

ANÁLISIS PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL DEPARTAMENTO ANCASTI, PROVINCIA DE CATAMARCA

Participative analysis of the health situation in the department of Ancasti, province of Catamarca

Ochoa, Verónica¹
Fernández, Ruth²

¹Mgter en Salud Pública,
Catamarca.
² Facultad de Ciencias
Médicas. UNC.

Contacto:
Ochoa, Ma. Verónica
Telefono: 0351-156238142
ochoave@gmail.com

Resumen

La heterogeneidad desde el punto de vista político, cultural, productivo, geográfico y poblacional del Departamento Ancasti, Provincia de Catamarca, representa un llamado de atención respecto a la articulación del sistema sanitario de la Provincia con el ámbito rural. Por ello el objetivo del presente trabajo fue describir la situación de salud del Departamento Ancasti en relación a la opinión que tienen los pobladores de los determinantes del proceso salud/enfermedad/atención y a la capacidad de gestión de los efectores locales.

La investigación que se describe vinculó las opiniones de los usuarios de los servicios de salud de una zona rural de Catamarca con la capacidad de gestión de su propio sistema sanitario. Para el desarrollo de la investigación, se consideraron marcos teóricos que caracterizaron el territorio rural de manera integral; de esta manera, durante el año 2009 se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a la población a los efectores a través de las variables 'oferta de servicios', 'demanda de servicios'.

Palabras claves: situación de salud, oferta y demanda de servicios

Abstract

The heterogeneity from the political, cultural, productive, geographical, and population points of view of Ancasti

Trabajo recibido: 20 de
junio 2011. Aprobado: 28
de agosto 2011

Department, Province of Catamarca, is a warning sign regarding the articulation of the health system of the province with the rural area. As a result, the starting point of this work was to describe the health situation of Ancasti Department in relation to the local population opinion about health/disease/service and the management capacity of local effectors.

The research described associates the opinion of local users of health services in a rural area of Catamarca with the management capacity of their own health system. To develop this investigation, theoretical frameworks characterizing the rural territory as a whole were considered; thus, a cross section descriptive study was done throughout 2009 which included population and effectors through the variables “services offered” “services requested”.

Key words: health situation, service supply and demand

Introducción

Analizar la construcción de los sistemas de salud en determinados contextos demanda esfuerzos teóricos y metodológicos para incluir diferentes visiones respecto a los procesos salud-enfermedad-atención y a las opciones que la programación local debe considerar para garantizar la implementación exitosa de las políticas sanitarias en contextos heterogéneos.

Los resultados incluidos en este artículo forman parte de una investigación centrada en determinar si la oferta de servicios sanitarios del Departamento Ancasti, Provincia de Catamarca, coincide con las construcciones que, respecto a la demanda de atención, tienen sus pobladores.

Desde un punto de vista teórico se consideraron marcos interdisciplinarios que permitieron vincular las discusiones sobre desarrollo rural en la órbita de la salud pública, bajo propósito de caracterizar el territorio rural de manera integral y el sistema de salud como un aspecto constitutivo del mismo (Santos, 1998).

El punto de partida fue entender el territorio como una construcción social, en la que intervienen diferentes actores que le dan sentido a la vida colectiva para reflexionar sobre: 1) Las formas de vivir y morir que tienen las personas en sus propias realidades; 2) Los procesos de salud-enfermedad- atención que se construyen y 3) Las respuestas que el sistemas de salud promueve en esos contexto.

Así, analizar la construcción de la oferta de servicios implicó, centrar la capacidad de gestión de los efectores en contextos marcados por la dispersión geográfica, el deterioro de los caminos, medios de comunicación precarios y población aislada como condicionamientos de corte estructural que condicionan las formas en las que las personas le otorgan sentido a sus formas de vivir, enfermar, morir o asistir.

De los resultados obtenidos, este artículo desarrolla aquellos componentes que describen el sistema de salud local y los datos que remiten a las decisiones individuales que operan más allá de los límites del propio sistema, por considerar que configuran opciones sanitarias específicas que deben considerarse a la hora de programar acciones o medir resultados.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y la estrategia metodológica estuvo integrada por un enfoque cuantitativo y cualitativo.

Sobre una población dispersa de 752 familias, se realizaron 79 encuestas a usuarios/as, relevamientos de información en los 9 de los 12 Centros de Salud abiertos durante el año 2009, una entrevista semi estructurada al Jefe del Área Programática y la discusión de los resultados con el equipo de técnicos de la Subsecretaría de Agricultura Familiar.

La operacionalización de las variables “oferta de servicios” y “demanda de servicios”, se realizó a través de los componentes del primer nivel de atención que sugiere Bárbara

Starfield (Starfield; 2001), a saber: a) Delimitación y conocimiento de la población a cargo; b) Recursos humanos disponibles; c) Recursos físicos y equipamiento; d) Organización del proceso de atención, e) Coordinación asistencial; f) Coordinación intersectorial y participación social. (Starfield; 2001). La Tabla 1 muestra la operacionalización de las variables que acompañó la construcción de los instrumentos de recolección de datos.

Tabla 1: Operacionalización de variables			
Hipótesis 1 <i>Las percepciones que los pobladores tienen respecto al proceso salud-enfermedad-atención está basado en concepciones ancladas en 'la ausencia/presencia de patologías' y 'las deficiencia de los servicios' se construye sobre la disponibilidad o no de 'atención médica permanente'</i>		Hipótesis 2 <i>Considerando el modelo actual de gestión en los centros, la oferta de servicios no alcanza a contener la construcción de la demanda que realizan los pobladores del Departamento.</i>	
Muestra: Usuarios de los Servicios		Muestra: Efectores de Salud	
Componente	Operacionalización de las variable 'Demanda de servicios'	Componente	Operacionalización de las variable 'Oferta de servicios'
Primer contacto. Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de centros de referencia - Motivos de consulta - Recursos sanitarios disponibles - Disponibilidad temporal. Responsabilidades familiares sobre el cuidado - Disponibilidad Geográfica 	Primer contacto. Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización habitual de los centros como primero contacto - Horas de disponibilidad del centro - Disponibilidad geográfica - Disponibilidad temporal - Disponibilidad recursos humanos -Recursos físicos, materiales y equipamiento - Motivos de la consulta
Continuidad y Longitudinalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la población que asiste al centro de referencia - Participación social 	Continuidad y Longitudinalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Delimitación del área bajo responsabilidad - Conocimiento de la población a cargo. - Coordinación intersectorial y participación social
		Integralidad y capacidad resolutive	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de prevención primaria y secundaria - Especificidades de atención medica - Cantidad de prestaciones realizadas entre enero y mayo de 2009 - Recursos disponibles de diagnostico y tratamiento

Coordinación Asistencial	- Sistema de referencia y contrarreferencia - Identificación de programas	Coordinación Asistencial	- Sistema de registro - Sistema de referencia y contrarreferencia - Sistemas de programación de turnos y derivaciones - Actividades de Articulación entre primer nivel y el segundo nivel de atención - Identificación y seguimiento de las derivaciones - Ejecución de programas
--------------------------	--	--------------------------	--

Para los datos cualitativos, se realizó un análisis en progreso, que permitió (en base al material que se fue recolectando) ajustar los instrumentos para ir especificando la información a recaudar. Por otra parte, la triangulación de la información dada por las distintas fuentes, aportaron una mayor validez de los resultados logrados (Cohen y Manion, 1999).

Resultados

Caracterización del sistema sanitario local

La provincia de Catamarca se divide sanitariamente en 12 áreas programáticas; cada una de ellas tiene un Jefe de Área y un Director Asistencial a cargo.

El Departamento Ancasti, pertenece al Área Programática N° 7, un espacio territorial que incluye los Municipios de Ancasti, Icaño y parte de La Paz; donde la centralidad en la administración, gestión y coordinación del área, está en el Hospital Distrital de Icaño.

El sistema de salud en Ancasti está compuesto por un Hospital Distrital, un Hospital Seccional y Postas Sanitarias Periféricas ubicadas en las localidades de población concentrada y dispersa. La Tabla 2 describe los centros de salud que pertenecen al Municipio de Ancasti, en base a la información otorgada por el Área Programática N° 7 en mayo de 2009.

Se remarca que la información suministrada según “tipo de establecimiento” y “nivel al que pertenecen” responden a la caracterización realizada por el Ministerio de Salud de la provincia y hace referencia a lo siguiente:

Nivel 0: Establecimientos sanitarios periféricos con servicio de enfermería permanente y atención médica periódica.

Nivel 1: Centros de salud con atención médica indiferenciada en consultorio externo

Nivel 2: Poseen servicio de odontología y servicios mínimos de análisis clínicos. Si bien el Departamento, tiene un solo centro de salud bajo esta categoría, no se realizan análisis clínicos; sólo extracciones de muestras a cargo del Hospital de Icaño donde funciona la dirección del área programática N° 7.

Establecimiento	Tipo de establecimiento	Nivel al que pertenecen
Hospital Ancasti	Distrital	2
Hospital La Majada	Seccional	1
Posta Sanitaria Anquincila	Periférico	0
Posta Sanitaria Anquincila de Abajo	Periférico	0

Posta Sanitaria La Candelaria	Periférico. Sin enfermera designada	0
Posta sanitaria El Taco	Periférico	0
Posta Sanitaria Casa Armada (*)	Periférico	0
Posta Ipizca	Periférico	0
El Mojón	Periférico	0
Nana Huasi	Periférico. Funciona en la casa de la enfermera	0
Potrero Los Córdoba	Periférico. Funciona en la casa de la enfermera	0
La Estancita	Periférico	0
Tacana	Periférico	0
San José	Periférico	0
Yerba Buena	Periférico	0
Amana	Periférico	0
El Chorro	Periférico	0
El Sauce	Periférico	0
Fuente: Dirección provincial de Medicina Asistencial. Ministerio de Salud. Provincia de Catamarca		

El Hospital de Ancasti es el único establecimiento sanitario con atención médica permanente y el Hospital de La Majada, es el único centro asistencial con disponibilidad de camas para internación; igualmente, desde el año 2006 el establecimiento no cuenta con personal médico permanente sino con rondas sanitarias cada 15 días, razón por la cual la presencia de camas no implica la posibilidad de internación ni el seguimiento de patologías.

El sistema local incluye (a través del sistema de derivaciones) la posibilidad de considerar dos establecimientos asistenciales más: El Hospital Inter zonal San Juan Bautista y el Hospital Interzonal de Niños, ambos ubicados en la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca. Durante el trabajo de campo no se relevaron registros vinculados a sistema de referencia y contrarreferencia, razón por la cual no se pudo establecer interrelación.

Durante el año 2009, varios centros periféricos estuvieron cerrados por no disponer de personal de enfermería; de ellos, al menos cuatro, fueron abiertos “ocasionalmente” por los agentes sanitarios en el marco de rondas sanitarias y campañas de vacunación.

Los recursos humanos que integran el sistema local en Ancasti están compuestos por un médico clínico, un odontólogo, enfermeras¹, agentes sanitarios y personal de ordenanza o maestranza. La atención de enfermería y las visitas domiciliarias por ronda sanitaria de agente sanitario son las prestaciones más recurrentes; de todos modos, la dispersión en los registros obstaculiza la cuantificación de las mismas.

Cada agente de salud lleva un cuaderno de registros que opera como documento de control del trabajo realizado, se identificaron ese tipo de registros en el médico, enfermeras y agentes sanitarios. A diferencia del resto de los integrantes del equipo de salud, los agentes sanitarios tienen mecanismos de registro, identificadas como “planillas específicas” para transformar la información relevada en datos sanitarios.

1 El personal de enfermería tiene, en la mayoría de los casos, estudios secundarios completos y ha realizado cursos específicos de enfermería. En ningún caso se cuenta con personal con estudios terciarios y/o universitarios completos.

La Supervisión de Atención Primaria en Salud, concentra el trabajo en terreno de los agentes sanitarios que cubren los 14 sectores que dividen el Departamento de Ancasti.

Actualmente el 82,84% de la población de Ancasti está cubierta por APS; lo que implica que el 82,84% tiene formalmente un agente sanitario a cargo, encargado

de relevar la información sanitaria y ejecutar en el territorio las acciones de APS que demanda la administración central (control de peso y talla, vacunaciones, identificación de embarazadas, etc.). La Tabla 2, expresa la población cubierta por APS, según los registros de la Supervisión.

Población Total cubierta por APS	2555
Menores de 1 año	34
Niños de 1 año	45
Entre 2 y 4 años	136
Entre 5 y 14 años	585
Mayores de 15 años	1802
Discapacitados	35
Mujeres en edad fértil	662
Número de embarazadas	13

Si bien la Supervisión de APS, tiene una pequeña oficina en la localidad de Anquicila (Municipio de Ancasti), ésta depende del Área Programática N° 7 donde remite toda la información generada (Municipio de Icaño). Esto implica que la producción de datos es reenviada por fuera de la estructura sanitaria local.

Durante el trabajo de campo, no se registraron menciones en los centros de salud de Ancasti que den cuenta de algún sistema de re-envío de información.

Para hacer referencia a las enfermedades o eventos que afectan a la población se tomó como referencia los casos (patologías) notificados al Programa Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

En el Área Programática N° 7 se identificaron en el año 2006, 1566 patologías, de las cuales el 32,63% se agrupan dentro de “accidentes del hogar”, el 30,52% en “diarreas”, el 15,26% en “enfermedad tipo influenza”, el 6,06% en “accidentes viales” y el 4,34% en “varicela”.

De lo citado se desprende que las patologías que concentran una mayor cantidad de casos son eventos sanitarios que pueden abordarse con acciones de atención primaria.

Opciones individuales frente a supuestos de “mala salud” y/o “mala atención”

El relevamiento de información realizada con usuarios, permitió acceder a percepciones y valoraciones que determinan “los usos” que la población hace del sistema sanitario. Al respecto, los datos obtenidos permitieron re-construir un escenario sanitario que excede los límites formales del Municipio de Ancasti.

En este sentido, las decisiones individuales o familiares suponen desplazamientos invisibilizados por el sistema local de salud.

Los desplazamientos² o migraciones locales, identificados a través de esta investigación están caracterizadas por: 1) Los arreglos familiares y las posibilidades de movilidad que determinan la elección sobre determinadas zonas mas “urbanizadas”, 2) Las características del evento sanitario (Ej. Si se trata de una enfermedad crónica con tratamiento permanente, de una urgencia sin derivación o si solo remite a consultas ambulatorias) y 3) La población sobre la que ocurre el evento sanitario (niños, mujeres adultas, hombres adultos, ancianos).

La Tabla 5, focaliza esos aspectos en función de los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas.

2 Todos los comentarios remiten el Departamento Ancasti

Tabla 5: Desplazamientos territoriales, evento sanitario y población vinculada		
Desplazamientos territoriales	Evento sanitario	Población afectada por el evento sanitario
- Hacia la ciudad de Catamarca Implica la utilización de los servicios públicos y privados de atención, la centralidad de la atención ocurre en cualquiera de los dos hospitales polivalentes de la Ciudad.	- Vinculado a algún tratamiento prolongado Se relevaron casos de diabetes, enfermedades coronarias con tratamientos indicados por fuera del sistema local. También se reverenciaron cirugías programadas.	- Niños/as
- Hacia la Localidad de Icaño Se utilizan el Hospital de referencia del Área Programática a la que pertenece el Departamento de Ancasti. A pesar de eso, el sistema de derivaciones opera por fuera de los efectores locales.	- Consulta ambulatoria Esta categoría admite cualquier tipo de consulta (control de niño sano, viajes en caso de accidentes domésticos y de trabajo, turnos programados con especialistas, etc.)	- Mujeres adultas
- Hacia la Localidad de Frias en la Provincia de Santiago del Estero También implica la utilización de centros públicos de atención. La elección depende de los flujos de circulación dentro del territorio. Se incluyen pobladores de las localidades de San José, Candelaria, Mojón y Concepción	- Embarazo/parto/puerperio Se vinculan accesos al sistema en relación a esta situación. Igualmente es en mayor medida el parto el evento que demanda la salida de las localidades. De hecho, no se relevaron seguimiento de consultas por puerperio inmediato.	- Hombres adultos - Ancianos/as
Interseccionalidad genero/etnia/clase		

En este mismo contexto, esta delimitación incluyen desplazamientos hacia tres centros “urbanizados” elegidos según las posibilidades sanitarias (prestaciones medicas/asistenciales) y familiares (alojamiento, cuidado de niños y contención, entre otros) que manifiestan vínculos entre “lo urbano” y “lo rural” no considerados por los sistemas locales.

De los datos obtenidos, los desplazamientos ocurren hacia: 1) La Ciudad de Catamarca; 2) La Localidad de Icaño y 3) La Localidad de Frias en la Provincia de Santiago del Estero.

Cabe mencionar que sólo un caso mencionó el seguimiento de un tratamiento en la Provincia de Córdoba, previa derivación del sistema de salud local. En realidad, la conformación de un sistema de salud en una zona rural dispersa prevé derivaciones a centros de mayor complejidad, de hecho, la regionalización de los propios sistemas lleva explícitas estas acciones.

Es de destacar que en los tres desplazamientos que operan por fuera de la identificación del propio sistema sanitario, se producen a partir de elecciones individuales o familiares ante “supuestos de mala salud” o “supuestos de una mejor atención” donde las opciones, se basan en alternativas construidas a lo largo de la historia de la propia familia. A modo de ejemplo se transcribe el siguiente relato:

Vecina del Puesto Los Talitas: “...En la Ciudad vive mi hermana, para cuidar a mi mama nos turnamos, cuando esta acá va al médico y se hace todos los estudios. Siempre que alguien tiene un problema se instala en lo de mi hermana. Después mi mama se queda

conmigo arriba (Ancasti) pero ya esta viejita y cada tanto tenemos que venir corriendo por problemas de tensión. Ella no se quiere quedar acá, le gusta estar arriba pero además yo no doy más de los huesos y para moverla hay que hacer mucha fuerza...”

Los eventos sanitarios vinculados al embarazo y al parto, representan un ejemplo respecto a la organización de las familias rurales respecto a los desplazamientos que garantizan una “buena atención”.

Durante el año 2007, se registraron 52 partos en el Departamento, de los cuales sólo 4 ocurrieron en el propio Departamento³.

Si bien las opciones sanitarias locales no disponen de por ejemplo, sillones de partos, para garantizar la realización del parto hospitalizados en el lugar, sucede lo mismo que en el punto anterior, la decisión respecto a la derivación es tomada en el marco de la propia familia sin relación con el sistema de salud local.

Se podría suponer que siguiendo la caracterización “formal” del sistema se podrían prever derivaciones especiales y contrarreferencias para atención de puerperio inmediato; sin embargo, no existen registros médicos que den cuenta de esto en ninguno de los centros relevados. Una vez más, el sistema de derivaciones opera como opciones personales sobre alternativas familiares que condicionan la opción sanitaria.

Vecina del Paraje de Ipizca: “... Cuando me faltaba poco para enfermarme⁴ me instalaba en la casa de mi hermana para que me atiendan en Icaño. Los chicos se quedaban acá con mi mamá...”

Enfermera de Localidad de La Majada: “... Cuando iba a tener los chicos iba directo a la ciudad un tiempo antes, cuando me daban el alta me quedaba unos días y me venía para acá. El primero lo tuve en mi casa acá en La Majada...”

La atención se centra de alguna manera en cierta “trans – localización” de los espacios, donde se visibilizan en principio unidades domésticas territorialmente más amplias sobre las cuales opera un pull de opciones que condicionan las decisiones sanitarias de los propios pobladores (por fuera del sistema formal).

Se remarca en consecuencia, que el escenario plantea una multiplicación de prácticas sanitarias en función de la población y de sus familias que al estar invisibilizadas generan discriminación y vulnerabilidad.

Éste tipo de análisis se complejiza cuando se consideran las opciones descriptas en la Tabla I. Siguiendo a Floya Anthias, se asume que la noción de interseccionalidad “nos sugiere que no podemos pensar el género sin pensar también en su sentido etnizado, racializado y de clase y que no podemos pensar en la etnicidad y la migración sin pensar en el género y la clase”⁵.

Son numerosas las investigaciones vinculadas a los estereotipos de género en la diada trabajo productivo/reproductivo y especialmente en las tareas vinculadas al cuidado dentro de la familia. (Beneria,1979; Picchio,1992); sin embargo, en este artículo sólo se afirma que los labores que vinculan la atención al estado de salud/enfermedad de las familias está feminizada.

Del total de la muestra de población sobre la que se aplicó el instrumento de recolección de datos, el 84,81% afirmó que eran las mujeres en sus roles de madre, esposa e hija quienes asumían tareas de cuidado dentro de la familia.

3 Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas y Censos. Dirección de Producción Estadística. Dpto. de Estadísticas Socio Demográficas, en base a la información del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas.

4 “Enfermarme” es la forma de nombrar los eventos fisiológicos que anteceden al parto.

5 Floya Anthias, “Género, etnicidad, clase y migración: Interseccionalidad y pertenencia translocalizacional” en Rodríguez, P: Feminismos periféricos, Ed. Alhulia, Año 2006, pag. 66.

De hecho, al momento de llegar a la casa de los posibles encuestados, eran las mujeres quienes en mayor medida asumían el rol de dar respuestas a las preguntas y quienes tenían más datos respecto al funcionamiento del sistema en sus parajes y/o localidades.

Por otro lado, no se identificaron los motivos de consulta más recurrentes en hombres adultos ni sus demandas sanitarias en la voz de los encuestados. Los datos relevados han hecho hincapié en los usos que la población infantil hace de los sistemas sanitarios; los motivos de consulta en mujeres han estado vinculados a aspectos reproductivos y la de los hombres a “prestaciones de enfermería” muy vinculadas a accidentes de trabajo en el campo como, por ejemplo, “cortaduras”.

Por otro lado y más allá de los límites formales que tiene el sistema de salud local (recursos humanos, equipamiento, prestaciones asistenciales disponibles e infraestructura), la manera en la que se concretan las prácticas médico asistenciales también genera puntos de fuga de la población respecto a sus posibilidades sanitarias.

Vecina del Paraje de San José: *“...La Doctora casi nunca está. Cuando no está las enfermeras llaman por teléfono a Icaño...”*

Vecina del Paraje Potrero Los Córdoba: *“No hay edificio, no tenemos radio, la enfermera es medio perezosa, ella hace visitas a domicilio. La agente sanitario solo viene con la doctora que hace cuatro meses que no viene (respecto a la ronda sanitaria)”*

Por la imposibilidad formal de elegir otras alternativas asistenciales dentro de los sistemas locales, los/as pobladores/as ponen en juego valoraciones personales como la confianza, la seguridad y la credibilidad al juzgar las prácticas médico asistenciales. En este sentido también se relevaron comentarios vinculados a la información que circula en la comunidad respecto a las consultas médicas, ejemplo de ello son las consultas ginecológicas.

Vecina de El Hayco: *“Al final todo el pueblo sabe si una toma o no pastillas porque las retira de la posta”*

La medida en que las valoraciones personales o familiares deben ser consideradas por los sistemas sanitarios, es un punto que merece reflexiones en el marco de la salud pública, porque esas prácticas reconfiguran escenarios más amplios donde el sistema público es referenciado permanentemente.

Conclusiones

La descripción y el análisis de un sistema de salud que se encuentra localizado en espacio geográfico específico (en este caso, marcado por la dispersión geográfica y la ruralidad que atraviesa a sus pobladores, actores e instituciones) demanda al menos dos tipos de comentarios, a la hora de delimitar las conclusiones.

El primero se corresponde con la consideración de los recursos disponibles en lo local (Departamento Ancasti) y de la utilización que se hace de ellos.

Como se demostró en la investigación, “los recursos sanitarios” y sus “usos” configuran la construcción de la oferta y la demanda sanitaria que se realiza dentro y fuera del sistema sanitario local. Corresponde a este nivel, considerar las prestaciones (ofrecidas y realizadas), las tasas de mortalidad y morbilidad, las patologías que demandaron atención en la población y la descripción general del sistema en cuanto a estructura y organización, entre otros aspectos.

El segundo nivel de comentarios se desprende del primero, cuando se consideran las opiniones de los integrantes del equipo de salud y de los usuarios, sobre categorías definidas previamente. En este caso, se consideraron las características que Starfield delimita para

evaluar la atención primaria, pero vale remarcar que se podría extender la mención al uso de otras categorías.

El sistema local de salud que fue objeto de esta investigación, está compuesto fundamentalmente por centros periféricos, donde la atención en enfermería y las visitas domiciliarias por ronda sanitaria de agente sanitario, son los espacios de contacto más recurrentes con los usuarios con el sistema local.

Los datos del programa de vigilancia epidemiológica referencian, consultas ambulatorias de primer nivel que por demandar diagnósticos clínicos, son resueltas en los Hospitales distritales y seccionales y no en los centros periféricos del primer nivel. Al respecto, lo que oculta el listado de consultas ambulatorias son los usos de los centros periféricos donde se concentra al menos gran parte de los recursos humanos y edilicios que tiene el sistema local en el Departamento Ancasti.

Respecto al conocimiento de la población a cargo o a la delimitación del área de responsabilidad, salvo en el caso de los agentes sanitarios (donde los sectores sanitarios están delimitados a nivel central), la información brindada en los centros de salud esta fuertemente asociada a su percepción como vecina/o o miembro de esa población tienen las enfermeras, mucamas, chóferes.

No existe una demarcación orientada a identificar un espacio territorial de programación o producción de datos.

Los resultados y, la discusión de ellos respecto a los marcos de análisis, hicieron referencia a la imposibilidad de referenciar (en la gestión sanitaria local) aspectos que garanticen el componente de “continuidad” y “longitudinalidad”.

Se considera de hecho que este aspecto es el punto que, desde la evaluación del modelo de gestión actual, vulnera el sistema sanitario y a la población que forma parte del mismo.

Cuando el sistema local de salud se “desterritorializa” (generando acciones que no puede resolver en lo inmediato de su contexto) opera lo que (en el marco de este trabajo) se llama “regionalización”.

En efecto, si la regionalización está vinculada a líneas de intervención sanitarias por nivel de complejidad a través de un sistema (aunque precario) de derivaciones, se alude a una ‘regionalización sanitaria’. En cambio, cuando la des-territorialización se vincula a elecciones individuales o sociales que operan por fuera de las opciones presentes en el territorio, la regionalización se vuelve comunitaria o social.

Esta delimitación analítica forma parte de las conclusiones de este trabajo ya que: 1) Las derivaciones son necesarias y estructurales en el modelo de atención vigente y 2) Las mismas operan de manera programada por el agente de salud u orientada libremente por el sujeto que demanda la prestación sin visibilizarla en lo local.

Consideramos mostrar los desplazamientos de población como un resultado relevante porque complejiza el escenario de intervención sanitaria y porque lo coloca frente a un espacio de toma de decisión que no demanda sino el esfuerzo de reorganizar los recursos disponibles.

Lo que esta investigación mostró es que pese a la existencia de una estructura orientada a la APS (con posibilidades de intervención en terreno, con Agentes Sanitarios que recorren las zonas alejadas una vez al mes y en el marco de una población que aunque dispersa, tiene altos grados de movilidad social) el sistema de salud no puede integrarse y que es esa des-integración o ese funcionamiento aislado lo que ha constituido un sistema de derivaciones a través del cual cualquier poblador puede (dentro de sus posibilidad) atenderse en cualquier parte, iniciar tratamientos prolongados, suspender tratamientos y formar parte o no de los programas sanitarios vigentes de manera irregular, etc.

Identificar si lo mencionado es -o no- un aspecto constitutivo de los sistemas de sanitarios en zonas rurales es un desafío para las producciones teóricas vinculadas al desarrollo rural (que analizan la temática de la salud como demandas de los ciudadanos

o las organizaciones sociales y ven la posibilidad de transformación social a través de la participación y la gestión local) y a la salud pública, donde es difícil identificar reflexiones que incorporen “la ruralidad” y “los desplazamientos poblacionales” como dimensiones de análisis.

Ancasti, es una región heterogénea desde el punto de vista político, cultural, productivo, geográfico y poblacional que representa un llamado de atención respecto a la articulación del sistema sanitario de la Provincia de Catamarca en el ámbito rural.

Si se remarca que sólo el 70% de la población total de la Provincia se concentra en los Municipios más urbanizados⁶, la lógica de programación que promueven los sistemas sanitarios en zonas rurales debe incorporar acciones diferenciales respecto al pull de prestaciones y programas sanitarios vigentes en la provincia.

De las recomendaciones planteadas en la investigación, se destaca una intervención orientada a integrar actores, demandas y centros de salud. Se prioriza el rol de los agentes sanitarios y enfermeras pero se reconoce que no tienen posibilidades de desarrollo, ni de capacitación, ni de reconocimiento.

Asimismo optimizar los sistemas de registros médicos y la información sanitaria generada al menos en los Hospitales que utilizan para derivaciones formales es el eje a priorizar en el corto plazo.

Bibliografía

1. Abramson JH. Community-oriented primary care. Strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Rev.* 1988; 16 (1-2): 35-98.
2. Abramson, JH. Community – oriented primary care. In *Curvey Methods in Community Medicine: An to Introduction to Epidemiological and Evaluativo Studies*, 4th Ed. Curchill Livingstone, New York, Ch. 32.
3. Bello J, Lellis, M: Modelo Social de Practicas de Salud. Comportamientos familiares para el cuidado y la recuperación de la salud. Un aporte a las intervenciones en el nivel local. PROA XXI. Buenos Aires, 2001:32-33
4. Beneria, L: “Reproducción, producción y división sexual del trabajo”, en *Combridge Journal of Economice*, 1979. Número 3: 203-225.
5. Biaggi C, Canevari C, Tasso A.: Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre las mujeres rurales en la Argentina. SAGPyA. Serie Estudios e Investigación 11. Buenos Aires, 2007: 19-36.
6. De Souza Minyano, MC: El desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2004.
7. Didoni M, Estario JC, Willington JM, Fernández AR. Análisis de los Centros de Primer Nivel de Atención de la Provincia de Catamarca. *Rev. Salud Pública.* 2005; (1):74.
8. Fernández, Bernardo Mancano; Marin, Jean Yves: Movimiento Socio Territorial y globalización, algunas reflexiones a partir del caso MST. *Lutas Sociais*, Sao Pablo, 2004, Vol 12: 58
9. Gofin J, Gofin R. Community oriented primary care and primary health care. *Amer J Public Health.* 2005,95. (5): 757.
10. Gofin J. Gofin R. Community –oriented primary care: a public health primary care. *Rev. Panamericana Salud Publica (serial on the internet)* 2007 mar (cited 4 de agosto); 21 (2-3): 177-185. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid
11. Hanson K: La medición del estado de la salud. Genero, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. OPS. Harvard Center for population and development studies. 2000. Número 5: 38-41.

6 El INDEC considera población urbana a la que habita en localidades de 2000 y más habitantes y población rural al resto aunque este concentrada o dispersa. A lo largo de esta investigación se harán aportes teóricos-metodológicos que contribuyan a re-configurar esta categoría de origen.

12. Informe Situación de Salud en la Argentina 2003. Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Organización Panamericana de la Salud
13. Kroeger A., Luna R: Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. OPS. Editorial Pax Mexico, 1987: 138
14. Maceira D: Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios. Paidós, Buenos Aires, 2007: 147.
15. Martínez Narváez, G: “Atención de la salud en el medio rural y en el medio urbano”, Salud Publica Mex, 1990, Número 5; 40-44.
16. Menéndez E, “Participación social en salud: Las representaciones y las practicas” en Menéndez E y Spinelli H coord: Participación Social ¿para que?. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006: 81-116.
17. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15, de Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades”. 2007
18. Nutting PA. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research and education. Am J Prev Med 1986 may; 2 (3): 140-147.
19. OMS-OPS Atención Primaria de la Salud y Participación, Bol. OPS.83, 1977
20. Piccio A.: “El trabajo de reproducción, tema central en el análisis del mercado laboral”, en Politiche del Lavoro, Italia. 1992, Número 16.
21. Ruiz dechavez M., Martínez Narvaez G., Calvo Rios JM, Aguirre Gas H., Ortiz Solalinde G., Ugalde Grajeda, E., Herrera Lasso F: “Bases para la evaluación de la calidad de la atención de las unidades medicas del sector de la salud”, Salud Publica Mex. 1990; 32:156-169.
22. Santos, Milton: Metamorfoses do Espaço Habitado. Editora Hucitec, Sao Pablo, 1988
23. Santos, Milton, “O retorno do territorio”, en Santos, De Souza y Silveira. Territorio: Globalizacao, fragmentacao, Editora Hucitec, Sao Pablo, 1994: 59-98.
24. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson 2001.
25. Testa M: Pensamiento estratégico y lógica de programación. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1995
26. Villar, Eugenio: “Los determinantes de la salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil”, en Soude Soc. Sao Pablo, 2007, volumen 16, número.3.:7-13.