

Grupo 12: Salud, condiciones y medio ambiente de trabajo

Coordinación: Héctor Nieto - hnieto@intramed.net

Marcos Javier Alberto - marcosjalberto@yahoo.com.ar

Trabajo forestal y Leishmanianis Tegumentaria Americana (LTA) en el NO de Misiones (Argentina). Un análisis social centrado en el riesgo.

Andrea Mastrangelo

CONICET-Universidad Nacional de Misiones
andreaveronicamastrangelo@gmail.com

Introducción: pensando sobre riesgo en salud y riesgo en el trabajo

En este artículo, nos centramos en el análisis de la información etnográfica sobre un brote epidémico de Leishmaniasis Cutánea (Urugua-í 2004) de ciclo selvático-transmisión selvática, que afectó a trabajadores forestales. Por este medio procuramos caracterizar, desde la perspectiva de los enfermos, la LC como enfermedad del ambiente de trabajo rural en el N de Misiones, una provincia del nordeste argentino.

Sociológicamente, la información de este caso será usada para reflexionar en base a datos empíricos, sobre la protección al trabajo rural generada por la legislación sancionada entre 1995-2006¹ Usando para esto como principal herramienta la teoría de la sociedad de riesgo de Ulrich Beck (1992, 2000).

Algunas publicaciones recientes (Caplan 2000; Beck 1992; Douglas 1986) pensaron la noción de riesgo desde la ciencias sociales, señalando la relevancia de la percepción y la confianza, a la vez

¹ Siguiendo a Marshall (2003) entendemos la legislación del trabajo en un sentido amplio, incluyendo normas de carácter legal que no son leyes propiamente dichas. Por tratarse de normas surgidas en gobiernos democráticos, reflejan la ideología y la política del Estado, incluyendo diversas posturas políticas que requirieron modificaciones. (op.cit.: 452-453). En Argentina, para el trabajo rural en el período de referencia se sancionaron las siguientes leyes marco: Ley Nacional 25.191, crea el RENATRE, un Ente Autárquico de Derecho Público no Estatal en el que deben inscribirse todos los empleadores y trabajadores rurales del país. RENATRE tiene como atribución expedir una Libreta de Trabajo con cupones donde se detalla el salario pagado, la carga previsional, de seguro médico y da derecho a los trabajadores registrados a un fondo de desempleo. Ejerce policía del trabajo. Da derecho al SIPRED Sistema Integral de Prestaciones por Desempleo Res 543/2004.

Régimen Nacional de Trabajo Agrario establecido por la Ley Nacional 22.248.

Ley de Asociaciones Sindicales (Ley 23.551) que establece qué sindicatos serán representantes de los trabajadores de su rama de actividad. Así, los trabajadores de la forestación se encuadran en el marco de la Ley 22.248 del Trabajo Agrario.

Ley sobre Riesgos del Trabajo. Ley N°24.467 y Decreto 658/96 Listado de enfermedades profesionales. Resolución 43/2008 CCT CNTA.

que indicaron que aun cuando subjetivamente se acentúen determinados aspectos e ignoren otros, los juicios empíricos estarían social y culturalmente condicionados. Para el análisis de los registros de campo sobre la LC como enfermedad ocupacional, recurrimos al concepto de riesgo de Beck (1992 y 2000)². Ya que consideramos que su análisis, al otorgar al riesgo un carácter estructurante del lazo social en las sociedades post Chernobyl (anti-industrialistas), permite relacionar **tres núcleos conceptuales** que al estudiar la LC en el brote Uruguay-í 2004 aparecen vinculados.

Núcleo a) LC como riesgo del trabajo

Considerar que la LC en Misiones es una enfermedad del ambiente de trabajo, lleva a pensar que el riesgo de contraerla es un riesgo laboral. Esto posibilita el análisis de un tipo específico de consecuencias sociales de la enfermedad: su rol en el campo de tensión capital-trabajo.

El riesgo de contraer LC es propio de las condiciones y medio ambiente de trabajo rural (Neffa 1987; Amador 1986) en la zona endémica, ya que como ha sido documentado por Salomón (2004 y 2008 a) el parásito y el vector cumplen su ciclo en la vegetación primaria. Las entrevistas a los infectados y a los responsables de los equipos de trabajo donde se desempeñan, muestran que fue entrando esporádicamente en contacto con bordes de vegetación primaria cuando fueron infectados³. En la foresto-industria de Misiones, los “riesgos del trabajo” son parte del régimen de relaciones laborales sancionadas durante la hegemonía del neoliberalismo. De modo que indagar sobre los trabajadores afectados por el brote Uruguay-í 2004 remite, en las entrevistas con los patrones, a los/as “prevencionistas del trabajo”. Los/as prevencionistas son “técnicos/as de nivel terciario en higiene y seguridad del trabajo” que cumplen un plan de capacitación semanal entre los trabajadores. El temario de estas “inducciones de seguridad” es establecido por las “compañías aseguradoras del riesgo del trabajo” –ART-, creadas en el marco de la Ley Nacional 24.557 de 1995 (Cap. 2 Art. 4 d) tomando en cuenta la siniestralidad⁴ para la actividad en el año anterior.

² Que ya fuera usado en salud para analizar criterios de riesgo en sanidad alimentaria (Alizon et al 2006 y De la Garza 2009).

³ Las capturas en los peridomicilios de los trabajadores, en zona urbana, fueron negativas para los flebótomos vectores de LC. En el brote Uruguay-í 2004 no se registraron casos femeninos, ni de menores de edad.

⁴ El índice de siniestralidad del trabajo forestal (muertes/miles de trabajadores ocupados) ocupa el segundo lugar entre todas las actividades del trabajo rural (Vaca 2005). En Argentina el agro y

Dado que el listado de enfermedades ocupacionales sancionado en 1996 (Decreto 658), no incluye a Misiones como zona endémica de LC, ningún trabajador fue reposado ni indemnizado por haber contraído la enfermedad. Simplemente se registró su falta como una ausencia que redujo su productividad. Inclusive, algunos que sufrieron complicaciones durante el tratamiento con inyectables, fueron despedidos. Esta tensión entre lo que “realmente sucede” y lo que dicta la ley, hace que incluir información sobre prevención en las rutinas de capacitación de los trabajadores sea formalmente negado.

La validación empírica del brote Urugua-í en 2004 como enfermedad ocupacional por las autoridades sanitarias nacionales (Mastrangelo et al 2006 y Salomón et al 2008 b) genera localmente tensiones entre los trabajadores, las contratistas de trabajo forestal y las compañías aseguradoras con las que operan. El discurso de las aseguradoras y los patrones es el de la Ley: no está incluida en el listado de Decreto 658/96, por lo tanto no es una enfermedad ocupacional. En cambio, los trabajadores que se enfermaron de LC o participaron de equipos de trabajo donde hubo enfermos, reconocen que aun cuando no trabajen dentro del monte nativo, su contacto con las zonas de vegetación primaria donde se detectan los microfocos de LC es cotidiano: a veces para proveerse de sombra o intimidad, otras porque el camión de traslado se demora y quedan esperando en las inmediaciones de cejas de selva. Para los trabajadores el riesgo existe y traman explicaciones para controlarlo.

La situación laboral de los trabajadores forestales que enfermaron, presenta continuidades y diferencias respecto de los trabajadores rurales de agronegocios (Silva 2006:9). Si bien combina formas de trabajo primitivas con tecnologías sofisticadas, la jornada de trabajo suele no tener límites precisos⁵ y la vivienda del trabajador no está vinculada con el establecimiento donde trabaja. Los trabajadores forestales y sus familias residen en zona urbana o en barrios rurales. Son trabajadores asalariados formales, pero en un contexto de “flexibilización”, con mucha oferta de fuerza de trabajo fuera de los contratos legales, lo que les da muy poca estabilidad (Marshall 2003:468). Situación que muestra a las claras, que el hecho que se implemente un marco legal de protección al trabajo rural, no hace que esta protección sea universal, sino que

la construcción son los dos sectores productivos con más altas tasas de siniestralidad y mortalidad por motivos laborales (Silva 2003).

⁵ Las empresas informan el horario de los trabajadores en la plantación de 7 a 14, a lo que debería sumarse los tiempos de traslado alargan la jornada en 2 ó 3 horas. En los casos en que las plantaciones estén muy alejadas de las zonas residenciales, se arman campamentos. Allí los equipos de trabajo permanecen una semana corrida.

más bien genera un sistema dual que al establecer un campo social de aplicación, define aquello a lo que no van a acceder a los excluidos de su amparo (Marshall 2003:453).

El posicionamiento de los sindicatos respecto del riesgo de contraer LC, en tanto, es ambivalente. Por un lado, el sindicato al que la actividad forestal está vinculada por Ley (23.551 y Res.43 MTSS), la Unión Argentina de Trabajadores Rurales y Estibadores –UATRE- mantiene relación con sus afiliados por la prestación del seguro médico (OSPRERA) y las prestaciones de desempleo (RENATRE). La LC aparece como “problema” por las demandas que origina a la cobertura médica sindical y no como la reivindicación gremial de una enfermedad del ambiente de trabajo. En el nivel local del seguro médico el problema es que los médicos que atienden por la cobertura no identifican la enfermedad y demoran el diagnóstico. Mientras que en el nivel nacional de esta organización sindical, el área de “riesgos del trabajo” forma parte de la estructura organizativa de la cobertura médica. Con la clara intención de identificar aquellas dolencias cuya curación no corresponde al seguro médico sino a la aseguradora de riesgo de trabajo.

Como ha estudiado Perelman (2006), en Argentina, la relación entre sindicalismo y prestación de servicios fue un fuerte incentivo para la afiliación desde el derrocamiento de Perón (1955), que fue siendo desarticulada durante la hegemonía neoliberal, primero al separar la prestación de cobertura médica (obra social) de la sindicalización y luego al permitir la libre elección de los trabajadores entre las “obras sociales” sindicales, que fueron puestas a competir con seguros médicos privados.

En el caso particular de los trabajadores rurales, en el mismo período en que se legalizan derechos en el Régimen de Trabajo Agrario (Ley Nacional 22.248 de 1980) y se crea el Registro Nacional de Trabajadores Rurales (RENATRE, Ley Nacional 25.191 de 1999) que establece la Libreta del Trabajador Rural con cupones donde se detalla el salario pagado, la carga previsional, de seguro médico y el derecho de los trabajadores registrados a un fondo de desempleo, mediante otra Ley Nacional, la de Asociaciones Sindicales (Ley 23.551 de 1988) se establece qué sindicatos serán representantes de los trabajadores de su rama de actividad, restringiendo la libertad de agremiación. Esta ley encuadra a los trabajadores de la forestación (incluidos los que manejan maquinaria) en las regulaciones de Trabajo Agrario (LN 22.248). Y recientemente, la Resolución que legaliza la CCT de los rurales (Res. 43/2008, Comisión Nacional de Trabajo Agrario), establece aportes mensuales obligatorios a la UATRE al conjunto de trabajadores encuadrados en la actividad (“cuota solidaria” de 2% del salario a todos los trabajadores comprendidos en la CCT excepto los afiliados a la asociación sindical signataria. Estos montos

son retenidos por el empleador y “depositados en la cuenta especial de UATRE. Art 5 Res. 43/2008)⁶

Vemos así que la sindicalización no se vincula exclusivamente con la articulación de la capacidad de agencia de los trabajadores frente a la patronal, ya que no media su decisión voluntaria de aportar parte de su salario al gremio. Sino que el aporte, es parte de los acuerdos entre los dirigentes gremiales y patronales, con mediación estatal en la Comisión Nacional de Trabajo Agrario.

Por otra parte, en el contexto de “libre elección de obras sociales” no es tampoco la prestación del servicio social lo que vincula a los trabajadores con el sindicato⁷. Esto es, ni el aporte monetario “voluntario” ni la afiliación sindical se asocian con el beneficio de la cobertura de salud que administra el gremio. Los trabajadores son claros cuando afirman que se mantienen en esa cobertura de salud porque es la única que pueden pagar con los aportes que hacen⁸, y también porque es la única que presta servicios en la zona rural donde trabajan y residen.

En este marco de legalidad, lo que es un “riesgo” para los trabajadores, sobre el que se ha de realizar prevención, pagar un reconocimiento o un seguro, queda establecido en las formas de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (N°24.467) regulada por el Decreto 658/96 (Listado de enfermedades profesionales). De modo que, tal como señalara Marshall (2000), el contenido de lo que es un riesgo para el trabajador lo determina la legislación, que es un acuerdo consensuado a nivel nacional (Congreso, CNTA). Con el agravante, que esta negación del riesgo desde la legalidad, condiciona también la prevención entre los trabajadores no registrados.

Por otra parte, además de UATRE, otro sindicato organizado localmente es un sindicato por empresa (Sindicato de Obreros y Empleados de la Industria de la Celulosa y el papel del Alto Paraná –SOEP-)⁹, quien incluye a la LC entre los impactos ambientales negativos de la planta de celulosa para la

⁶ Perelman (2006) señala que en Argentina, los aportes de la “cuota solidaridad” comenzaron a implementarse en 1988 y se extendieron vía CCT a los no afiliados desde 2003 en sindicatos de la industria y servicios (op.cit.:7).

⁷ Como analizamos en detalle en otro artículo (Mastrangelo y Trpin 2009) la sindicalización en el gremio de convenio –UATRE- aparece más como una necesidad de la empresa de cumplimentar regulaciones fiscales y de las normas internacionales de calidad que como acción colectiva de base de los trabajadores.

⁸ En Marzo de 1995 se dispuso la reducción de los aportes patronales a la seguridad social (Decreto 372/95 modif del 2209/93, 385/94 y 859/94), pasó del 32% al 23%.

⁹ Este sindicato está alineado a nivel nacional con la CTA –Central de Trabajadores Argentinos-, mientras que UATRE lo está con la Confederación General del Trabajo –CGT-.

comunidad en general, sin considerarla “riesgo laboral”. En esta argumentación se relaciona a la LC como un riesgo ambiental derivado de la manipulación industrial de la naturaleza, estructurando un discurso anti industrialista y anti capitalista, un paradigma de época que posibilita la formas de acción colectiva transclasista y multisectorial¹⁰ en las que participan este gremio y la central obrera que integra.

Núcleo b) LC como riesgo ambiental

Como ha sido descripto en la introducción, la LC es una enfermedad que se adquiere por contacto con zonas de vegetación primaria. Esto hace que el riesgo de enfermarse se sitúe en la naturaleza, reestructurando la relación de los sujetos con “el monte” y “el campo” que es su ambiente de trabajo y vida. Conceptualizamos al ambiente en los términos de Descola y Palsson (1996), de donde deriva la noción de paisaje de Ingold (1993), quien sostiene que es una forma de relacionar lo ideacional con lo material. El ambiente donde Ingold define un paisaje no es un fondo de las actividades humanas. Es una representación construida y vivida por quienes habitan en él, dando significado a determinados rasgos sensibles de la naturaleza. Es por tanto, corporización y vivencia de estados cognitivos. El paisaje es una forma de apropiación social de la naturaleza. De modo que lo que se dice y lo que se sabe sobre “el monte” regula comportamientos y establece las relaciones que individualmente y como actores sociales colectivos, tenemos con nuestro entorno.

Cuando la gente llega a saber que una enfermedad proviene de un ambiente que considera natural, tiene lugar un tipo de desorientación. Este es el testimonio de un trabajador infectado:

“Yo me crié en el monte cazando. Me pasaba las noches en el sobrado¹¹, esperando. Impregnado en gasoil¹², sentadito esperando y los bichos no me picaban. Nadie hablaba de la Leishmaniasis, no se conocía.

Y nunca me había pasado. Se acercaba alguna abeja. Pero no había casos de gente que lo picara un mosquito y saber que se le hacía una herida así.

¿Qué habrá cambiado? ¿De dónde será que vino esto?

Del agua del lago (Urugua-í) no es, porque a nosotros nos ha picado en una zona bien lejos del lago.

¹⁰ P.e., el SOEP participó con otros sindicatos de la CTA-Misiones acompañando la reivindicación de los ocupantes de tierras que derivó en la sanción de la Ley Provincial 4093 (Mastrangelo y Trpin 2008:295).

¹¹ Construcción precaria en altura desde donde un cazador observa y espera a su presa.

¹² El combustible es usado como repelente.

La mayor parte de los casos son de aquel lado, de Bosetti. En Nueva Argentina la gente pasa pescando y no hay(...)

Y yo a ese lugar no quiero volver. **Le quedé con miedo a ese lugar nomás. Y va no me quedo a dormir**” (RC 2006).

En este sentido, el concepto de riesgo de Beck (2000) nos permite, también, relacionar y comprender simultáneamente a la enfermedad y a las representaciones sociales de la naturaleza donde ésta tiene el escenario de transmisión como parte del proceso Salud – Enfermedad – Atención (S-E-A). Es interesante notar como el riesgo, al ser definido torna predecible lo impredecible, pero mientras no se consensúe una definición precisa de dónde está el riesgo y cuáles comportamientos comportan riesgo de contraer la enfermedad, hay miedo, pérdida de orientación y de control. Dice Beck (2000):

“no hay mejor abono para los riesgos que negarlos. Si uno elige la estrategia opuesta y presupone que la falta de conocimiento es la base de acción contra los riesgos, entonces se abren las compuertas del miedo y todo resulta arriesgado” (op.cit.:15).

Núcleo c) LC como riesgo ecoepidemiológico

Finalmente, el riesgo es una noción central de la epidemiología que utilizan los agentes del sistema de salud y la planificación de vigilancia y control vectorial de la salud pública. Por esto resulta necesario precisar cómo opera socialmente su definición para contribuir a la prevención con eficiencia. Sostenemos que el riesgo no debe ser entendido como una sumatoria de factores (riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales) que se solapan en un caso clínico. Sino entendido como parte de las representaciones y las prácticas que construyen socialmente los procesos de Salud-Enfermedad-Atención –S-E-A y en la que participan diferentes actores sociales desde posiciones específicas¹³.

En esta ponencia sostengo que el análisis social centrado en el riesgo (Beck 2000), permite superar las limitaciones de modelo epidemiológico clásico (Laurell 1986) que define la salud como un proceso esencialmente individual (casos), del que se tiene registro negativo (de enfermedad) mediante los centros de salud. Mostrando que el riesgo y la salud en el trabajo rural

¹³ Dentro de la antropología y sociología médica (Barreda 1995, Tenti Fanfani 1991)) se ha discutido el uso del concepto de riesgo y se ha propuesto la sustitución por el de vulnerabilidad. Sin embargo, sostenemos aquí, la diferencia no pasa por la categoría que se use, si no por cómo se la defina e instrumente en la comprensión del fenómeno que se pretende explicar.

requieren una comprensión de los modos de vida laborales y familiares, su organización material y simbólica y sus conflictos de interés.

Esta mejor comprensión del registro epidemiológico, permitió que el Programa Nacional de Leishmaniasis pudiera descentrar las acciones de prevención de “los pacientes” o “la población del área endémica”, posibilitando que oriente sus objetivos a agilizar el diagnóstico –capacitando laboratorios públicos, organizando una red de investigación sobre las Leishmaniasis en Argentina (REDILA) y capacitando profesionales de la salud en colaboración con organizaciones de la sociedad civil (Fundación Mundo Sano, cobertura médica de los trabajadores rurales, de la construcción)-, al tiempo que procura el reconocimiento de la LC como enfermedad ocupacional para los trabajadores rurales en contacto con vegetación primaria, en toda el área endémica¹⁴.

Asimismo, el concepto de sociedad de riesgo de Beck (1992 y 2000) no es solamente una herramienta para la planificación de la prevención (administración y control del riesgo), si no que también es la posibilidad de generar conocimientos en el ámbito de la antropología médica. Esto es comprender el pensamiento de los actores y los comportamientos relacionados con la enfermedad (tanto de la gente enferma como de los actores sociales involucrados en el proceso salud-enfermedad-atención). A continuación presentamos el análisis hecho en base a información de campo recolectada entre trabajadores y otros actores sociales relacionados con el brote Urugua-í 2004 de LC.

La LC en los trabajadores forestales desde la teoría del riesgo

En los párrafos siguientes analizaremos la información de campo –entrevistas y observaciones- en base a los principios con los que el riesgo (Beck 2000) estructura el proceso S-E-A cuando la LC es una enfermedad ocupacional, en Misiones.

Como anticipamos, la mayoría de los pacientes de LC eran trabajadores no calificados en reforestación. La entrevista abierta permitió agruparlos en tres subgrupos. El primero realizaba mantenimiento de senderos al interior de una zona de reserva privada de selva paranaense. Otro subgrupo estaba derribando árboles reforestados para un pequeño contratista y pasó la noche en un refugio en un borde de selva. Un tercer subgrupo estaba trabajando al mismo tiempo en propiedades contiguas y a menudo formaba parte del mismo equipo de trabajo realizando tareas

¹⁴ La situación de exclusión de la LC del listado de enfermedades ocupaciones afecta no sólo a Misiones, si no también a las provincias de Catamarca, Formosa, Chaco, Santiago del Estero y Corrientes (Res, 36/99 del Ministerio de Salud de la Nación, crea PN de Leishmaniasis).

variadas como plantación, avistaje en la torres de prevención de incendio. En este subgrupo el contacto Humano-Vector sucedió mientras los trabajadores descansaban o se cambiaban de ropas usando parches de selva como refugios sombreados.

Otros actores sociales que participaron del proceso S-E-A de la LC fueron: la familia de la persona enferma; las pequeñas empresas contratistas de la foresto industria; el sindicato y su seguro médico; la aseguradora de riesgos del trabajo y sus abogados y los médicos en instituciones de salud pública o privada locales.

Por otra parte, la enfermedad involucra otros actores sociales que no residen en la localidad, la mayoría de ellos funcionarios públicos: el Ministerio de Salud tiene un Programa Nacional de Leishmaniasis y la Comisión Nacional de Trabajo Agrario que reúne a los líderes sindicales con las compañías aseguradoras y los representantes de los intereses de las empresas agrarias.

En los testimonios analizados, encontramos que cada uno de estos grupos de actores maneja una definición del riesgo acorde con su posición sociopolítica, cambiando el significado del riesgo de acuerdo con la información empírica que conoce y a la que accede en cada momento.

El riesgo destruye el control y la predictibilidad sobre el ambiente

El brote Urugua-í 2004 se caracterizó por las demoras en el diagnóstico. La LC es una enfermedad reemergente en el área, de modo que, al momento del brote, muchos médicos desconocían.

En 2006, a dos años del brote, ni los trabajadores, ni los sindicalistas, pero tampoco los “prevencionistas” de las aseguradoras de riesgo del trabajo podían describir prácticas de prevención sistemática o la enfermedad en si.

Las entrevistas mostraron que antes del diagnóstico de laboratorio en el hospital, nadie asociaba la LC con la selva o con el trabajo forestal. Esta experiencia muestra el modo en que el riesgo hace que los actores pierdan control y predictibilidad sobre su ambiente y condiciones de trabajo. Este es el modo en que ignorar sobre dónde se sitúa un riesgo aumenta la exposición a él.

Los significados que los actores atribuyen al riesgo son una respuesta a la incertidumbre

Luego que se tuvo la certeza en los diagnósticos clínicos, individual y colectivamente, la gente comenzó a dudar sobre el riesgo que suponían algunas prácticas en contacto con la selva,

argumentando en base a información que provenía de diferentes fuentes y de su propia experiencia con “el monte”.

Beck (1992) describe este proceso como “definición del riesgo frente a la incertidumbre”. Durante este proceso, tanto los trabajadores sanos, como los enfermos, los prevencionistas de las ART y los contratistas hacían definiciones del riesgo, basándose en su propia experiencia. Así, una prevencionista dijo: “Al principio nosotros pensamos que la enfermedad venía de la suciedad. Por eso recomendamos a los trabajadores lavarse las manos más seguido”.

Al comienzo del brote, los médicos del seguro de médico laboral asociaron LC con várices, alergia, cáncer de piel, obligando a los pacientes a deambular entre la asistencia privada y la pública para un diagnóstico certero.

Identificar un riesgo hace visible algo hasta entonces invisible

La ley nacional de riesgos del trabajo es el exacto ejemplo de como la definición social del riesgo permite o prohíbe prácticas. Esta ley fue sancionada nueve años antes del brote analizado, y tiene al menos dos errores: no incluye a Misiones en el área endémica y yerra en la denominación del parásito. Aun cuando proponer cambios a la normativa es posible, es un arduo trabajo burocrático, donde las compañías aseguradoras y las empresas forestales defenderán sus intereses. Mientras tanto, en Eldorado, la ciudad que es sede administrativa del seguro laboral de los trabajadores forestales enfermos de LC ningún trabajador reclama por el reconocimiento de la LC como una enfermedad ocupacional.

Los juicios sobre el riesgo son fácticos y de valor al mismo tiempo.

Sostiene Beck (2000:12) que los riesgos están directa o indirectamente relacionados con definiciones culturales y estándares de vida tolerables o intolerables. El modo en que los trabajadores rurales que enfermaron de LC en 2004 conciben la enfermedad ilustra esta afirmación. Actualmente la LC tiene un tratamiento cuyo costo es cubierto integralmente por el estado nacional. El tratamiento consiste en una serie de inyectables que se aplican diariamente entre 30 y 40 días consecutivos. Para todos los pacientes entrevistados, la enfermedad en si no la constituyó la herida infectante de LC, si no el tratamiento médico con inyecciones. Lo realmente evocado como padecimiento es el tratamiento médico. Si temen a un riesgo es a volver a ser tratados con la misma medicación y padecer nuevamente los síntomas que atribuyen a este tratamiento (hinchazón de la zona inyectada, entumecimiento de los miembros, dolor corporal). Esta definición de los actores que coloca la enfermedad en el tratamiento médico, se enfrenta con

las representaciones de la enfermedad del sistema médico. Del mismo modo que la noción de riesgo establecida por la Ley de Riesgos del Trabajo se opone con el riesgo epidemiológico que establece el sistema de salud. El riesgo se muestra así como una moralidad matematizada que combina juicios basados en hechos con juicios de valor de diferentes actores sociales.

El riesgo es probabilidad

Pero hay otras razones por las que los trabajadores no reclaman al seguro de riesgo de trabajo. El riesgo, como la riqueza, está desigualmente distribuido en la sociedad. Los médicos y los trabajadores forestales o sus patrones no experimentan el riesgo en el ambiente de trabajo de la misma manera. Las necesidades sociales como la falta de dinero o el hambre no pueden ser satisfechas negándolas. Pero “los riesgos” si pueden ser minimizados y administrados políticamente. El riesgo, finalmente, proviene del conocimiento, de la enfermedad, el parásito y los comportamientos del vector. Es mediante el conocimiento que el riesgo puede ser tenido en cuenta o eliminado de la conciencia. Por esto, para los trabajadores forestales perder sus trabajos es un riesgo más material que enfermarse. En síntesis, para un trabajador perder su trabajo es un riesgo mayor que el riesgo (como probabilidad) de enfermarse. Porque, perder la paga de un día de trabajo o manchar su legajo laboral, puede significar caer del sector formal al informal o transformarse en un desempleado.

Exactamente ¿de qué enfermedad estamos hablando?

La Leishmaniasis Tegumentaria Americana o Leishmaniasis Cutánea –LC- ha tenido tanto en Argentina como en el mundo, una incidencia creciente en los últimos 30 años. Un análisis de los registros históricos permite inferir que la distribución de la infección por LC en Argentina, ha cambiado en sexo y edad en el último siglo. Desde 1917 a 1930 el índice de mujeres/hombres era 0.23, y se incrementó a 0.79 en el período 1990-2004. Antes de 1990, 6.8% de los casos eran menores de 15 años, mientras que en el período 1990-2004, 22.6% correspondían a ese grupo de edad. Entre las décadas de 1955-1964, 1975-1984, y 1995-2004, las medianas por período para el país fueron 45, 90 y 393 casos, respectivamente. El aumento de la incidencia se debe al aumento sostenido en la elevación del canal endémico tanto como a una mayor frecuencia en los brotes.

La distribución geográfica de los brotes se presenta como una onda progresiva de Oeste a Este, involucrando progresivamente cuatro diferentes bio-regiones: selva subtropical de Yungas (dominio Amazónico), Chaco seco, región del Chaco húmedo y finalmente selva subtropical Paranaense (dominio Amazónico), siendo este último el lugar de estudio en este artículo. La LC en Misiones es una enfermedad endémica, re-emergente. Los registros más antiguos que se

tienen de LC en este ambiente son de Moisés Bertoni, un naturalista que acompañó el proceso de colonización entre fines del S XIX y principios del XX (Bertoni¹⁵ 1927:155). Siendo entre 1968 a 1997 un padecimiento del que no se registraron casos. El brote de Puerto Esperanza en 1998, marca la re-emergencia de la LC en la bioregión, en un escenario de transmisión con ciclo selvático y transmisión peridoméstica (Salomón et al 2001).

En Argentina se aislaron cuatro especies de *Leishmania* en humanos: *L. braziliensis*, *L. amazonensis*, *L. guyanensis*, y *L. chagasi*. Entre ellas la *L. braziliensis* ha sido asociada con los brotes de LC. El reservorio de *L. braziliensis* permanece indefinido; aun cuando algunos mamíferos (p.e., canidae, equidae, roedores) están naturalmente infectados, ninguno de ellos cumple todos los requerimientos para ser considerado reservorio. Desde el primer brote de LC en Argentina en 1985-1987, 25 especies diferentes de phlebotominae fueron reportadas. Entre ellas, *Lutzomyia neivai*, *Lu. whitmani*, y *Lu. migonei* fueron confirmadas como vectores de *L. braziliensis*. En los brotes en Misiones, el principal vector incriminado es la *Lu. whitmani* y *L. braziliensis* el parásito infectante.

Los estudios ecoepidemiológicos de foco realizados, permiten inferir que la antropización del ambiente, asociada a cambios climáticos, y las tendencias climáticas globales no generan en sí brotes de LC, si no más bien, que son factores que podrían aumentar el riesgo de transmisión localizada. Los factores más recientes que originan los brotes son comportamientos humanos, siendo a la vez causa y consecuencia de cambios climáticos y en el paisaje. En este contexto, hacia 2006, se determinó la relevancia de poder precisar las prácticas sociales que ponen en riesgo de contraer la dolencia a la población de la zona endémica. Esto nos indujo a realizar un análisis desde la antropología médica de los escenarios de transmisión tipificados por Salomón et al (2008b) para el área de estudio¹⁶. Esta caracterización, permitió agrupar a la totalidad de los infectados durante 2004 en dos grupos de actores sociales, con diferentes localizaciones en el espacio del Departamento Iguazú.

Así, por un lado encontramos que en las localidades de Wanda y Libertad (brote Uruguay-í 2004) y sus entornos urbanos quienes estaban enfermos eran varones de 30 años y más con residencia

¹⁵ Bertoni refiere también que Erland Nordenskiöld hizo registros de la incidencia de la LC en sus campañas al NO argentino entre 1901 y 1902 (Bertoni 1927:155).

¹⁶ En efecto, Salomón et al (2008b) infirieron, en base a estudios de foco, tres escenarios epidémicos de transmisión de LC en Argentina: (1) ciclo selvático/ transmisión selvática, (2) ciclo selvático/ transmisión peridoméstica, y (3) ciclo peridoméstico/transmisión peridoméstica (Salomón et. al 2008). El escenario de transmisión se establece como una cualidad del brote (tiempo y lugar), permitiendo así dar cuenta de las transformaciones del ambiente entre un brote y otro.

urbana y peri urbana, mientras que en “2000 Has.” (brote “2000 Has.” 2004) los infectados eran varones, mujeres y niños que estaban generando claros en la selva para instalar sus “*chacras*¹⁷”. Considerándose que en ambos brotes el escenario de transmisión fue de ciclo selvático-transmisión selvática.

Un tercer y mucho mas reducido grupo de infectados eran turistas y viajeros que accedieron a zonas de vegetación primaria para pescar, cazar o realizar ecoturismo.

En campo, la investigación antropológica consistió en georeferenciar, fotografiar, realizar entrevistas abiertas y registrar observaciones en el entorno residencial, de trabajo y de atención sanitaria de las personas infectadas. Las técnicas de trabajo de campo fueron diferentes para adecuarse a la información disponible y las particularidades de cada grupo de actores sociales.

Así, logramos determinar que los casos del brote Urugua-í se correspondían casi totalmente (9/10 casos) con operarios de la reforestación¹⁸. Este común denominador ocupacional, a la vez que el hecho que residieran en zona urbana, determinó que el contacto con las personas se estableció mediante una bola de nieve (cada entrevistado daba referencia de los otros que conocía y de los actores sociales que habían tomado parte del proceso de Salud-Enfermedad-Atención –SEA-). De este modo las entrevistas permitieron establecer en base a referencias cruzadas, qué instituciones sociales participaban de la construcción social de la enfermedad en este modelo de brote.

Reflexión final

El conocimiento cotidiano que las comunidades tienen sobre el ambiente se organiza a partir de la experiencia que tienen dentro de él, tanto como por la información que va jerarquizando esa experiencia. Para las culturas y los individuos, el ambiente es una representación social selectiva, pero una representación hecha de experiencias sensibles, ordenada por comparación entre hechos experimentados y datos que proveen fuentes de información con diversas calificaciones.

El análisis de las narrativas de pacientes del brote Urugua-í 2004 que residen en las localidades de Wanda y Libertad desde la teoría del riesgo, permitió reconstruir el proceso Salud-Enfermedad- Atención de la LC como enfermedad en el ambiente de trabajo. La teoría de Beck

¹⁷ Nombre nativo de los minifundios rurales en donde se reside en forma permanente.

¹⁸ Se trata de trabajadores formales que plantan, mantienen o talan plantaciones de coníferas (*Pinus Ellioti* y *Taeda*) destinadas principalmente a la producción de celulosa y tableros de mediana densidad. Ninguno de los infectados en el grupo “trabajadores forestales” realizaba tareas de deforestación para extracción de madera con fines comerciales.

posibilitó que esa comprensión no sea solamente en términos de la perspectiva del actor, sino que generó, a partir de la consideración del rol del riesgo en el vínculo entre personas e instituciones, la posibilidad de pensar el sentido en que se define el riesgo en la prevención y en los equipos de salud responsables de la atención. Mostrando que la prevención no pasa sólo por informar a los pobladores locales sobre la existencia del riesgo, sino que el riesgo en las relaciones laborales es parte de las dinámicas políticas entre capital y trabajo. Por lo que la inclusión de la LC en el listado de enfermedades ocupacionales, es parte de un debate que aun debe darse, y en el que no son suficientes las demostraciones epidemiológicas o entomológicas. Finalmente, la consideración de la LC como una enfermedad del ambiente de trabajo selva, lleva considerar como grupo en riesgo no sólo a los trabajadores de la reforestación, si no a todos los trabajadores rurales y de seguridad en contacto con vegetación primaria en la zona endémica.

Agradecimientos

Al Dr. OD Salomón, director del Programa Nacional de Leishmaniasis de Argentina., a la sede Iguazú de Fundación Mundo Sano, al personal de los hospitales de Pto. Iguazú y Pto. Esperanza. A la calidez con que fui recibida por los pobladores del Puerto de Wanda.

Bibliografía citada

Alizon Draper, Judith Green, Elizabeth Dowler, Giolo Fele, Vera Hagenhoff, Maria Rusanen, Timo Rusanen
2006 *Risk and trust: determinants of public perception*. In: Chp.4 **Health, Hazards and Public Debate: Lessons for Risk Communication from the BSE/CJD Saga**. Dora Carlos (ed.) OPS. Washington.

Amador, A
1986 *Higiene y seguridad en las tareas agrícolas*. En: **Seminario condiciones y medio ambiente de trabajo en Argentina**. CEIL. Humanytas. Buenos Aires.

Beck, U
1992 **Risk society: towards a new modernity**. London,Sage.
2000 **Retorno a la teoría de la “sociedad del riesgo”**. En Boletín de la AGE. N° 30 :9-20. Madrid.

Bertoni, Moisés 1927 **La civilización guaraní**. Tomos I y III. Ex Silvis. Paraguay.

Caplan P ed
2000 **Risk revisited**. London, Pluto Press.

De la Garza Toledo, Enrique
2009 **Hacia un concepto ampliado de trabajo**. ALAST. Ms

- Descola, Phillipe and Gísli Palsson
1996 **Nature and society. Anthropological perspectives.** Routledge. Londres.
- Douglas M
1986 **Risk acceptability according to the social sciences.** London, Routledge & Kegan Paul.
- Dos Reis, Dener Carlos; Andrea Grazinelli; Carolina Angelica de Brito Silva; María Flavia Grazinelli.
2006 *Educação em saúde e representações sociais: uma experiência no controle da leishmaniose tegumentar em área endêmica de Minas Gerais, Brasil.* Em: **Cadernos de Saúde Pública.** 22(11) 2301-2310 Rio de Janeiro
University of California Press.
- Grimberg, Mabel
1997 *De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología.* En: **Antropología y práctica médica.** Marcelo Alvarez comp. INAPL. Buenos Aires.
- Ingold, Timothy
1993 *The Temporality of Landscape.* In: **World Archaeology** v 25, No. 2 pp 152-174
- Laurell, C
1986 *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.* En: **Cuadernos Médico-Sociales.** N°7. Rosario
- Lumerman, Pablo y Julián Portilla
2004 **Mesa de Dialogo Colaborativo para las 2000 hectáreas.** Puerto Iguazú – Provincia de Misiones. Cambio democrático. Ms.
- Mastrangelo, Andrea. Gladys Fattore y Sandra Pereira
2007 *Antropología médica de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA). Un estudio de caso en alto Paraná misionero.* En: **Biophronesis** Año 2 N° 2. Marzo pp. 2-24
Departamento de Humanidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. ISSN 1850-4051
- Mastrangelo, Andrea y Verónica Trpin
2009 *Usos locales de las certificaciones globales: calidad, medio ambiente y trabajo seguro en forestación y fruticultura.* En: **IV Congreso Argentino y Latinoamericano de Antropología Rural.** Mar del Plata 25 al 27 de Marzo de 2009.
- Neffa, Julio C
1987 **Condiciones y medio ambiente de trabajo: aspectos teóricos y metodológicos.** Humanytas. Buenos Aires.
- Perelman, Laura
2006 Sindicalización y obras sociales. **Cuadernos del IDES N° 10.** Ides. Buenos Aires.
- Salomón OD, Sosa Stani S, Monzani S, Studer C.
2001 Leishmaniasis en Puerto Esperanza. Brote epidémico de Leishmaniasis tegumentaria en Puerto Esperanza, Misiones, 1998. **Medicina.** 61(4): 385-390.

Salomon, O.D., Wilson, M.L., Munstermann, L.E. and Travi, B.L.

2004. Spatial and Temporal Patterns of Phlebotominae Sand Flies (Diptera: Psychodidae) in a Cutaneous Leishmaniasis Focus in Northern Argentina. *J Med Entomol* 41, 33-39.

Salomón, O.D.

2008 a Research on vectors of Leishmaniasis: Trends and Questions. In: Pan American Health Organization (ed.) PAHO/HDM/CD/512-2008: Update of American Trypanosomiasis and Leishmaniasis Control and Research: Final Report, Rio de Janeiro, Brazil, 6-7 November 2007, pp 126-143. Rio de Janeiro: PAHO

Salomón, OD; Andrea Verónica Mastrangelo, María Gabriela Quintana y Juan Ramón Rosa

2008 b **Leishmaniasis and environment in Argentina: an ecoepidemiological approach**. Elsevier. Washington.

Silva, María Alejandra

2003 *Enfoques en el sistema de producción: la Organización y la gestión de la higiene, seguridad y salud*. En: Obras en construcción. **Revista Temas y Debates**. Año 7 N° 6 y 7:147-175. FCPYRI. UNR.

2006 *Salud y trabajo rural: viejos y nuevos problemas*. **Com. Museo Provincial de Cs.Naturales "Florentino Ameghino"** Vol. 11:2:1-24. Santa Fe.

Vaca, Carlos

2005 **Trabajo rural: los 10 mayores problemas y propuestas alternativas**. Semana Argentina de Salud y Seguridad. SRT/MTSS.