

Poblaciones Vulnerables en la provincia de Tucumán

JULIA PATRICIA ORTIZ DE D'ARTERIO Y ALEJANDRA DEL CASTILLO
(comp.)



Poblaciones vulnerables en la provincia de Tucumán / Patricia Ortiz de D'Arterio...
[et al.] ; compilación de Alejandra Del Castillo ; Patricia Ortiz de D'Arterio. -
1a ed. - San Miguel de Tucumán : Universidad Nacional de Tucumán. Facultad
de Filosofía y Letras, 2023.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-754-357-5

1. Trabajo Social. 2. Geografía. 3. Pobreza. I. Ortiz de D'Arterio, Patricia, comp. II. Del Castillo, Alejandra, comp.
CDD 307.72

EQUIPO EDITORIAL

DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES

Directora Académica: Dra. Elena Acevedo

Coordinador: Daniel Ferullo

Consejo Asesor de Publicaciones

Mg. Ignacio Lau

Mg. Silvia Elena Hernández

Dra. Fátima Forté

Dra. Sandra Faedda

Dra. Agustina Garnica

Dra. Valeria Mozzoni

Mg. María del Huerto Ragonesi

Prof. Sergio Jerez

Prof. Sonia Marta Saracho

Prof. Fabián Silva Molina

Lic. Liliana Noemí Soraire

Diseño y diagramación: Álvaro Astudillo / Dúplex Casa Editora

Índice

- 5 Introducción.
Autora: ALEJANDRA DEL CASTILLO.
- 11 Notas teóricas sobre la vulnerabilidad social y su potencial
para la formulación de políticas sociales”.
Autora: PATRICIA ORTIZ DE D'ARTERIO.
- 31 Las Tareas de Cuidado en contextos de Pobreza Rural en Tucumán.
Aportes para pensar estrategias familiares y presencia estatal en el
marco de la postpandemia de Covid 19.
Autoras: FIORELLA CADEMARTORI Y CAROLINA CERNAK.
- 46 Una aproximación al análisis de la vulnerabilidad social del
adulto mayor en la provincia de Tucumán.
Autora: MARÍA FLORENCIA VILLAGRA.
- 67 Organización territorial del sistema de salud y equidad en el acceso a la
salud sexual y reproductiva de poblaciones rurales vulnerables.
Autora: VALERIA GONZÁLEZ COWES.
- 97 La fecundidad adolescente en Tucumán en las primeras décadas del siglo XXI.
Su relación con el nivel de instrucción y situación conyugal de la madres.
Autora: BEATRIZ PUENTE.
- 114 Programas de formación y empleo para jóvenes desde los noventa a la actualidad.
Autora: ALEJANDRA DEL CASTILLO

Organización territorial del sistema de salud y equidad en el acceso a la salud sexual y reproductiva de poblaciones rurales vulnerables

El papel de la organización territorial del sistema de salud y las prácticas sociales de sus agentes

AUTORA: DRA. VALERIA GONZÁLEZ COWES

Resumen

El trabajo explora comparativamente las particularidades que asume el proceso de acceso de estos pobladores a la atención de su salud sexual y reproductiva en parajes rurales de las provincias de Tucumán y Misiones. Para ello, describe la distribución territorial de los servicios públicos de salud, su funcionamiento organizativo y las actividades de sus agentes.

El análisis muestra que se configura una situación de inequidad en el acceso a la salud, en la cual la dimensión geográfica se articula con otras dimensiones de la accesibilidad y con las prácticas sociales de los agentes del sistema sanitario. Lo que diferencia a ambos casos son los patrones de articulación entre lo territorial y las características que asumen las relaciones sociales.

Introducción

Promover el acceso al sistema de salud de cualquier persona, sin distinción social, económica, cultural o étnica resulta fundamental para alcanzar la equidad en la salud (Becerra Posada, 2015; Salaverry Garcia, 2013). Éste es un concepto que aboga por eliminar aquellas diferencias sistemáticas en salud entre grupos de una población que son evitables e injustas y que resultan de desventajas sociales (Hosseinpour et al., 2014). En este sentido, la equidad en salud invita a considerar y a actuar sobre los determinantes sociales de la salud, es decir sobre aquellas condiciones en las cuales las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, así como las inequidades en el acceso a recursos socialmente demandados (Vega y Frenz, 2013).

El acceso a la atención sanitaria es un proceso complejo, que conlleva varias etapas y en ellas pueden presentarse barreras, particularmente para aquellos grupos con mayores desventajas sociales (Tanahashi, 1978; Hirmas Aday et al., 2013). Los pobladores de zonas rurales enfrentan una combinación distintiva de factores económicos, diferencias culturales y sociales, falta de disponibilidad de servicios sanitarios o educativos, y muchas veces, aislamiento, que crea disparidades en la salud con respecto a las poblaciones urbanas (SanzTolosana, 2015). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado que, a nivel mundial, estas desigualdades urbano/rurales quedan claramente reflejadas en, a) que el 56% de la población rural carece de cobertura en salud en comparación con el 22% de las poblaciones urbanas que sufren esta privación; b) en la escasez extrema de personal sanitario en las zonas rurales que duplica largamente la falta de personal calificado en las zonas urbanas y, c) en que el déficit

de gasto en salud per cápita en las zonas rurales duplica al de las zonas urbanas. Esta brecha rural/urbana relativa a la cobertura y el acceso a la salud se presenta en todas las regiones y países del mundo (Scheil-Adlung, 2015).

Cuando se trata de la salud sexual y reproductiva (SSyR), las desigualdades entre las poblaciones rurales y urbanas se mantienen. Así, en su informe sobre acceso universal a la salud sexual, el Fondo de Población de Naciones Unidas (2016) destaca que en las zonas rurales las tasas de fecundidad de adolescentes son considerablemente más altas, que existen menores niveles de uso de métodos anticonceptivos y que las mujeres experimentan niveles más altos de necesidades de planificación familiar insatisfechas que aquellas que habitan en zonas urbanas. Por su parte, la OIT ha señalado con relación a la tasa de mortalidad materna (TMM) que, a excepción de Europa y América del Norte, en todas las regiones del globo la TMM rural es al menos el doble de la TMM urbana (Scheil-Adlung, 2015). Queda claro que en materia de acceso a la SSyR las poblaciones rurales son más vulnerables y que requieren particular atención. Sin embargo, resulta necesario destacar la escasez de trabajos que abordan temáticas en el contexto de la SSyR a partir de las especificidades propias de los diversos contextos rurales, sin negar con esto la existencia de algunas excepciones (Caballero, Leyva, Ochoa, Zarco y Guerrero, 2008; Castañeda, Ortega, Reyes, Segura y Morón, 2009, González Cowes y Landini, 2018).

El reconocimiento de dichas especificidades resulta fundamental para que las comprensiones e intervenciones en salud en entornos rurales sean diferenciadas, contextualizadas y, finalmente, efectivas (Edwards y Sullivan, 2014). Esto adquiere máxima relevancia cuando se trata de comprender los procesos territoriales que atraviesan la interfaz de atención en SSyR en la que participan el sistema público de salud y pobladores rurales de bajos ingresos. En primer lugar, porque la falta de consideración de esas especificidades puede impactar negativamente en la eficacia de las acciones propuestas por el sistema sanitario (D'Amore, González Cowes y Logiovine, 2015). En segundo lugar, porque muchas veces el sistema público de salud es la única oferta de servicios de salud en las zonas rurales, y, por último, porque estos servicios de salud son los que ejecutan políticas públicas dirigidas a pobladores que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad económica, social y/o cultural.

En la generación de desigualdades se ponen en juego factores y mecanismos tanto de naturaleza material (el ambiente o los sistemas técnicos) como no material, (que incluye las relaciones sociales y los mundos de sentido), cada uno con sus propias lógicas, pero en constante interacción (Engel Gerhardt y Marques Lopes, 2015). Además, y esto resulta clave para abordar el tema desde la mirada que aquí se propone, el proceso de generación de desigualdades no es una consecuencia directa de la interacción entre los factores mencionados, sino que es mediatizada por el desempeño de los actores sociales que reinterpretan y modifican sus condiciones (Engel Gerhardt y Marques Lopes, 2015; Long, 2015). Por ende, resulta útil considerar que la equidad en el acceso a la salud sexual se expresa dentro de espacios territoriales (Carballeda, 2012) y que en ellos se articulan actores y sus intencionalidades, mundos de sentido, recursos humanos y técnicos, sistemas de intervención y prácticas de salud diversas (Llanos-Hernández, 2010). De este modo, la consideración de la perspectiva territorial habilita a explorar las diferencias y particularidades que asumen las posibilidades de acceso a la SSyR en contextos rurales, y más precisamente, la incidencia que tiene en el acceso de los usuarios la organización territorial del sistema público de salud en zonas rurales.

Entonces, y desde este enfoque, cabe preguntarse: ¿cómo se articulan en los territorios rurales concretos los factores materiales y los no materiales que facilitan u obstaculizan el

acceso a la SSyR de sus pobladores? ¿Cómo se configuran las situaciones de equidad en el acceso a la SSyR en cada territorio rural particular? ¿Qué similitudes y diferencias emergen entre distintos territorios rurales en materia de equidad en el acceso a la SSyR?

Buscando aproximar algunas respuestas, esta investigación aborda dos estudios de caso en contextos rurales y se propone describir la distribución territorial que tienen los servicios públicos de salud, su funcionamiento organizacional y las actividades que sus agentes realizan vinculadas a la SSyR a fin de explorar las particularidades que asume el acceso a la SSyR en estos contextos.

En este punto, conviene precisar que este estudio es parte de una investigación más amplia, realizada entre 2012 y 2014, en parajes rurales de la comuna de Ranchillos y San Miguel, (departamento Cruz Alta) y de la Comuna de Agua Dulce y la Soledad (departamento Leales), provincia de Tucumán; así como en parajes rurales, del Municipio de Dos Arroyos, departamento Leandro N. Alem, provincia de Misiones, Argentina. En ella, se buscó identificar factores psicosociales y culturales que participan en la interfaz de atención de la SSyR en contextos rurales.

Herramientas conceptuales para abordar la accesibilidad de poblaciones rurales vulnerables a la salud sexual y reproductiva

En general, la accesibilidad a la atención en salud ha sido abordado desde diferentes perspectivas (Henderson; Kendall, 2011; Moreno et al., 2009; Tirado Otálvaro y Correa Arango, 2009; Travassos y Martins, 2004). Por un lado, están aquellos autores que la consideran como una característica de la oferta de los servicios de salud (Díaz-Grajales, Zapata-Bermúdez y Aristizábal-Grisales, 2015; Rivera Mejía, Barona, Mateus Solarte, Gómez y Valencia Bernal, 2014). En este abordaje de la accesibilidad queda por fuera el análisis de los atributos sociales, culturales y psicológicos de los beneficiarios potenciales del servicio de salud. Si bien no desconoce que estos interactúan con las características de la oferta y que impactan en su uso, no se pondera su incidencia.

Un segundo tipo de abordaje encuentran en la utilización de los servicios de salud una medida de su grado de acceso. En este caso, el interés está puesto en referir atributos de los usuarios que facilitan u obstaculizan el contacto con los servicios de salud. Entonces, se analizan variables sociodemográficas, se describen sus creencias, conocimientos, prácticas y hábitos de salud, se identifican sus redes de apoyo social y se evalúa el grado de satisfacción por la atención recibida. Esta variación no aborda las particularidades del sistema de salud que facilitan u obstaculizan su utilización y, como efecto emerge la percepción de que es el usuario quien debe arbitrar los medios para buscar, obtener y mantener la atención sanitaria. Ejemplos de este enfoque pueden verse en Mini et.al, (2012); Aguilar-Ruiz, et al. (2006) o en Goldani, Barbieri, Silva y Bettioli (2004). Ambos abordajes pueden considerarse como parte de una perspectiva no relacional de la accesibilidad

Desde una tercera perspectiva, se ha destacado el carácter dinámico y relacional de la accesibilidad (Andersen, 1995; Comes, et al., 2007; Landini, González-Cowes y D'Amore, 2014), al considerar la articulación entre las necesidades, particularidades y condiciones de vida de la población beneficiaria y las características del servicio de salud y sus agentes. Aquí el foco está en comprender como la dinámica entre estos factores promueve o no el acceso y el mantenimiento de la atención en salud. Consecuentemente, no basta con abordar la accesibilidad desde la disponibilidad de los servicios ni acotarla a que los usuarios tengan allanado el ca-

mino para conseguir y mantener la atención sanitaria, sino que es necesario considerar si los usuarios obtienen beneficios para su salud tras tomar contacto con el sistema.

Ahora bien, ¿cuáles son las dimensiones del concepto de accesibilidad entendida como un proceso relacional?

Si bien no se desconocen las propuestas de otros autores (Wallace y Enríquez-Haass, 2001; Wallace y Gutiérrez, 2005), en este estudio se asume la existencia de 4 dimensiones de la accesibilidad: la geográfica, la financiera, la administrativa y la psico-socio-cultural (Comes et al., 2007; Comes y Stolkiner, 2005; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008; Landini et al. 2014). Cada una de estas dimensiones puede convertirse en una barrera si no permite o si limita el acceso al sistema de salud. Se opta por esta clasificación en tanto la identificación de estas dimensiones permite distinguir con mayor precisión los factores actuantes y sopesa la participación los actores intervinientes. Todo ello resulta pertinente para los fines propuestos para este estudio

En concreto, la *accesibilidad geográfica* refiere a la posibilidad de traslado desde la residencia de cada persona al servicio de salud, lo que se expresa en la distancia y el tiempo insumido para hacerlo. La *accesibilidad económica* refiere a la disponibilidad de dinero para hacer frente al pago del transporte, los servicios, los medicamentos o cualquier otro costo asociado. Por su parte, la *accesibilidad administrativa* refiere a la organización burocrática de los servicios de salud: horarios de atención, procedimientos para acceder a las consultas, papeleo y formalidades administrativas, etc. Finalmente, la *accesibilidad psico-socio-cultural* hace referencia a costumbres, hábitos, concepciones y expectativas referidos al cuidado de la salud. Es pensada como un espacio interaccional y permite abordar los procesos complejos de apropiación, traducción y reconfiguración de los conocimientos y prácticas que se dan en el contexto de la atención de la salud.

Resumidamente, para este estudio se considera la accesibilidad a la SSyR como un proceso relacional, cuyas dimensiones incluyen lo geográfico, lo administrativo, lo económico y lo psico-social-cultural. Este enfoque permite comprender los procesos de accesibilidad a la atención de la SSyR teniendo en cuenta, tanto las particularidades y la diversidad social, cultural y económica de cada territorio, como la diversidad de sus condiciones y características espaciales (Santos, 2000; Guimarães et.al., 2015). Como consecuencia, la equidad en el acceso a la SSyR sería la resultante del interjuego de estos factores; todo lo cual, promueve su comprensión como una producción social que se vincula con una dimensión espacial.

Desde esta perspectiva, el análisis de los procesos de accesibilidad implica, en parte, identificar el marco contextual que oficia de sistema de referencias y constricciones dado por las características espaciales del territorio abordado, la organización territorial de los servicios de salud, las condiciones de vida de los destinatarios de los servicios, los marcos institucionales propios de los servicios de salud y las políticas de SSyR que orientan el accionar profesional o técnico. En términos prácticos, esto implica localizar los servicios sanitarios, describir su distribución espacial, y detallar las conexiones entre los objetos y las acciones humanas dentro del sistema (Guimarães, 2015), tales como la circulación de pacientes, recursos humanos y materiales, y describir los sistemas de referencia y contrarreferencia. Todo ello, sin dejar de observar que el acceso al sistema sanitario se relaciona estrechamente a prácticas organizacionales vinculadas a la disponibilidad de horarios de atención, asignación de turnos y recorridos administrativos para acceder a los beneficios y recursos de políticas, planes y programas de salud vigentes (Carballeda, 2012; Landini et.al., 2015).

Metodología

Este estudio se realizó desde un enfoque cualitativo y tuvo un carácter exploratorio-descriptivo de tipo transversal. Concretamente se trata de un estudio comparativo de casos.

Los criterios utilizados para seleccionar los territorios estudiados fueron: a) su carácter rural, b) la existencia de vínculos previos con agentes del sistema de salud de las zonas seleccionadas, c) la existencia de un apoyo institucional a nivel local correspondiente al área de salud que facilitara el acceso a los sujetos para ser entrevistados, y d) la semejanza suficiente entre los servicios sanitarios locales como para permitir la comparación entre ellos.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados incluyeron:

1) *La recopilación, lectura y análisis de información proveniente de fuentes secundarias* sobre la organización de los sistemas de salud locales y la implementación de programas y planes nacionales y provinciales vinculados a la SSyR que se ejecutaban en las zonas estudiadas al momento de la investigación. Esto incluyó la revisión de datos producidos por el Sistema Integrado de Información de Salud Argentino (SIISA), el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), el Sistema de Información Geográfica del Programa REMEDIAR, la plataforma abierta de datos espaciales de la Argentina (POBLACIONES), el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC) y documentos producidos por los ministerios de salud provinciales y de la Nación.

2) *La realización de entrevistas semiestructuradas* a agentes del sistema público de salud cuyas tareas comprendían la atención de la SSyR de pobladores rurales de bajos ingresos. En el contexto de la investigación más amplia, dichas entrevistas se organizaron en base a diferentes ejes de indagación. Para la realización del presente estudio se consideró el eje que aporta información sobre las actividades realizadas por los agentes del sistema de salud en el contexto de la atención de la SSyR

La muestra fue intencional e incluyó a 15 profesionales de la salud y a 6 agentes sociosanitarios. En el caso de la provincia de Tucumán se entrevistaron 6 profesionales de la salud (médicos y enfermeros universitarios) y 4 agentes sociosanitarios (personal de salud sin formación académica o formal). Mientras tanto, en el caso de Misiones se entrevistaron 9 profesionales y 2 agentes sociosanitarios.

Considerando el nivel de atención en donde los entrevistados atendían las problemáticas de SSyR de los pobladores rurales la muestra quedó configurada del siguiente modo. En el caso de estudio de Tucumán, 5 profesionales y 4 agentes sociosanitarios trabajaban en el primer nivel de atención mientras que 1 profesional lo hacía en el segundo nivel. Por su parte, en el caso de estudio de Misiones 6 profesionales y 2 agentes sociosanitarios se desempeñaban en el primer nivel de atención, mientras que los 6 profesionales restantes lo hacían en el segundo nivel.

El análisis de los datos provistos por las entrevistas siguió los lineamientos propuestos por Taylor y Bogdan (1987) buscando comprender el fenómeno estudiado desde la perspectiva de los propios actores. Se utilizó el software Atlas.ti para el trabajo de codificación y categorización de los fragmentos de entrevista. A continuación, se realizó un análisis cuantitativo-descriptivo para cada categoría y subcategoría relevante a fin de estimar incidencias relativas de cada dato de interés.

Para el diseño y la realización del trabajo de campo se han considerado las pautas éticas propuestas por la American Psychological Association (APA).

Presentación de los casos en estudio y descripción de las características generales de sus sistemas de salud.

A continuación, se describen las características más generales de cada territorio visitado, la organización territorial que tienen los servicios públicos de salud en cada una de dichas zonas y los programas nacionales o provinciales vinculados a la SSyR que se estaban ejecutando al momento de la realización del trabajo de campo.

El Caso de la Zona Rural del Municipio de Dos Arroyos, Provincia de Misiones.

En la provincia de Misiones el trabajo de campo se llevó adelante en los parajes rurales de Cerro López, Dos Arroyos y Colonia Caa Guazú, todos pertenecientes al Municipio de Dos Arroyos, departamento de Leandro N. Alem. También incluyó a personal del Hospital Samic Alem sito en la cabecera departamental.

Leandro N. Alem es un departamento ubicado en el centro-sur de la provincia de Misiones, Argentina.

Por su parte, el municipio de Dos arroyos se encuentra a 16 km por la RP4 de la ciudad de Alem, cabecera departamental. Los parajes rurales visitados, se encuentran, aproximadamente, a 25 km de la ciudad de Alem (entre 1 y 10 km por camino de tierra, según la ubicación de la vivienda, más 16 km por ruta asfaltada).

La zona se caracteriza por poseer abundante vegetación, caminos de tierra en un estado relativamente bueno con áreas de grandes desniveles.

Según el Censo 2010 (INDEC) este municipio tiene una población de 2894 personas de las cuales el 91% son pobladores rurales dispersos. En su mayoría, se trata de pequeños productores de tabaco, existiendo también quienes explotan plantaciones de caña de azúcar, yerba mate y té. En general, y según este censo, en los parajes estudiados, el porcentaje de los hogares que tienen al menos una necesidad básica insatisfecha oscila entre el 8.4% en la zona de Cerro López a 15.3% en Caa Guazú y 17.6% en Kilómetro 26 y Dos Arroyos. Por consiguiente, se trata de una zona de características rurales tanto por la dispersión de su población como por las actividades de tipo agropecuarias que realizan sus pobladores.

Al momento de realizarse este estudio, en los efectores de salud del territorio descrito se ejecutaban los siguientes programas relacionados con la SSyR: a) Programa SUMAR (ampliación del Plan Nacer); b) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR); c) Programa Nacional REMEDIAR; d) Programa Federal Incluir Salud y, e) Plan Provincial Mamá.

Características Generales de los Servicios de Salud en el caso de estudio de Dos Arroyos.

En las cercanías de los parajes visitados, existen dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y una posta sanitaria. Los CAPS son establecimientos destinados a prestar asistencia sanitaria en régimen exclusivamente ambulatorio en los que se realiza acciones de diagnóstico y tratamiento, mientras que la posta sanitaria es un centro de atención del primer nivel de asistencia, el de más baja complejidad, donde se desarrollan actividades de atención de la salud con énfasis en aspectos preventivos, promocionales y con la participación activa de la comunidad

La posta sanitaria, se encuentra en Cerro López y cuenta con la presencia de un agente

sanitario algunos días de la semana, insumos básicos, vacunas y material de información, pero no brinda servicios médicos. En cuanto a los CAPS, se identifican por su ubicación y figuran en la red sanitaria del Ministerio de Salud de Misiones como “CAPS km26” (de la ruta provincial 4) y “CAPS Dos Arroyos”. En estos CAPS se dispone de atención médica algunos días de la semana, pues es el mismo médico clínico quien rota entre los distintos CAPS. En términos generales, la atención está orientada a la salud materno infantil. Para la realización de estudios complementarios (como análisis clínicos o diagnóstico por imágenes) y para la atención por parte de médicos especialistas es necesario desplazarse a la ciudad de Alem que cuenta con un hospital de nivel II o de mediano riesgo. Este hospital cuenta con sector de cuidados especiales (unidad de reanimación, aislamiento, etc.), guardia activa de 24 horas en cirugía y obstetricia, organización de la atención por servicios, médicos con especialidades complementarias, auxiliares de la salud y programación a corto y mediano plazo. Tanto la Posta Sanitaria, los CAPS mencionados como el Hospital Samic de Alem dependen del Área Programática V, dependiente a su vez del Zona Sanitaria Sur de la red sanitaria de la provincia de Misiones.

Según se trate del primer nivel de atención o de un hospital de mayor complejidad, existen diferencias en el modo en que los pobladores acceden a la atención médica. En los CAPS, los pobladores concurren al servicio a la madrugada para obtener un turno que les permita consultar con un profesional, que los atenderá en el mismo día. Si no consiguen turno, deben volver al día siguiente e intentarlo nuevamente. Todo este proceso implica que los pobladores deban disponer de gran parte de la mañana, con la consiguiente pérdida de la jornada de trabajo o la emergencia de conflictos con otras tareas tales como las domésticas o el cuidado de los niños. El caso de las embarazadas que asisten al servicio para realizar su control prenatal (CPN) constituye una excepción al proceso descrito, pues tienen prioridad y son atendidas en primer lugar. No obstante, deben presentarse en el servicio a primera hora también.

En cuanto al acceso a los auxiliares sanitarios, los enfermeros al intervenir como asistentes de los profesionales están disponibles siguiendo un proceso de acceso semejante al señalado más arriba. En cambio, los agentes sociosanitarios son consultados en el marco de las visitas domiciliarias o bien son requeridos por los pobladores de manera más directa, incluso fuera del horario de atención del servicio y/o en su propio domicilio, pues suelen vivir en la misma zona.

En los hospitales del segundo y tercer nivel el modo de acceso a la atención profesional varía según el servicio. En algunos casos, si la persona que concurre proviene de una zona rural, está embarazada o asiste para solicitar anticonceptivos es atendida en el mismo día. En otros casos, las personas que provienen de áreas rurales deben viajar para solicitar un turno y luego volver el día y horario en que le programaron la cita. Esto ocurre particularmente con la realización de estudios complementarios tales como ecografías o análisis clínicos. La atención de partos, por razones obvias, depende de la demanda espontánea.

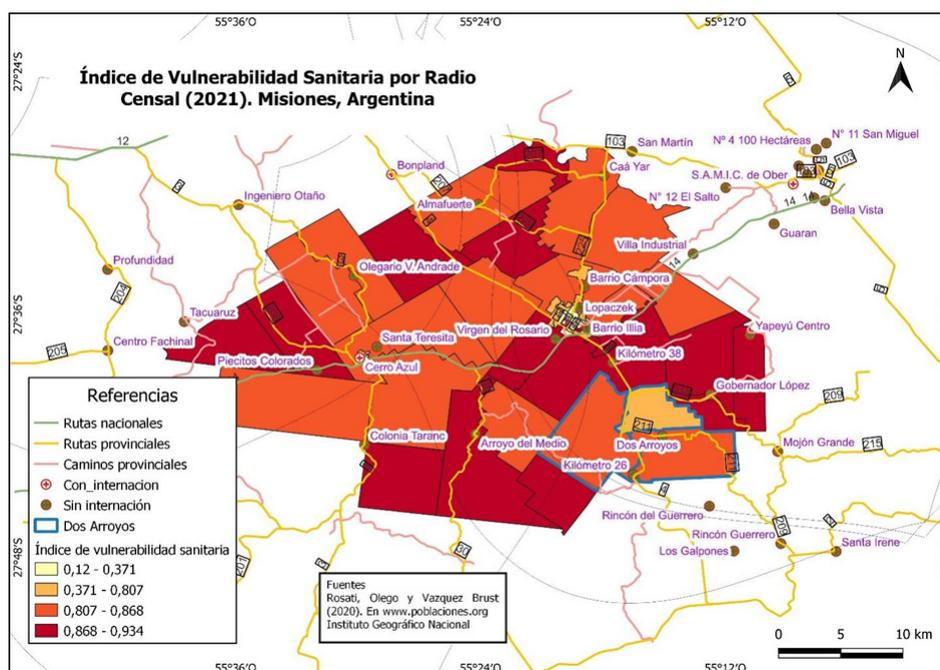
Para trasladarse a la ciudad de Alem, que cuenta con servicios públicos y privados de salud de mayor nivel de complejidad, los pobladores de los parajes visitados suelen desplazarse en moto o a pie por los caminos de tierra vecinales hasta llegar a la RP4 por donde circula, con una frecuencia de 3.5 horas, el único servicio de transporte público. En general, más del 60% de los hogares de las zonas estudiadas en este caso de estudio se encuentran a más de 300m del transporte público de acuerdo un estudio realizado por De Grande & Gutierrez (2021) para todo el territorio nacional. El primer servicio de la mañana parte desde Dos Arroyos hacia la ciudad de Alem a las 6.45 am, por lo que quienes deben viajar hacia el hospital de Alem

suelen llegar después del horario en que se entregan los turnos para ese día. Esto representa una barrera administrativa importante para acceder a la atención, puesto que puede resultar que no obtengan el turno para ser atendidos en el mismo día y tengan que volver a viajar a la ciudad en otra oportunidad, con el consiguiente costo económico que implica.

En este punto de descripción general del estudio de caso, resulta interesante considerar la propuesta de Rosati et al. (2020) que permite cuantificar en un Índice de Vulnerabilidad Sanitaria las diferencias en el acceso a servicios y cobertura de salud para distintas áreas geográficas. Resulta de interés en tanto considera no sólo indicadores definidos a nivel individual sino también variables asociadas a determinantes sociales y geográficos de la salud. De acuerdo con este índice, que expresa sus valores en un gradiente de 0 a 1, todos los parajes rurales visitados en este caso de estudio muestran niveles críticos de vulnerabilidad sanitaria (entre 0.8 y 0.9 en la mayor parte de las zonas visitadas y más de 0.9 en algunas otras, como los alrededores del CAPS Km 26). Es decir, que los pobladores rurales de las zonas estudiadas deben recorrer una mayor distancia y/o invertir más tiempo para entrar en contacto con el sistema de salud, a la vez que cuentan con menos recursos sociales y/o económicos que pudieran facilitar el acceso a los servicios locales. Ambas condiciones afectarían negativamente sus posibilidades de acceder a la atención en SSyR de manera oportuna y los expondría al riesgo potencial de desarrollar o agravar problemas de SSyR. Si se considera que para realizar estudios más complejos o recibir atención especializada, estos pobladores deben viajar hacia la ciudad de Alem, su situación de vulnerabilidad sanitaria aumenta, debido a las barreras geográficas, administrativas y/o económicas que deben sortear (Landini et.al, 2015).

En Figura 1 se presenta la localización de los parajes estudiados, las características de las vías de comunicación, la distribución de los servicios de salud públicos según tengan o no internación y el Índice de Vulnerabilidad Sanitaria por radio censal.

Figura 1. Mapa de localización de los parajes estudiados en la provincia de Misiones



Fuente: Elaboración propia

El caso de las Zonas Rurales de la Comuna de Ranchillos y la Comuna de Agua Dulce y La Soledad, Provincia de Tucumán.

En la Provincia de Tucumán, el estudio se llevó adelante en los parajes de población rural dispersa Agua Dulce, Árbol Solo, Campo la flor, El Naranjito, La Tala y San Miguel, pertenecientes a la comuna de Ranchillos y San Miguel (Departamento de Cruz Alta) y en el paraje Lotes de Agua Dulce en la comuna de Agua Dulce y La Soledad (Departamento de Leales).

En la comuna Ranchillos y San Miguel se localiza el núcleo urbano Ranchillos (de 6892 habitantes, según Censo 2010), que está ubicado a 24 km al este de la capital provincial, por la RP 302. Por su parte, el paraje Condor Huasi, perteneciente a la Comuna de Agua Dulce y La Soledad, se ubica al sudeste de la comuna de Ranchillos y tiene como principal vía de acceso al núcleo urbano de Ranchillos y a la capital provincial la RP 302. Según el paraje rural visitado la distancia al núcleo urbano de Ranchillos es de 4 a 13 Km por lo que la distancia a la capital provincial, donde hay una oferta de servicios de salud de mayor complejidad, es de 28 a 37 km según el caso.

El área es una vasta llanura cubierta principalmente por campos de cultivo de caña de azúcar y de soja. La economía se basa principalmente en la actividad rural y fabril, con un alto porcentaje de trabajo temporal e informal.

Según el Censo 2010 (INDEC) la comuna de Ranchillos tiene una población de 11570 personas, de los cuales 40.4% conforman una población rural dispersa; mientras que la Comuna de Agua Dulce y La Soledad tiene una población rural dispersa de 2568 habitantes. En términos generales, el censo citado muestra que, en 4 de los 6 parajes estudiados, más del 25% de los hogares tienen al menos una necesidad básica insatisfecha (Árbol Solo 39.1%, El Naranjito 37.7%, La Tala 28.6%, San Miguel 28%, Agua Dulce 25.9%); mientras que en Condor Huasi ese porcentaje baja al 19.7% y en Campo La Flor al 17.2%).

Al momento de realizar este estudio de campo, en los efectores de salud del territorio circunscripto se ejecutaban los siguientes programas nacionales relacionados con la SSyR: Programa SUMAR, Programa REMEDIAR y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, los cuales fueron descriptos anteriormente.

Características Generales de los Servicios de Salud en el caso de estudio de la Comuna de Ranchillos y la Comuna de Agua Dulce y La Soledad

En el núcleo urbano de Ranchillos se encuentra el Hospital “María Auxiliadora”, que funciona como nivel de atención I y II, y un Centro Integrador Comunitario (CIC) que ofrece atención médica. El hospital “María Auxiliadora” cuenta con servicio de internación general, guardia las 24 horas y servicios de atención médica en consultorio. Al momento de recolección de los datos sólo contaba con servicio de análisis clínico. En términos generales, el CIC desarrolla e impulsa acciones de promoción social y prevención sociosanitaria, a través de la participación de distintos organismos del Estado y organizaciones comunitarias, para responder de manera conjunta a las demandas y necesidades en el territorio.

En las zonas rurales de las comunas estudiadas se distribuyen 8 CAPS que en su mayoría ofrecen atención médica de diferentes especialidades (clínica, ginecología, odonto-

logía y pediatría) de lunes a viernes y que cuentan con enfermeros y agentes sanitarios. Todos estos servicios corresponden al Área Operativa Ranchillos en la que el Hospital “María Auxiliadora” es cabecera. Esta área operativa, a su vez, responde al Área Programática Este del Sistema Provincial de Salud. Para este estudio de caso se visitaron los CAPS Agua Dulce, La Tala, Condor Huasi, El Naranjito y San Miguel. Además, se visitó el Hospital “María Auxiliadora”.

En general, los médicos de los CAPS visitados trabajan allí todos los días (no rotan por los CAPS de la zona) lo que permite interacciones reiteradas entre profesionales y vecinos. La distancia máxima de los CAPS al Hospital de Ranchillos de entre 6 y 18 km.

La realización de estudios complementarios como análisis clínicos o interconsultas con otras especialidades se realizan en el Hospital “María Auxiliadora” de Ranchillos. Cuando esto no es posible, como es el caso de los estudios ecográficos o la atención de partos, se deriva a hospitales de nivel III de la ciudad de San Miguel de Tucumán como el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes y el Hospital Avellaneda.

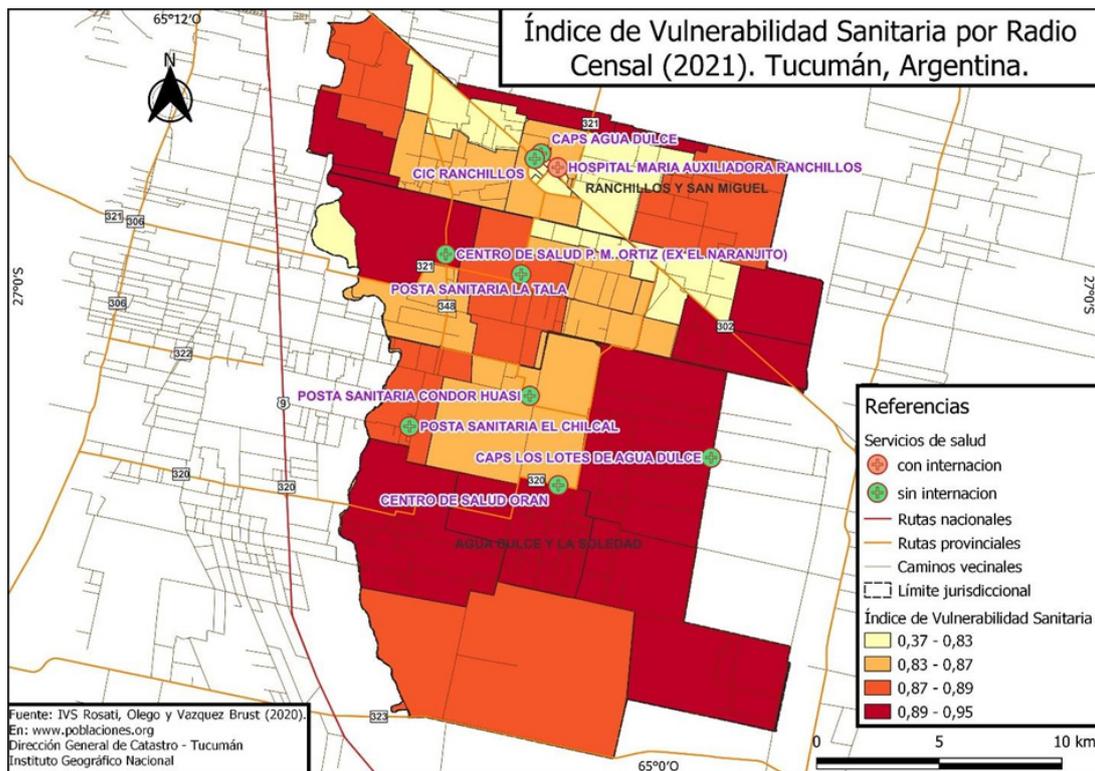
Los pobladores rurales acceden a la atención médica siguiendo procesos administrativos semejantes a los descriptos para los distintos niveles de atención del sistema local de salud del caso de estudio de Misiones

Para llegar a los CAPS ubicados en zonas rurales o al hospital en Ranchillos los pobladores se acercan a pie, en bicicleta, moto, servicio público de colectivo o auto, que puede ser propio o de alquiler (conocidos por los pobladores como ‘remises rurales’). Lo hacen, mayormente, a través de caminos vecinales de ripio o tierra, que se tornan intransitables en días lluviosos. Dentro del territorio descripto operan dos líneas de colectivos. Aquellos pobladores que viven próximos a la ruta o al pueblo de la Comuna de Ranchillos cuentan con servicio de transporte público cada 30 minutos mientras que quienes viven en caminos vecinales más alejados cuentan con transporte público 2 o 3 veces al día según la zona. El inicio del servicio de transporte desde estos puntos más lejanos es a partir de las 5.50 am, lo que permitiría llegar a San Miguel de Tucumán en el horario en que se asignan los turnos para la atención en los hospitales de mayor nivel de complejidad. En general, entre el 65% y el 100% de los hogares de las zonas estudiadas en este caso de estudio distan a menos de 300m del transporte público de acuerdo con el estudio realizado por De Grande & Gutierrez (2021) ya citado.

Si se considera el índice de vulnerabilidad sanitaria para caracterizar la zona estudiada en este caso, se distingue en primer lugar, una mayor heterogeneidad. De modo tal que, dentro del área estudiada, hay zonas que muestran valores satisfactorios para este indicador mientras otras zonas muestran valores críticos. En segundo lugar, y en términos generales, se identifica un patrón de distribución geográfica según el cual se percibe un aumento de los niveles de vulnerabilidad sanitaria a medida que los parajes rurales visitados se alejan del núcleo urbano de Ranchillos, mientras que las zonas incluidas dentro este núcleo presentan menores niveles de vulnerabilidad. Esto puede explicarse, en parte, porque el índice se ve afectado por la presencia de un hospital de nivel II en dicho núcleo urbano.

En Figura 2 se presenta la localización de los parajes estudiados, las características de las vías de comunicación, la distribución de los servicios de salud públicos según tengan o no internación y el Índice de Vulnerabilidad Sanitaria por radio censal.

Figura 2. Mapa de localización de los parajes estudiados en la provincia de Tucumán



Fuente: Elaboración del mapa a cargo del equipo del Laboratorio de Cartografía del Instituto de Estudios Geográficos “Guillermo Röhmeder”, Facultad de Filosofía y Letras, U.N.T.

El funcionamiento de los sistemas de salud estudiados en relación con la atención de la SSyR

Habiendo identificado las características generales de cada una de las zonas estudiadas y de sus sistemas de salud, cabe preguntarse por el modo en que estos funcionan cuando se trata de dar respuesta a las problemáticas de SSyR que tienen los pobladores de estos parajes. Consecuentemente, se describe el funcionamiento de ambos sistemas locales de salud según la información provista por los entrevistados y las actividades que estos realizan vinculadas a la SSyR.

Para ello se hará uso de 3 estrategias. La primera de ellas se enfocará en describir las actividades que realizan los agentes del sistema vinculadas a la SSyR y el modo en que ellas se distribuyen entre los miembros del equipo sanitario local. La segunda estará dirigida a considerar la distribución de los recursos materiales y humanos, y el impacto que esta tiene en la disponibilidad de los mismos en cada nivel de atención. La tercera estrategia considerará la organización de los sistemas locales de salud en tanto redes de relaciones formales e informales.

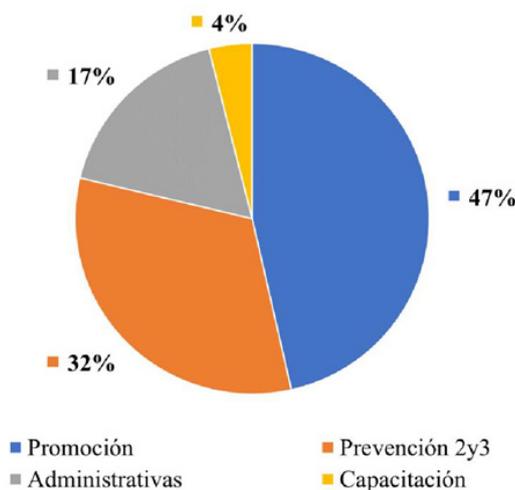
A. Primera estrategia: La descripción de las actividades asociadas a la SSyR que realizan los agentes del sistema de salud.

Esta primera estrategia identifica las actividades que los agentes del sistema de salud llevan a delante en relación con la SSyR y da cuenta de los servicios de atención de la SSyR que tienen disponibles los pobladores rurales en los centros de salud visitados.

En términos generales, los profesionales, enfermeros y agentes sociosanitarios entrevistados realizan múltiples y diversas tareas relacionadas a la SSyR. De acuerdo con el nivel de atención en el que se desempeña el agente del sistema sanitario esta diversidad y multiplicidad aumenta o disminuye. Cuando su trabajo se desarrolla en el primer nivel de atención es mayor la diversidad de funciones con las que cumple el entrevistado. Las tareas referidas pueden clasificarse en 4 grupos: a) actividades de promoción de la SSyR, b) tareas de prevención secundaria y prevención terciaria, c) tareas de carácter administrativo y, d) actividades de capacitación a miembros del equipo de salud en temas vinculados a la SSyR. Estos tipos de tareas se relacionan estrechamente con los requerimientos que emergen de la implementación local de los programas de SSyR descritos con anterioridad.

La Figura 1 resume la frecuencia relativa de aparición de cada tipo de tarea sobre el total de menciones referidas a actividades de atención de la SSyR. Aquí se consideran los entrevistados de ambos casos en estudio. Esta estimación, asume que la insistencia en la aparición de una idea es un indicador de la importancia que le asignan los entrevistados

Figura 3 Distribución porcentual de actividades realizadas por los agentes del sistema de salud considerando ambos casos en estudio.



En términos generales, el grueso de las actividades que llevan adelante los entrevistados están vinculadas a la promoción y prevención en materia de SSyR, es decir, realizan actividades que apuntan a que los pobladores rurales asuman un mayor control de su SSyR, ya sea promoviendo el desarrollo de sus aptitudes y hábitos saludables, y facilitando el acceso a recursos educativos, métodos anticonceptivos y prácticas clínicas de detección precoz de enfermedades. En el mayor número de los casos estas actividades tienen como destinatarias a las pobladoras rurales y en su puesta en práctica suele primar un enfoque biomédico. En general, los pobladores varones tienen poco contacto con el servicio de salud y el modo en que están diseñadas las políticas de SSyR no visibiliza sus necesidades específicas. Algo similar ocurre con identidades trans o preferencias sexuales diversas.

Entre las actividades que realizan los entrevistados vinculadas a la **promoción de la SSyR** se encuentran a) la consejería en el ámbito del consultorio, b) los talleres y disertaciones abiertos a la comunidad sobre temas relevantes para la SSyR, y c) las visitas domiciliarias asociadas a la educación en salud.

a) Las *actividades de consejería* se refieren al asesoramiento individual dirigido a los pacientes, en su gran mayoría mujeres, en el contexto de la atención en consultorio. Generalmente estas actividades están acotadas a la transmisión de información de carácter médico sobre uso de métodos anticonceptivos, sobre la importancia del uso del preservativo para evitar las infecciones de transmisión sexual y, en mucha menor medida, sobre las pautas de alarma acerca del inicio del trabajo de parto y las conductas a seguir.

b) Por su parte, las *actividades de promoción de la salud abiertas a la comunidad*, como talleres participativos o exposiciones de un profesional experto, suelen plantear temas semejantes a los abordados en el consultorio. Estas actividades se realizan en algún espacio común del servicio, como la sala de espera, y en ese caso, suelen dirigirse a aquellos pobladores que se encuentren circunstancialmente en el CAPS. También se llevan adelante en las escuelas cercanas lo que implica un grado de articulación entre el sistema local de salud y la institución escolar. Estas actividades tienden a involucrar a varios integrantes del equipo de salud, si bien cabe destacar que la participación de los profesionales médicos suele ser más de apoyo en la elaboración de los contenidos o el ofrecimiento de una pequeña exposición debido a la imposibilidad de suspender la atención en el consultorio por un tiempo prolongado.

c) En cuanto a la *búsqueda activa de los pobladores en sus domicilios o visita domiciliaria*, esta es descripta por los entrevistados como “de control de las poblaciones de riesgo” queriendo significar con ello que tienen por objeto identificar aquellas situaciones que aumentan las posibilidades de condicionar la salud de los pobladores. A la vez, estas visitas son aprovechadas para promover conductas de autocuidado en los pobladores como el inicio precoz y la concurrencia periódica a los controles prenatales, la realización de estudios complementarios o la adherencia a un esquema de anticoncepción. La ocasión de la visita domiciliaria por parte de un agente del sistema de salud se convierte en una oportunidad para comprender el contexto de vida de los pobladores, para identificar problemas no percibidos por ellos y para intercambiar ideas y orientar sobre cuidados de la salud (Andrade & Cardoso, 2017).

Por otra parte, las *actividades de prevención secundaria y terciaria* referidas incluyen la realización de controles prenatales y puerperales (estos últimos en mucho menor medida), el requerimiento de análisis clínicos y estudios complementarios durante el embarazo para detectar la presencia de enfermedades infecciosas como toxoplasmosis y Chagas, o para identificar condiciones como la diabetes gestacional. Dentro de este grupo de actividades también se encuentra la solicitud de estudios de detección de patologías como el cáncer de cuello uterino o de mamas. Dependiendo de las posibilidades del servicio, se realizan tomas de muestras de Papanicolau. No obstante, los entrevistados señalan las dificultades para llevar adelante esas prácticas por la falta de adecuación de la organización del sistema de salud local para trasladar el material de las muestras hacia los centros de análisis que generalmente se encuentran en hospitales de mayor complejidad en la ciudad.

Entendida como una acción preventiva, la atención de partos en condiciones seguras también es parte de las actividades realizadas si el entrevistado se desempeña en niveles de mayor complejidad del sistema de salud. No obstante, la alusión a esta práctica es poco frecuente, lo que puede explicarse por las características de la muestra, pues la mayor parte de los entrevistados se desempeñan en el primer nivel de atención. Estos últimos suelen mencionar como práctica la derivación de pacientes en trabajo de parto

a centros asistenciales con equipamiento de mayor complejidad y recursos humanos más especializados. Entre las actividades de prevención terciaria realizadas por los entrevistados se incluye la derivación hacia centros de mayor complejidad de pacientes con embarazos de riesgo o que cursan una enfermedad cuyo tratamiento excede las posibilidades de atención del servicio local de salud. También se incluyen dentro de este tipo de actividades la atención y tratamiento de pacientes que sufren infecciones de transmisión sexual. Cuando la gravedad de la situación de salud lo requiera, la derivación incluye la gestión del traslado del paciente. De lo contrario, son los propios pacientes los que tienen que buscar el modo de acudir a los centros más especializados.

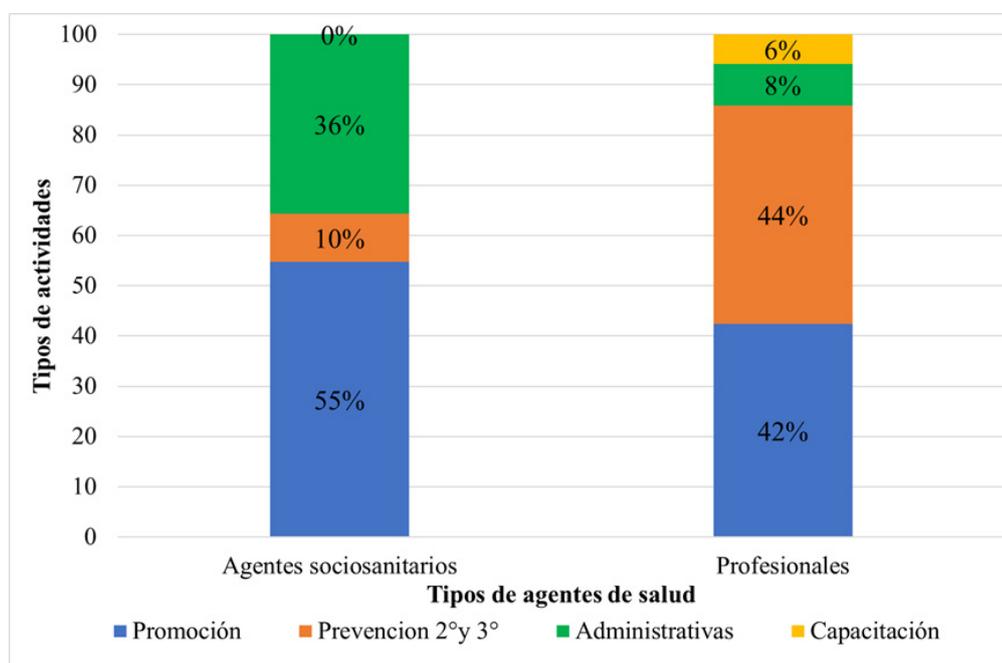
Las menciones sobre **actividades administrativas** también aparecen con una frecuencia importante (17%). Estas actividades de carácter administrativo implican la carga de datos relacionados a las prestaciones de SSyR dadas, y emergen de la ejecución local de programas centrados en la temática. La frecuencia con que son mencionadas es un indicio del esfuerzo y el tiempo que demandan al personal de salud para su cumplimiento. Esto resulta consistente con el peso que estas actividades tienen a la hora de dejar su impronta en la distribución de las tareas de los agentes del sistema de salud local y que se analizará más adelante.

Por último, es digno de análisis la baja frecuencia con que son mencionadas las **actividades de capacitación dirigidas al propio equipo sanitario** en diferentes temas vinculados a la SSyR. Lo que se destaca es su escasez y el hecho de que mayormente provienen de entrevistados del caso en estudio de Tucumán. Esto puede interpretarse como un efecto de postergación de este tipo de actividades en razón de atender otra multiplicidad de tareas, como las que fueron descritas anteriormente. El espacio para la capacitación, es decir para actualizar y mejorar conocimientos, habilidades y actitudes de los miembros del equipo sanitario, resulta poco explotado en el primer nivel de atención de los sistemas de salud estudiados. Este dato resulta preocupante en tanto los agentes de salud de los CAPS visitados son quienes tienen un mayor contacto, por la frecuencia y la cercanía geográfica, con los pobladores rurales, y son quienes ejecutan a nivel territorial las políticas públicas de SSyR. Además, esta situación no se condice con las recomendaciones de acciones específicas de promoción de la SSyR hechas por la OPS (2000) según las cuales, se sugiere proporcionar educación y capacitación en salud sexual tanto para profesionales de salud de distintas disciplinas como para otros agentes de salud.

Una vez identificados los tipos de actividades realizadas en materia de SSyR resulta interesante prestar atención a cómo se distribuyen estas tareas entre los diferentes agentes de salud. Esto permite, por un lado, identificar un patrón de distribución de actividades entre profesionales y agentes sociosanitarios. Por otro lado, proporciona indicios sobre el grado de especialización técnica de los agentes del sistema de salud que llevan adelante cada una de las tareas asociadas a la atención de la SSyR y que están disponibles para los pobladores rurales en los servicios de salud estudiados.

En la Figura 4 puede observarse la proporción con que son mencionados cada tipo de actividad según cada tipo de agente del sistema de salud, siendo la base del cálculo el total de menciones referidas a las tareas desempeñadas. Nuevamente se está considerando aquí a los entrevistados de ambos casos en estudio.

Figura 4 Distribución porcentual de actividades según tipos de agentes del sistema de salud



Con relación a las actividades de promoción y prevención en materia de SSyR, resulta claro que los agentes sociosanitarios tienden a mencionar en mayor proporción actividades vinculadas a la promoción de la salud mientras que los profesionales hacen alusión en mayor medida a actividades vinculadas a la prevención secundaria y terciaria. Esta diferencia es susceptible de explicarse porque la visita domiciliar asociada a la educación en salud es la principal actividad que el sistema sanitario les asigna a los agentes sociosanitarios, lo que coincide con lo hallado por otros autores (Lima et.al., 2021). Como parte de este tipo de actividades los agentes sociosanitarios se enfocan fundamentalmente en la “captación de la embarazada” durante las primeras semanas de gestación y en la búsqueda activa de los pobladores en sus domicilios “si [ella] abandona el control”. Estos actores también participan en las actividades de promoción abiertas a la comunidad, aunque suelen hacerlo como auxiliares de los profesionales que están a cargo de la actividad. Muchas veces actúan como “traductores” del saber médico para los pobladores, explicando en términos llanos las exposiciones de los profesionales. Algunos agentes sociosanitarios comentaron que realizan tareas de consejería sobre SSyR, de manera informal o durante las visitas domiciliarias, y que en general están orientadas a estimular la consulta con un profesional.

Por su parte, el hecho de que los profesionales mencionaron en mayor proporción la realización de actividades vinculadas a la prevención secundaria y terciaria puede explicarse por las tareas que les demanda la ejecución de los programas de SSyR a nivel local. Como ya se señaló entre estas tareas se encuentra la valoración del estado de salud de embarazadas y púerperas, las prácticas de detección precoz de patologías ginecológicas y mamarias, la atención de partos y la derivación oportuna a centros de mayor complejidad cuando la situación a resolver supera las condiciones técnicas locales. Cada una de estas prácticas cumple con la función curativa/preventiva que desde el saber médico es reconocida como la principal función biomédica (Menéndez, 2005; 2020).

Considerando la realización de tareas administrativas que la ejecución de los programas de SSyR conlleva, también es posible identificar una distribución típica de las mismas. Mientras los

profesionales sólo llenan datos en las fichas personales de los pobladores asistidos, los administrativos y agentes sociosanitarios, particularmente en el primer nivel de atención, se distribuyen la tarea de cargar los datos en las planillas que corresponden a cada programa en ejecución. Ésta es una tarea más extensa y tediosa que la que realizan los profesionales.

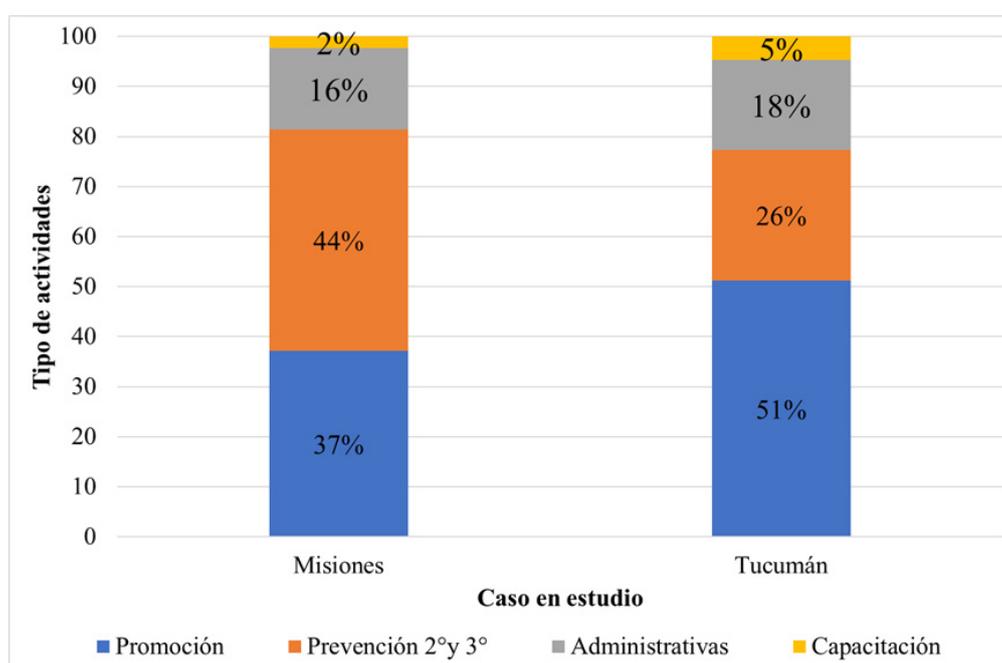
Sin embargo, el trabajo administrativo no se corresponde estrictamente con la función que formalmente le asigna el sistema de salud a los agentes sociosanitarios. Algunos autores han identificado una configuración de relaciones jerárquica al interior de los equipos de salud, según la cual enfermeros y agentes sociosanitarios ocupan lugares de subordinación con respecto a los profesionales médicos (Torres López, 2007; Saar y Trevizan, 2007). En consecuencia, es posible pensar que los enfermeros y agentes sociosanitarios asumen la mayor carga de trabajo administrativo en el marco de relaciones de poder que habilitan que los profesionales se liberen de este tipo de tareas, depositando la responsabilidad en los primeros. En este contexto, resulta de interés considerar que, en general, los agentes sociosanitarios entrevistados señalaron que estas tareas administrativas les “quita tiempo” y que interfiere en sus recorridos por la zona visitando a los pobladores en sus domicilios.

Por otra parte, si se pone el foco en las actividades de capacitación dirigidas al propio equipo de salud, resulta útil destacar que sólo los profesionales mencionaron haber llevado adelante este tipo de tareas. Este dato llama a reflexionar sobre los saberes que aparecen como legítimos de ser transmitidos y los actores habilitados para ello. Ya Menéndez (2005) ha señalado como características del modelo biomédico su enfoque biologista y su aceptación, por parte de diversos grupos sociales, como superior a otros saberes en función de su eficacia comparativa.

Por último, resulta oportuno preguntarse por las diferencias entre los casos en estudio. Específicamente, es interesante sintetizar la percepción de los entrevistados en uno y otro caso sobre el peso relativo que tiene cada tipo de actividad en su labor.

La Figura 5 muestra, la distribución porcentual de las actividades realizadas por los agentes del sistema de salud según cada caso en estudio. La base del cálculo porcentual es el total de menciones sobre las actividades relacionadas con la SSyR de ambos casos en estudio.

Figura 5 Distribución porcentual de actividades realizadas con relación a la SSyR según cada caso de estudio



De esta comparación surge que los entrevistados del estudio de Misiones mencionan en mayor proporción actividades relacionadas con la prevención secundaria y terciaria; mientras que los entrevistados del caso de Tucumán mencionan en mayor proporción actividades vinculadas a la promoción de la SSyR. Esta diferencia puede explicarse desde dos aspectos. El primero, implica la consideración del modo en que están construidas las muestras de uno y otro caso en estudio. El caso de Misiones incluye una mayor heterogeneidad entre los entrevistados en lo que se refiere al nivel del sistema sanitario donde se desempeñan, mientras que en el estudio de Tucumán la mayoría de los entrevistados trabajan en el primer nivel de atención. El segundo aspecto, se relaciona estrechamente con el primero, pues tiene que ver con la existencia de diferencias en el modo en que cada sistema local de salud se despliega en el territorio. El caso de Tucumán tiene una mayor oferta de servicios en las zonas estudiadas, cuenta con una red más amplia de agentes sociosanitarios y goza de mayor tiempo de permanencia de los profesionales a lo largo de la semana en comparación con el estudio de Misiones. En consecuencia, el sistema sanitario local del caso de Tucumán tiene más oportunidades de desplegar actividades vinculadas a la promoción de la SSyR. En cambio, el sistema sanitario del estudio de Misiones al tener una red de agentes sociosanitarios más chica, una distribución de los profesionales entrevistados en distintos niveles de atención y una menor proporción de tiempo disponible de los profesionales en cada CAPS muestra una tendencia mayor a realizar actividades de prevención secundaria y terciaria. Ello porque los agentes del sistema, o bien sólo disponen de tiempo para responder a la emergencia de problemas de salud o bien, se desempeñan en áreas del sistema en los que las actividades de promoción de la SSyR no son las prioritarias.

B. Segunda Estrategia: Describir el Funcionamiento de los Sistemas de Salud a partir del Análisis de la Distribución de los Recursos Materiales y Humanos.

Para describir el funcionamiento de los sistemas de salud desde esta estrategia, se considera cómo se distribuyen los recursos materiales y humanos, y cómo impacta en la disponibilidad de estos en cada nivel de atención.

En términos generales, los entrevistados refirieron una distribución desigual del equipamiento, insumos y recursos humanos (particularmente los especializados) que son requeridos por las tareas a cumplir. Esta desigualdad implica que estos recursos se centralizan en el segundo y tercer nivel de atención del sistema sanitario en desmedro del primer nivel. Así, por ejemplo, la provisión a los CAPS de insumos médicos, y particularmente de métodos anticonceptivos, por parte de los niveles centrales del sistema de salud “no es periódica” ni constante. Esto implica que el personal sanitario de los CAPS debe realizar gestiones específicas porque “automáticamente no [...] llega nada”. Y si no se realizan dichas gestiones se enfrentan a largos tiempos de espera hasta que, en algún momento, desde el nivel central, reparan en que hay que hacer el envío de dichos insumos a los CAPS. Durante este lapso, muchas pobladoras no pueden continuar con su esquema de anticoncepción o deben afrontar su compra, por ejemplo.

Al considerar los recursos humanos los entrevistados señalan que, como regla general su cantidad es escasa en todos los niveles de atención, y expresaron que se “avanzó mucho [en equipamiento e infraestructura], se cambió mucho [pero] el recurso humano no se aumentó”. Con todo, en las zonas rurales estudiadas la disponibilidad de recursos humanos, fundamentalmente los especializados, es aún menor. Esta situación aparece mucho más acentuada en el estudio de Misiones dónde el personal de salud disponible en el territorio rural es muy escaso,

sin estar especializado en la temática y rota entre los distintos servicios. Otras investigaciones realizadas en zonas rurales de Latinoamérica muestran resultados similares en cuanto a la mala distribución y rotación de profesionales en áreas rurales (Huicho et.al., 2012); además de identificar que existen dificultades para atraer y retener a profesionales de la salud en estas zonas. Adicionalmente han señalado la cualificación inadecuada a las nuevas condiciones sanitarias y demográficas de estos agentes de salud (Meza Lorca, 2016; Portela et.al., 2017).

En suma, y desde este enfoque de análisis, se identifica que los sistemas sanitarios locales estudiados se organizan según una lógica centro-periferia, en la que el centro concentra mayor diversidad de equipamiento, mayor cantidad de insumos médicos y de recursos humanos, que, a su vez, tienen mayores niveles de especialización, mientras que los servicios periféricos tienen menores recursos humanos, éstos están menos especializados, y dependen del envío irregular de insumos desde las áreas centrales del sistema.

C. Tercera Estrategia: Considerar la Organización Formal e Informal de los Sistemas Sanitarios Locales.

Desde esta estrategia analítica, para describir el funcionamiento de los sistemas sanitarios estudiados se toma en cuenta la dualidad de las organizaciones en tanto sistemas formales e informales (Hernández Santana, 2003).

Poniendo la atención en la organización formal de los sistemas sanitarios estudiados se destaca, como su rasgo característico de funcionamiento, la tendencia a la centralización administrativa, de los recursos humanos y materiales, de la información, así como de las prácticas médicas más complejas. Esta tendencia a la centralización implica aspectos positivos y negativos. Entre los aspectos positivos se incluyen la realización de prácticas de mayor complejidad, como la atención de partos, el control de embarazos de riesgo o la resolución de situaciones de emergencia, en los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad. Es decir, en los servicios mejor equipados y con profesionales más especializados. Los propios entrevistados coinciden en señalar este aspecto positivo de la centralización.

También la centralización en el diseño de procedimientos y protocolos de acción, que regulan la derivación de pacientes y la atención de urgencias suelen mostrar aspectos positivos de dicha organización y su funcionamiento. De ese modo, el primer nivel de atención focaliza sus acciones y esfuerzos en la promoción y prevención de la SSyR.

Sin embargo, la tendencia que tiene la estructura formal a centralizar la información y los recursos técnicos y humanos en los niveles de mayor complejidad muestra su lado negativo. En este caso, la centralización se erige como un obstáculo para que estos recursos circulen dentro del sistema como un todo, creando compartimentos estancos y dificultando el acceso a los mismos cuando éstos son necesarios para que los agentes del sistema cumplan sus funciones adecuadamente. En ocasiones, esta tendencia a la fragmentación y la centralización acarrea dificultades de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de complejidad dentro del mismo sistema de salud. Es decir, la información y los recursos quedan atrapados en los niveles centrales y resultan de difícil acceso para los agentes del primer nivel de atención, lo que les resta autonomía y dificulta el seguimiento del estado de salud de los pobladores rurales que, por alguna razón, debieron concurrir a servicios de salud de mayor complejidad. Esta situación también acarrea dificultades de acceso a insumos y beneficios a los pobladores rurales.

Otro aspecto negativo de la centralización se refiere al estilo de distribución de recursos financieros y de insumos médicos dentro del sistema de salud. Aquí también funciona como escollo para el acceso de los pobladores rurales a los beneficios que el sistema puede proveer. Así, por ejemplo, una profesional comentaba que como en el servicio “hay una gineco[loga], [el servicio de] obstetricia es la que tiene el anticonceptivo, o sea, en farmacia no está, obstetricia es el que maneja todo”. Entonces cuando una de las pacientes de la entrevistada (que no es ginecóloga) requiere anticonceptivos “se le hace el pedidito [...] y ahí van al servicio de obstetricia y se le da la caja, y así todos los meses” (P46M). Si bien, finalmente al paciente se le provee del medicamento, el “recorrido” que debe hacer entre los diferentes servicios es más largo, desalentador y potencialmente con más obstáculos (González Cowes, 2021; Landini et.al., 2015).

De este modo, la rigidez de los elementos normativos y burocráticos, la escasez de recursos del sistema sanitario local, sumado a dificultades socioeconómicas de los pobladores rurales y a las distancias geográficas para acceder a la atención especializada de la SSyR, generan barreras y obstáculos de acceso a la SSyR para estos pobladores.

En contrapartida, surgen interacciones, procesos y acciones que tienen como función complementar o completar los objetivos delineados por la organización formal. Estas acciones, y la organización informal que surge consecuentemente, son una forma de respuesta frente a los factores negativos que obstaculizan la dinámica de la organización, y apuntan a resolver situaciones concretas en un corto plazo (Crojethovic, 2012). Esta organización informal funciona de forma autónoma o espontánea, y, en cierta medida, al margen de las relaciones propiamente laborales y preestablecidas en la estructura y dinámica de la propia organización.

En términos prácticos, esto implica recurrir a contactos de las propias redes personales, tales como otros profesionales amigos o conocidos en uno u otro nivel del sistema. Así, un médico, amigo y colega de otro profesional con un cargo directivo en un hospital de mayor complejidad, comentaba que “a través de él conseguimos turnos para un ecodopler” en un contexto de escasez de turnos. Entre lamentándose y justificándose señalaba que “no me parece que deba ser así, pero nosotros aprovechamos esa vía que tenemos para lograr justamente el beneficio para esa persona [el paciente]”.

La organización informal también presta servicios a la hora de resolver las dificultades planteadas con relación a la contrarreferencia. De tal modo, se observa el envío de notas o partes médicos informales vía algún auxiliar de salud o del propio paciente.

La activación de la organización informal para acceder a recursos que se encuentran en el nivel central del sistema sigue caminos semejantes a los descritos anteriormente. En la práctica, el flujo de insumos muchas veces se consigue a través de otros profesionales conocidos dentro del sistema.

Aquí resulta necesario señalar que la organización informal descrita resulta una posibilidad que permite superar o al menos mitigar ciertas dificultades en casos específicos, pero adolece de ser precaria e inestable al depender de los recursos relacionales de los agentes del sistema sanitario y de su buena voluntad. Otros autores han identificado este papel de la organización informal y concuerdan con el carácter provisorio de la respuesta (Crojethovic, 2012; Sánchez et.al., 2012).

Síntesis Reflexiva

El recorrido de este artículo se inició con la identificación de una inequidad en el acceso a la SSyR que desfavorece a quienes viven en zonas rurales. La bibliografía señala que el origen de esta desigualdad se encuentra tanto en las diferencias en la disponibilidad de la cobertura sanitaria como en las características que asumen las interacciones, prácticas sociales y mundos de sentido de los actores involucrados. Surgieron, entonces, como preguntas: ¿Qué características asume la articulación entre la organización territorial del sistema de salud, las condiciones contextuales de los parajes estudiados y las prácticas sociales de sus agentes de salud cuando se trata de la atención de la SSyR? ¿Cómo se configuran en estos territorios las distintas posibilidades y barreras para acceder a la atención de la salud sexual y reproductiva? En función de lo anterior, ¿los territorios estudiados se encuentran en condiciones de equidad a la hora de acceder a la SSyR?

Inicialmente, los resultados de la descripción de cada caso en estudio pueden organizarse en dos grandes esferas: a) aquellos relacionados con las características del contexto territorial del proceso de acceso a la SSyR; y b) aquellos vinculados a las prácticas sociales de los agentes de salud que se relacionan con la organización del sistema sanitario y que afectan las posibilidades de acceso a distintos servicios de SSyR. No obstante, conviene no perder de vista que son las interrelaciones entre ambas esferas son las que configuran las posibilidades de acceso a la SSyR.

Asumiendo una perspectiva comparativa, y considerando las **características del contexto territorial**, se identifican algunos aspectos que tienen en común los casos en estudio y se visibilizan diferencias que echan luz sobre incidencia que tienen estas características contextuales en la accesibilidad a la SSyR.

Así, se identificó que en ambos casos se estaban ejecutando programas nacionales orientados a la promoción y prevención de la SSyR, y que, además, en el estudio de Misiones se estaba ejecutando un plan provincial dirigido a asistir a madres embarazadas. Los programas de salud que se llevan a cabo en los CAPS de las zonas estudiadas son los mismos que se aplican en cualquier CAPS urbano, por lo que potencialmente ofrecen un número importante de prestaciones asociadas a la SSyR. No obstante, en las zonas rurales se realizan sólo aquellas prácticas que no requieren equipamiento específico y/o especialización profesional puesto que las prácticas de mayor complejidad son resueltas en los centros asistenciales ubicados en los centros urbanos, razón por la cual los pobladores rurales tienen que trasladarse hacia allí para acceder a ellas.

En términos generales, la disponibilidad de personal sanitarios en las zonas rurales estudiadas es acotada, esta es una tendencia a nivel internacional que han identificado otros autores (Portela et. al., 2017). En ambos casos, el sistema público de salud tiene CAPS y personal sanitario presentes en los territorios estudiados. Sin embargo, aquí surgen diferencias en el modo en que los servicios de salud son ofertados. En el caso de Misiones, sólo se dispone de médicos generalistas, los que van rotando entre los CAPS de las zonas estudiadas en distintos días y horarios. Todos los CAPS visitados cuentan con enfermeros y/o agentes sociosanitarios, aunque no todos los días prestan servicios. En contraste, en las zonas visitadas para el caso de Tucumán los profesionales atienden siempre en el mismo CAPS, sin rotar, y frecuentemente de lunes a viernes. Además, en algunos de estos CAPS, atienden otras especialidades médicas, y cuentan con enfermeros y/o agentes sanitarios todos los días. De este modo, la oferta de servicios de salud en la zona rural del caso de Tucumán es más amplia que la del estudio de Misiones en cuanto a disponibilidad horaria y especialidades médicas. A ello se suma, la

mayor cercanía de un Hospital de nivel II en el núcleo urbano de Ranchillos (Tucumán) en comparación con el hospital de igual nivel ubicado en la ciudad de Alem mucho más lejana a las zonas rurales estudiadas en Misiones. En síntesis, existe una diferencia en las posibilidades de acceso a la atención de la SSyR de los pobladores en uno y otro caso en estudio, basada en la disponibilidad de especialidades médicas y de días y horarios de atención de los servicios de salud locales.

En ambos casos en estudio la atención profesional está destinada a satisfacer la demanda espontánea de la población y, en términos generales, intenta resolver todas las solicitudes del usuario que estén al alcance del servicio, en lo referente a diagnóstico, tratamiento, derivación, formas de movilización o acceso a medicamentos, entre otros.

Por otra parte, la oferta de medios de transporte público en las zonas estudiadas también es diferente, siendo más amplia en el caso de Tucumán. Este punto es importante, puesto que es un factor que incide en las posibilidades de los pobladores de acercarse, de manera más o menos cómoda, a los centros asistenciales; tal como lo han indicado algunos autores (Landini et al., 2015; Roosta, 2015; Tolosona, 2015). Otras investigaciones han señalado que, a mayor distancia entre los servicios de salud y los domicilios, aumentan las posibilidades de que los pacientes abandonen los tratamientos o se extienda la duración de estos (Zander et.al., 2019).

Cuando se consideró el Índice de Vulnerabilidad Sanitaria (Rosati et.al., 2020) se identificó que los parajes rurales estudiados en ambos casos muestran niveles críticos de vulnerabilidad sanitaria. Esto está en línea con lo identificado por otros investigadores sobre la mayor vulnerabilidad de las poblaciones que habitan en zonas menos densamente pobladas, como es el caso de las poblaciones rurales (Hernández Gene & Carnica Berrocal, 2017). La excepción, son aquellos parajes más próximos al núcleo urbano de la Comuna de Ranchillos (Tucumán) que muestran valores satisfactorios para este indicador en razón de tener una mayor proximidad geográfica a un hospital de nivel II.

Ahora bien, considerando que el Índice de Vulnerabilidad Sanitaria se ve afectado tanto por la proximidad geográfica a servicios de salud pública, como por el estatus socioeconómico de los destinatarios de los servicios, surgen diferencias entre los casos de estudio que subyacen a esta coincidencia de valores críticos.

En el caso de Misiones, en la configuración de esta situación de vulnerabilidad tienen un papel importante la escasa disponibilidad de CAPS en la zona estudiada y la distancia que deben sortear los pobladores para acceder a los servicios de transporte público que los acerquen a los servicios de salud que ofrecen atención diaria o mayores niveles de especialización en SSyR. Otros autores, han identificado barreras económicas y administrativas que se suman a la dificultad de viajar hacia los núcleos urbanos para recibir atención en SSyR (Landini et.al., 2015).

Por el contrario, en el caso de Tucumán se identificó una mayor oferta de servicios de atención de la SSyR, tanto en lo que se refiere a la cantidad de CAPS en la zona estudiada como a la disponibilidad horaria y de agentes de salud. También se identificó una mayor disponibilidad de servicios de transporte público que facilita el acceso de los pobladores rurales al casco urbano de la Comuna de Ranchillos y a la ciudad de San Miguel de Tucumán. Esta última cuenta con una amplia oferta de hospitales públicos de alta complejidad. Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre en el estudio de Misiones, el caso de Tucumán muestra una mayor proporción de hogares con NBI y mayor heterogeneidad en este indicador según los parajes visitados (en general son superiores al 25% de hogares con NBI). En este caso, la vul-

nerabilidad sanitaria se ve más afectada por las condiciones socioeconómicas adversas de los residentes de estos parajes. De tal modo, recursos sociales y económicos como la ocupación, la educación, las condiciones de hacinamiento y habitabilidad de la vivienda o el acceso a servicios básicos redundan en una mayor desventaja en el acceso a la atención de la SSyR, generando patrones de mayor vulnerabilidad sanitaria (Álvarez Salazar, García Gallego & Londoño Usme, 2016; Rosati et.al., 2020)

En suma, en la aproximación a las características territoriales de los casos en estudio se identificó que sus pobladores rurales se encuentran en una situación crítica de vulnerabilidad sanitaria debido a los obstáculos geográficos y administrativos que enfrentan para acceder a la atención de su SSyR. No obstante, la exploración de las diferencias entre ambas zonas mostró que los factores que dificultan el acceso a la SSyR se articulan de diverso modo según las características territoriales de cada caso de estudio y, por consiguiente, iluminan distintos patrones que hacen a la inequidad en el acceso a la SSyR.

Teniendo presentes las características territoriales descritas, se indagó sobre la **organización del funcionamiento de cada sistema sanitario, las prácticas sociales de sus agentes de salud** y cómo esto afecta las posibilidades de acceso a la SSyR de los pobladores rurales. Para ello, se utilizaron 3 estrategias. Primero, se describió el modo en que se distribuyen entre profesionales y agentes sociosanitarios las tareas relacionadas con la ejecución de programas de SSyR. Luego, se precisó cómo se distribuyen los recursos materiales y humanos; y, por último, se puntualizó en el funcionamiento de los sistemas locales de salud identificando la interacción entre su organización formal e informal.

Como resultado de la *primera estrategia* se encontró un patrón de distribución de las tareas entre los profesionales y los auxiliares del sistema sanitario que parece estar asociada a la demanda técnico-administrativa de los programas de SSyR que se estaban implementando en los territorios. En este caso, aun cuando los agentes transforman los programas de salud en el proceso de implementarlos (Grau, Iñiguez-Rueda y Subirats, 2009; Long, 2001), es necesario considerar que el marco institucional y los propios programas en ejecución también modelan los actos e interpretaciones de sus propios agentes (Latour, 1986). Es decir, las acciones que las políticas públicas en SSyR promueven en el territorio están condicionadas por las definiciones acerca de cuáles son las problemáticas prioritarias, la población destinataria y las estrategias de intervención útiles. Estas políticas, que devienen de la administración central, son actores externos, pero con capacidad de intervención en el territorio. De este modo, tienden a ignorar la multiplicidad de actores y temporalidades que allí se expresan (Maldonado, 2020).

En este contexto, los profesionales abordan tareas de promoción y de prevención secundaria y terciaria vinculadas a la SSyR en el marco de la atención dentro del consultorio, mientras que los agentes sociosanitarios cumplen funciones de apoyo o auxilio del profesional y realizan mayormente actividades de promoción y educación para la salud. Las acciones se llevan adelante, mayormente, desde un enfoque biomédico, respondiendo a protocolos y utilizando insumos provistos por los programas de salud mencionados. A través de estos artefactos que vienen, y se ejecutan, como paquetes estandarizados (Law y Singleton, 2005) sólo se hacen visibles ciertas aristas de las problemáticas de la SSyR, tales como la anticoncepción, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el seguimiento médico del embarazo y el parto. Con ello se impulsan ciertas acciones que intervienen sobre estos aspectos tales como asesorías en anticoncepción o los controles prenatales. Sin embargo, se invisibilizan otras particularidades de la SSyR, igualmente importantes, tales como el impacto de la relación médico-paciente en la atención de la SSyR (Roter y Hall, 1998) o los estereotipos de género que afectan la accesibilidad a la SSyR (Cariote Agreda, 2006).

Un juego semejante de luces y sombras se pone de manifiesto cuando se considera los beneficiarios a los que estas acciones se dirigen. Los propios agentes del sistema indican que la mayor parte de las prestaciones se orientan a mujeres, mientras que las necesidades en materia de SSyR que tienen los varones, jóvenes y adultos, o personas con otras identidades de género están prácticamente invisibilizadas. Burille y Engel Gerhardt, (2015) han presentado hallazgos semejantes en zonas rurales de Brasil. En este sentido, las acciones que se emprenden dirigidas hacia los varones, si las hay, parecen tener de base una concepción que los identifica como un factor a considerar en la ecuación, pero no son vistos como actores con necesidades específicas en materia de SSyR.

La estructura organizativa, y el enfoque biomédico de las acciones emprendidas por profesionales y agentes sociosanitarios también se hacen presentes en la elección del modo de intervenir. Las alternativas que se alejan de la atención clínica dentro del consultorio son muy poco utilizadas, o son desvirtuadas, como ocurre con la organización de talleres dirigidos a la comunidad que se convierten en una exposición donde la voz autorizada es la del saber médico. De este modo, se desconocen otros saberes pragmáticos como los que pueden aportar los agentes sociosanitarios. Ellos al ser, muchas veces, miembros de las comunidades a las que asisten comparten con ellas las formas de comprender el proceso de salud-enfermedad-atención, conocen la realidad local, y, por tanto, perciben no sólo cuestiones relacionadas con lo biomédico sino con lo social y/o ambiental que influyen en la salud de la población (González Cowes, 2021; Losco y Gemma, 2019).

La distribución de las tareas administrativas que conlleva la ejecución local de los programas de SSyR sigue la misma lógica jerárquica descrita entre profesionales y agentes sociosanitarios. Como consecuencia, el mayor porcentaje del trabajo administrativo recae en los segundos. El peso de las tareas administrativas ha sido señalado con mayor insistencia por los auxiliares del sistema de salud, coincidiendo este dato con lo hallado por otros investigadores (Ferraz y Ganzo de Castro Aerts, 2005; Ursine, Trelha, y Nunes, 2010). De este modo, la realización de tareas administrativas impacta negativamente en la disponibilidad de tiempo para realizar tareas, tales como visitas domiciliarias o actividades de promoción y prevención en salud, que implican un modo de acceso de los pobladores rurales a servicios de salud. En este sentido, Lima et.al. (2021) han señalado que las visitas domiciliarias que realizan los agentes sociosanitarios constituyen la principal forma de contacto entre los servicios de salud y los pobladores rurales, en particular cuando estos habitan zonas más alejadas. De modo tal que estas visitas amplían el acceso a cuidados de salud. De ahí la importancia preservar la disponibilidad de tiempo para llevarlas a cabo.

En general, conviene subrayar que, ambos tipos de agentes del sistema sanitario describen que su contexto laboral les demanda tareas de variado tipo (promoción, prevención de la SSyR y administrativas), a la vez que señalaron la existencia de contradicciones entre las tareas demandadas, al punto de que les resultaba imposible cumplimentar algunas de ellas. Es decir, que los agentes de salud entrevistados han señalado “la incoherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse” (Testa, 1988, p.80). Todo lo cual impacta de manera negativa en la accesibilidad de los pobladores rurales a la SSyR.

En esta misma línea, otro elemento a considerar es la insistencia en los relatos de agentes de salud sobre el trabajo constante que deben realizar para sostener la estructura de los programas y los lineamientos en materia de SSyR que provienen de las áreas centrales del sistema. Es desde aquí de donde emanan las demandas de múltiples y diversas funciones a cumplir. Meza Lorca (2016) ha identificado descripciones con características similares entre agentes del sistema de salud que se desempeñan en zonas rurales de Chile.

En el marco de las estructuras organizativas que emergen de la implementación de los programas de SSyR, la diversidad de funciones con las que los entrevistados deben cumplir no impide que la mayoría de ellas se resuelvan puertas adentro del sistema sanitario. Esto es particularmente notorio en el caso de los profesionales, quienes mayoritariamente las llevan adelante en el consultorio o a través del sistema de derivación a otros servicios de salud, en desmedro de otras alternativas de intervención que impliquen la articulación con recursos comunitarios y locales. Puede especularse que el enfoque biomédico (Menéndez, 1994) con que se abordan las intervenciones en materia de SSyR sea lo que legitime y promueva ese tipo de prácticas.

Como *segunda estrategia*, se abordó la descripción del funcionamiento de los sistemas locales de salud poniendo el acento tanto en el modo en que están disponibles, como en la forma en que se distribuyen los recursos humanos y materiales. En este caso, se identificó que la organización está atravesada por la polaridad centro-periferia según la cual las áreas centrales disponen de mayor cantidad de recursos humanos, y más especializados, así como de más recursos técnicos e insumos médicos que las áreas periféricas, que son caracterizadas por la escasez. Siguiendo a Testa (1988), esta distribución no implicaría mayores inconvenientes si las áreas periféricas destinadas a la atención primaria de la salud son consideradas como la puerta de entrada al sistema de salud. El problema surge cuando no es posible asegurar en este nivel una atención adecuada (por falta de recursos, sistema de referencia o capacitación del personal) y este es el único servicio disponible para la población destinataria. La problemática se complejiza cuando se consideran factores territoriales, tales como condiciones socioeconómicas adversas, dificultades de transporte o menor acceso a recursos de información que intensifican condiciones desfavorables de salud (Lima et al., 2021) y que terminan configurando una situación de inequidad en el acceso a la SSyR para los pobladores rurales en comparación con pobladores urbanos.

Una *tercera estrategia* reveló la articulación entre estructuras de relaciones formales e informales hacia el interior de los sistemas locales de salud. Es decir, entre un subsistema formal de relaciones proporcionado por la estructura y dinámica del sistema sanitario, y otro informal emergente de las relaciones personales entre sus miembros. Éste último funciona de manera autónoma y al margen de las prescripciones relacionales del sistema formal. Hernández Santana (2003) ha indicado que el sistema de relaciones informales muchas veces emerge de la necesidad de los actores de buscar un espacio de definición y de influencia en el sistema cuando éste no los ofrece. De tal modo, los entrevistados de ambos casos de estudio señalaron, en reiteradas oportunidades, que ese subsistema informal resulta en un camino para ampliar su margen de acción y como apoyo para la realización roles y tareas formalmente establecidas. Sin embargo, es de importancia destacar la fragilidad del subsistema informal puesto que depende de las redes de relaciones personales y de la voluntad de los agentes de salud. De tal modo, el acceso de los pobladores rurales a servicios de SSyR específicos y/o más complejos encuentra un nuevo obstáculo cuando se expresa dicha fragilidad.

En síntesis, el análisis propuesto mostró las interacciones de flujos y movimientos entre los territorios estudiados y el afuera en lo que se refiere a la atención de la SSyR de sus pobladores. Como resultado se evidencia el modo en que se dan estas interacciones y cómo a partir de las características locales se proponen formas de relación entre la población y el sistema de salud.

Los lineamientos y recursos técnicos que provienen de las políticas públicas de SSyR, que se ejecutan localmente, delimitan las acciones a emprender, delimitan una población objetivo

y promueven ciertas definiciones sobre las problemáticas de SSyR a priorizar. Esto deja en penumbras otras necesidades de la población, o segmentos de ella, que no son atendidas.

Como resultado, las estrategias de implementación de las políticas pública de SSyR, la organización territorial de los sistemas de salud en estas zonas rurales y algunas prácticas de sus agentes, no se ajustan a las condiciones contextuales y las características de las poblaciones rurales a las que prestan sus servicios. Es decir, no toman en cuenta factores como la proximidad a servicios de salud especializados o a otros servicios de salud, la existencia de vías y medios de transporte cercanos, la disponibilidad de recursos humanos de salud, ni las dinámicas laborales o sociales de las poblaciones destinatarias. Menos aún, consideran las estrategias de cuidado o los conocimientos que los pobladores locales han desarrollado sobre el cuidado de su SSyR. Más bien, parecen resultar de la extrapolación del funcionamiento de los servicios de salud ubicados en otros contextos, como los urbanos. Si bien esto ocurre en ambos casos estudiados, ninguno de los factores señalados se expresa de igual modo en cada contexto rural; pues las poblaciones investigadas tienen características y requerimientos que les son propios y que impactan diferencialmente en el acceso a la SSyR.

De tal modo, en ambos casos en estudio se configura una situación de inequidad en salud, en la cual la dimensión geográfica tiene un peso importante al articularse con las otras dimensiones de la accesibilidad y con las prácticas sociales de los agentes del sistema sanitario. Lo que cambia entre ambos casos son los patrones de articulación entre lo territorial (en tanto referente empírico) y las características que asumen las relaciones sociales y su modo de desenvolverse en lo espacial.

La identificación de estos patrones diferenciados de inequidad en el acceso a la SSyR da lugar a reconocer situaciones de mayor riesgo, a la planificación local de las acciones en SSyR y al diseño de actividades de promoción y prevención localmente adaptadas; pero fundamentalmente, suma a una comprensión más global de las problemáticas vinculadas a la SSyR a nivel colectivo.

Por último, conviene señalar como limitación de este estudio que no fue considerada la perspectiva de los pobladores rurales a la hora de reconstruir el modo en que se articulan las características materiales del territorio y las relaciones sociales que lo habitan vinculadas al cuidado de la SSyR. No obstante ello, no se desconoce que su consideración puede echar luz a otros modos de articulación entre factores materiales y no materiales que inciden en el acceso equitativo a la SSyR de estas poblaciones. Por consiguiente, la reconstrucción de esta perspectiva y la comparación con la perspectiva de los agentes del sistema de salud merece ser objeto de investigaciones subsiguientes.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar Ruiz, C. M.; Nazar Beutelspacher, A.; Salvatierra Izaba, B.; Mariaca Méndez, R. y Estrada Arévalo, Á.; (2006). Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, julio-diciembre.
- Álvarez Salazar, Gabriel Jaime, García Gallego, Marilyn, & Londoño Usme, Maritza. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Revista CES Derecho*, 7(2), 106-125. Retrieved February 11, 2022.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10

- Andrade, V. M. P., & Cardoso, C. L. (2017). Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF*, 22, 87-98.
- Becerra-Posada, F. (2015). Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38 (1), 01-04.
- Burille, A., y Engel Gerhardt, T. (2015). Caminhos que levaram a discussão “saúde” aos homens rurais: notas, diários e reflexões de pesquisa. En Engel Gerhardt, T. y, Marques Lopes, M.J. (Eds.), *O rural e a saúde*. (pp. 103-117). Porto Alegre: Editora de UFRGS.
- Caballero, M., Leyva, R., Ochoa, S., Zarco, A. y Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Pública de México*, 50(3), 241-250.
- Carballeda, A. (2012). La accesibilidad y las políticas de salud. *Revista Sociedad*. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Cariote Agreda, E. (2006). Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educere*, 10(34), 463-470.
- Castañeda, O., Ortega, N., Reyes, Y., Segura, O. y Morón, L. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas de salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia. *Investigaciones Andina*, 19, 31-48.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV,201-209.
- Comes, Y., y Stolkiner, A. (2005). “Si pudiera pagaría”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137-143.
- Crojethovic, M. (2012). El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio. *Cuadernos del CENDES*, 29(79), 02-19.
- D'Amore, E., González Cowes, V. y Logiovine, S. (2015). Reflexiones y aportes de la psicología para pensar el proceso de salud-enfermedad-atención en el ámbito rural. En Landini, F. (Ed.), *Hacia una psicología rural latinoamericana* (pp. 269-282). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- De Grande, Pablo y Gutiérrez, Andrea (2021). Entorno urbano, 2001-2010.
- Díaz-Grajales, C., Zapata-Bermúdez, Y., y Aristizábal-Grisales, J. C. (2015). Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2 - Cali, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 155-178.
- Edwards, L. M., & Sullivan, A. L. (2014). School psychology in rural contexts: Ethical, professional, and legal issues. *Journal of Applied School Psychology*, 30(3), 254-277.
- Engel Gerhardt, T. y Marques Lopes, M.J. (ed.) (2015) *O rural e a saúde: compartilhando teoria e método*. Editora da UFRGS
- Ferraz, L., y Ganzo de Castro Aerts, D.R. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência y Saúde Coletiva*, 10(2), 347-355.

- Fondo de Población de Naciones Unidas (2016). Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges.
- Goldani, M.; Barbieri, M.; Silva, A. y Bettiol, H. (2004). Trends in Prenatal Care Use and Low Birthweight in Southeast Brazil. *American Journal of Public Health*, Vol. 94 Issue 8, 1366-1371.
- González Cowes, V. L., y Landini, F. P. (2018). Adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social. *Ciência y Saúde Coletiva*, 23(8), 2741-2750.
- González Cowes, V.L. (2021). *Acceso de pobladores/as rurales a servicios de salud sexual*. (Tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Grau, M., Íñiguez-Rueda, L., Subirats, J. (2010). La perspectiva sociotécnica en el análisis de políticas públicas. *Psicología Política*, 41, 61-80.
- Guimarães, R. B. (2015). *Saúde: fundamentos de geografia humana*. Editora UNESP
- Guimarães, R. B., Pickenhayn, J. A., y Lima, S. D. C. (2015). *Geografia e saúde sem fronteiras*.
- Henderson S, y Kendall E. (2011). Culturally and linguistically diverse peoples' knowledge of accessibility and utilisation of health services: exploring the need for improvement in health service delivery. *Australian Journal of Primary Health*, 17(2), 195-201.
- Hernández Gene, Francisco Javier, & Carnica Berrocal, Rosana. (2017). Accesibilidad física de la población a servicios de salud pública en San Pelayo y Cereté, Córdoba, Colombia, año 2015. *Perspectiva Geográfica*, 22(2), 67-84.
- Hernández Santana, A. (2003). Informalidad Organizacional y Redes. *Convergencia* 32, 337-358.
- Hirmas Adauy M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A.M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*.;33(3):223-9.
- Hosseinpoor, A.R., Bergen, N., Koller, T., Prasad, A., Schlottheuber, A. y Vega, J. (2014) Equity-Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage. *PLoS Med* 11(9): e1001727.
- Huicho, L., Canseco, F. D., Lema, C., Miranda, J. J., & Lescano, A. G. (2012). Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, 28, 729-739.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- Íñiguez Rojas, L., & Barcellos, C. (2003). Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias. *Revista cubana de salud pública*, 29(4), 0-0.
- Landini, F. P., González Cowes, V. L., Bianqui, V., Logiovine, S., Vázquez, J., y Viudes, S. (2015). Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1151-1163. _

- Landini, F., González Cowes, V., y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2), 231-244.
- Latour, B. (1986). The power of associations. En Law, J. (editor) *Power, Action and Belief. A New Sociology of Knowledge?* (págs. 261-277), Keele. Sociological Review Monograph.
- Law, J., & Singleton, V. (2005). Object lessons. *Organization*, 12(3), 331-355.
- Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., & Almeida, P. F. D. (2021). O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37.
- Llanos-Hernández, L. (2010). El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 7(3), 207-220.
- Long, N. (2015). Acercando las fronteras entre la antropología y la psicología para comprender las dinámicas de desarrollo rural. En Landini, F. (ed.). *Hacia una psicología rural latinoamericana*. Buenos Aires. CLACSO
- Losco, L. N., & Gemma, S. F. B. (2019). Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao migrante. *Interface-comunicação, saúde, educação*, 23.
- Maldonado, G. I. (2020). Territorio y recursos naturales: Lecturas en torno a su uso y apropiación.
- Menéndez, E. L. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 9-32. Buenos Aires, Argentina. Universidad Nacional de Lanús.
- Menéndez, E. L. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 9-32. Buenos Aires, Argentina. Universidad Nacional de Lanús.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615.
- Menéndez, E. L.; (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 0(7), 71-83.
- Meza Lorca, D. (2016). Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales rurales de Chiloé (Doctoral dissertation).
- Miní, E., Varas, R., Vicuña, Y., Lévano, M., Rojas, L., Medina, J., ... & Gutierrez, E. L. (2012). Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29, 212-217.
- Moreno G., Monsalve J., Tabima D, Escobar J. (2009). Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 131-41.
- Nutbeam, D. (1996). Glosario de promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS. *Publicación Científica*, (557), 383-403.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. OMS.

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala, Guatemala. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, (2014). Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. CD53/5, Rev. 2. OPS.
- Portela, G. Z., Fehn, A. C., Ungerer, R. L. S., & Poz, M. R. D. (2017). Recursos humanos para la salud: crisis global y cooperación internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2237-2246.
- Portela, G. Z., Fehn, A. C., Ungerer, R. L. S., & Poz, M. R. D. (2017). Recursos humanos para la salud: crisis global y cooperación internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2237-2246.
- Ramirez, M. L. (2004). La moderna geografía de la salud y las tecnologías de la información geográfica. *Revista Investigaciones Ensayos Geográficos*, 4, 53-64.
- Rivera Mejía, P. T., Barona, R. C., Mateus Solarte, J. C., Gómez, F. A., y Valencia Bernal, J. A. (2014). Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociadas al acceso al control prenatal. (Spanish). *Hacia la Promoción de la Salud*, 19(1), 84-98.
- Roosta-G., M. (2015). Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: Los desafíos de la interculturalidad en salud. *Journal of the Selva Andina Research Society*, 6(2), 64-74.
- Rosati, G. F., Olego, T. A., & Brust, H. A. V. (2020). Building a sanitary vulnerability map from open source data in Argentina (2010-2018). *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-16. (2020).
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1998). Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *Journal of Women's Health*, 7(9), 1093-1097.
- Saar, S. R. C., y Trevizan, M. A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 106-112.
- Salaverry García, O. (2013). La inequidad en salud: Su desarrollo histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30, 709-713.
- Sánchez, P. M., Noguera, L. F., Sánchez, E. Q., & Ramos, N. A. (2012). Las relaciones informales: Un valor añadido en la gestión de personas. *Enfermería Global*, 11(2).
- Santos, M. (2000). La naturaleza del espacio: Técnica y tiempo. Razón y emoción.
- Sanz Tolosana, E. (2015). Reducing health inequalities: the use of Health Impact Assessment on Rural Areas. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 515-526.
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries*. International Labour Organization.
- Solitario, R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15, 263-269.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295-303.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós

- Testa, M. (1988). Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; p. 75-90
- Tirado Otálvaro A., y Correa Arango, M. (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000. *Investigaciones Andina*, 11, 23-35.
- Tolosana, E. S. (2015). Reducing health inequalities: the use of Health Impact Assessment on Rural Areas1. *Saúde e Sociedade*, 24, 515-526.
- Tolosana, E. S. (2015). Salud en todas las políticas. Apuntes para el paso a la acción. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (66), 122-147.
- Torres López, T. (2007). *Imágenes y realidades sobre los profesionales en Ciencias de la Salud*. Jalisco: Amateditorial.
- Travassos, C., y Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), S190-S198.
- Ursine, B.L.; Trelha, C.S. y Nunes, E.F. (2010) O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde de Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidades de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 327-339.
- Vega J, Frenz P. (2013). Integrating social determinants of health in the universal health coverage monitoring framework. *Revista Panamericana de Salud Pública*.34(6),468-72.
- Vega J, Frenz P. (2013). Integrating social determinants of health in the universal health coverage monitoring framework. *Revista Panamericana de Salud Pública*.34(6),468-72.
- Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Wallace, S. P., & Gutiérrez, V. F. (2005). Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6), 394-409.
- Wallace, S. y Enriquez-Haass, V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10 (1), 18-28.
- Zander, N., Dukart, J., van den Berg, N., & Augustin, J. (2019). Identifying Determinants for Traveled Distance and Bypassing in Outpatient Care: A Scoping Review. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 56, 46958019865434.