

Trabajo forestal y Leishmaniasis Cutánea Un análisis social centrado en el riesgo para el N de Misiones (Argentina)¹.

Andrea Verónica Mastrangelo y Oscar Daniel Salomón.

A. V. M. CONICET-Universidad Nacional de Misiones Tucumán 1605. CP. 3300. Posadas, Misiones. Argentina.

E-mail: andreaveronicamastrangelo@gmail.com, odanielsalomon@gmail.com

RESUMEN

En este artículo la teoría de la sociedad de riesgo de Beck es usada para enriquecer el concepto epidemiológico de riesgo. Así el riesgo pasa a ser una forma de hacer política, que condiciona los comportamientos de los actores sociales vinculados al proceso Salud-Enfermedad-Atención. Esto permite comprender la relación de la cobertura médica, los sindicatos, los empresarios y las aseguradoras del trabajo respecto de la enfermedad. Esta comprensión polisémica del riesgo permite precisar por qué no siempre alcanza con dar a conocer los riesgos ecoepidemiológicos para lograr una prevención eficiente.

Palabras clave: Riesgos laborales – prevención – Leishmaniasis Tegumentaria Americana – antropología médica.

Introducción

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 sucesivamente 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 (Bertoni² 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 (e.g., canidae, equidae, roedores) están naturalmente infectados, ninguno de ellos completa 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 antrorización 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 (2008) para el área de estudio³. 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 Uruguayí 2004) y sus entornos urbanos quienes estaban enfermos eran varones de 30 años y más con residencia 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"⁴. Considerándose que en ambos brotes el escenario de transmisión fue de ciclo selvático-transmisión selvática (ver Mapa 1 y nota al pie 3). 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.

De este modo logramos determinar que los casos del brote Uruguayí se correspondían casi totalmente (9/10 casos) con operarios de la reforestación⁵. 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 (-en adelante, 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.

Por otra parte, los casos del brote "2000 Has." residían en la zona de bordes con el monte hacia donde, desde 1997, la ciudad de Puerto Iguazú estaba extendiendo su ejido urbano: las "2000 Has."⁶ En el brote "2000 Has" (2004), las distan-

cias al interior del predio y las frecuentes mudanzas que realizan los ocupantes de tierras, hicieron que recurriéramos en primera instancia al listado de casos de LC reportado por el hospital. En base a ese listado, ubicamos los domicilios de los pacientes gracias a la enfermera del puesto de salud rural.⁷

En este artículo, nos centraremos en el análisis de la información etnográfica sobre el brote epidémico de ciclo selvático-transmisión selvática, que involucra a trabajadores forestales. Por este medio procuramos caracterizar, desde la perspectiva de los enfermos, la LC como enfermedad ocupacional en el NO de Misiones (brote Uruguayí 2004).

En este sentido, este artículo se encuadra entre dos campos disciplinares: la ecoepidemiología y la antropología médica. En la ecoepidemiología, en tanto que concibe al ambiente desde el punto de vista antrópico, es decir como elementos físicos, biológicos y sociales en interacción dinámica. Y en la antropología médica, ya que caracteriza el proceso S-E-A indagando cómo viven los sujetos hasta que se enferman y durante el tratamiento (Grimberg 1997), para contribuir a adecuar culturalmente la prevención basándose en evidencias.

Pensando sobre riesgo en salud y riesgo en el trabajo

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 que enunciaron 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)⁸. Considerando 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 modelo de brote Uruguayí 2004 (ciclo selvático con transmisión selvática, trabajadores forestales) aparecen vinculados.

Núcleo a) LC como riesgo del trabajo

Considerar que la LC en Misiones es una enfermedad ocupacional, lleva a pensar que el riesgo de contraerla es un riesgo del trabajo. 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 2007) el parásito y el vector cumplen su ciclo en la vege-

tación 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 infectados⁹. En la foresto-industria de Misiones, los "riesgos del trabajo" son parte del régimen de relaciones laborales neoliberales. De modo que indagar sobre los trabajadores afectados por el brote Urugua-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 siniestralidad¹⁰ para la actividad en el año anterior.

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 2004 como enfermedad ocupacional por las autoridades sanitarias nacionales (Mastrangelo et al 2006 y Salomón et al 2008) 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 dife-

rencias respecto de los trabajadores rurales en otros agronegocios (Silva 2006:9). Si bien combina formas de trabajo primitivas con tecnologías sofisticadas y la jornada de trabajo suele no tener límites precisos¹¹, 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 formales, pero en un contexto de flexibilización, con mucha oferta de fuerza de trabajo, lo que les da muy poca estabilidad (De la Garza Toledo 2006). Esto explica, en parte, que si bien existen organizaciones gremiales, éstas no siempre expresan sus reclamos en defensa de los derechos del trabajador.

Respecto del riesgo de contraer LC, el posicionamiento de los dos sindicatos que agrupan a forestales en el área de estudio, es ambivalente. Por un lado, el sindicato al que la actividad forestal está vinculada legalmente (Ley Nacional 23.551 y Res. 43 MTSS), es la Unión Argentina de Trabajadores Rurales y Estibadores –UATRE-, que con una organización local de base débil, mantiene el monopolio legal de las convenciones colectivas, la prestación del seguro médico (OSPRERA) y el seguro de desempleo (RENATRE). En este escenario, la LC es definida como un tema en jurisdicción de la "obra social" sindical más que como una reivindicación gremial. Tan es así que aun en el nivel nacional de la organización, el área de "riesgos del trabajo" forma parte de la estructura organizativa de la cobertura médica.

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-) ¹², quien incluye a la LC entre los impactos ambientales negativos de la planta de celulosa para la comunidad en general, sin considerarla "riesgo laboral". Esta argumentación se relaciona con el riesgo ambiental como discurso anti industrialista y anti capitalista, un paradigma de época que posibilita a este gremio la participación en la acción colectiva transclasista y multisectorial.¹³

Núcleo b) LC como riesgo ambiental

Como ha sido descrito 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 recreación. 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 sobrado¹⁴, esperando. Impregnado en gasoil¹⁵, sentadito esperando y los bichos no me picaban. Nadie hablaba de la leishmaniasis, no se conocía.

¿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.

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

Definir el riesgo en un contexto de cambio como el que propicia la remergencia de una enfermedad es encontrar una respuesta a la incertidumbre y una guía que habilite y proscriba comportamientos en el monte. Por ello, respecto de este núcleo conceptual, el concepto de riesgo de Beck (2000) nos permite relacionar y comprender simultáneamente a la enfermedad y a las representaciones sociales de la naturaleza donde ésta tiene el escenario de transmisión.

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 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 S-E-A y en la que participan diferentes actores sociales desde posiciones específicas¹⁶.

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. Muestra que el riesgo y la salud en el trabajo rural 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 endémica¹⁷.

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), sino 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 S-E-A). 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 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.

Asimismo, 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.

Cada grupo 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 no la conocían.

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 sí.

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 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 informales 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 trabajo asociaron LC con vrices, 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 los cambios en la normativa son posibles, es un arduo trabajo burocrático, donde la 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.

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 sobre 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.

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 de la experiencia y datos que proveen fuentes de información con diversas calificaciones.

El análisis de las narrativas de pacientes del brote Uruguayí 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 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.

Finalmente, el análisis de la LC como una enfermedad del ambiente de trabajo selva, lleva a considerar como grupo en riesgo no sólo a los trabajadores de la reforestación, sino a todos los trabajadores rurales y de seguridad en contacto con vegetación primaria en la zona endémica.

Agradecimientos

A la sede Iguazú de Fundación Mundo Sano, al personal de los hospitales de Pto. Iguazú y Pto. Esperanza. A los pobladores Pto. Wanda. A los miembros de Red de Investigación sobre Leishmaniasis en Argentina, por su amplitud de criterio e invaluable juicio crítico.

Notas.

- 1.- Esta investigación contó con subsidio de la ANCYT para el PICT 676/2006 y para el trabajo de campo recibió apoyo de la sede Iguazú de la Fundación Mundo Sano.
- 2.- Bertoni refiere también que Erland Norden-skiöld hizo registros de la incidencia de la LC en sus campañas al NO argentino entre 1901 y 1902 (Bertoni *ibidem*).
- 3.- En efecto, Salomón et al (2008) 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.
- 4.- Nombre nativo de los minifundios rurales en donde se reside en forma permanente.
- 5.- Se trata de trabajadores formales que plantan, mantienen o talan plantaciones de coníferas

(*Pinus Elliotti* 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 de monte nativo para extraer madera con fines comerciales.

6.- "2000 Has." es una fracción de un predio de más de 10.000 Has. de selva paranaense donde el ejército realizó extracción sistemática de maderas nativas entre 1947 y 1993. En 1990, la Ley Nacional 23.810 cedió esa fracción al municipio de Puerto Iguazú, considerando que dado que está limitado por fronteras fluviales al O y al N y por el Parque Nacional Iguazú al E, era la única posibilidad de extensión del ejido urbano. En 1997 se comenzó la urbanización de los primeros barrios (Primavera y Santa Rita) y el Arq. Garay diseñó un plan de urbanización, del que se ejecutaron los loteos de barrio Las Leñas y 1ero. De Mayo. A mediados de 2001 se ocupó espontáneamente el primer sector rural, hasta el límite del arroyo Mbocay. En 2003-2004 hubo un pico de ocupación y desmonte de claros monte adentro, previo a las elecciones. Estos sucesos condujeron a la organización del movimiento de ocupantes en varias asociaciones con diferentes objetivos, lo que produjo varios conflictos entre distintos niveles del Estado y entre grupos de ocupantes que representaban facciones enfrentadas en las elecciones a Gobernador. A 2008 las "2000 Has." están conformadas por una zona residencial periurbana (barrios) y una zona de producción rural (chacras, ladrillos) en límite con dos unidades de monte en régimen de reserva: el Parque Pcial. Puerto Península -6900 Has.- y el campo de entrenamiento del Regimiento de Infantería de Monte 9 (Fuentes: entrevista GM 2007 y Lumerman y Portilla 2004).

7.- Fue ella quien realizó el tratamiento con inyectables a la mayoría de los pacientes. Las drogas son provistas en forma gratuita por el Programa Nacional de Leishmaniasis.

8.- Que ya fuera usado en salud para analizar criterios de riesgo en sanidad alimentaria (Alizon et al 2006).

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

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

11.- Las empresas informan el horario de los traba-

jadores en la plantación de 7 a 14, a lo que debería sumarse los tiempos de traslado que 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.

12.- 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–.

13.- 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 4.093 (Mastrangelo y Trpin 2008:295).

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

15.- El combustible es usado como repelente.

16.- Dentro de la antropología y sociología médica Barreda (1995) y Tenti Fanfani (1991) han 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.

17.- La Resolución del Ministerio de Salud que crea el Programa Nacional de Leishmaniasis (Res. 36/99) establece como zona endémica a las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Formosa, Misiones, Catamarca, Formosa, Chaco, Santiago del Estero y Corrientes. Las últimas 6 no están incluidas en el Decreto 658/1996 de riesgos del trabajo.

Bibliografía citada

Alizon Draper; Green J; Dowler E; Fele G; Hagenhoff V; Rusanen M; et al. Risk and trust: determinants of public perception. 2006. In: Chp.4 Health, Hazards and Public Debate: Lessons for Risk Communication from the BSE/CJD Saga. Dora Carlos (ed.). Washington: OPS.

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

Barreda, V La representación de la sexualidad como "factor de riesgo" en el modelo médico epidemiológico del SIDA. 1997. En: Alvarez, M. Comp. Antropología y práctica médica. Buenos Aires. INAPL; 43-52.

Beck, U . Risk society: towards a new modernity. London:Sage; 1992.

Beck, U. Retorno a la teoría de la "sociedad del riesgo". 2000; Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles. 30:9-20. Madrid.

Bertoni, M. La civilización guaraní. 1927. Tomos I y III. Paraguay: Ex Sylvis.

Caplan, P. (ed). Risk revisited. 2000. London: Pluto Press.

De la Garza Toledo, Enrique. Hacia un concepto ampliado de trabajo. Ms; 2006.

Descola, P and Palsson, G. Nature and society. Anthropological perspectives. 1996. Routledge: Londres.

Douglas, M. Risk acceptability according to the social sciences. 1986. London: Routledge & Kegan Paul.

Dos Reis DC; Grazinelli A; de Brito Silva CA; Grazinelli MF. Educação em saúde e representações sociais: uma experiência no controle da leishmaniose tegumentar em área endêmica de Minas Gerais, Brasil. 2006. Em: Cad. de Saúde Púb. (RJ) 22(11) 2301-10.

Grimberg, M. De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología. En: Antropología y práctica médica. Marcelo Alvarez comp. 1997. INAPL. Buenos Aires. p.11-23.

Ingold, T. The Temporality of Landscape. 1993. World Archaeology; 25 (2): 152-74.

Laurell, C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. 1986. (Cuad. Méd.Soc.(Rosario, Arg.) 7).

Lumerman, P, Portilla J. Mesa de Dialogo Colaborativo para las 2000 hectáreas.Puerto Iguazú – Provincia de Misiones. Puerto Iguazú. 2004. Fundación Cambio democrático y Asociación Misionera de Mediación.

Mastrangelo, AV, Fattore, G; Pereira, S Antropología médica de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA). Un estudio de caso en alto Paraná misionero. Biophronesis 2007. (Buenos Aires). 2(2). Marzo: 2-24.

Neffa, JC Condiciones y medio ambiente de trabajo: aspectos teóricos y metodológicos. 1987. Buenos Aires: Humanytas.

Salomón OD, Sosa Stani S, Monzani S, Studer C. Leishmaniasis en Puerto Esperanza. Brote epidémico de Leishmaniasis tegumentaria en Puerto Esperanza, Misiones, 1998. 2001; Medicina. 61(4): 385-390.

Salomon, O.D., Wilson, M.L., Munstermann, L.E. and Travi, B.L. Spatial and Temporal Patterns of Phlebotominae Sand Flies (Diptera: Psychodidae) in a Cutaneous Leishmaniasis Focus in Northern Argentina. 2004; J Med Entomol. 41, 33-39.

Salomón, O.D. 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; Mastrangelo, AV, Quintana MG y Rosa, JR. Leishmaniasis and environment in Argentina: an ecoepidemiological approach. 2008. Washington. Elsevier.

Silva, MA. Enfoques en el sistema de producción: la Organización y la gestión de la higiene, seguridad y salud. En: Obras en construcción. 2003; Rev. Temas y Debates (Rosario, Arg.). 7(6 -7):147-75.

Silva, MA. Salud y trabajo rural: viejos y nuevos problemas. 2006. Com. Museo Provincial de Cs.Naturales Florentino Ameghino (Santa Fe, Arg.) 11(2):1-24.

Vaca, C. Trabajo rural: los 10 mayores problemas y propuestas alternativas. En: Libro de ponencias: Semana Argentina de Salud y Seguridad. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Buenos Aires, 3 al 5

Agosto 2005.

Forest workers and Cutaneous Leishmania Social comprehension from risk theory in Misiones (Argentina).

In this paper Beck's risk theory is used to comprehend deeply epidemiological meaning of risk. Doing so, risk became a kind of politic, conditioning social actor's behaviour related with Health-Illness-Care process. This point of view allow us to understand relationship among unions; medical insurance; business men and labour risk insurance companies. This polisemic comprehension acute our knowledge about ecoepidemiological risk definition related with Cutaneous Leishmania.

Keywords: Labour risks-prevention- Cutaneous Leishmania-medical anthropology.