a las acciones de autoatención, identificamos la consolidación de una dinámica familiar diferente; en todos los casos, las UD ampliaron su número de integrantes. Las hijas pasan un tiempo en el hogar que antes no tenían, se redefinen los roles y prácticas de cuidado en relación a la limpieza, la elaboración de los alimentos y el abastecimiento de los mismos, estos fueron los cambios más recurrentes en esta etapa.

Como las clases se suspendieron antes, los chicos estuvieron en casa desde el principio. Nosotros estábamos acostumbrados a estar solos y a arreglarnos en la comida solos. En un momento, hasta la novia de mi hijo estaba instalada en casa. Nos arreglamos, pero yo terminé muy cansada todos los días. (Karina Martínez. Julio 2020)

¹² Los 10 establecimientos sanitarios periféricos, solo cuentan con servicio de enfermería permanente y los dos Hospitales presentes en el territorio disponen de atención médica con profesionales que se trasladan desde la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca para prestar servicios en la zona.

En relación a la provisión de alimentos, quienes no producen carne la pudieron conseguir a valores por debajo del mercado en la zona. Distinta es la situación en relación a la provisión de hortalizas si la familia no realiza producción para autoconsumo. El valor de las verduras se incrementó, así como el valor de los productos de limpieza y almacén, principalmente la harina y el azúcar.

En relación a las actividades productivas, el desarrollo de la ganadería marcó cierta normalidad hasta el mes de septiembre, cuando lxs productorxs necesitaron suplementar con maíz. La compra de forraje se realiza a través de asociaciones (formales y no formales) que vieron limitada su capacidad de gestión durante la pandemia por precio y disponibilidad de transporte.

La actividad agrícola registró dificultades durante los meses de marzo, abril y mayo, por las limitantes de acceso a los insumos, principalmente las semillas (los establecimientos que comercializan estos productos estuvieron cerrados en la capital). A su vez, quienes realizan agroindustria artesanal, no avanzaron en la producción porque no accedieron a espacios alternativos de comercialización.

Reflexiones finales

Desde nuestra perspectiva, el estado de excepcionalidad que impone la pandemia no puede invisibilizar “el devenir de lo general, lo particular y lo singular de las determinaciones sociales de la salud y de los modos de vivir, enfermar y morir” (Basile, 2020:3559).

Junto a otrxs pensadorxs vinculadxs a la medicina social y salud colectiva, Breilh (2020) enfatiza que los PSEA se realizan sobre base territorial (vinculada a una espacialidad) y social. Los PSEA y la determinación social de la salud, están atravesados por los modos de vida típicos que se reproducen en un territorio. Para el autor, esto puede abordarse a través cinco dimensiones en las cuales podemos observar modos y patrones comunes de trabajo, de consumo, de organización social, de construcción de identidades y de relación con los ecosistemas (Breilh, 2020).

Los modos y las formas de trabajo familiar-doméstico y comunitario que atraviesan al sector de la agricultura familiar, así como los usos que hacen de las diferentes formas de atención, da pistas sobre los perfiles epidemiológicos y su impacto en la reproducción social de sus propias vidas. Si a ello le sumamos el relevamiento trimestral de datos que realizan los propios agentes sanitarios en el territorio, entendemos factible la previsibilidad de acciones posibles en pos de fortalecer los sistemas locales de salud con decisiones de gestión contextualizadas a las dinámicas de cada lugar.

La declaración de la pandemia por el SARS-CoV-2 desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las consecuentes medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio, adoptadas por Argentina a partir del mes de marzo de 2020, están generando transformaciones sociales en las relaciones y vínculos que conllevan un impacto importante en la estructura de desigualdad social, incrementada en el país durante los últimos años. De hecho, la dispersión geográfica de la

población representa una matriz de desigualdad sobre la cual se reproduce una serie de inequidades; muchas de las cuales repercuten de manera profunda en los PSEA construidos por los sujetos en los escenarios rurales y/o agrarios.

En este marco complejo, coexisten múltiples dificultades de acceso a los servicios de salud, prestaciones y medicamentos. Estas dificultades conllevan interseccionalidades (Couto, 2019) entre la procedencia social, étnica o de género y la situación de salud, en contextos epidemiológicos regionales signados por la coexistencia de enfermedades infecciosas reemergentes (tuberculosis, chagas mazza, dengue o enteroparasitosis) con dolencias crónicas como la diabetes y la enfermedad cardiovascular.

Los dispositivos gubernamentales locales en relación a la pandemia (Ej. Coe's) solo radicalizaron las medidas nacionales y provinciales, invisibilizando las consecuencias de la pandemia en cualquiera de los modos y patrones que Breilh (2020) incluye para revisar las consecuencias de la pandemia en los contextos locales particulares; esto es, a nivel de las unidades domésticas y su espacio comunitario donde se resuelve y se atiende a la mayor parte de los problemas.

La configuración de comités de expertos de emergencia sin la representación de otros actores, como trabajadorxs, productorxs, etc. "habla de la selectividad estratégica del estado a la hora de gestionar la pandemia" (Basile, 2020:12). Retomando la encrucijada de abordar un objeto de estudio centrado en los sujetos y en las relaciones sociales, ¿podremos pensar desde lo local sistemas de salud y protecciones sociales que sean capaces de cuidar, proteger y sanar para "ciudadanizar"? (Basile, 2020).

Lista de referencias

- Aguirre, P. (2006). *¿Qué comen los argentinos que comen?* Buenos Aires, Ed. Miño y Dávila.
- Ariza, M., & Oliveira, O. D. (2001). Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de población*, 7 (28), 9-39. México. Universidad Nacional Autónoma de México y El Colegio de México.
- Basile, G. (2020). La tríada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. La Plata. *Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.*
- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 937-951. Universidad Andina Simón Bolívar.
- (2020). COVID-19: determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos (Ensayos). Universidad Andina Simón Bolívar.
- Couto, MT. Oliveira, E. Separavich, MAA. Luiz, OC. (2019): La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15:e1994. Sao Paulo. Instituto de Salud Colectiva. Universidad de Sao Paulo.

- Dirección de Estadísticas y Censos de la provincia de Catamarca (2011). Establecimientos estatales con y sin internación, por tipo, según departamento y municipio. Recuperado de <https://www.estadistica.gob.ar/bancoDatos.php>.
- INDEC (2010). Censo Nacional de población, hogares y vivienda. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-999-999-10-000-2010>.
- Kleinman, A. (1980). Pacientes y curanderos en el contexto de la cultura: una exploración de la frontera entre la antropología, la medicina y la psiquiatría (Vol. 3). California. Prensa de la Universidad de California.
- Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 4(7), 71-83. Universidad Nacional de México
- (2009). De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (pp. 311-311). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Ochoa, V., & Herrera, I. (2014). 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. *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.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. M. D. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Brasil. Universidad Federal de Bahia.
- Paz, R. G., & Jara, C. E. (2014). Censos y registros de la agricultura familiar en Argentina: esfuerzos para su cuantificación. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Sede Ecuador.
- Ribeiro, G. L. (2007). Poder, redes e ideología en el campo del desarrollo. *Tabula rasa*, (6), 173-193. Brasilia. Universidad de Brasilia.
- Starfield, B. (2001). Equidad en salud y atención primaria. *Gerencia y políticas de salud*, 1(1). Universidad Javeriana.

Cita recomendada

Ochoa, V. y Sy, A. (2021). Una aproximación relacional a la salud de lxs productorxs agrícolas de base doméstica durante la pandemia. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (8). 102-117. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32877> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación

(revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las autoras

Verónica Ochoa

Argentina. Doctoranda en Estudios Sociales Agrarios (CEA-UNC). Disciplina: Estudios sociales agrarios. Investigadora. Trabaja en el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación. Correo electrónico: ochoave@gmail.com

Anahí Sy

Argentina. Doctora en Ciencias Naturales. Disciplina: Salud colectiva. Docente de grado y posgrado Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Investigadora Independiente CONICET. Correo electrónico: anahisy@gmail.com

