

## **X JIDEEP Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional.**

Grupo de Trabajo GT 1 "Desafíos y reflexiones del Trabajo Social en torno a las determinaciones sociales de la salud colectiva"

Produciendo luchas por la tierra y la salud

**Vanesa Ana Vieira**

[vieiraanavanesa.84@gmail.com](mailto:vieiraanavanesa.84@gmail.com)

LECyS-UNLP

**Lucia marruedo**

luciamarruedo@hotmail.com

UNLP

**Cabrera, Alejandra**

UNLP

**Etcheverry, Samanta**

UNLP

### Resumen

En la presente ponencia se pretende abordar una de las tantas problemáticas que sufren las mujeres productoras del cordón hortícola de La Plata. Se quiere dar cuenta de las dificultades que existen en cuanto a la accesibilidad a la salud, cómo esta situación se agrava, por su condición de mujer y clase trabajadora.

Esta investigación recortará para el análisis, a las mujeres trabajadoras de la tierra del el Cinturón Hortícola Platense más precisamente Abasto en la ciudad de La Plata en el año 2016. La misma es de corte cualitativo utilizando para la recolección de datos los relatos de productoras que representan a su comunidad y sus saberes siendo a su vez pertinentes para nuestra investigación. Esto es posible ya que una de las integrantes del grupo realiza su proceso de práctica pre profesional en la Unión de Trabajadores de la Tierra UTT en Abasto en el marco de la cátedra Trabajo Social V.

Nos posicionamos desde la perspectiva que entiende a la salud como un derecho universal, como algo integral, enfatizando que no basta con garantizar una obra social y la presencia de unidades sanitarias para ser efectivas la atención a la salud.

Palabras claves: Accesibilidad-sector rural -género

A continuación se analizar la accesibilidad a la salud por parte de las mujeres productoras del cordón hortícola del barrio Abasto de la Ciudad de La Plata.

Para llegar a este nudo problemático debemos realizar un análisis de la población que consideramos se ve afectada por la falta de accesibilidad, las condiciones de vida, laborales, de género, el origen territorial y social de los sujetos, todas ellas categorías transversales de nuestra temática a investigar.

Para llevar a cabo el análisis hemos realizado un recorte de la realidad de las personas que habitan en zonas quinteras del cordón hortícola de la Ciudad de La Plata, centrándonos en el relato de mujeres productoras.

Consideramos pertinente la elección de esta temática, debido a la invisibilización que sufre el sector. Esta realidad se nos presenta como un desafío, ya que es la primera

vez que ahondamos en la temática, pero se trata también de un aporte a nuestra disciplina.

Metodológicamente llevaremos a cabo esta investigación a través de observaciones participantes y entrevistas semi estructuradas. En el marco de talleres semanales a los que asistimos, realizamos allí observaciones, registros y entrevistas. Es necesario aclarar que entendemos que el método no es neutro, pues no se trata sólo de investigar sino de recuperar la voz y subjetividad de cada actorx para poner en escena esta problemática que queda invisibilizada.

### **Luchas que continúan:**

#### **Entre el derecho conquistado en lo ideal y la inaccesibilidad en lo real**

Partimos de la convicción de que salud es un proceso que involucra a la enfermedad y atención, que la concibe como un proceso social, colectivo, multideterminado, atravesado por tensiones, resistencias y relaciones de fuerza inherentes a las tramas de poder que se manifiestan en y entre los diversos grupos sociales.

Como mujeres y futuras trabajadoras sociales estamos convencidas que la categoría género tiene que ser transversal a cualquier área en la que estemos trabajando. La unidad de análisis de estos trabajos son mujeres, y no es casual que la gran mayoría de las usuarias que se acercan al centro de salud del barrio en el cual nos centramos, sean mujeres, sostenemos que este fenómeno tiene relación principalmente con las representaciones sociales como la de mujer-cuidadora.

Consideramos que las maneras de enfermar de las mujeres y los hombres se dan de manera desigual. Attardo afirma que para pensar las intervenciones hay que considerar los determinantes diferenciales por género de los procesos salud-enfermedad que impactan en varones y mujeres de manera particular. Tener en cuenta este nivel de diversidad nos permite pensar intervenciones efectivas y que no corran el riesgo de reproducir relaciones asimétricas de poder.

Para situarnos creemos pertinente contar brevemente quiénes son las productoras, Ellas son hermanas bolivianas que a diario se aventuran en la búsqueda de mejores oportunidades laborales y mejores condiciones de vida, muchas son desocupadas, como afirma Marx *“La otra cara de la concentración-centralización del capital es la creación del ejército industrial de reserva, población excedente relativa”* (citado por Sebares 2012, pág.31) producto de la lógica capitalista, que enmarca un mercado laboral signado por una desocupación estructural. La mayoría están contratadas en condiciones de informalidad y forman parte de la Economía Popular. Como integrantes de dicha economía, son un sector totalmente invisibilizado y no reconocido como trabajadoras, siendo precarizadas y despojadas de sus derechos como trabajadoras.

Esta precarización también se expresa en la lógica de “unidad familiar-unidad productiva” siendo que es el núcleo familiar en su conjunto quienes venden su fuerza de trabajo, por lo que se denomina “trabajo a destajo”, es decir, una paga vinculada al porcentaje de lo producido y efectivamente vendido -altamente inestable y sujeto a los riesgos de la producción-. A su vez, gran parte de lxs medianerxs, bajo una supuesta relación asociativa entre productorxs, Lemmi (2011) reconoce que en ciertas ocasiones entre quienes comparten una tierra se generan relaciones desiguales de producción en la que una de las partes asume un rol de representación del dueño del capital y sus intereses. Esto da origen a la figura predominante de “porcentajero”, quien recibe la paga por porcentaje de lo producido y utilización de insumos ajenos.

Otra situación que se desprende de esta precarización y que a su vez es propia del sector, es que una de las herramientas de trabajo es el uso de agrotóxicos producto del modelo de producción de alimentos de los agrotóxicos y el agronegocio. Este modelo

de producción imperante tiene profundos impactos en la salud de lxs productorxs, así como de sus consumidores al ser altamente nocivos tanto para el cuerpo como para la naturaleza.

La manipulación de agrotóxicos puede causar cáncer, intoxicación, malformaciones, daños en el cerebro, esterilidad, irritación en la piel, lesiones en el hígado, cataratas, etc. Según relatos de las mujeres que participan de la organización ocurrieron varios casos de intoxicación e incluso la muerte por algún tipo de accidente con los mismos. Es por esto que la organización (UTT) impulsa una serie de talleres denominados “Las buenas prácticas de salud” y se dictan por el equipo de salud que pertenece a la Mutual Senderos (obra social).

La cantidad de horas de trabajo, las malas posturas, el trabajo a destajo, hacen que empeore su situación de salud. Sumado a que su condición de mujer cumplen una triple jornada laboral en el trabajo, en la casa y el eventual cuidado de los niños y ahora también se encuentran organizadas en la UTT.

Partimos de comprender a la salud como un derecho al que todxs deberíamos acceder independientemente de nuestra situación económica, raza, religión, género, edad etc. Es un proceso, por el cual se llega; un estado salud considerada como calidad de vida resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores, entre otros: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación (...) *el derecho a la salud significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.*” (Czeresnia 2006, pág.6). Coincidiendo con esta perspectiva consideramos a la salud como un proceso integral, histórico y complejo; y que dicha complejidad incluye a ciertos determinantes que son necesarios para garantizar un estado que tienda a mejorar las condiciones de salud.

Entendemos que existen desigualdades que determinan los procesos de salud-enfermedad y que engloban tanto las acciones sociales como individuales. Es por ello que creemos importante destacar la categoría de complejidad, pensando en la totalidad donde se hace necesario realizar mediaciones a la hora de pensar el fenómeno que se nos presenta en lo inmediato como si fuera el problema en sí como por ejemplo, una enfermedad como puede ser el Chagas.

Por otro lado consideramos que la salud debe ser entendida como una meta colectiva, es decir lxs productorxs en este modelo de producción imperante, el cual afecta de manera directa la salud, no dejando posibilidad de elegir mejorar sus condiciones de vida; no son libres de elegir qué comer, hacer una dieta nutritiva, de elegir cómo cultivar y relacionarse con la naturaleza, de qué manera educarse y recrearse. Al posicionarnos desde un enfoque de derechos, los cuales son inherentes a todxs por el solo hecho de ser humanos, nos permite ir tras un horizonte de lucha por garantizar su cumplimiento y esa meta, entendemos que no es individual, sino que se vincula con lo colectivo. La búsqueda de la salud es un proceso de lucha por saldar tales conflictos a los cuales nos enfrentamos en la vida cotidiana. En este sentido entendemos que el aporte del Trabajo Social es central, ya que el/la profesional en tanto trabajador asalariado, interviene en este campo de lucha por mejores condiciones de vida y de trabajo, cuestión que enmarca el deber de un único garante: el Estado.

Otro punto relevante que se vincula con la accesibilidad es uno de los principios básicos de la atención primaria de salud, la cual parte de la declaración de Alma Ata que afirma que la asistencia sanitaria esencial debe estar puesta al alcance de todxs. *“Todos los países que pretendan fortalecer sus sistemas de atención de salud, acercando la atención de salud de las personas que viven en áreas rurales independientemente de su género, edad y grupo étnico, situación social o religión.”*(OPS, 2007)

La realidad que enmarca las condiciones de vida de las mujeres del sector se caracteriza por estar segregadas socio-espacialmente y atravesada por malas condiciones laborales, con extensas jornadas laborales, exposición a productos tóxicos como los agroquímicos, entre otros. Una problemática del sector es el no acceso a las tierras propias, esto hace que sus viviendas están construidas precariamente sin posibilidad de proyectarse a futuro en las mismas, sumado a que los ingresos son los más bajos de toda esta cadena de producción.

Entendemos que poder analizar la situación planteada en términos de accesibilidad nos permite realizar un análisis más abarcativo, separándonos de la culpabilización de lxs sujetxs por su condición.

De acuerdo a lo planteado por Comes: *“La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población.”* (Comes y otros 2006, pág.202). Poder pensar en estos términos nos habilita a problematizar que esta realidad no solo es así por condiciones geográficas, sino que las barreras se dan en términos económicos, culturales, simbólicos, etc. Es decir, que la accesibilidad también depende del “diálogo” o relación que hay entre la población y/o usuarixs y los servicios de sistema de salud en este caso.

Entendemos la accesibilidad como un vínculo que se construye, entre los sujetos y los servicios, teniendo presente las dimensiones simbólicas, prácticas, saberes, imaginarios.

Las autoras, afirman que ese concepto se presenta como acotado, debido a que existen otros determinantes que hacen al proceso vincular entre los usuarios y los servicios de salud.

Acordamos con esta línea ya que entendemos la accesibilidad como una relación que no depende solamente de los servicios o de la buena voluntad de los profesionales, sino que el carácter relacional depende también de la participación de los sujetos, la comunidad *“la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”* (Comes y otros 2006 pág.202).

Al estar en esta organización social vemos la posibilidad de poner en juego el concepto accesibilidad ya que encontramos allí pistas para poder analizar lo que trae la autora sobre las barreras, que se manifiestan al momento de acceder a los servicios de salud, en este sentido, otra potencia que encontramos en este centro de práctica es que la intervención en ámbitos comunitarios nos permite poder aportar, reflexionar, promover, herramientas que permitan las *“transformaciones tanto colectivas como singulares”*. (Attardo 2011)

Pawlowicz y otros, afirman que *“Para determinadas poblaciones la accesibilidad a los servicios de salud se complejiza.”*

Teniendo en cuenta los relatos de las trabajadoras de la tierra, las mismas sostienen que otra de las barreras de acceso son los problemas con las redes vinculares, es decir, situaciones de la vida cotidiana que les impide ir, por ejemplo quedar al cuidado de sus hijos, falta contención familiar para seguimiento de algún tratamiento; y las situaciones laborales como, largas jornadas de trabajo (de sol a sol), que conllevan por ejemplo a superponerse el general horarios matutinos y sólo en algunas ocasiones a la tarde. Cabe destacar que para el caso de la obra social de productores que funciona en la UTT, la médica clínica es la única que atiende tanto en el turno mañana como tarde, pero a su vez, esto lleva a que la misma esté sobredemandada.

Otra de las cuestiones por la que está sobredemandada, es porque la barrera cultural entre la médica perteneciente a la obra social Senderos, no existe, ya que la misma está inserta en la dinámica de la comunidad, abierta a la escucha y el diálogo con lxs usuarixs y lo que es aún más relevante es que conoce la comunidad.

Es así, que el equipo de salud lleva a cabo, sensibilizadxs por las enfermedades típicas que afectan al sector, talleres de promoción y prevención de la salud como, *“El taller de agrotóxicos y salud”* y *“Preparados alternativos al agrotóxico”*, entre otros.

Consideramos que las condiciones laborales y de vida de las mujeres del sector, nos permite reflexionar sobre el concepto accesibilidad anteriormente definido, respecto a los servicios de salud debido a que en este caso, hay que tener en cuenta las barreras que se interponen ante el encuentro con dichos servicios, como menciona Comes, barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales.

Teniendo en cuenta el relato de las mujeres, de acuerdo a sus experiencias por los hospitales del centro de la ciudad, desde una mirada fragmentada, los profesionales del sistema de salud tienden a individualizar la situación, culpándolas por olvidos de turnos, descuidos a la hora de cocinar (intoxicación por manipulación de agrotóxicos), discontinuidad en los tratamientos, entre otros, no teniendo en cuenta, por ejemplo que para llegar a la primera unidad sanitaria, una de las mujeres manifiesta tener que caminar 1 hora reloj por caminos de barro quinta adentro, para recién llegar a la ruta, y como si fuera poco, la frecuencia del transporte sólo cumple horarios escolares. Es por este motivo, que nos posicionamos desde esta mirada integral de la salud, necesaria en cada una de las intervenciones.

### **Consideraciones finales**

Tal como venimos planteando a lo largo del presente trabajo, consideramos pertinente sostener un enfoque integral y de derecho del proceso salud-enfermedad; entendemos que el mismo es parte de un proceso que se construye y re-construye de manera colectiva.

Consideramos que es indispensable para nuestras futuras intervenciones como Trabajadoras Sociales, esta mirada para abordar cualquier situación que se nos presente en el cotidiano del ejercicio profesional.

En dichas intervenciones la perspectiva de género crítica, habilita a desentrañar las relaciones de poder ocultas que enmarcan los vínculos, estableciendo los roles, recargando toda la responsabilidad del cuidado sobre la madre, obstaculizando el acceso a determinados servicios.

Es por ello, que creemos pertinente preguntarnos y re-preguntarnos en el quehacer profesional y cotidiano, ¿Por qué es necesario abordar cada intervención desde una perspectiva crítica de género? Y en base a ello, ¿Qué potencialidades tiene dicha incorporación? ¿Qué horizontes habilita? ¿Cómo las condiciones género pueden habilitar o inhabilitar la accesibilidad a los servicios de salud?

Es así que entendemos, que la categoría de género y accesibilidad, en términos de salud no pueden ser pensados de manera aislada. Sino desde una relación dialéctica. Así la pregunta que queremos dejar plasmada es ¿Cómo serían las intervenciones que incorporen la propuestas aquí presentada?

*“La transformación es esperable, deseable y también posible en un horizonte que supone el respeto a los derechos humanos de todas las personas. El compromiso es insoslayable, el camino es arduo y transcurre en el inevitable acontecer histórico que va marcando los pasos necesarios hacia la construcción de una salud colectiva.”*

*Jimena Lafit*

## Bibliografía

- Attardo, Clara (2011). "Por qué incluir la perspectiva de género en el campo de la promoción de la salud ". En: Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Disponible en <http://saludypsicologia.com/wp-content/uploads/2012/02/05-Psicolog%C3%ADa-de-la-Salud-Epidemiolog%C3%ADa-yPrevenci%C3%B3n.pdf>
- Comes, Y. y col. (2006). "El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios". En: Anuario de Investigaciones Volumen XIV: 201-201. Facultad de Psicología. UBA Buenos Aires
- Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: "Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias". Czeresnia D y Machado de Freitas C. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires
- Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: "Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias". Czeresnia D y Machado de Freitas C. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires
- Diderichsen, Finn, Evans, Timothy y Whitehead, Margaret. (2002). "Bases sociales de las disparidades en Salud". En. Desafío a la falta de equidad en salud. Parte I. Págs 12-25. Publicación científica N°585. OPS/OMS. Washington
- Longo, R.; Moschella, R.; Pawlowicz, M. P.; Zaldúa, G. (2011). "Significaciones y prácticas de las y los trabajadores de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona sur de la Caba". III Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de investigadores en psicología del Mercosur, UBA, ISSN 1669-5097. pp. 129-132
- OMS (2007) "Derecho a la salud". Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- Stolkiner, Alicia (2010) Derechos Humanos y derecho a la salud en América Latina: La doble faz de una idea potente En: Medicina Social Año Académico 2016 Página 7 v.5(1):89-95. Disponible en [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info).