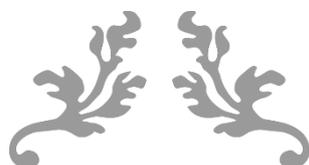




UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY
Jujuy. Rep. Argentina

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

TÉSIS



**SITUACIÓN DE SALUD EN EL LOTE EL PUESTO DE SAN PEDRO DE JUJUY:
RELEVAMIENTO DE ENFERMEDADES, DETERMINANTES Y PERCEPCIONES
DE LA SALUD**



CARRERA: Licenciatura en Educación para la Salud

DIRECTOR: Dr. Fernando Sadir

ALUMNO: Quiroga, Paola Esther

E-mail: polyyyq@gmail.com - pquiroga@sedesanpedro.unju.edu.ar

L.U.No: E – 7603

San Pedro de Jujuy, 2023

ÍNDICE

CUADROS, IMÁGENES	2
AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	5
Salud	7
Proceso Salud- Enfermedad	8
Percepciones de la Salud: Cultura, Salud y Enfermedad	9
Salud y trabajo	9
Determinantes de la Salud	11
1. <i>Biología humana:</i>	13
2. <i>Ambiente:</i>	13
3. <i>Estilo de vida:</i>	14
4. <i>Organización de la atención sanitaria:</i>	14
Determinantes ambientales: Concepciones sobre determinantes ambientales	15
Contaminación medioambiental	15
Contexto socio económico	16
Vivienda	16
Servicio de Agua	17
Agua Potable	17
Determinantes culturales de la salud	17
Cultura y salud	17
Estilos de vida	18
Determinantes Sociales de la Salud	19
Modelo Holístico	21
Concentración de la propiedad de la tierra: San Pedro y La Esperanza	25
Institucionalidad	27
El proceso reciente de expansión de San Pedro y La Esperanza	28
Vivienda social	29
Elección del tema	31

Objetivo general	31
Objetivos específicos	31
Acceso al campo	32
Muestra	32
Técnicas de recolección de información	32
Diseño del cuestionario	33
Información secundaria	35
Obtención de la información	35
Análisis de los resultados	37
1) <i>Condiciones de hábitat (vivienda, servicios, etc.)</i>	37
2) <i>Datos socioeconómicos</i>	50
3) <i>Condiciones de salud</i>	52
4) <i>Condiciones ambientales</i>	58
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXO	69
Consentimiento Informado	70

CUADROS, IMÁGENES

Cuadro 1. Esquema conceptual de Determinantes Sociales de Salud propuesto por la OMS	22
Cuadro 2. Baños en Lote El Puesto	49
Cuadro 3. Acceso al agua	50
Cuadro 4. Vías de acceso al agua	50
Cuadro 5. Nivel de satisfacción en relación a los ingresos	51
Cuadro 6. Acceso a Obra social/prepaga.....	56

Cuadro 7. Acceso al sistema de salud (hospital, puesto de salud)	56
Cuadro 8. Percepciones de la salud	58
Cuadro 9. Problemas ambientales más recurrentes	59
Imagen 1. Mapa Lotes Ingenio La Esperanza.....	40
Imagen 2. Mapa satelital de Lote El Puesto.....	41
Imagen 3. Ingreso al Lote El Puesto.....	42
Imagen 4. Ingreso al Lote El Puesto.....	42
Imagen 5. Viviendas Lote El Puesto	43
Imagen 6. Viviendas Lote El Puesto	44
Imagen 7. Ex Mini mercado en el Lote El Puesto.....	45
Imagen 8. Cañaverales.....	46
Imagen 9. Pastizales.....	47
Imagen 10. Viviendas abandonadas	47
Imagen 11. Viviendas abandonadas	48
Imagen 12. Aguas servidas	48
Imagen 13. Baños Lote El Puesto	49
Imagen 14. Baños Lote El Puesto	50
Imagen 15. Bomba de agua Lote El Puesto	51
Imagen 16. Características rurales de El Lote.....	60

AGRADECIMIENTOS

Dedico este logro a quienes son pilares fundamentales en mi vida:

- ¡A Dios, fuente de toda sabiduría, fortaleza y guía en cada instante de mi vida!
- A mi esposo, quien en cada instante me recuerda lo capaz y fuerte que soy para afrontar cualquier obstáculo, y derrotar dudas y temores.
- A mis padres, sustento, apoyo y amor constantes en cada sueño, proyecto y aspiraciones a futuro
- A mis hermanas, quienes son mi compañía fiel a pesar de la distancia

A su vez, extendiendo mis agradecimientos y total admiración a mi director, el Dr. Fernando Sadir, ya que, con su guía, apoyo, paciencia y conocimiento profesional, ha hecho posible la conclusión de esta investigación.

A la Universidad Nacional de Jujuy, por brindar recursos para poder aspirar a una carrera universitaria en forma libre, pública y gratuita. Y más aún, por tener la opción de cursar en mi localidad (sede San Pedro), y recibir el acompañamiento constante de cada docente y J.T.P., a quienes también extendiendo mi total agradecimiento.

A los miembros de la comunidad del Lote El Puesto, que participaron en la labor inicial de investigación, por su invaluable ayuda y cooperación en la fase de producción de los datos.

Y a quien en vida fue la Dra. Melina Cayo, quien incondicionalmente brindó sus conocimientos y orientaciones en la construcción de este proyecto, el cual fue a su vez destinado a la presentación en el marco de la beca de estímulo a las vocaciones científicas EVC- CIN.

INTRODUCCIÓN

En las sociedades modernas las formas en que las personas viven y mueren están ligadas y determinadas en forma directa por sus distintos anclajes estructurales (clase social, edad, género y etnia), así como por su lugar de residencia. La determinación social de las diferencias en la salud, la enfermedad y la respuesta ante ella (la atención/cuidado) de los distintos grupos sociales se encuentran en las desiguales condiciones de existencia, así como en los distintos significados otorgados a diversos aspectos de la vida, que se transforman en prácticas y creencias que pueden afectar positiva o negativamente la salud. Tal es el caso de quienes hoy en día habitan y pasan gran parte del tiempo en zonas rurales, cuyos sitios se caracterizan por la lejanía, limitaciones y demás cuestiones que serán mencionadas en la presente producción académica.

Los hábitos ligados al uso del tiempo libre, las prácticas de alimentación, los aspectos psicosociales, presentan, en la población rural, características particulares que ameritan su estudio específico. A su vez, las comunidades rurales son más vulnerables por encontrarse alejadas de los servicios asistenciales de salud. Sin embargo, se hizo un especial énfasis en las percepciones existentes en torno a la salud, y cómo es que éstos afrontan diversas situaciones desde sus recursos y accesos.

En este contexto, el presente documento propone analizar las problemáticas emergentes en la comunidad del Lote El Puesto, las cuales se encuentran encuadradas en los determinantes de la salud. Las desigualdades en las posibilidades de acceso y los patrones de utilización de diferentes servicios y de consultas a profesionales de la salud, las condiciones medioambientales, sociales, y económicas, son factores que permitieron categorizar los instrumentos de recolección de datos necesarios para obtener la información suficiente, y poder así tener un panorama claro sobre el estado de situación en el Lote.

Para iniciar, el documento da cuenta de distintos marcos teóricos utilizados para analizar las problemáticas según fundamentos científicos. Comenzamos describiendo las propuestas teóricas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como también los aportes de Hubert Laframboise y Marc Lalonde, en lo que respecta a los Determinantes de la Salud, y continuando así con los distintos autores referentes entre quienes sostienen los conceptos citados para abordar la temática. La siguiente sección da cuenta de la estrategia metodológica utilizada. Aquí se presentan las características de los datos primarios y secundarios utilizados, para luego basar los resultados en el respectivo análisis, y propuestas de intervención frente a las problemáticas que resultaron emergentes. Y para

finalizar, se explicitan las conclusiones, y anexos con los insumos utilizados y recursos obtenidos para concretar el presente documento.

PARTE I

ASPECTOS TEÓRICOS

Salud

Actualmente asistimos a una nueva cultura de la salud donde las necesidades sanitarias de la población y las vías de acceso para cubrir estas necesidades trascienden los tradicionales campos de la medicina; y donde la calidad de vida presenta un carácter multidimensional, basado en un concepto amplio relacionado con el bienestar social y el desarrollo humano, ya que integra la salud física, el estado psicológico, las relaciones interpersonales, la autonomía, las creencias, los valores y el contexto donde se desarrolla la persona.

La Organización Mundial de la Salud, matiza su clásica definición proponiendo como objetivos que los habitantes de todos los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven. La salud por tanto abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo). Esta definición supuso una revolución en el sistema sanitario ya que incluía las dimensiones física, psíquica y social; no obstante, ha sufrido numerosas críticas, al ser calificada fundamentalmente como absoluta, estática y utópica. Algunos autores como Terris (1980) llegaron a proponer la eliminación del término "completo" recogiendo en su formulación no sólo un estado de bienestar físico, mental y social sino también con capacidad de funcionamiento. Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos. La salud en la actualidad no se entiende ya como ausencia de enfermedad. Matarazzo (1980) utiliza en el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales, para la prevención de las enfermedades y disfunciones, y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un paradigma médico-biológico hasta un concepto más global, el paradigma socio-ecológico, que engloba al anterior y lo supera. Esta nueva forma de concebir la salud reemplaza la doctrina determinista de la causalidad simple en el binomio salud-enfermedad por la de un

marco de proceso multicausal, de acuerdo con el pensamiento científico actual. El paradigma socio-ecológico, por tanto, plantea un escenario para entender las condiciones y las causas de la salud y la enfermedad e incorpora las actividades relacionadas con la salud como parte de las políticas sociales.

Este planteamiento supone una revisión del concepto tradicional de la atención de la salud, superando los esquemas meramente asistenciales para potenciar más las intervenciones preventivas relacionadas con la mejora del medio ambiente y con el desarrollo de políticas sectoriales de índole socioeconómico. Por lo tanto, nos encontramos ante múltiples definiciones de un concepto así mismo múltiple, dinámico abierto y en constante revisión.

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud, lo que se conoce a partir de la década de 1970 como “determinantes”. Los determinantes del estado de salud han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana. Dichos determinantes abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

Proceso Salud- Enfermedad

Los investigadores médicos-sociales comenzaron por proponer un nuevo modelo explicativo llamado proceso salud-enfermedad, tomando a estos dos conceptos como inseparables para su estudio. Al mismo tiempo postularon para este proceso un carácter predominantemente social, por lo que tomaron de las ciencias de esas áreas (Antropología, Sociología, Economía, etc.) los instrumentos para un abordaje científico adecuado. Se plantea así que Salud y Enfermedad son dos categorías dialécticas en continua interacción que adoptan formas particulares en un contexto histórico-político determinado. Este modelo explicativo no excluye a los fenómenos orgánicos (el fenómeno enfermedad del modelo biomédico) sino que los contiene, otorgándoles valor como parte del proceso colectivo que se estudia. El proceso Salud-Enfermedad tiene simultáneamente carácter social y biológico. El Proceso Salud-Enfermedad permite observar también que, aunque las enfermedades que se den en determinado lugar y tiempo, ya hayan sido descritas, lo hacen siempre expresándose en términos epidemiológicos de acuerdo a un patrón singular cuyas claves de análisis pueden ser encontradas en el momento histórico en el que se dan. Así, la situación social, los medios de producción y reproducción social, las ideologías dominantes, no son algo ajeno al proceso en estudio, sino parte esencial del mismo.

Percepciones de la Salud: Cultura, Salud y Enfermedad

El concepto “cultura” hace referencia a los valores que comparten los miembros de un grupo, a las normas que acatan y a los bienes materiales que producen. Una definición clásica de cultura es la elaborada por el antropólogo británico Tylor (1871), como: *“aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad”*. La cultura, entendida, por tanto, como la realidad vivida por las personas, sus costumbres, leyes, concepciones del mundo y todo aquello que les permite la vida en sociedad, es algo que se aprende y comprende también las representaciones del cuerpo, la salud y la enfermedad. No se tiene la misma consideración sobre la enfermedad en las distintas comunidades, dentro de una misma sociedad ni en los distintos momentos históricos de un mismo grupo. La salud y la enfermedad son conceptos socialmente construidos definidos y tipificados por cada cultura. A su vez, cada cultura crea sus alternativas terapéuticas así como procedimientos para recuperar la salud. Por ello, hay que considerar la enfermedad como expresión, un componente biológico y otro cultural. Independientemente de su contenido biológico, siempre es una forma de expresión cultural y para que sea considerada como enfermedad, es necesario que la sociedad lo estime como tal. Contemplar la cultura en el proceso salud-enfermedad de las minorías étnicas permite conocer de qué manera:

- Es recibida, por parte de los/as pacientes, la información sobre la atención sanitaria.
- Son ejercidos los derechos y prestaciones que ofrece el sistema sanitario.
- Se expresan los síntomas, expectativas y preocupaciones sobre la enfermedad.

Salud y trabajo

Tanto la salud como la enfermedad son el resultado de una interacción constante entre el organismo y el medio ambiente en el que el hombre crece y se desarrolla; por ello no podemos tratar ambas situaciones como estáticas a través del tiempo: la salud nunca es la misma así como tampoco lo es la sociedad (Carrasco y Espejo, 2000). Para comprender la relación entre los procesos de trabajo y salud resulta útil rescatar la definición de trabajo de Karl Marx (1791), quien expresa: “El trabajo es en primer lugar un proceso entre el Hombre y la Naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. Al operar por medio de ese movimiento sobre la naturaleza exterior a él y transformarla, transforma a la vez su propia naturaleza. Desarrolla las potencias que dormitaban en ella y sujetan a su señorío el juego de la misma; si incorporamos esta perspectiva de trabajo a la concepción de salud y capacidades que se

viene manejando, podemos sintetizar a la salud en el trabajo como parte de un: *“proceso dialéctico, biológico y social producto de la interrelación del hombre con el medio ambiente, influido por las relaciones de producción”* (Allende; 1973 tomado de Tommasina, 2002).

Pero el problema de la salud ocupacional convencional según Tommasina (2001) es que suele reducirse el discurso y el planteamiento teórico a la presencia de agentes factores de riesgo o riesgos simplemente físicos, químicos y biológicos que producen accidentes y enfermedades. En la práctica de la salud ocupacional convencional se aceptan los problemas identificados en el trabajo como aislado entre sí, presente por azar y vinculado linealmente a la salud del trabajador. Pero esta forma de análisis es insuficiente tanto para poder descifrar los determinantes como para generar una práctica profundamente preventiva; este método para abordar la salud en el trabajo deviene en la no-participación de los sujetos en un espacio que se vuelve hegemonizado por técnicos, con una práctica individual profundamente medicalizada que concibe al trabajo como externo al ser y al trabajador como el único responsable de su salud. Tommasina (2001) señala la necesidad de analizar la relación entre “proceso de trabajo/proceso salud-enfermedad” desde un nuevo paradigma que descomponga a ambos en sus componentes básicos y los reconstruya desde la complejidad de sus interrelaciones e interdependencias, en una lógica distinta al modelo epidemiológico hegemónico. Es decir, este autor así como otros referentes en lo que salud laboral respecta plantean la necesidad de superar el enfoque monocausalista de los accidentes y enfermedades del trabajo y los planteos lineales de relación causa-efecto.

En este sentido Tommasina (2001) señala que además del contexto en que se realiza el trabajo se debe también estudiar al proceso laboral concreto: los objetos sobre los que actúa el trabajador, los medios de trabajo (herramientas y maquinaria), la actividad concreta, la organización y división del trabajo, entre otros. Estas nuevas categorías de estudio intentan incorporar una visión dinámica de las condiciones de trabajo y aportar el concepto, también existente y necesario a tener en cuenta, de los efectos beneficiosos del trabajo para la salud. Se concluye entonces que las condiciones y medio ambiente de trabajo no están constituidas como fenómenos desconectados entre sí y sin relación con el resto de la vida del trabajador. Los problemas de condiciones y medio ambiente de trabajo deben abordarse desde una óptica global en el marco integral de la política económica, educativa y social.

Esta visión nos permite comprender los procesos de trabajo-salud desde una perspectiva dinámica que permite entender al trabajo como una actividad que adquiere dos polos: cuando domina el “polo positivo” posee una eminente capacidad integradora,

favorece el crecimiento y el desarrollo personal de capacidades e identidad de los sujetos. Ahora, cuando domina el polo negativo es justamente cuando no facilita este desarrollo personal e integración social sino que más bien lo interrumpe ocasionado molestias, desgaste, insatisfacción, accidentes, enfermedades o incluso la muertes (Tommasina, 2002).

En este intento por profundizar y comprender la categoría Salud Laboral que será una de las bases del trabajo, importa definir dos fenómenos que son componentes claves de este proceso (trabajo/salud): los accidentes y las enfermedades laborales. Tommasina y Nieto (2009) entienden como accidente de trabajo a la ruptura en el equilibrio necesario entre el hombre y sus condiciones de trabajo; es un evento no planeado, dado en la relación compleja de la persona y su ambiente de actividad productiva que da como resultado un deterioro de esa relación.

Por otro lado, la enfermedad laboral desde una concepción médico legal, se define como cualquier condición anatomopatológica debida a la acción específica de las condiciones de trabajo y medio ambiente laboral, es decir son aquellas causadas directa y exclusivamente por un agente de riesgo propio del medio ambiente de trabajo. Tienen consecuencias directas sobre el trabajador (sujeto) expuesto causando alteraciones reversibles, irreversibles (incapacidad), muertes y en algunos casos repercusiones sobre sus descendientes. El reconocimiento de ellas es lento, costoso y conflictivo, especialmente en el caso de nuevas materias primas, procesos o productos (Tomasina y Nieto, 2009).

Determinantes de la Salud

Históricamente, en la segunda mitad del siglo pasado, cuando comienza a hablarse del proceso salud-enfermedad, la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total. Son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle con mayor o menor peso, en ciertas personas o grupos poblacionales. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el logro de un nivel de desarrollo y de un equilibrio dinámico entre la persona y su contexto sociocultural e histórico. Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una concepción socio-ecológica de la salud, que es esencial para el concepto de promoción de la salud.

Si de encontrar la forma de comprender los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad se trata, en esta época se relacionan más con la idea de integralidad y bienestar; poniendo énfasis en la salud y el bienestar, ya que las personas están más

conscientes sobre su condición física y mental y desean alcanzar altos niveles de bienestar; mientras que las organizaciones sanitarias se dirigen más hacia una aproximación orientada a la prevención de enfermedades y fomento de la salud, así como la creación de espacios donde la gente puede transformar su vida y el bienestar empieza a ser parte típica de su desarrollo (Dever, 1984).

A su vez, hacia la década de los setenta, Hubert Laframboise, (director general del departamento de Planificación de la Salud, Ministerio de Sanidad y Bienestar de Canadá), expuso a través de un artículo que, frente a la falta de un marco común que facilitara el análisis de todas las actividades, problemas e ideas relacionadas con la salud, brinda una propuesta basada en la elaboración de un “mapa de la salud”, basado en subdivisiones que integran cuatro elementos propios de los determinantes de la salud: el estilo de vida, el ambiente, la organización de la atención sanitaria y la biología humana básica, considerados a su vez como elementos fundamentales que integran lo que él llamó el “Campo de la Salud” (Laframboise, 1973).

Según este modelo, Laframboise intenta que cada problema de salud pudiera ser ubicado en una o más de las categorías descritas anteriormente, de manera tal que se ponga foco en las cuestiones claves del problema, para facilitar su análisis y propuestas de mejora. Este modelo brinda, según sus características, oportunidades no solo para incidir en los problemas de salud (estilos de vida, medio-ambientales y otros), sino que además lograba un balance entre la importancia de la prevención, frente al esquema tradicional de intervenciones dirigidas sólo a la curación (Laframboise, 1973). Basado en el modelo de Laframboise y los aportes de otros investigadores que intentaron mejorar el conocimiento en torno a los factores determinantes sobre el estado de salud de la población, el entonces Ministro de Sanidad en Canadá, Marc Lalonde, publica el Informe “A New perspective on the Health of Canadians” (1974), en el que retoma el concepto de “Campo de la Salud” de Laframboise (1973), como un nuevo marco conceptual para abordar la salud desde sus principales componentes: la biología humana, el ambiente, el estilo de vida, y la organización del cuidado de la salud, lo que les permitiría analizar en mejores condiciones los problemas de salud desde un modelo que incluía las causas, determinaba las necesidades de la población y elegir las mejores vías de solución para resolver estos problemas (Lalonde, 1974). Henrik Blum propone en 1974 el modelo “Ambiente del Sistema Sanitario”, que luego llamó “Paradigmas de Salud del Campo de Fuerza y Bienestar”. Blum propone que los cuatro componentes primarios, (a los que llamó “Campos de Fuerza”) que contribuyen con el estado de salud de un individuo o una población son: el ambiente, el estilo de vida, la herencia y el cuidado médico. Estos cuatro componentes se relacionan y afectan entre sí, a través de una matriz que abarca el llamado “Ambiente del Sistema

Sanitario” y contiene a la población, los sistemas culturales, el bienestar mental (satisfacción humana), el equilibrio ecológico y los recursos naturales. El campo de fuerza más importante de acuerdo a este modelo era el ambiente, seguido de los estilos de vida y la herencia, mientras que el cuidado médico tenía el menor impacto sobre la salud y el bienestar (Dever, 1984). Este autor consideraba que el modelo propuesto por Lalonde, no abordaba adecuadamente las enfermedades crónicas y propone el “Modelo epidemiológico para el análisis de una política de salud” (1976), en el cual realiza subdivisiones de los cuatro componentes primarios en segmentos más “manejables” (Dever, 1976):

1. *Biología humana:*

Condicionada por la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años que abren unas perspectivas no conocidas hasta ahora, que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas demandarían. Entre ellas se encuentran:

- Herencia genética: desórdenes genéticos, malformaciones congénitas y retardo mental.
- Sistemas internos complejos: desórdenes del sistema digestivo, músculo-esquelético, cardiovascular y endocrino.
- Maduración y envejecimiento: factores que contribuyen a enfermedades como la artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer.

2. *Ambiente:*

Los factores que afectan al entorno del hombre influyen decisivamente en su salud y son, conforme los resultados de las más recientes investigaciones, los de mayor impacto sobre la misma. En el medio ambiente se identifican factores relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente el social. En el ambiente natural los de mayor repercusión sobre la salud se derivan de la contaminación ambiental, sea esta por factores biológicos (microorganismos), físicos (radiaciones, ruidos), químicos (plaguicidas, metales pesados) y los cambios climáticos. Entre los sociales se destacan las condiciones de vivienda y trabajo; el nivel de escolaridad; el nivel de ingresos económicos y las pautas culturales. Así encontramos factores de carácter:

- Físico: contaminación del agua, aire y acústica, y sus enfermedades resultantes como pérdida auditiva, enfermedades infecciosas gastroenteritis, cáncer, enfisema y bronquitis.

- Social/Psicológico: modificación de conductas, problemas de percepción y relaciones interpersonales, factores como el aislamiento, las multitudes, y la rápida y acelerada tasa de cambio puede contribuir al homicidio, suicidio, estrés y sobre estimulación ambiental.

3. Estilo de vida:

En las últimas décadas ha surgido importante evidencia de que los comportamientos y hábitos de vida pueden condicionar negativamente la salud. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social. Entre ellos la inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, sedentarismo, conductas de riesgo en sexualidad. Los hábitos de vida sanos o insanos son uno de los principales condicionantes en el proceso de salud-enfermedad. La mejora de los mismos debe conducir a una mejora en el estado de salud de los individuos y por ende de la población. Algunos de estos aspectos pueden ser:

- Riesgos derivados del ocio: carencia de recreación y ejercicio físico.
- Modelos de consumo: comer en exceso, ingesta de colesterol y azúcares, consumo de alcohol y alcoholismo, fumado, uso social de drogas y drogodependencia.
- Participación en el empleo y Riesgos ocupacionales: presiones en el trabajo, conducción poco cuidadosa.

4. Organización de la atención sanitaria:

Entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, etc., viene condicionado por variables tales como accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, buena praxis, cobertura, etc. En los países desarrollados el crecimiento del sector ha sido notable en las últimas décadas y ha tenido una influencia decisiva en los niveles de salud de la población, aunque estudios demuestran que esfuerzos mucho mayores en estos determinantes no lograrían ya el efecto proporcional en salud esperado.

El Informe Lalonde también señala que la concepción tradicional, que igualaba la salud como sinónimo del sistema sanitario, genera que la mayoría del gasto en salud sea del tipo “médico-centrista”, es decir, aunque existía acuerdo en la comunidad internacional acerca de la importancia de la prevención, la investigación y sus beneficios, se continuaba aportando una cantidad excesiva de recursos en tratar la enfermedad, situación que no ocurría con el gasto dirigido a las estrategias de prevención e investigación. En este sentido, las evidencias que se tenían hasta el momento en Canadá sobre el análisis de las causas

de enfermedad y muerte, indican que la mejoría al menos en los componentes del ambiente y estilos de vida de las personas, por ejemplo, constituyen prometedoras formas de obtener grandes beneficios en salud de la población, así que en su informe recomienda la implementación de una serie de estrategias para mejorar la salud de las personas, que incluyera medidas como la regulación del Estado, investigación, eficiencia y ajuste de metas, así como la promoción de la salud, para asistir a individuos y organizaciones para que adoptaran una posición más responsable y activa en asuntos relacionados con su propia salud mental y física (Lalonde, 1974). Con el modelo Lalonde y los aportes de otros investigadores como Blum (1974) y Dever (1991) sobre los determinantes del estado de salud-enfermedad, se establece una nueva forma de comprender estos fenómenos y un modelo integral (biopsicosocial) que toma en cuenta no sólo los aspectos biológicos que moldean el estado de salud de una población, sino que además intenta explicar las interrelaciones entre diferentes factores que generan distintos efectos, como los ocurridos en las enfermedades crónicas y degenerativas que ocupan las primeras causas de morbi-mortalidad en este periodo, pero también aquellos relacionados con el entorno en el que se desarrollan éstos, como el estilo de vida de las personas, el ambiente cultural, social y político, así como la organización de los sistemas sanitarios, lo que permite orientar los recursos y políticas de salud para actuar de forma directa sobre los factores de riesgo que influyen en cada problema de salud.

Determinantes ambientales: Concepciones sobre determinantes ambientales

La Organización Mundial de la Salud identificó que el ambiente es un determinante de la salud en el cual intervienen la calidad del agua y del aire, el contexto en el que se trabaje, como se encuentran las viviendas, de que material están hechas, así como las condiciones de las vías y el barrio en general. Así mismo estos se encuentran expuestos a contaminantes los cuales influyen en la salud de los pobladores o en lo que se los emplee, de la misma manera evaluar la disponibilidad o el acceso a conseguir comida saludable.

Contaminación medioambiental

Es consecuencia de la acción del ser humano sobre el medio. La podemos dividir en:

- Contaminación del aire producida por los gases y humos de industrias, calefacciones, vehículos, etc. Provoca la desaparición de la capa de ozono y el aumento del efecto invernadero.
- Contaminación del agua. Provocado por el vertido de aguas residuales industriales, de viviendas o accidentes petrolíferos.

- Contaminación del suelo. Principalmente se origina por el uso intensivo de abonos químicos y plaguicidas en la agricultura. También debemos tener en cuenta los residuos sólidos que generan las grandes ciudades y que se acumulan en vertederos que contaminan y degradan el paisaje.
- Riesgos nucleares. La producción de este tipo de energía posee una consecuencia negativa y es la posibilidad de accidentes (catástrofes tecnológicas) que pueden provocar fugas radiactivas. Además de los residuos sólidos que hay que acumular durante cientos de años (Romero, 2019).

Contexto socio económico

Las condiciones sociales influyen en las posibilidades de mantener una buena salud, ya que interviene en la pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, vivienda pobre en bajas condiciones habitables en la infancia o cualquier etapa de la vida, el acceso a los sistemas de salud, la inseguridad de ingerir alimentos adecuados, la falta de trabajo lo que ocasiona un bajo ingreso económico y por lo cual no se logran satisfacer las necesidades básicas por lo cual existe mayor índice de enfermedades y muertes (Álvarez, 2009). Así mismo incluyen el ámbito en que una persona nace, crece, trabajan, crecen y envejecen incluyendo los ámbitos que influyen en la vida cotidiana de una persona, así como los factores económicos, los cuales determinan y diferencian las condiciones en las que se va a desenvolver una persona (OPS, 2019).

Refiere entonces, a factores del sistema social que afectan a la estructura social en la cual interviene en el mercado de trabajo, estado de bienestar y distribución de la tierra y vivienda, valores sociales y culturales así como también políticas públicas entre las cuales se encuentran la educación, la atención sanitaria , así como los servicios de salud, lo cual actúa de manera beneficiosa o no, todos estos factores se interrelacionan entre sí para brindar una calidad de vida digna y un futuro prometedor para cada individuo.

Vivienda

Representan todos los sitios de alojamiento estructuralmente separados, que tienen una entrada independiente y se encuentra en condiciones de ser habitados por las personas. Las viviendas pueden ser una casa, un departamento, un cuarto, una choza, una cabaña, o covacha que son utilizados como sitio de alojamiento.

Vivienda propia:

Son todas aquellas viviendas que pertenecen a una sola persona o a una familia entendiéndose que no son arrendadas a un tercero o a una autoridad gubernamental. Estas bien pueden tratarse de cualquier tipo de construcción que pertenezca legalmente al que la habita o a su familia, como sería el caso por ejemplo de que la vivienda pertenezca legalmente al padre, siendo también vivienda propia de los hijos, esposa y otros parientes.

Servicio de Agua

El indicador requiere que el servicio de agua cumpla con cuatro características de forma simultánea: el suministro de agua debe ser básico, el suministro de agua debe percibirse como suficiente para las necesidades de agua para beber, debe estar cerca, y estar libre de contaminación fecal y/o química. Por conveniencia estas características se resumen en cuatro componentes: tipo de suministro, calidad, cercanía y suficiencia de agua para beber.

Agua Potable

Es el agua utilizada para los fines domésticos y la higiene personal de un individuo, así como para beber y cocinar. Agua potable salubre es aquella cuyas características microbianas, químicas y físicas cumplen con las pautas de la OMS o los patrones nacionales sobre la calidad del agua potable (OMS, 2019).

Determinantes culturales de la salud

Los factores culturales facilitan no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino, además, comprender, a través de ellos, cómo se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos y grupos y las dinámicas sociales.

Cultura y salud

La enfermedad y la salud son conceptos internos de cada cultura, la medicina occidental tradicional considera a la salud como la ausencia de la enfermedad, la cual se puede prevenir con conductas saludables. Así mismo consideran que existe un enfoque ecológico-cultural el cual hace hincapié en el medio ambiente y los riesgos que este tiene sobre la salud creada por la cultura. Existen hábitos que condicionan la salud entre los cuales se encuentran la organización del tiempo de trabajo y el ocio productivo, la

alimentación, la higiene corporal, la limpieza, ventilación forma y condiciones del hogar (Hernández, 2018).

Estilos de vida

Los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que de alguna manera condicionan, sea mejorando o creando riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población. Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, entre otras). En la actualidad está demostrado que aquellos comportamientos que se alejan de los hábitos y estilos de vida saludable, y relacionados a la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de alcohol y tabaco, constituyen la causa principal de enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la obesidad, la diabetes tipo 2 y el cáncer, entre otras. En los países de medianos y bajos ingresos, estas enfermedades son responsables de una carga de morbi-mortalidad de cerca del 80%, que afecta significativamente la estabilidad económica de los mismos. Teniendo en cuenta otros aspectos que hacen a la construcción (o no) de la salud, se hace énfasis a la salud mental, la cual no consiste sólo en la ausencia de trastornos mentales, sino que se considera un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva/ fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en los países con ingresos bajos y medios bajos no la reciben. Las intervenciones, aunque estén disponibles, a menudo no se basan en pruebas o en la evidencia, ni son de alta calidad. En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales

psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

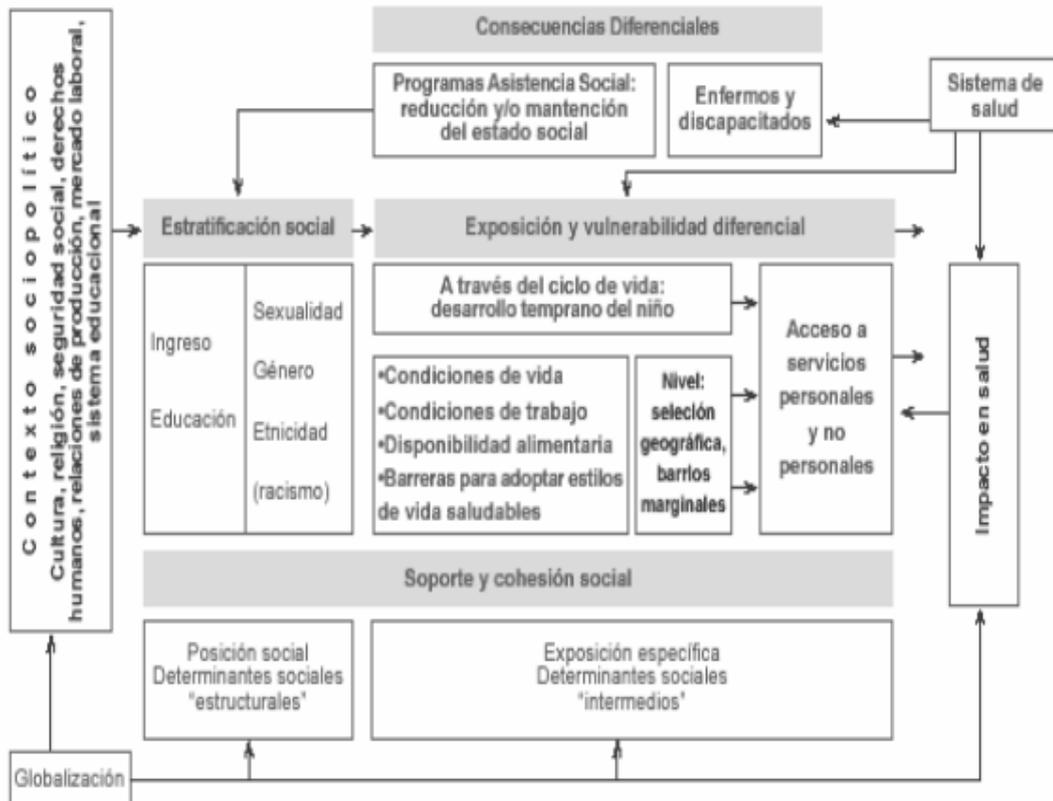
Determinantes Sociales de la Salud

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales en que las personas viven influyen fuertemente en sus posibilidades de tener una buena salud. La pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la vivienda pobre, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludable en la infancia y la falta de trabajo son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud entre países y dentro de un mismo país. Estas desigualdades son dramáticas y requieren urgente atención y acción. A modo de ejemplo, podemos citar la diferencia en la expectativa de vida al nacer que tiene un/a habitante de Sierra Leona, en África occidental, que es de 34 años, con la de una persona que nace en Japón, que en promedio alcanzará a vivir casi 82 años. O los 20 años de vida menos que vivirá una persona pobre de los Estados Unidos en comparación con una de altos ingresos en el mismo país. Estas desigualdades; aunque no de modo tan marcado, también se expresan en nuestro país, como por ejemplo con la diferencia en la esperanza de vida al nacer existente entre los habitantes de provincias del norte respecto de los de la Ciudad de Buenos Aires. Los determinantes sociales de la salud incluyen: entorno social y económico, entorno físico, características personales y comportamientos individuales. Estos contextos de vida determinan en gran parte sus posibilidades de tener una buena salud. Entre los principales factores que determinan la salud de las personas se postulan los siguientes:

- Ingresos económicos: diversas investigaciones han concluido en que mayores ingresos económicos se asocian a mejores indicadores de la salud de la población.
- Educación: los bajos niveles de educación formal se relacionan con una salud más deteriorada, más estrés y baja autoconfianza.
- Entorno físico: agua potable, aire limpio, lugares de trabajo saludables, casas seguras, comunidades y calles que contribuyan a tener una buena salud. Tener empleo permite estar más sano/a, especialmente en aquellos casos en que los/las trabajadores/as tienen control sobre sus condiciones de trabajo.
- Redes de apoyo social: el apoyo de las familias, de los amigos y de la comunidad en que las personas viven permiten tener una mejor salud.

- Factores genéticos: juegan un papel preponderante en determinadas condiciones de salud y en el riesgo de desarrollar cierto tipo de enfermedades. Las conductas individuales y las estrategias de enfrentamiento y control de los factores de riesgo.
- Alimentación equilibrada, actividad física, fumar, beber en exceso y la forma de enfrentar el estrés.
- Servicios de salud: El acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de atención médica, ya sea preventiva o curativa, influye también en el estado de salud.
- Género: Ser mujer u hombre implica distintos tipos de riesgo de enfermedad a diferentes edades.

Cuadro 1: Esquema conceptual de Determinantes Sociales de Salud propuesto por OMS



Fuente: Acevedo; Martínez; Utz (2013)

Modelo Holístico

El concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 1948 se ha considerado como una extensión del modelo socio-ecológico, en el que se mantiene las dimensiones física y social de aquel y se agrega una nueva: la dimensión de bienestar mental; esta nueva aproximación impulsa el desarrollo de modelos multidimensionales sobre lo que constituye la salud y pueden ser descritos como holísticos; definiendo holístico como: *“...situar a la persona y su bienestar desde varias perspectivas, tomando en cuenta aquellas características que impulsen su crecimiento hacia el equilibrio, tratar a la persona no a la enfermedad, promover la interrelación y la unidad de cuerpo, mente y espíritu...”* (Dever, 1991). Esta perspectiva holística no es sinónimo del seguimiento de una terapia “alternativa”, no se trata de una nueva opción a la práctica médica convencional, sino de un nuevo modelo que adopta decisiones en una era de nuevos patrones de enfermedad partiendo de una premisa básica que visualiza la salud en sus muchas dimensiones y cuatro atributos fundamentales: ambiente, estilos de vida, biología humana y sistema de atención sanitario. Blum lo llamó “Ambiente de la Salud”, Lalonde “Campo de la Salud” y Dever,

sobre la base del modelo Lalonde, lo denominó “Modelo epidemiológico para el análisis de las políticas de salud” (Dever, 1991). Se ha considerado que los determinantes del estado de salud de un individuo o una población en un momento dado, pueden seguir una secuencia en la que en primera instancia, los factores biológicos y ambientales influyen su estilo de vida, condicionando la aparición de enfermedad, y a partir de este momento, el sistema sanitario interviene como factor de restauración. No obstante, los mecanismos de acción por los cuales operan los determinantes de la salud implican una cadena causal compleja, en la que algunos factores actúan de manera directa (contaminación del agua) y otros de forma indirecta por medio de factores (conducta, acceso de la atención médica), pero la secuencia en que actúan estos determinantes se cree que incluye diversas formas, muchas de ellas aún desconocidas. En este sentido, la salud es un concepto relativo y multifactorial, y la variedad de interacciones entre sus determinantes, condiciona las múltiples formas de intervenir que se plantean en la planificación sanitaria. (Pineault y Daveluy, 1989)

Entonces, la Educación para la Salud tiene como propósito contribuir al desarrollo de capacidades en una persona, mediante la ejecución de herramientas teórico metodológicas en un marco de producción transdisciplinar, con el fin de propiciar la participación activa, identificar las necesidades y gestionar propuestas para el logro de las metas en salud a nivel comunitario. Así, la Educación para la Salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene como finalidad desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud individual y colectiva. De esta forma se distinguen dos acciones: la producción de herramientas teórico-metodológicas y el proceso de enseñanza aprendizaje. En ambos sentidos es totalmente relevante que la Educación para la Salud adopte el compromiso y el desafío de identificar las necesidades en salud y eso solo podrá lograrse desde el relevo de datos e investigación de las acciones llevadas a cabo, entendiendo que la investigación es un proceso que permite analizar y explicar un fenómeno, ya sea en un nivel micro o en un plano macro, y a partir de ello saber cuáles son las estrategias más adecuadas que se pueden utilizar en dicha comunidad en cuando estén estrechamente relacionadas con las necesidades de la población.

PARTE II

CONTEXTO HISTÓRICO

La industria del azúcar tomó impulso en la provincia de Jujuy a fines del siglo XIX, con la llegada del ferrocarril que le permitió integrarse al mercado nacional. Este impulso se dio a través de la adquisición de grandes extensiones de tierra e inversiones en infraestructura vial y de riego por parte de importantes grupos económicos, que transformaron para siempre el modelo del negocio del azúcar. Este crecimiento se intensificó aún más a partir de la década de 1930, de la mano de inversiones del Estado en obras de irrigación. La integración entre la plantación y la elaboración del azúcar en una misma unidad productiva fue una característica típica de la industria azucarera de Salta y de Jujuy. La compra de grandes extensiones de tierra no respondía únicamente a la necesidad de contar con más producción de caña, sino también a la captación de mano de obra indígena para la época de zafra, que era cooptada a partir de la compra de sus tierras. Esta integración supuso un proceso de concentración de grandes extensiones de tierra: para 1937, de las 30 explotaciones de caña de azúcar que existían en Jujuy, sólo siete de ellas concentran el 79 % de la superficie total cultivada. Para comienzos de siglo, los ingenios La Esperanza y La Mendieta ocupaban el 95 % del territorio del departamento de San Pedro.

La fuerza de trabajo muchas veces resultó insuficiente para absorber la cantidad de trabajo demandada por una industria en pleno crecimiento. En la planta de los ingenios jujeños trabajaban generalmente criollos locales o nativos de Salta. Los puestos más calificados eran cubiertos por extranjeros de ultramar, en su mayoría ingenieros ingleses.

Desde 1880 hasta 1930 la mayoría de los trabajos menos calificados de la planta y la cosecha estuvieron a cargo de mano de obra más barata que la criolla: indígenas chaqueños y, en menor grado, bolivianos. Los indígenas eran reclutados en su mayoría por medios coercitivos. Luego de 1930 comenzó a crecer la participación de los trabajadores indígenas provenientes de la zona de montaña de la propia provincia de Jujuy, atraídos por las oportunidades de la industria azucarera.

El Ingenio La Esperanza fue uno de los protagonistas de este auge azucarero. Fundado por los hermanos Leach en 1883 bajo el nombre de Leach Argentine Estates Limited, hacia 1930 contaba con 4110 has de caña y, diez años más tarde, con 5371 has. El Ingenio empleaba a alrededor de 2000 trabajadores, que aumentaban a 5000 en la época de zafra. Sin embargo, el proceso de mecanización de la producción hizo que esa cifra

fuera mermando poco a poco. En la década del 60 el Ingenio es adquirido por el grupo Deltec, que bautiza al Ingenio con su nombre actual: “La Esperanza”.

San Pedro y La Esperanza nacen y crecen a partir de la llegada de población atraída por las oportunidades de vida que traía el crecimiento de la industria azucarera jujeña, específicamente del Ingenio La Esperanza, desde comienzos del siglo XX. La localidad de San Pedro registra como día de su fundación el 30 de julio de 1883, cuando el entonces Gobernador de la provincia de Jujuy firma un decreto expropiando parte de las tierras de la finca San Pedro, propiedad del Don Miguel Francisco Aráoz, con el fin de fundar el pueblo homónimo. Sin embargo, la mensura, delineación, amojonamiento del ejido y el trazado del plano del pueblo no fue realizado sino hasta dos años después, en 1885. Inicialmente con una infraestructura y un equipamiento escaso y básico, a partir de las décadas de las décadas de 1930 y 1940 comienzan a construirse equipamientos de mayor complejidad: deportivos, culturales, recreativos, etc.

La población de la zona aumentaba considerablemente en la época de zafra, durante la cual llegaban hombres con el fin de trabajar en la cosecha de la caña. Estos trabajadores temporales solían instalarse en los llamados “lotes”, estos son pequeños asentamientos con población permanente localizados en zona rural y a cargo de “loteros” designados por el Ingenio, responsables del cultivo y la cosecha de la caña. En los lotes había construcciones de material, entre ellas, la casa del lotero y los equipamientos básicos (escuela, comisaría, centro de salud, etc.) y construcciones más precarias, donde vivían los zafreiros temporales.

Desde los años 60, comenzó un paulatino proceso de mecanización de las cosechas de caña de azúcar que produjo una creciente desocupación de la mano de obra migrante. Aunque muchos regresaron a su lugar de origen, la gran mayoría se asentó en la ciudad, dando lugar a un sostenido proceso de periferización urbana, así como a una todavía no resuelta demanda de nuevas tierras a ser incorporadas a la ciudad. Uno de los mayores problemas que tiene San Pedro es la falta de disponibilidad de tierras para la expansión urbana. La ciudad está prácticamente rodeada por plantaciones azucareras propiedad del Ingenio, de manera que cualquier expansión urbana formal debe hacerse sobre sus tierras. Entonces, la ciudad está creciendo principalmente por la ocupación de hecho por parte de grupos de familias que buscan un lugar para construir sus viviendas. El mecanismo funciona de la siguiente forma, primero la gente ocupa el lugar; luego, los funcionarios («los políticos», como los denominan los asentados) negocian con la empresa. Finalmente la tierra se entrega a la provincia, previa expropiación (Jerez y Rabey 1998; Jerez, 1999)

La crisis de la industria azucarera del momento, sumado a una mala administración que no modernizó ni diversificó la producción, fueron minando paulatinamente la competitividad del Ingenio hasta la declaración de su quiebra en el año 2001. La administración del mismo quedó entonces en manos de una sindicatura colegiada y a partir de 2010, del Grupo Roggio, que decidió retirarse tres años después. En 2013, en un contexto de incertidumbre sobre el futuro de la fuente de trabajo de alrededor de 1500 trabajadores, el Gobierno Nacional y el provincial decidieron involucrarse a través del Proyecto de Fortalecimiento Productivo para San Pedro y La Esperanza mencionado en la introducción.

Concentración de la propiedad de la tierra: San Pedro y La Esperanza

La provincia de Jujuy presenta condiciones de acceso a la vivienda más deficitarias que la media nacional, según datos del Censo 2010. Mientras que el 84% de los hogares argentinos accede formalmente a la vivienda, en la provincia ese porcentaje apenas alcanza el 78%. Asimismo, mientras que a nivel nacional el 4% de los hogares vive en condiciones de hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto) en Jujuy esa situación alcanza al 6,70% de sus hogares.

En los departamentos de San Pedro y de Libertador General San Martín se da una situación de concentración de la propiedad de la tierra en manos del Ingenio La Esperanza y el Ingenio Ledesma, respectivamente, agravando y complejizando esta situación de déficit habitacional. Realizamos en este apartado una breve caracterización de esta situación, en tanto condiciona a la dinámica del territorio en todas sus dimensiones de análisis. En ambos departamentos, las principales ciudades surgieron y fueron creciendo dentro del predio de los ingenios, por lo que se encuentran rodeadas de tierra propiedad de un solo actor privado. Este escenario, donde la inexistencia de mercado inmobiliario de tierras dificulta la expansión de la ciudad, podría considerarse como un tipo dentro del fenómeno de las “ciudades cercadas”. El mismo fue definido en segundo avance del Plan Estratégico Territorial como “una suerte de cercamiento que sufren ciertas localidades en las que el avance de las tierras de cultivo no deja margen de suelo para el emplazamiento de la infraestructura básica que requiere la reproducción de la vida social”. Este fenómeno, continúa el documento, revela “la urgente necesidad de comprender al territorio de modo integral, superando la visión de lo urbano y lo productivo como problemáticas excluyentes e implementando políticas de ordenamiento territorial rural y/o rural-urbano”.

Así, en el plano de lo formal, tanto la ciudad de San Pedro como la ciudad de Libertador General San Martín dependen de sus respectivos ingenios para poder crecer. Si

bien ambas empresas fueron otorgando paulatina y parcialmente la titularidad de las tierras, y en algunos casos cedieron tierras para el crecimiento urbano, la inexistencia de un mercado de tierras (y las restricciones del mercado de viviendas existentes) genera una presión creciente sobre lo ofertado, elevando los precios y volviendo prácticamente imposible la satisfacción de las necesidades habitacionales de sus habitantes.

El Ingenio La Esperanza es dueño de más de 68.000 ha. del departamento de San Pedro, equivalente a un tercio del mismo, aproximadamente. Tanto San Pedro de Jujuy, que cuenta con más de 60.000 habitantes y es la segunda ciudad de la provincia, como La Esperanza, localizada al pie de la planta del Ingenio, con poco más de 3000 habitantes, y los pequeños “lotes” dispersos en zona rural, como es el caso del Lote El Puesto, han surgido y se encuentran actualmente dentro de este predio, propiedad de la empresa. Si bien con los años la situación dominial se fue saneando parcialmente hacia dentro de los ejidos, particularmente el de San Pedro, la concentración de la propiedad de la tierra ya urbanizada y/o colindante a los ejidos urbanos es una situación en plena vigencia.

Esto genera una situación muy extendida de irregularidad dominial, particularmente en los asentamientos rurales, y en la ciudad de La Esperanza, donde la gran mayoría de las familias de la región no son propietarias del suelo que habitan, a pesar de haberlo ocupado por generaciones. Además de las implicancias en términos de seguridad de la tenencia, esta situación de irregularidad supone un problema para la gobernabilidad del territorio, ya que los gobiernos municipales ven limitado el ejercicio de sus potestades tributarias. A su vez, al no contar con tierras fiscales, ni tierras ofertadas en el mercado, los gobiernos municipales se ven impedidos de acceder al suelo necesario para la construcción de cualquier infraestructura o equipamiento para el desarrollo de su ciudad. Esta situación es particularmente grave en La Esperanza. Según datos del Censo 2010, cerca del 40% declara no ser propietario del suelo que habita. Hay que considerar, además, que este tipo de datos suelen tener un margen de subregistro, en tanto ciertos hogares que ocupan una porción de suelo durante generaciones suelen responder que son dueños del mismo, a pesar de no contar con el título de propiedad correspondiente.

Cabe destacar que las cuatro localidades rurales (llamadas “lotes”) que dependen políticamente de La Esperanza tienen altísimos niveles de informalidad. En El Puesto y Miraflores, alcanza el 100%, en San Antonio, el 87% y en Parapetí, el 85%. De esta manera, sumando las cinco localidades que conforman el municipio de La Esperanza, el 66% de sus hogares vive en condiciones de irregularidad dominial. El resto de las localidades rurales dispersas del departamento también cuentan con altos niveles de informalidad. Según funcionarios municipales, más allá de las estadísticas del Censo, el

Ingenio nunca ha cedido tierras a los habitantes de los lotes, por lo que nadie debería contar con títulos de propiedad. Los menores niveles de irregularidad se encuentran en San Pedro de Jujuy (15%), aunque es probable que actualmente sea mayor ya que, como veremos más adelante, en los años posteriores al Censo tuvieron lugar una serie de tomas importantes.

La quiebra del Ingenio La Esperanza en el año 2000 ha tenido dos resultados que han complejizado aún más este escenario. El primero se vincula con la judicialización de la empresa, que complejizó el trámite requerido para lograr la cesión de tierras del Ingenio al municipio de La Esperanza, o de San Pedro. Desde la quiebra, el trámite de cesión debe pasar por una serie de instancias judiciales que lo vuelven prácticamente imposible en términos administrativos. El segundo resultado, de naturaleza más informal, se vincula con una situación de “desgobierno” sobre las tierras propiedad de la empresa. En efecto, la desfavorable situación económica que vive el Ingenio se traduce en un menor control sobre su patrimonio dominial. Esto ha funcionado como incentivo para los procesos informales de tomas de tierra.

Institucionalidad

A nivel institucional, el municipio de San Pedro de Jujuy cuenta con el Ministerio de Infraestructura y Desarrollo, que realiza obras de escala municipal: cordón cuneta, espacios públicos, etc., y el Ministerio de Gestión Pública y Planificación, que se encarga de supervisar el avance de dichas obras. Asimismo, existe bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social una Subsecretaría de Vivienda que es la encargada, entre otras cuestiones, de regularizar los asentamientos de San Pedro a través del programa “Un lote para cada familia jujeña que lo necesite”. Tanto el gobierno municipal de San Pedro de Jujuy como el de La Esperanza presentan ciertas carencias en cuanto a los recursos con los que cuentan para gobernar su territorio.

La primera cuestión que hace a esta debilidad es la dependencia total del Ingenio para acceder a la tierra. Esto supone un condicionamiento físico y jurídico. En cuanto al primero, ninguno de los dos municipios puede planificar la expansión de sus ciudades, loteando tierras o regulando la oferta existente. Esto ha tenido como resultado, no solamente las tomas de tierra a gran escala, por necesidad, sino las tomas de tierra y construcción de viviendas por parte de familias que aprovechan la oportunidad de acceso a la tierra previendo las necesidades futuras. A su vez, la restricción de acceso a la tierra supone una dificultad para la construcción de equipamientos urbanos (escuelas, centros de salud, centros culturales, de deporte, etc.).

El condicionamiento en términos jurídicos afecta sobre todo al gobierno municipal de La Esperanza, donde la situación de irregularidad dominial es casi total. En tanto los habitantes de La Esperanza (tanto de dicha localidad, como de los lotes que dependen del municipio), no son dueños de las casas que habitan, el gobierno local no tiene la potestad de cobrarles ningún tipo de tributo. Así, el Ingenio, propietario tanto de la tierra como de las viviendas, debería hacerse cargo de las tasas municipales de todas estas viviendas. Sin embargo, esto no ocurre. De esta manera, las arcas municipales de La Esperanza se componen principalmente de la coparticipación municipal, y en segundo lugar del impuesto a las patentes y la tasa de mantenimiento del cementerio. Si bien el problema de la irregularidad dominial es menos profundo que en La Esperanza, San Pedro de Jujuy también presenta una situación de debilidad financiera, en tanto su tasa de cobrabilidad de la tasa municipal es del 8% de lo facturado. Esto se explica, según funcionarios del mismo gobierno, por cuestiones culturales y por el escaso poder de sanción del municipio. Así, al igual que La Esperanza, la coparticipación municipal que recibe de la provincia constituye la principal fuente de ingresos del municipio. Esta dependencia de los recursos provenientes de la coparticipación genera un importante nivel de dependencia política para con la provincia, que se agrava si consideramos que esta última no cuenta con una ley de coparticipación provincial.

El proceso reciente de expansión de San Pedro y La Esperanza

San Pedro y La Esperanza han vivido recientemente un proceso de expansión acelerada de sus respectivas plantas urbanas, como forma de descompresión de la creciente necesidad de tierra y vivienda insatisfecha. Esto se dio principalmente a través de la construcción de viviendas sociales, y de tomas de tierra. Éste último recurso, de naturaleza informal, se masificó a partir de 2011, cuando la represión sobre una toma de tierras en Libertador General San Martín generó un estallido social y la proliferación de ocupaciones en toda la provincia.

La ciudad de San Pedro de Jujuy, tal como vimos anteriormente, tiene su origen en torno a la industria del azúcar. Si bien la construcción del casco de la Hacienda data de mediados del siglo XVIII, la producción de azúcar recién arranca unos cien años más tarde. El comienzo de dicha actividad supone el inicio del crecimiento de la ciudad. A fines del siglo XIX el entonces gobernador de la provincia, Eugenio Tello, expropia al ingenio las tierras habitadas y funda el pueblo de San Pedro. A partir de la fundación se emplaza la plaza principal, la primera escuela “Escuela Provincial N°2” y el hospital, hoy bautizado “Dr.

Patterson” en honor a su fundador, y, en 1918, se emplaza la primera Municipalidad de San Pedro.

A partir de la década de 1930 la ciudad comienza a extenderse hacia el este, detrás de las vías del ferrocarril y desde 1950, en un contexto de auge de la industria azucarera, se produce un importante crecimiento a lo largo del eje norte-sur. A partir del nuevo milenio se da un proceso de expansión a partir de tomas de tierra y construcción de vivienda social por parte de la provincia, expandiendo la planta urbana hacia el otro lado de las vías del tren. Este crecimiento supuso un acercamiento de San Pedro a la localidad de La Esperanza, tendiendo hacia la configuración de un espacio urbano continuo.

La localidad de La Esperanza, por su parte, nace a partir de la construcción de casas al pie de la planta del Ingenio, por parte del mismo, para que sean utilizadas como vivienda por el personal. Así, el pueblo se fue desarrollando al ritmo del crecimiento de la empresa. Esto mismo ha ocurrido con Parapetí, cuya historia data de principios del siglo XX, a partir del asentamiento de trabajadores temporales del Ingenio.

El proceso reciente de expansión de San Pedro de Jujuy hacia La Esperanza se dio principalmente, tal como vimos en la introducción de este documento, a través de dos lógicas: la lógica de la acción pública (vivienda social) y lógica de la necesidad (las tomas de tierra).

Vivienda social

Desde el 2000 el Estado (específicamente el Instituto Provincial de Urbanismo y Vivienda de Jujuy) ha construido alrededor de 2000 viviendas sociales en tierras expropiadas al Ingenio, en la zona de expansión. Si bien en el año 2005, aproximadamente, la mayoría de estas viviendas estaban terminadas, por razones administrativas y políticas no se avanzaba con su adjudicación. Así, en el marco del estallido social de 2011, la gran mayoría de estas viviendas a la espera de ser adjudicadas, fueron tomadas, en algunos casos por necesidad, y en otros por especulación. Según nos informaron, a partir de las tomas ha surgido un mercado informal de dichas viviendas, que llegan a venderse a 200.000 pesos. Actualmente se está avanzando en un proceso de regularización dominial de estas viviendas. Sin embargo, en esta primera instancia no les entregan el título de propiedad de la vivienda sino una “oblea” que certifica la propiedad. Más allá del valor legal del documento, sí es importante considerar que se está avanzando en un relevamiento y registro de los ocupantes.

El departamento de San Pedro registra porcentajes de cobertura menores a la media nacional en la cobertura de la red eléctrica y de gas, aunque cuenta con mejores niveles de cobertura de agua y de cloacas. En relación a la provincia, los niveles de cobertura son similares.

En la localidad de La Esperanza identificamos cuatro áreas. Las áreas identificadas son: área este, área centro, área sur (dentro de la planta original de La Esperanza) y la localidad de Parapetí. Las tres áreas de La Esperanza registran un bajo porcentaje de viviendas con más de un hogar, en torno del 4% aproximadamente, excepto Parapetí, cuyo porcentaje alcanza el 6%. La calidad de los materiales es relativamente baja en todas las áreas de la localidad de La Esperanza, a excepción del área sur, donde solo el 10% de las viviendas presenta baja calidad de materiales. En el área centro se registra un deterioro de la calidad de las viviendas similar a algunas áreas de San Pedro, en tanto la mala calidad de las mismas aumentó un 40% en el período intercensal. Sin embargo, el dato se vuelve particularmente preocupante en Parapetí, donde las viviendas con mala calidad de materiales alcanzan el 65%. Además, dicha localidad está emplazada en un terreno de menor altura, junto a la Ruta Provincial N° 38, lo que supone que está particularmente expuesta al riesgo de inundaciones.

La ciudad de La Esperanza tiene cobertura total de red eléctrica y agua potable. La red cloacal y de gas, sin embargo, presenta ciertas deficiencias. En cuanto a la primera, la cobertura del área sur se encuentra unos diez puntos porcentuales por debajo del área histórica (de casi 90% a casi 80% de cobertura), la del área este ronda el 20% y la del Lote El Puesto es prácticamente inexistente. Cabe destacar que entre 2001 y 2010 ésta ha aumentado en un 80% en el área sur. En cuanto a la red de gas, la situación es sin dudas mucho más deficitaria. El servicio es inexistente en todas las áreas de la ciudad, excepto el área centro, donde cuenta con una cobertura mínima. La Esperanza cuenta actualmente con el financiamiento para la construcción de una planta reductora de gas, aunque no para su distribución.

PARTE III

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TRABAJO DE CAMPO

Elección del tema

El presente proyecto tiene su razón de ser a partir de los resultados de investigaciones previas desarrolladas en los últimos años en el Lote El Puesto de la provincia de Jujuy. Teniendo en cuenta que tanto en dicho lote, como en adyacencias del mismo (desde su conformación a principios del siglo XX), se han ido generando una serie de problemas en lo que respecta a condiciones de hábitat y salud en los trabajadores y familias que residen en los mismos. La precariedad de las condiciones de vida, entre ellas falta o escasez de servicios básicos (agua potable, gas natural, luz eléctrica, cloacas), los baños compartidos mediante letrinas, la cercanía de las plantaciones de caña, la precariedad de las viviendas, entre otros, han ido generando una situación de vulnerabilidad crónica en estos lugares.

Dicha temática surgió de las primeras aproximaciones al campo mediante observaciones, entrevistas y encuestas en el marco del Proyecto de Investigación denominado “Trabajo Rural, Condiciones de Hábitat, Aspectos Socioeconómicos y Enfermedades en San Pedro de Jujuy”, en el marco de la convocatoria “Desafíos de Investigación de la UNJU” de la Secretaría de Ciencia y Técnica y Estudios Regionales (SECTER) de la Universidad Nacional de Jujuy (UNJU).

Objetivo general

- Analizar la situación de salud a partir del relevamiento de los determinantes socioeconómicos, ambientales, y modos de vida, como así también enfermedades y percepciones de la salud de los habitantes del lote El Puesto, situado en la Localidad de La Esperanza, provincia de Jujuy.

Objetivos específicos

- Relevar datos socioeconómicos, ambientales, modos de vida, acceso a la salud y enfermedades que presenta la comunidad del lote El Puesto.
- Analizar los determinantes relevados y las enfermedades para el análisis de situación de la salud de la población en estudio.

- Describir las percepciones que tienen los habitantes de la zona respecto a la salud individual y pública.

Acceso al campo

Dado que existieron antecedentes de investigaciones y relevamiento de datos como acciones enmarcadas en los mismos, no existieron obstáculos al momento de reiniciar estas labores en lo que respecta a recolección de información en la comunidad que reside en el lote El Puesto.

Muestra

En relación a la totalidad de los entrevistados, los cuales consisten en aproximadamente 650 habitantes (el número de habitantes varía constantemente, dado que gran número de habitantes optaron por retirarse de sus domicilios), 50 habitantes accedieron a las entrevistas, entre los cuales se incluyen 34 mujeres, y 16 hombres, cuyas edades oscilan entre los 18 y 70 años de edad, los cuales accedieron a responder las entrevistas, cuyas preguntas se encuentran categorizadas por ejes, y abiertas a comentarios o aportes que surjan en la interacción.

Es importante destacar que dicha selección se realizó teniendo en cuenta a las familias que aún residen en el lote.

Técnicas de recolección de información

La investigación que se realizó tuvo un carácter cuali-cuantitativo, empleando para ello técnicas etnográficas (observaciones y entrevistas), con el fin de obtener el conocimiento y comprensión para luego el análisis de las relaciones existentes entre las enfermedades psicológicas y los riesgos psicosociales respecto a las condiciones socioeconómicas, laborales y de hábitat en el Lote El Puesto. En cuanto a las técnicas de recopilación de datos se realizaron observaciones (simples y participantes) en el lote “El Puesto”, destacando que parte de dichas observaciones ya fueron llevadas a cabo en el proceso de elaboración del proyecto mencionado anteriormente.

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas (algunas ya fueron realizadas) se efectuaron a la comunidad en general, entre los cuales se identificaron trabajadores, ex trabajadores y familias del “Ingenio La Esperanza” que residen en dicho lote o residían y en la actualidad viven en la ciudad de San Pedro. Estas primeras aproximaciones permitieron

tener un panorama más amplio sobre las condiciones laborales, de hábitat y vivienda, como así también un acercamiento a los proyectos de vida, sentimientos y cuestiones subjetivas de dichos participantes, lo cual aportó de manera significativa a la elaboración de dicho documento. En el caso de las entrevistas se seleccionó una muestra de la población, siendo esta representativa del total, considerando tanto a hombres como mujeres, caracterizados fundamentalmente por ser trabajadores, ex trabajadores del “Ingenio La Esperanza”; asimismo a las familias de dichos trabajadores. Para ello se consideró como un accionar de suma importancia la creación de vínculos con referentes comunales que se pueden establecer previamente, cuyos lazos de confianza con los trabajadores tanto del campo que desarrollan o desarrollaron sus tareas en la zafra o cosecha, como así también los que se desempeñan dentro de la fábrica azucarera y sus familias, o las familias de aquellos trabajadores que ya fallecieron, resultó de suma trascendencia para el desarrollo de la presente investigación ya que nos permitió verificar de qué forma la crisis socioeconómica, las condiciones laborales y de hábitat inciden en la salud de estos actores sociales.

A su vez, para la obtención de datos se utilizó el cuestionario como instrumento, cuyo objetivo consta en determinar el nivel de percepción de las condiciones sanitarias de los habitantes del Lote El Puesto. Dicho cuestionario se dirigió personalmente a los entrevistados, para lo cual se procedió a explicar los propósitos y significados de cada uno de los ítems.

Según Hernández (2006) el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y relaciona los datos cuantitativos y cualitativos en una misma investigación, o una serie de éstas para responder a un planteamiento del problema. Por lo cual, se usan métodos de los enfoques cuantitativos y cualitativos e intervienen datos de ambos enfoques. Mientras que, al mismo tiempo se seleccionó una muestra de la población que sea representativa del total de habitantes del lote El Puesto donde se hizo uso de los instrumentos de investigación mencionados.

Dichos cuestionarios se realizaron bajo consentimiento informado de las personas intervinientes (ver anexo), asimismo se preguntó a los entrevistados si es posible grabar las entrevistas, en caso contrario, no serán grabadas, se tomará nota y posteriormente a las mismas se realizará el registro lo más exacto y preciso posible.

Diseño del cuestionario

El cuestionario se elaboró con base en lo expuesto anteriormente, adaptando cada aspecto al entorno del Lote El Puesto, sus características, y principalmente a un lenguaje

sencillo y entendible para los entrevistados. Cada uno de los ítems del cuestionario fue pensado de tal modo que se explicita la percepción que poseen los habitantes del Lote en relación a las condiciones sanitarias y aquellos factores que las determinan.

La estructura del mismo contiene los siguientes ítems:

- 1) Datos de vivienda
- 2) Datos socioeconómicos
- 3) Condiciones de salud
- 4) Condiciones ambientales

Dicho cuestionario contiene 42 preguntas, que corresponden a los elementos que componen cada uno de los ítems mencionados anteriormente, los cuales fueron seleccionadas a partir de las observaciones realizadas con anterioridad.

A su vez, es importante mencionar que, frente al estudio sobre las condiciones de salud de los habitantes, necesariamente debe ser valorada la percepción que estos tienen sobre las mismas, para lo cual existieron preguntas abiertas que permiten al entrevistado una interacción más profunda sobre dicha temática.

Para la aplicación de los instrumentos se dio cumplimiento a las siguientes etapas: según lo que nos dice Flick (2007) es necesario definir y tener muy claro los objetivos de la investigación, para tener definido los objetivos de la entrevista, luego es necesario realizar un muestreo de personas a las cuales se les va a aplicar dicho instrumento, además en el caso de entrevista semiestructurada, como es en este caso, se hace necesario contar con un guion de entrevista que se construye de acuerdo a los objetivos de la investigación, y que puede ser reestructurada hasta cuando se estime conveniente paralelamente a la aplicación, para luego pasar al posterior desarrollo de la entrevista propiamente tal, es decir su aplicación práctica.

Según Taylor y Bogdan (1994) son varios pasos para poder realizar una entrevista, en primer lugar es necesario optar por entrevistar, es decir demostrar que es la mejor opción y es la técnica requerida de recolección de información, luego es importante la selección de los informantes clave, cuestión que tiene que ir muy ligada al objetivo que se busca, luego existe lo que se llama una aproximación a los informantes para posteriormente dar comienzo a la entrevista.

Información secundaria

En relación a la recopilación de información secundaria se realizó la búsqueda de material bibliográfico, tomando como sitios la biblioteca pública de la localidad de San Pedro de Jujuy, la biblioteca de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy, y así también en las páginas de internet pertenecientes a organismos oficiales internacionales como la Organización Mundial de la Salud, y de organismos locales oficiales con la debida solicitud de autorización.

A partir de las primeras inserciones en el trabajo de campo en el Lote El Puesto, surgió de manera notable la problemática de las condiciones de hábitat, de trabajo y sus efectos en la salud de la comunidad, principalmente trabajadores, ex trabajadores y sus familias en los lotes dentro de los ingenios (en este caso Lote El Puesto). Los relatos de los entrevistados evidenciaron numerosas enfermedades y discapacidades, no solamente en los trabajadores, sino también en sus familiares. Llamativamente, estos problemas no eran aislados, sino aparecían de forma sistemática a lo largo del tiempo, y de manera generalizada en muchas de las familias que vivían en los lotes. De allí que surge una nueva línea de investigación a partir de la profundización de la investigación a través del trabajo de campo.

Cabe destacar que, en el proceso de elaboración del presente proyecto, surgió la inminente decisión de ocupar el terreno que conforma el lote para fines productivos, dado que dicho espacio pertenece a las autoridades del Ingenio La Esperanza, razón por la cual gran parte de los habitantes se trasladaron a los lotes adyacentes al mismo, o a la localidad de San Pedro de Jujuy.

En virtud de lo mencionado, y a través de las observaciones pertinentes, esta investigación releva información importante de los determinantes de la salud, como así también las percepciones que presentan los integrantes de la comunidad del lote El Puesto respecto a la salud individual y comunitaria, lo que permitirá realizar un análisis de la situación y visibilizar esta problemática que no sólo afecta a el lote El puesto, sino a toda la provincia de Jujuy en materia de salud. Teniendo presente que la salud de las personas radica en su esencia, principios, la calidad de vida, capacidad de relacionarse con el entorno, grado de viabilidad de esa población, etc.

Obtención de la información

Como se dijo anteriormente el inicio de la obtención de la información surgió de las primeras aproximaciones al campo mediante observaciones, entrevistas simples y

semiestructuradas en el marco del Proyecto de Investigación sobre “Trabajo Rural, Condiciones de Hábitat, Aspectos Socioeconómicos y Enfermedades en San Pedro de Jujuy”.

La primera etapa del proceso de investigación consistió en la búsqueda bibliográfica la cual podía estar referida directamente a las temáticas abordadas, la cual se realizó tanto en la Biblioteca de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y Biblioteca Popular de la localidad de San Pedro de Jujuy, como en sitios web afines.

En la Biblioteca Popular de San Salvador de Jujuy también se accedió a información histórica de diarios nacionales (La Nación, Clarín) y diarios provinciales (Pregón, El Tribuno de Jujuy).

También se logró acceder a material de periódicos o revistas electrónicas como ser: el Pregón y el Tribuno de Jujuy (Jujuy), La Nación, Página 12, Clarín, El Tribuno de Salta (Salta).

Posteriormente a la búsqueda de material teórico se efectuó la confección de la encuesta que se subdividió en los siguientes ítems: Datos de vivienda, Datos socioeconómicos, Condiciones de salud, Condiciones ambientales.

Después de terminar la estructura de la encuesta se procedió a delimitar la población, para lo cual se tuvo en cuenta a la localidad de La Esperanza. Sin embargo, se puso foco en un sector de la misma que hasta el momento no cuenta con un estudio de esta magnitud, como lo es el Lote El Puesto.

De esta forma, y con ayuda de habitantes conocidos, se realizaron 50 entrevistas, las cuales consistían en la resolución del cuestionario, y la apertura constante a relatos que surgían en el transcurso.

La realización de los primeros contactos que posibilitarían las siguientes entrevistas principalmente se hicieron a partir de los conocidos que existían en la zona, por intermedio de algunos familiares, amigos y vecinos. Posteriormente se formalizaba el contacto y se determinaba el día y la fecha para la realización de la entrevista. Hay que tener en cuenta que el lugar y la hora eran fijados por el entrevistado, por lo que generalmente llevaba a tener que hacer entrevistas al mediodía (después de comer) o los fines de semana (especialmente el sábado a la mañana).

A su vez, dichas entrevistas fueron grabadas, para lo cual se dio a conocer previamente al entrevistado para que sea él quien autorice (o no) dicho accionar. Cabe aclarar que ninguno de los cuarenta informantes se negó a que se utilizarán grabadores, y sin inconvenientes aceptaron participar en la entrevista.

Otro de los temas tratados con anterioridad a la entrevista tenía que ver con la utilización de la información. Si el informante demostraba desconfianza sobre la utilización

que le daríamos al material, se procedía a explicarle que los datos serían utilizados en el marco de la elaboración del presente Proyecto de Tesis, y que no era necesario darnos su nombre o apellido. Por este motivo, y para tratar de demostrar más seriedad en la entrevista, se procedió a facilitarle la hoja que contenía el consentimiento informado, en el cual se daba constancia de que todo tipo de información proporcionada obedecerá a datos confidenciales

Posteriormente cuando se terminaban las entrevistas se trataba de dejar abierta una posibilidad de volver para consultarle algo, ya sea sobre algún tema que fue olvidado o para comentarle los avances de la investigación.

Análisis de los resultados

Hay que recordar que desde finales del siglo XIX, y principalmente a lo largo del siglo XX, uno de los aspectos que caracterizó a la región oriental de la provincia, y especialmente el Departamento de San Pedro, fue la instalación de diversos Ingenios Azucareros (La Esperanza y La Mendieta). El auge de los mismos implicó la llegada cuantiosa de migrantes de distintos puntos del noroeste argentino, la puna jujeña, el altiplano y chaco boliviano. Dicha migración se orientó (en su mayoría) a las actividades en la zafra, las cuales se caracterizaron (a su vez) por desarrollarse en condiciones de extrema pobreza y precariedad para la salud.

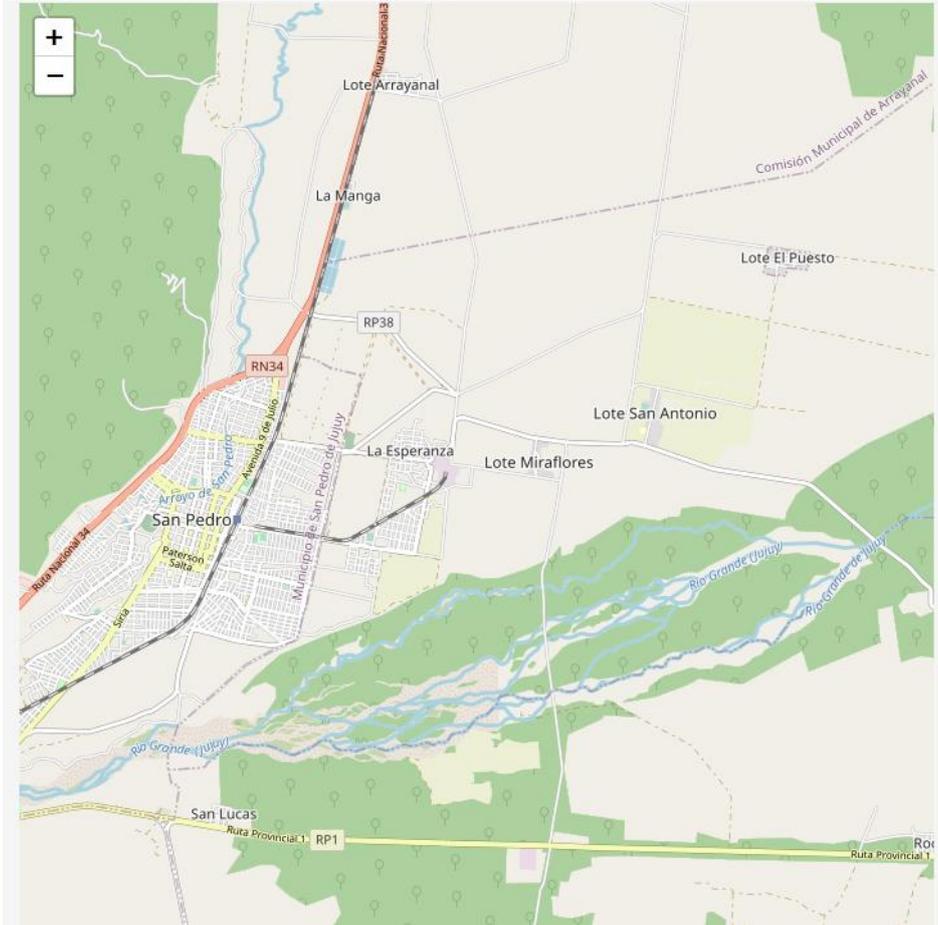
Desde su creación, y hasta la actualidad, las condiciones en donde los trabajadores del Ingenio desarrollaron sus tareas (ya sea en la zafra recogiendo la caña, quemando los restos de la zafra, etc.; o dentro de la fábrica manipulando maquinaria pesada, en soldadura, limpieza, manipulación de químicos etc.) han sido de extrema precariedad, sin o con escasa indumentaria laboral necesaria, siendo el resultado una exposición directa e indirecta a agentes causantes de problemas de salud, y en consecuencia, la aparición de una serie de enfermedades que en muchos casos terminaban siendo crónicas, sin curación y mortales, o causante de discapacidades.

En virtud de lo mencionado, se explicitan a continuación los resultados obtenidos:

1) Condiciones de hábitat (vivienda, servicios, etc.)

En relación a este ítem, se pudo identificar una cierta variedad de condiciones, para lo cual tomaremos como referencia lo observado en el Lote El Puesto. El Lote se encuentra rodeado de cañaverales a unos 5 km. (por un camino interno) aproximadamente de la Ruta Nacional N° 34.

Imagen 1. Mapa Lotes Ingenio La Esperanza



Fuente: Google Maps

Imagen 2. Mapa satelital de Lote El Puesto



Fuente: Google Eart

En las siguientes fotos se aprecian las plantaciones de caña, desde el momento de ingresar al camino interno hasta llegar al lote:

Imagen 3. Ingreso al Lote El Puesto



Fuente: Sadir, 2019

Imagen 4. Ingreso al Lote El Puesto



Fuente: Sadir, 2019

Se trata de una comunidad que cuenta con las construcciones básicas, las cuales, en su mayoría, consisten en casas prefabricadas con madera y adobe, letrinas apartadas de la misma, y un espacio destinado a la cría de animales (gallinas, chanchos, caballos, etc.).

A su vez, dichas casas se caracterizan por tener un espacio externo que contiene la cocina a leña; para lo cual diariamente se procede a recolectar la leña que encuentre en el campo para poder cocinar y calefaccionar el agua que reúnen en baldes para higienizarse. Ocasionalmente se transportan víveres (carne, verduras, frutas, pan, etc.) desde las localidades vecinas (San Pedro, La Esperanza) hacia el Lote para vender a quienes residen allí. En la siguiente imagen puede apreciarse algunas de las viviendas del Lote:

Imagen 5. Viviendas Lote El Puesto



Fuente: Elaboración propia

Imagen 6. Viviendas Lote El Puesto



Fuente: Elaboración propia

Hasta hace unos años existían comercios que ofrecían productos alimenticios (carne, pan, etc.) pero poco a poco fueron cerrando, lo cual generó que los residentes deban trasladarse a otras localidades para abastecerse de mercaderías:

“Antes sabían venir vendedores en camionetas, y nos traían carne, verduras, mercadería, pan. Pero ya viste, con el tema de que la gente se fue a vivir a otro lado no ven que es necesario traernos cosas. Debe ser que piensan que tenemos para trasladarnos a San Pedro para comprar, pero es difícil ahora” (Entrevista 1)¹

¹ Entrevista 1: hombre, 60 años, realiza trabajos temporales, vive desde hace 50 años en el Lote.

Imagen 7. Ex Mini mercado en el Lote El Puesto



Fuente: Elaboración propia

El abandono que sufre el Lote es recurrente y resaltado, dadas las condiciones que atraviesa el mismo, a raíz de la inminente decisión de autoridades del Ingenio La Esperanza, quienes siendo propietarios de dichas tierras requieren extender los campos de siembra para la caña de azúcar. Los cultivos de caña que rodean el lote, los canales de riego, los canales con aguas estancadas que rodean las viviendas, los baños con letrinas, los basurales, entre otros, son algunos de los aspectos que denotan ese abandono. Los siguientes entrevistados reflejan los problemas que con el tiempo va generando esta situación:

“Si antes no nos instalaron red de cloacas, o gas natural, ahora menos. Ya viste que la gente se está yendo, pero aparte ya estamos acostumbrados a tener el baño con pozo ciego. No nos hacemos problema con eso” (Entrevista 2)²

Para las personas entrevistadas no hay una relación directamente proporcional entre el estado de salud y las condiciones de hábitat, es decir, no dimensionan que a mejores condiciones de habitabilidad, mejores condiciones de salud, y a malas condiciones de habitabilidad, malas condiciones de salud. Los atributos de la vivienda son indicadores de

² Entrevista 2: mujer, 38 años, nació en el lote.

los niveles de bienestar y satisfacción y susceptibles de ser evaluados por los habitantes, de acuerdo con el contexto en el que se encuentran y los sistemas de valores que agudizan sus percepciones. Según las nociones de los determinantes sociales de la salud (Lalonde) los principios de higiene de la vivienda muestran las relaciones de esta con las condiciones que favorecen (o no) las condiciones de salud de un individuo. Si bien los entrevistados no establecieron una relación directa con la higiene y el estar y sentirse bien, los espacios limpios evitan que se presenten enfermedades, mientras que los espacios mal aseados generan enfermedades, como ser la existencia de letrinas en sitios externos a sus domicilios.

En las siguientes imágenes también se pueden apreciar los cañaverales, viviendas abandonadas, pastizales y aguas servidas:

Imagen 8. Cañaverales



Fuente: Elaboración propia

Imagen 9. Pastizales



Fuente: Elaboración propia

Imagen 10. Viviendas abandonadas



Fuente: Elaboración propia

Imagen 11. Viviendas abandonadas



Fuente: Elaboración propia

Imagen 12. Aguas servidas



Fuente: Sadir, 2019

Cuadro 2. Baños en Lote El Puesto

HABITANTES QUE POSEEN BAÑO/ LETRINA		
BAÑO	LETRINA	
0	100%	
UBICACIÓN		
Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda, pero dentro del terreno	Fuera del terreno
0	100%	0

Fuente: Elaboración propia

Según los datos proporcionados por los entrevistados, la totalidad de habitantes no cuenta con red de cloacas, para lo cual poseen letrinas que resultan ser un determinante que favorece el desarrollo de múltiples infecciones, así como la proliferación de vectores tales como *Aedes Aegypti* (Dengue), debido a la acumulación de agua. En las siguientes imágenes se observa la precariedad de los mismos:

Imagen 13. Baños Lote El Puesto



Fuente: Elaboración propia

Imagen 14. Baños Lote El Puesto



Fuente: Sadir, 2019

Cuadro 3. Acceso al agua

ACCESO AL AGUA			
Por cañería dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda, pero dentro del terreno	Fuera de la vivienda, pero dentro del terreno	Fuera del terreno
0	100%	0	0

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 4. Vías de acceso al agua

VÍAS DE ACCESO AL AGUA			
Red pública (agua corriente)	Perforación con bomba a motor	Perforación con bomba manual	Otra fuente
0	100%	0	0

Fuente: Elaboración propia

A su vez, frente a la respuesta emitida por la comunidad en relación al abastecimiento de agua, llamó la atención el hecho de que obtienen dicho recurso a través de la bomba a motor instalada en el lote.

Imagen 15. Bomba de agua Lote El Puesto



Fuente: Elaboración propia

En este sentido, la totalidad de habitantes manifestó que hacen uso de este sistema para tener agua en sus hogares. Sin embargo, se considera que el agua es contaminada en su trayecto por las tuberías de la red de distribución como consecuencia de las infiltraciones que ésta presenta ante el deterioro en que se encuentran; si a ello se le suma que los recipientes donde es almacenada el agua, como tinacos, o botes, no se les da limpieza periódicamente, todo esto contribuye a que el agua no sea considerada apta para el consumo humano de manera directa; así lo expresaba un entrevistado:

“En nuestro caso, nunca confiamos en el agua que tenemos aquí en el lote, así que lo que hacemos es hervir el agua, y recién la tomamos, no nos queda de otra. Sino es fea el agua aquí, no es confiable como para tomarla al sacarla del caño”.
(Entrevista 3)³

Dichos aportes remiten a las condiciones fundamentales de la vivienda saludable propuestas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), donde se formula que para que la vivienda sea saludable es importante

³ Entrevista 3: mujer, 50 años, ama de casa, nació en el lote.

sentir que se pertenece a ella, que es el lugar donde se habita y que por lo tanto se va a cuidar y a mantener limpia y agradable. Estos factores ayudan a reducir la exposición directa a microorganismos, a combatir las plagas y los vectores de enfermedades, y por ende a reducir el riesgo de contraer enfermedades. Las personas deberían apreciar la higiene como un valor comunitario, pero carecer de ella crea una imagen negativa del entorno. A través de lo anterior se observan las percepciones que los participantes tienen en cuanto a la influencia de las condiciones de hábitat en los estados de salud. Sin embargo, vale la pena resaltar que dicha relación es percibida como dialéctica, en la que los estados de salud afectan las condiciones de habitabilidad.

2) Datos socioeconómicos

Los trabajadores rurales conforman una población con un predominio masculino casi absoluto, lo cual es el caso del Lote El Puesto. Sin embargo, ahondando en el tema, quizás se podrían encontrar indicios del porqué ante esta situación y sus implicancias. Analizando el contexto histórico de las familias entrevistadas, la totalidad señala que sus inicios se dieron en el Ingenio La Esperanza, en el cual las condiciones se prestaban para ser un ambiente predominantemente rural, que atrajo mano de obra masculina. Esto se atribuye a la rudeza del medio y a las precarias condiciones de vida.

“Nosotros iniciamos por generaciones en el Ingenio La Esperanza. Nuestros ingresos salían de ahí, hasta que hicieron recortes de empleados. Entonces tuvimos que ver por nuestra cuenta la forma de conseguir plata”. (Entrevista 4)⁴

Cuadro 5. Nivel de satisfacción en relación a los ingresos

SATISFACCIÓN EN RELACIÓN A LOS INGRESOS DEL HOGAR PARA CUBRIR NECESIDADES BÁSICAS	
SI	NO
0	100%

Fuente: Elaboración propia

Durante las entrevistas, al preguntarles a los trabajadores si trabajar en el campo constituía alcanzar un nivel de satisfacción al momento de cubrir necesidades básicas mediante los ingresos obtenidos, la totalidad respondió negativamente; acotando que constantemente surgen necesidades y denotan un déficit al momento de equilibrar los gastos con lo que una persona debería percibir actualmente para abastecerse a sí mismo, y más aún quienes tienen carga familiar (lo cual sucede en la totalidad de habitantes del

⁴ Entrevista 4: hombre, 48 años, ex empleado del ingenio La Esperanza, nació en el lote.

Lote). Al respecto, el trabajador rural suele ser un padre “ausente”, un padre por períodos. Esto responde a que, ante los escasos ingresos en el hogar, los padres de familia suelen recurrir a otras alternativas de trabajo, tales como las convocatorias a cosechas (empresas tabacaleras, fincas frutihortícolas, etc.) las cuales se dan en el interior del país:

“Mira, en mi caso, y el de mi familia, nosotros vamos a la cosecha de tabaco. Ya tenemos esa costumbre, pero por necesidad tenemos que hacerlo, sino ya viste, las cosas aumentan, menos los sueldos”. (Entrevista 5)⁵

Por ello se da esta cuestión que no quiero dejar de mencionar en este apartado, y refiere a la situación de desarraigo producido por la emigración desde el lugar de origen, y lo que esto provoca en el bienestar emocional del padre de familia, y quienes esperan a diario su regreso.

En virtud de lo expresado, más que el tipo de ocupación, es el hecho en sí mismo de estar empleado o no lo que determina las diferencias en salud y la tasa de deterioro de la salud, especialmente la salud mental entre grupos sociales. Esto se debe, entre otras cosas, a que el desempleo, principalmente a largo plazo, refleja síntomas de estrés y tensión psicosocial, que afectan tanto a la salud física, dando lugar a un aumento de consumo de sustancias nocivas para la salud como alcohol, tabaco o drogas, como a la salud mental, debido al sentimiento causado por la pérdida de ingresos, privaciones materiales, reputación social y autonomía.

Lo hasta aquí planteado nos lleva a problematizar la sobre determinación del plano económico en diversos aspectos de la vida de los habitantes del lote. Del análisis realizado, surgió que el plano económico y las condiciones de salud de los miembros de las familias que trabajan se encuentran estrechamente relacionados, en la medida que no se puede disminuir la precariedad laboral o mejorar las condiciones laborales si no se avanza en ambos sentidos. En el caso de los que quedaron sin trabajo por consecuencia de los recortes de personal en el ingenio La Esperanza, o trabajadores temporales, se aprecia claramente que las constantes modificaciones en lo que respecta a la economía, los lleva a tomar ciertas lógicas de organización del trabajo que los obliga a asumir riesgos y desplegar mecanismos para poder llegar a una estabilidad laboral y económica que, en definitiva, puede perjudicar notablemente la salud en el proceso.

⁵ Entrevista 5: mujer, 28 años, estudiante y trabajadora temporal (cosecha), nació en el lote

3) Condiciones de salud

A las características del trabajo, y a las de las viviendas, se le suma los riesgos que implicaba (e implica) convivir y desarrollar las actividades en un entorno con numerosos déficit, exponiendo a los trabajadores y sus familias a diversas enfermedades y riesgos, como mordeduras de animales venenosos (serpientes, alacranes, arañas), picaduras de mosquitos (dengue, zika, chikungunya), proliferación de moscas (cólera, conjuntivitis, diarrea infantil, tuberculosis) y de ratas (hantavirus, leptospirosis, triquinosis), entre otros. Sin embargo, las relaciones entre condiciones laborales y enfermedades no solamente se asocian al trabajo directo con la cosecha (una de las más conocidas); también se pudo apreciar que las condiciones de trabajo de los obreros al interior de la fábrica (Ingenio La Esperanza), es decir, lo que comúnmente llaman trabajar con las “máquinas” también fue causante de diversas enfermedades o secuelas en la salud de los trabajadores (por ejemplo, sordera, pérdida de la visión, mutilaciones, quemaduras), entre ellas exposición a productos químicos (ácidos), a las consecuencias por la falta del cumplimiento de las normas laborales en materia de prevención de accidentes, a la sobrecarga debido a la obligación de muchos trabajadores de asumir múltiples tareas y funciones, entre otras.

Cabe acotar que un aspecto muy llamativo ha sido revelar los altos índices de discapacidades de todo tipo que existen en los lotes, ya sean como consecuencia de algún aspecto neurológico o como desencadenante de alguna enfermedad, como también las múltiples mutilaciones que se produjeron como resultado del trabajo en la zafra o en las máquinas, tal como lo expresan los entrevistados:

“... conozco a un compañero que se lastimó usando una de las máquinas que se manejan en la fábrica. Te puedo aportar que el ambiente no es sano, no te sientes tranquilo por cómo es el ambiente ahí adentro”. (Entrevista 6)⁶

“Iban a juntar caña atrás de la máquina, nosotros le decíamos “catalpina”, los obreros iban a la par, toda caña que quedaba tirada la iban juntando y la tiraban, y en ese trabajo el ruido era fuerte... pero aquí en el campo no era mucho, en el parque (haciendo referencia al interior de la fábrica) es peor, cuando está en funcionamiento no se puede escuchar nada por la maquinaria. En el campo se cortaban los dedos con machete, hay varios” (Entrevista 7)⁷

⁶ Entrevista 6: hombre, 55 años, empleado del ingenio La Esperanza, nació en el lote.

⁷ Entrevista 7: hombre 55 años aproximadamente, nacido en Jujuy, obrero del Ingenio.

“En el campo la gente se daba vuelta como pueda, a veces se compraba los machetes, herramientas, botas de goma para riego ya no, te daban una por año y no abastecía, por ejemplo si había palos, cañas que vos pisabas y ya se te rompía la bota y te entraba agua a los pies, te mojabas todos los días. Habían accidentes con machetes cuando ibas a machetear, habían cañas huecas que cortabas y tenían puntas o sino con el mismo machete te cortas las manos o los pies”. (Entrevista 13)

En este sentido, muchas de las viviendas tienen algún familiar con discapacidad. Se presentan numerosos casos de personas con casos de pérdidas de miembros inferiores o superiores, por ejemplo: mutilaciones como resultado de accidentes con los machetes, pérdida de la visión por las esquirlas que despiden las máquinas en las cosechas, pérdida de miembros por accidentes con el uso de la maquinaria pesada dentro de la fábrica, entre otros.

Al investigar sobre las principales problemáticas en torno a la salud, se identificaron diversas problemáticas que se relacionan con el ámbito laboral de los habitantes, y es que, en los aportes ya mencionados por parte de los entrevistados, se han evidenciado diversos accidentes y entornos riesgosos a los cuales fueron (y son) constantemente expuestos. Para los entrevistados un factor que afecta gravemente la salud de los trabajadores consiste en el entorno físico y los riesgos/accidentes laborales, entre los cuales se identificaron: accidentes con maquinaria o herramientas de mano, discapacidades como consecuencia del uso de algunas maquinarias y los efectos que estas producen (ruidos elevados), falta de un equipo de protección personal adecuado para ser usado previo a la exposición a agentes nocivos o maquinarias riesgosas, etcétera. Estos tipos de accidentes son interpretados como accidentes “comunes” que no causan sorpresa en el colectivo, lo que nos lleva a introducir la hipótesis que estos accidentes tienden a ser naturalizados por los trabajadores. Pero en general, se observa que el desgaste, el esfuerzo físico, y los riesgos a los que son expuestos los trabajadores del ingenio provocan enfermedades a largo y mediano plazo.

“Si, si tengo un zumbido por las turbinas, habían motores diésel acá en La Esperanza habían tres motores diésel y después estaban las turbinas a vapor pero eso son las calderas que largan vapor a alta presión que eso es lo que producen las turbinas, las hacen andar a las turbinas y las turbinas producen la corriente son generadores... No he quedado sordo pero si yo tengo un zumbido... Muchos de mis compañeros lo tienen y yo también lo tengo. Hay que aguantar el ruido, son ocho horas con ese ruido. Ocho horas continuas algunas veces no venía el relevo que se enfermaba o algún motivo y había que seguir no puedes dejar las máquinas en marcha y retirarse, así era en el ingenio, lo mismo en el trapiche en todos lados...”

Eso repercute con el tiempo, yo tengo permanentemente el zumbido ese, yo le dije al doctor lo del zumbido y él me dice que ya no lo voy a recuperar eso que eso ya se ha grabado, hay veces que tengo que tomar pastillas para dormir, uno cuando está conversando así esta entretenido pero cuando uno ya se va a dormir es peor el zumbido que lo tiene continuamente es peor hay silencio, yo tomo pastillas para dormir si no, no puedo duermo un ratito y ya me despierto". (Entrevista 8)⁸

Esta situación también se puede entender desde la teoría del desarrollo de las capacidades de Sen (2010) que señala que solo cuando las capacidades de un sujeto están cubiertas y desarrolladas, es que el sujeto tiene libre elección; en este caso detectamos como desde los entrevistados se identifica un gran déficit en el desarrollo normal de sus capacidades como producto de las malas condiciones de empleo, los cuales terminan afectado directamente su salud y aumentando los riesgos de accidentes pero también dificultando el desarrollo de los procesos asociativos. Esta perspectiva nos permite dejar atrás la dicotomía salud-enfermedad, para entender al sujeto desde sus capacidades y la posibilidad que estos tienen para desarrollarlas o, en este caso, las grandes limitaciones a las que se enfrentan.

Ya no hablamos del accidente simplemente ocasionado por malas condiciones de trabajo en cuanto a maquinaria riesgosa, bolsos pesados o malas condiciones en los montes, sino que son los modos de producir y las relaciones de producción que llevan a que los trabajadores desarrollen ciertas estrategias, asuman ciertos riesgos o aumenten otros. El marco normativo del trabajo puede ser mejorado en favor del trabajador, pero mientras ciertas lógicas de explotación y de organización del trabajo persistan el trabajador se continuará viendo en encrucijadas en relación al desarrollo de sus capacidades.

Es decir que más allá de las condiciones "objetivas" del trabajo rural en sus diversos rubros, se identifican cuestiones comunes provenientes de la organización del trabajo en sí mismo: bajas remuneraciones, zafralidad, inestabilidad laboral, entre otros que actúan negativamente en varios sentidos: por un lado sobre la posibilidad de desarrollar sus capacidades y la capacidad de cambiar ciertas situaciones y por otro también fomentando que los trabajadores desarrollen diversas estrategias de supervivencia para poder lograr un ciclo de trabajo estable. Estas estrategias toman forma en las prácticas de asunción y naturalización de riesgos.

Para comprender esta idea de estrategias y aceptación de riesgos por parte de los trabajadores debemos retomar los conceptos de salud que se manejaron en el marco teórico, donde se planteaba entender a la misma como una construcción social. Estas

⁸ Entrevista 8: hombre 81 años, nacido en Tarija, Bolivia, jubilado del Ingenio.

construcciones se encuentran fuertemente asociadas a relaciones, modos de producción y organización del trabajo, pero también a los procesos de socialización de los sujetos y la posibilidad de desarrollar capacidades. Es decir, tras estas construcciones sociales inciden también valoraciones culturales históricamente determinadas, así como determinantes relacionados con los recursos sociales que influyen en la capacidad de las personas para decidir qué hacer, como prevenir y afrontar los riesgos. Cada situación de riesgo que incide en la salud, pone en evidencia una multiplicidad de actores que conforman una trama compleja que muestra diferentes grados de aceptabilidad del riesgo.

En la aceptabilidad de riesgos se pueden identificar dos claras vertientes, una de carácter estructural relacionado al modo de organización del trabajo y otra relacionada al trabajador rural, su cultura y contexto. Por un lado, y como ya se expuso en el marco teórico, se observa como las condiciones de empleo, las características del empleo rural y el modo por el cual se organiza el trabajo influyen directamente en las capacidades de los trabajadores y en sus oportunidades.

Cuadro 6. Acceso a Obra social/prepaga

ACCESO A OBRA SOCIAL/PREPAGA		
SI		NO
0,5%		49,5%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con las cifras obtenidas tras el relevamiento realizado, solo el 0,5% de los habitantes tiene acceso a una obra social, mientras que el resto depende de sí mismo para acceder al sistema de salud.

Esto resulta un condicionante al momento de pensar en la frecuencia con la que dichos habitantes asisten a un establecimiento de salud para realizarse chequeos médicos, y la necesidad que estos tienen de gozar de este beneficio.

Cuadro 7. Acceso al sistema de salud (hospital, puesto de salud)

ÚLTIMA VEZ QUE EL SUJETO ASISTIÓ A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD				
No recuerda	Hace días	Hace semanas	Hace meses	Hace años
4/50	15/50	10/50	1/50	20/50

Fuente: Elaboración propia

Estas cifras nos permiten entender sobre el real acceso al sistema de salud que tienen los habitantes. Para ello, deberemos considerar dos elementos adicionales que

fueron manifestados por los entrevistados: por un lado, la existencia de limitantes en el acceso por las distancias hasta los centros de salud y la escasez de medios de transporte.

“Si tengo que hacerme un control con el doctor no me queda otra que buscar por mis medios irme a San Pedro. Si o si tengo que buscar por mis medios salir del lote para irme a pedir un turno. Ahora no contamos con un medio de transporte que me facilite salir y hacer mis trámites, comprar las cosas, o ir al hospital, así que no tengo otra que pedirle a mi vecino que tiene movilidad si me puede hacer la gauchada, o espero a los que ya viven aquí y saben trabajar de remiseros, el tema es que ya no pasan seguido, y los que viven aquí prefieren trabajar en San Pedro directamente, por lo que seguro allá tienen más posibilidades de conseguir gente” (entrevista 9)⁹

Por el otro lado, la existencia de un sistema provincial de salud pública que, sí permite el acceso gratuito a una asistencia sanitaria a quienes no cuentan con obra social, (incluyendo derivaciones a centros de mayor complejidad, entrega de medicamentos, etcétera), deben buscar por sus medios el encontrar turnos a tiempo para acceder a los chequeos médicos mediante consultorios internos, lo que implica hacer filas durante largas horas, y por ende, descuidar familiares a cargo, o sus hogares y ocupaciones diarias.

“Capaz que sabes cómo es el movimiento en el hospital Paterson. Bueno, yo lo tengo que vivir siempre. Tengo que ver de hacer maravillas para ir, y más para conseguir un turno, o que se dignen en tener compasión por pasar la noche afuera hasta que salgan y te digan que no te dan muchos números por día”. (Entrevista 10)¹⁰

Paralelamente a las limitaciones y posibilidades que brindan tanto una obra social como el sistema provincial para el acceso a la salud, otro factor que interviene en el estado de salud/enfermedad es la percepción de los propios trabajadores sobre el mismo.

A través de los aportes brindados por los habitantes del lote, se puede señalar la importancia de considerar el acceso real (accesibilidad) de la población al sistema de salud, diferenciando entre la accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural (Comes y Stolkiner 2007), cada una de las cuales se convierte en una barrera si dificulta u obstaculiza el acceso al sistema sanitario. Las barreras con las que se encuentra la población para acceder al sistema sanitario corresponden en gran parte a barreras administrativas, principalmente debido a que la presencia de profesionales en los CAPS no es constante,

⁹ Entrevista 9: mujer, 38 años, nació en el lote

¹⁰ Entrevista 10: mujer, 38 años, nació en el lote

teniendo fijados días y horarios para cada especialidad médica (ginecología, obstetricia/pediatría y medicina general), por lo tanto, la presencia de los médicos no supera las dos veces por semana en cada uno de los centros de atención.

“cuando necesito atención de un doctor tengo que ir a La Esperanza, porque aquí no contamos con los médicos que necesitamos, así que tengo que ir y buscar un turno. Y peor, si no consigo lo que necesito tengo que ir a San Pedro, pero la cosa es conseguir turnos por lo que se llena de gente” (entrevista 11)¹¹

Por otra parte, en lo que respecta a la realización de estudios más complejos en los servicios del Nivel II (ecografías, mamografías), otras de las barreras que se observan es el tiempo que transcurre entre la solicitud del turno y la realización del estudio. Esto lleva a que los pobladores implementen diversas estrategias para poder acceder a la asistencia sanitaria, como por ejemplo la venta de algún bien para pagarse un estudio en un servicio privado, o sacrificar horas para encontrar un turno en los hospitales cercanos a la zona.

Cuadro 8. Percepciones de la salud

¿CÓMO CONSIDERA SU SALUD?			
Pésima	Regular	Buena	Muy Buena
0	0	27/50	23/50

Fuente: Elaboración propia

Según las expresiones que los entrevistados brindaron acerca de lo que implica gozar de salud, expresaron lo siguiente:

“Yo me siento bien, así que considero que estoy teniendo salud. Pienso que salud es estar bien con tu cuerpo, así que eso te podría decir. Perdón por la respuesta sencilla, pero no se me ocurre otra cosa”. (Entrevista 12)¹²

“Si en mi casa están bien, y yo estoy bien entonces tenemos salud. Por el momento no te digo que hay alguien que dependa de una pastilla o jarabe, así que es eso”. (Entrevista 13)¹³

¹¹ Entrevista 11: hombre, 45 años, empleado temporal, nació en el lote.

¹² Entrevista 12: hombre, 55 años, empleado del ingenio La Esperanza, nació en el lote.

¹³ Entrevista 13: mujer, 36 años, ama de casa, nació en el lote.

En virtud de lo mencionado se puede observar que las respuestas e historias de algunos de los trabajadores entrevistados evidencian actitudes que van más allá de lo que dicen sus palabras. Y es que, según los datos relevados, existen múltiples problemáticas que trascienden los aspectos biológicos.

Si bien fue manifestada de forma positiva que gozan de buena salud, se evidencia que en ellos mismos existe la ferviente necesidad de resolver algunas cuestiones de índole social, emocional, afectivo, y hasta económico que actualmente los inquieta e impide tener un completo equilibrio de bienestar. Esto permite dilucidar que no existe una total dimensión de lo que es gozar de un completo estado de salud. En este sentido, y según lo expresado en el marco teórico, es importante tener en cuenta que existen múltiples factores que hacen a la construcción (o no) de la salud a nivel individual y colectivo, y tienen que ver con los determinantes de la salud. Sin embargo, la totalidad de los entrevistados expresaron que si en el plano biológico sienten gozar de salud, entonces sería lejana la idea de que estén transitando por un estadio de enfermedad.

4) Condiciones ambientales

Cuadro 9. Problemas ambientales más recurrentes

PROBLEMAS AMBIENTALES MÁS IMPORTANTES EN LA COMUNIDAD							
Contaminación	Acumulación de aguas	Acumulación de residuos	Falta de agua potable	Uso de agroquímicos nocivos para la salud	Deforestación	Contaminación por animales	Otros
100%	0	0	100%	100%	0	0	100%

Fuente: Elaboración propia

Según lo expresado por la Organización Mundial de la Salud, el medioambiente es un determinante de la salud en el cual intervienen la calidad del agua y del aire, el estado en el que se encuentran las viviendas, de que material están hechas, así como las condiciones de las vías y el barrio en general. Así mismo estos se encuentran expuestos a contaminantes los cuales influyen en la salud de los pobladores o en lo que se los emplee. Lo que permite entender que existen numerosos factores que afectan directamente a los miembros de la comunidad.

Por ello, resulta de interés destacar son las condiciones ambientales. Particularmente teniendo en cuenta que, al referirse al medio rural, puede haber diferencias en relación al medio urbano. En primera instancia, se suele escuchar la idea romántica de que una vida en el campo ha de ser más pacífica y tranquila que vivir en una ciudad. Sin

embargo, ahondando un poco más, no solo se observan elementos que apoyan esta idea, sino otros que la refutan. Y es que, por un lado, el ámbito laboral donde se desempeñan las actividades e incluso viven la mayor parte del tiempo los habitantes del Lote es el medio rural, "el campo". Esto nos habla de un medio que está más cerca de un "estado natural", el cual se halla menos modificado y "menos expuesto" a los múltiples condicionantes y limitantes asociadas con el medio urbano. Por otro lado, he aquí los elementos que refutan la idea romántica de la vida en el campo, en la cual el ámbito donde trabajan y viven estos trabajadores también está atravesado por contradicciones resultantes de la formación social de la cual forman parte. Es así que, viviendo y trabajando en el campo, los habitantes combinan la mayor tranquilidad y pureza del medio rural con elementos tales como venenos, antisépticos (quienes crían animales de granja) consumen agua no potable, y están expuestos a herbicidas (quienes trabajan en la siembra). En la siguiente imagen puede apreciarse las características rurales del lote:

Imagen 16. Características rurales de El Lote



Fuente: Elaboración previa

“¿Qué quieres que te diga? yo ya estoy acostumbrada a estar aquí en el lote, no me hago drama, pero si tengo que pedir que se cambie algo, pediría que nos tengan en cuenta para mejorar el ambiente, últimamente no nos vienen a recolectar la basura seguido, así que bolsas que dejamos afuera son bolsas que destrozan los perros”. (Entrevista 14)¹⁴

La acumulación de malezas, la falta en el servicio de recolección de residuos, la proliferación de animales venenosos, roedores e insectos vectores de enfermedades, son algunos de los efectos adversos que fueron manifestados por los mismos:

“Capaz que notaste que tenemos un problemón aquí. Nosotros que quedamos en el lote tenemos que sufrir lo que pasa. Estamos prácticamente hundidos por el yuyaral que se crió en las casas que ya no están ocupando. Hay un montón de familias que se fueron, así que todas esas casas están llenas de yuyo. El otro día tuvimos que matar una bicha que se metió a la casa por tras de todo el yuyo que hay al lado y al frente de la casa”. (Entrevista 15)¹⁵

Los datos obtenidos por los entrevistados permitieron saber acerca de la existencia de problemáticas, sobre la cual, muchos de ellos expresaron su molestia; y tienen que ver con el estado de abandono que actualmente sufre el Lote. Y es que a partir de que muchas familias tomaron la decisión de mudarse hacia las localidades vecinas, quienes aún quedan allí sufren las consecuencias.

¹⁴ Entrevista 14: mujer, 40 años, ama de casa, nació en el lote

¹⁵ Hombre, 42 años, trabajador independiente, nació en el lote.

CONCLUSIONES

En la actualidad, en algunos espacios con baja densidad en poblaciones (en donde se incluye población dispersa y centros poblados con escasos habitantes), resulta difícil el acceso a la información, tanto de las políticas públicas como de los riesgos para sus condiciones sanitarias por determinadas conductas personales y sociales. Este lugar no fue la excepción ante estas situaciones.

Uno de los aspectos más importantes que hace a la salud física es el referido al consumo de aguas potencialmente contaminadas por la actividad humana. Está descrito que una de las causas más frecuentes de afecciones gastrointestinales en humanos es transmisible por la contaminación de aguas destinadas al consumo doméstico, con agentes etiológicos de origen viral como rotavirus, astrovirus, adenovirus y norovirus, entre otros, así como bacterias. Estos agentes infecciosos provocan enfermedades agudas en las cuales los individuos infectados excretan a través de las heces millones de partículas virales que se vuelcan finalmente al sistema de red de aguas cloacales y en muchos casos al ambiente a través de filtraciones o fallas en el sistema.

Los aspectos citados hasta ahora, evidenciados en el presente proyecto, denotan las características precarias y vulnerables que la población del Lote El Puesto manifiesta en la actualidad. Con un alto índice de dependencia laboral del ingenio, las oportunidades laborales resultan escasas, y en consecuencia, el ascenso social es difícil para muchas familias. Hasta ahora se pudo comprobar que los trabajadores, y sus familias, presentan numerosos problemas socio-económicos, laborales, psicológicos, sanitarios, etc., lo cual resulta prioritario en su análisis, en el desarrollo de actividades que produzcan ciertos cambios y mejoras en los estilos de vida, y la posibilidad de proponer políticas estatales por parte de la Universidad.

En las entrevistas se pudo apreciar que existen numerosos trabajadores y extrabajadores que sufrieron secuelas, pero además de las condiciones mismas del trabajo, se tienen que sumar aquellas propias del hábitat de los entrevistados. Los lotes, desde su creación se caracterizaron por la precariedad de las condiciones que presentaban. En muchas ocasiones con viviendas compartidas (en general) por dos familias de obreros (sin parentesco), con las condiciones mínimas provistas por la empresa como ser: falta de servicios (luz eléctrica, gas natural, agua potable, cloacas), baños compartidos (pozos ciegos ubicados en descampados), agua obtenida de pozos mediante bombas, viviendas con peligro de derrumbe, etc.

El monitoreo de la población a fin de detectar personas que estén cursando la enfermedad; así como de potenciales áreas que estén expuestas a estos contaminantes; la educación en el área de la salud sanitaria y comunitaria, conforman una serie de actividades esenciales para realizar un correcto relevamiento y evaluar la magnitud del problema.

Es necesario medir la accesibilidad incluyendo nuevos ítems como los aquí planteados y evaluar las necesidades de salud de la población local. Por ejemplo, tener en cuenta la geografía de tal forma que esa distancia sea superable a través de nuevas estrategias de movilidad y de transporte no convencional, así como ítems en relación al coste económico añadido que tiene que asumir esta población para acceder a los servicios. Y todo ello desde un enfoque de equidad que incluya los determinantes sociales de salud.

PARTE IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A partir de las limitantes de este estudio, emergen las principales potencialidades y recomendaciones: la creación de una línea de investigación de salud y ruralidad y la creación de un observatorio en salud rural como proyecto de Extensión; es decir, vincular esta labor de forma directa con la Universidad, y de este modo, abrir espacios para egresados y estudiantes avanzados de la carrera a través de la existencia de una base de datos que les permita pensar en propuestas/trabajos de campo y/o intervención. A su vez, frente a la línea de investigación salud y ruralidad, se requiere de la articulación interdisciplinaria de otras miradas, por tanto, es necesario fortalecer miradas a partir de aspectos históricos, sociológicos y antropológicos. Además, teniendo en cuenta que los comportamientos ecológicos de los procesos salud, enfermedad, atención, deben ser complementados a partir de una mirada humana y social.

Ahora bien, la idea del surgimiento de dicho espacio permitiría el monitoreo inicial y diagnóstico de la población a fin de detectar las problemáticas que emergen en la comunidad; así como de potenciales áreas que estén expuestas a estas. Entonces, la educación en el área de la salud sanitaria y comunitaria, conforman una serie de actividades esenciales para realizar un correcto relevamiento y evaluar la magnitud del/los problemas.

Así también, es necesario medir las accesibilidades, y evaluar las necesidades de salud de la población local. Por ejemplo, tener en cuenta la geografía de tal forma que esa distancia sea superable a través de nuevas estrategias de movilidad y de transporte no convencional, así como ítems en relación al coste económico añadido que tiene que asumir esta población para acceder a los servicios. Y todo ello desde un enfoque de equidad que incluya los determinantes sociales de salud.

Por otro lado, son necesarios estudios históricos que muestren cuál ha sido el accionar de los servicios y de las instituciones de salud en zonas rurales, además de cuál ha sido el impacto y el papel que han desarrollado las personas que han tenido contacto con los servicios de salud, tanto como proveedores o como usuarios del sistema. En el marco de la línea de investigación, también es necesaria la investigación documental, con ésta se abordarían las estructuras y desarrollos de los discursos que han surgido alrededor de este tema. Así mismo, es necesaria la mirada económica, ya que debe prevalecer el intento de no limitar los fenómenos de accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales, debiendo esto simplemente comportamientos dados por las limitantes en el acceso geográfico. Por ello, es necesario replantear la mirada a las comunidades rurales desde el

foco de la territorialidad y de la importancia de los procesos económicos en la construcción de sociedades.

En cuanto a la creación de un observatorio de salud rural, éste se basaría en la activación de flujos de información, para que estas se operen en tiempo real. Lo anterior puede realizarse a través de los determinantes integrados en ese documento y la creación de plataformas virtuales que permitan la interacción de personas interesadas en el tema, que conformen grupos de trabajo y realicen sus actividades en red. De ese modo la labor de los estudiantes interesados en la temática, y las zonas alcanzadas por este observatorio, tendrán un primer acercamiento a lo que es la realidad de la población, y por ende, podrán identificar las problemáticas emergentes para poder pensar en posibles intervenciones, a través de instancias de talleres, charlas, o propuestas de investigación para profundizar la información obtenida.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Pérez, A.; A. Fariñas; M. Bonet Gorbea (2007).** “Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba”. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 33. La Habana, Cuba.
- Álvarez, L. (2009).** “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Revista Gerencia y Políticas de Salud”. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 8. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.
- Acevedo, G; Martinez, D; Utz, L. (2013).** “La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva”. Manual de la cátedra Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Braveman, P. y I. Gottlieb (2014).** “Los Determinantes sociales de la salud: Es hora de considerar las causas de las causas”. Informe de Salud Pública N° 129. Universidad de California, San Francisco, C.A. Estados Unidos.
- Carrasco, Alma y R. Espejo de Viñas. (2000).** “Salud y trabajo: un aporte argentino uruguayo a enfermería frente al tercer milenio. Nordan-Comunidad. Montevideo.
- Censo 2010.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Argentina.
- Comes, Y. (2007).** “El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios”. Anuario de investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
- Dever, G. (1977).** “Modelo epidemiológico para el análisis de Salud Pública”. Investigación de indicadores sociales. Georgia, Estados Unidos.
- Dever, A. (1991).** “Epidemiología y Administración de Servicios de salud”. Rockville Maryland: Aspen Publishers.
- **(1984).** “Epidemiología y gestión de servicios en salud”. Seattle, Washington, United States.
- Donabedian, A. (1988).** “Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica”. Instituto Nacional de Salud Pública; fondo de Cultura Económica. México.
- Frenk (1985).** “El concepto y la medición de accesibilidad”. Salud Pública de México. México.

- Flick, U. (2004).** *“Introducción a la investigación cualitativa”*. Morata. Madrid.
- **(2007).** *“El diseño de la investigación cualitativa”*. Morata. Madrid.
- Blum, H. (1981).** *“Planificación para la salud”*. Human Sciences Press, 2° edición. Nueva York, Estados Unidos.
- Garbossa, G; y otros (2013).** *“Determinantes sociales y ambientales de la salud y su relación con enfermedades parasitarias en niños asintomáticos de una villa miseria de Buenos Aires, Argentina”*. Departamento de Química Biológica, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Buenos Aires, Argentina
- Gavidia, V.; M. Talavera (2012).** *“La construcción del concepto de salud”*. Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales Universidad de Valencia. Valencia, España.
- Hernández, R.; Fernández Collado y P. Baptista Lucio (1997).** *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. México.
- Hernández, R. (2006).** *“Metodología de la investigación”*. 4ta Edición. Mc Graw Hill Interamericana. Distrito Federal, México.
- Jerez O. (2006).** *“Ciudades de frontera e industria azucarera”*. Cuaderno Urbano N° 5. Resistencia, Argentina.
- Jerez, O. y M. Rabey (1998).** *“La construcción del espacio en la periferia urbana: el caso de San Pedro de Jujuy”*. Cuadernos de Antropología Social.
- Marx, K. (1791).** *“El Capital: La llamada acumulación originaria”*. Capitulo XXIV. Instituto del Marxismo-Leninismo & Editorial Progreso, traducido del alemán. Moscú.
- Lalonde M. (1974).** *“A new perspective on the health of canadians”*: a working document. Ottawa: Department of Health and Welfare
- Laframboise, H. (1973).** *“Dividir el problema en segmentos más manejables”*. Diario, Asociación Médica Canadiense. Canadá
- Matarazzo, J. D. (1980).** *“Salud conductual y medicina conductual. Fronteras de una nueva psicología de la salud”*. American Psychologist. Universidad de Oregon; Oregon, Estados Unidos.
- Ministerio de Salud de Nación (2016).** *“Guía metodológica para el análisis de situación de salud local”*. Buenos Aires.

- Nieto, H.; F. Tomasina (2009).** “La Salud de los trabajadores de la salud: Estrategias e intervenciones”. Campus virtual: Disponible en: <https://cursos.campusvirtualsp.org/>
- Organización Panamericana de la Salud (2005).** “La pobreza rural: salud y estilo de vida”. México
- **(2007).** “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
- Perea Quesada, R. (2011).** “Educación para la salud y calidad de vida”. Díaz de Santos. España.
- Pineault, R.; Daveluy, C. (1989).** “La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias”. Editorial Masson, España.
- Podestá, C. (2006).** “*Un acercamiento al concepto de Cultura*”. Journal of Economics, Finance and Administrative Science, Universidad ESAN Surco, Perú.
- Price J; J. Khubchandani, F. Webb (2018).** “Pobreza y disparidades en salud: ¿Qué pueden hacer los profesionales de la salud pública?” Universidad de Toledo. Toledo. USA.
- Pernalet, R.; Martha, E. (2015).** “Una reflexión acerca de la pobreza y la salud de los trabajadores”. Universidad de Carabobo Maracay. Venezuela.
- Ron J. (1971).** “Sobre el Concepto de Cultura”. Cuadernos populares, IADAP.
- Salinas, E., y otros (2021).** “*Estudio Epidemiológico sobre Enfermedades No Transmisibles en población rural de San Luis, Argentina. Aspectos Metodológicos*”. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. Córdoba.
- Sen, A. (2010).** “La idea de Justicia”. Revista Cultura Económica Nº 81. Editorial Taurus, Argentina.
- Stolkiner, A. (2007).** “Derechos, ciudadanía y participación en salud”. Articulaciones con la accesibilidad simbólica a los servicios. Facultad Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan. (1984).** “*Introducción a los métodos cualitativos*”. Paidós Ibérica. Barcelona y Buenos Aires.
- Terris, M. (1980).** “Tres sistemas mundiales de atención médica”. Cuadernos Médico-sociales. Traducido de: World Health Forum, (OMS, Ginebra). Nueva York, Estados Unidos

Tommasina, F. (2002). “Una experiencia de trabajo y de aprendizaje colectivo en asalariados rurales: aproximación a un tema oculto”. Programa de Capacitación Laboral del Trabajador Rural Delegación de los Trabajadores. JUNAE. FESUR, Montevideo

- **(2001).** “Salud y trabajo. Programa de Formación y Capacitación en el Área de la Salud Ocupacional”. Unidad de Capacitación. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

Linkografía:

- <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-desatendidas-tropicales-transmitidas-por-vectores>
- <http://www.who.int/phe/es/> Organización Mundial de la Salud 2018. Directrices de la OMS sobre vivienda y salud, resumen de orientación
- <editorialtaurus.com/uploads/ficheros/libro/dossier-prensa/201102/dossier-prensa-ideajusticia.pdf>. Sen, Amartya. 2010. La idea de Justicia (en línea). Ed: Taurus.
- https://flipboard.com/@juanjoromero/1o-eso-ccssp9hglk4jy?utm_campaign=widgets&utm_medium=web&utm_source=magazine_wid.get. Romero, J. (2019). Climas y paisajes de la Tierra. Geografía e Historia.
- <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>. Macía, R. (2019). Factores culturales y desarrollo cultural comunitario. Reflexiones desde la práctica.
- http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm Hernández, N. A. (2018). La salud y el contexto cultural

ANEXO

Consentimiento Informado

Consentimiento informado para las personas que participan en la investigación

Yo _____ declaro en forma libre y voluntaria, bajo el respaldo de la Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de Nación, Guía para Investigaciones con seres Humano en adhesión por Resolución N° 3-DGIS-2012 y refrendada por Resolución N° 11039-S-2013), la Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de Nación "Guía para Investigaciones con seres Humanos", la Ley N° 25.326 de Protección de datos personales, Código Civil y Comercial, y con plena capacidad de ejercer mis derechos que he sido informada oralmente y por escrito de la investigación y de la invitación a participar en este estudio. Expreso mi conformidad para participar de la investigación titulada SITUACIÓN DE SALUD EN EL LOTE EL PUESTO DE SAN PEDRO DE JUJUY: RELEVAMIENTO DE ENFERMEDADES, DETERMINANTES y PERCEPCIONES DE LA SALUD. Acepto participar del mismo, dejando establecido que he leído y comprendido la hoja de información y he tenido la posibilidad de formular las preguntas y estoy satisfecho con la información recibida. Tengo conocimiento que mi participación es libre y voluntaria y que puedo retirarme sin perjuicio en el momento que yo desee. Tengo conocimiento de los beneficios y riesgos de este estudio. Entiendo que mi familia ni yo recibiremos remuneración por participar. Se me ha informado que los datos que deriven de este estudio serán publicados de forma anónima. Los resultados podrán ser presentados en reuniones científicas o publicados en revistas especializadas manteniendo siempre la reserva de los datos personales. Acepto que me realicen la encuesta y entrevista para este estudio. He recibido la información para la persona invitada a participar del estudio y de este consentimiento informado.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante o para reportar algún problema relacionado a la investigación puede comunicarse con el referente del Comité de Ética de Investigación en Salud de la Provincia de Jujuy, Mag. Hernán Zamponi , teléfono 0388 424-5518, Correo electrónico: unidadeinvestigacion.msj@gmail.com, o concurriendo personalmente a Av. Italia esq. Independencia – Hall Auditorium. CP 4600, San Salvador de Jujuy, en el horario de 09:00 a 12:00 hrs.

.....
Nombre del participante	Firma	Lugar y fecha
.....
Nombre del investigador/encuestador	Firma	Lugar y fecha