



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario

Acceso a la salud: Vinculación de las políticas sanitarias promovidas por el Samco a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de la localidad de Zavalla durante los últimos 5 años

Lic. Alexis H. Juanto

Mg. Miriam Pini

ROSARIO, AÑO 2021

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos, Baltazar y Constantino, que me impulsan a seguir adelante, me ayudan a crecer como persona y con quienes aprendo cada día un poco más.

A mi compañera incondicional, Paula.

A Miriam, por la paciencia y el apoyo constante.

Y, a quienes confiaron en mí siempre.

RESUMEN

FUNDAMENTACIÓN

Las deficiencias en el planeamiento urbano estratégico pueden resultar en desigualdades sociales, acceso inadecuado a servicios básicos, necesidades insatisfechas, falta de cohesión social y condiciones que afectan la seguridad humana y la salud mental. Aunque las tendencias de urbanización son interdependientes y complejas, representan un gran desafío para la Región, ya que deterioran el progreso realizado en otras áreas como la salud.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la vinculación de las políticas de acceso implementadas y/o promovidas por el Samco a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de los últimos 5 años en la localidad de Zavalla.

MÉTODOS

Se aplicó un diseño metodológico mixto que incluye el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos. Primero se enfocó cuantitativamente los registros profesionales obtenidos desde el Samco local, para luego desarrollar los aspectos cualitativos, mediante entrevistas a actores clave que terminan en un reporte final que integre ambas fases del proceso de investigación.

RESULTADOS

Se identifican registros profesionales insuficientes y escasa normalización institucional; abordaje deficitarios en la continuidad del tratamiento de pacientes adscriptos; no se conciben las necesidades reales de la población por la falta de información epidemiológica; las herramientas de acercamiento a la población y a las instituciones locales son deficitarias, dificultando la proximidad con las problemáticas de la comunidad; y existen conflictos para producir transformaciones efectivas y potenciar políticas preventivas que mejoren las oportunidades de acceso.

PALABRAS CLAVE

Acceso, políticas de salud, urbanización, salud pública.

ABSTRACT

FOUNDATION

Deficiencies in strategic urban planning can result in social inequalities, inadequate access to basic services, unmet needs, lack of social cohesion, and conditions that affect human security and mental health. Although urbanization trends are interdependent and complex, they represent a great challenge for the Region, since they deteriorate the progress made in other areas such as health.

GENERAL OBJECTIVE

Determine the linkage of the access policies implemented and / or promoted by Samco from the processes of territorial urbanization and development of the last 5 years in the town of Zavalla.

METHODS

A mixed methodological design was applied that includes quantitative and qualitative data analysis. First, the professional records obtained from the local Samco were quantitatively focused, to later develop the qualitative aspects, through interviews with key actors that end in a final report that integrates both phases of the research process.

RESULTS

Insufficient professional records and little institutional standardization are identified; deficient approach in the continuity of the treatment of assigned patients; the real needs of the population are not conceived due to the lack of epidemiological information; the tools for approaching the population and local institutions are deficient, making it difficult to be close to the problems of the community; and there are conflicts to produce effective transformations and promote preventive policies that improve access opportunities.

KEYWORDS

Access, health policies, urbanization, public health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

RESUMEN.....	3
FUNDAMENTACIÓN.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
MÉTODOS.....	3
RESULTADOS.....	3
PALABRAS CLAVE.....	3
ABSTRACT.....	4
FOUNDATION.....	4
GENERAL OBJECTIVE.....	4
METHODS.....	4
RESULTS.....	4
KEYWORDS.....	4
1. INTRODUCCION.....	10
2. CONTEXTUALIZACIÓN.....	12
2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA LOCALIDAD DE ZAVALLA.....	12
2.1.1. ANALISIS DE LOS FENOMENOS URBANOS COMO BASE PARA EL CRECIMIENTO LOCAL.....	12
2.1.2. CONFIGURACION URBANA RECIENTE.....	14
2.1.3. EQUIPAMIENTOS URBANOS SIGNIFICATIVOS.....	17
2.1.4. INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS.....	18
2.2. SISTEMA DE SALUD LOCAL.....	22
2.2.1. SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA PARA LA COMUNIDAD (SAMCO) DE ZAVALLA.....	24
3. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	28
4. FUNDAMENTACIÓN.....	32
5. INTERROGANTE CENTRAL.....	35
6. OBJETIVOS.....	36
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	36

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	36
7. MARCO TEÓRICO	37
7.1. ACCESIBILIDAD EN SALUD	37
7.2. DIMENSIONES DE LA ACCESIBILIDAD EN SALUD	41
7.3. CLASIFICACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD	43
7.4. RELACIONES DE PODER EN EL ACCESO A LA SALUD.....	45
7.5. ACCESO A LA SALUD Y URBANIZACIÓN	47
8. METODOLOGÍA.....	48
8.1. TIPO DE ESTUDIO	48
8.2. FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
8.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	53
8.3.1. CRITERIOS DE ELECCIÓN.....	53
8.4. PROCEDIMIENTO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	54
9. RESULTADOS.....	59
9.1. PRESENTACION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	59
9.1.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS.....	59
9.1.2. ANALISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS.....	69
9.1.2.1. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	69
9.1.2.2. POLÍTICAS PREVENTIVAS.....	71
9.1.2.3. GESTIÓN TERRITORIAL.....	73
10. REPORTE Y DISCUSIÓN FINAL	76
11. PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN.....	80
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
12. BIBLIOGRAFÍA.....	85
11. ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	88
12. ANEXO I. II. HOJA DE FIRMAS	90
13. ANEXO II. GUIA DE ENTREVISTA.....	91

Tabla de ilustraciones:

<i>Ilustración 1 - Área Metropolitana de Rosario. Año 2020.</i>	14
<i>Ilustración 2 - Usos del suelo. Zavalla, año 2019.</i>	16
<i>Ilustración 3 - Equipamientos urbanos significativos. Zavalla, año 2019.</i>	18
<i>Ilustración 4 - Estado de las calles. Zavalla. Año 2019.</i>	20
<i>Ilustración 5 - provisión de agua potable en Zavalla. año 2019.</i>	21
<i>Ilustración 6 - Áreas provistas de servicios de gas por red domiciliaria en Zavalla. Año 2019.</i>	22
<i>Ilustración 7 - Georreferenciación de consultas al servicio de enfermería durante septiembre de 2017</i>	68
<i>Ilustración 8 - Georreferenciación de consultas al servicio de medicina general y guardia durante septiembre de 2017.</i>	68

Índice de tablas:

<i>Tabla 1 - Usos del suelo. Zavalla. Año 2019.</i>	16
<i>Tabla 2- Tipología del acceso a los servicios de salud</i>	42
<i>Tabla 3 - Consultas por unidad operativa desde agosto a diciembre de 2017.</i>	60
<i>Tabla 4 - Tipo de consultas por unidad operativa.</i>	61
<i>Tabla 5 - Tipo de cobertura según consultas realizadas</i>	63
<i>Tabla 6 - Distribución de consultas según edad y género</i>	63
<i>Tabla 7 - Consultas por barrio a los servicios de enfermería, medicina general y guardia del Samco local durante septiembre de 2017.</i>	67

Índice de gráficos:

<i>Gráfico 1 – Porcentaje de consultas por servicios desde agosto a diciembre de 2017.</i>	<i>60</i>
<i>Gráfico 2 - Consultas por edad y género al servicio de clínica</i>	<i>65</i>
<i>Gráfico 3 - Consultas por edad y genero al servicio de medicina general</i>	<i>65</i>
<i>Gráfico 4 - Consultas por edad y género al servicio de guardia y emergencias</i>	<i>66</i>

1. INTRODUCCION

En las sociedades actuales las formas en que las personas viven y mueren están estrechamente relacionadas con los distintos anclajes estructurales (grupo social, edad, género, y etnia), así como el lugar de residencia. La determinación social de las diferencias en salud, enfermedad y la respuesta ante ella (atención/cuidado) de los diversos grupos sociales se encuentran en las desiguales condiciones en las que las personas viven, así como también, en los diversos significados que le damos a la vida que se traducen en prácticas y creencias que afectan a la salud (Alames, 2008) (Breilh, 2009).

Estudiar las inequidades que se presentan en el acceso a la salud resulta pertinente en Argentina, donde predomina un sistema sanitario segmentado, que no cuenta con un fondo único de recursos que permita garantizar una oferta de servicios de salud que resulte homogénea para toda la población. En este contexto, en la provincia de Santa Fe, desde el año 2007 la implementación de un modelo de gestión en red basado en la atención primaria de salud (APS) abre la posibilidad para que el cuidado y las condiciones que brindan los servicios de salud pública a la población de los diferentes municipios y comunas puedan dejar de lado inequidades y exclusiones.

La principal contribución de este documento es ofrecer a la localidad de Zavalla una discusión formal acerca del acceso al primer nivel de atención con un enfoque crítico hacia el desarrollo de políticas públicas de salud por parte del gobierno comunal que tiendan a favorecer y sostener los niveles de respuesta convenientes a las necesidades de la población por parte de los servicios a su cargo, y poder hacer frente a los procesos urbanos que vienen condicionando al territorio durante los últimos años.

Para llevarlo a cabo, se inicia con la descripción de las características sociodemográficas, urbanas y de salud de la población local y se analiza la problemática del acceso como componente para el desarrollo de políticas

públicas en 3 (tres) etapas secuenciadas. Primero, se analizan las características propias de la relación oferta/demanda partiendo de las consultas realizadas por la población adscripta a los servicios sanitarios que se brindaron en el SAMCo local desde agosto a diciembre de 2017 haciendo foco en las características georreferenciadas de la población identificando sectores dentro del territorio de pertenencia con mayor vulnerabilidad en el acceso sanitario.

Posteriormente, se aborda desde la perspectiva de los actores involucrados la gestión clínica del centro y los modelos de organización implementados para la planificación de los servicios de salud que allí se brindan a la comunidad teniendo en cuenta los profundos cambios en el emplazado urbano; y, por último, se desarrolla una perspectiva de triangulación entre las diversas características de los servicios públicos de salud, la población que accede al centro y el desarrollo de políticas sanitarias (locales, provinciales y nacionales) que tiendan a favorecer el acceso al primer nivel de atención.

Para ello, la clave de este estudio radica en considerar la identidad y la capacidad de respuesta de cada aspecto mencionado desde los aportes al análisis del acceso sanitario en Zavalla a través de su vinculación directa con los procesos urbanos que fueron sucediendo durante 2017 a 2019 (teniendo en cuenta diferencias sociodemográficas, políticas de salud, político/institucionales, relación de poder, entre otras) pero, a su vez, hacen que su integración determine respuestas más completas y comprehensivas.

2. CONTEXTUALIZACIÓN

2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA LOCALIDAD DE ZAVALLA

2.1.1. ANALISIS DE LOS FENOMENOS URBANOS COMO BASE PARA EL CRECIMIENTO LOCAL

Zavalla, desde su geografía, es una localidad que pertenece al cuadrante Oeste del Área Metropolitana y se ubica aproximadamente a 24 km de la ciudad de Rosario. Las vías del ex Ferrocarril Gral. Bartolomé Mitre (hoy, Nuevo Central Argentino) y la ruta nacional N°33 estructuran y caracterizan a este territorio de forma transversal, junto a la ruta nacional A012, que lo atraviesa longitudinalmente. Esta comuna posee una favorable localización que la vincula tanto con Rosario como con otras localidades del área Metropolitana a través de importantes ejes regionales.

Territorialmente ocupa aproximadamente 8,63 km² (5% de la superficie total), con una extensión aproximada de 166,54 km². Cerca de 157,92 km² (95%) corresponden a superficie no urbanizada, donde el suelo se destina a actividades primarias y a usos agropecuarios. Además, se destaca la producción agrícola en una jurisdicción que es predominantemente rural, aunque durante los últimos años el surgimiento de nuevos loteos, a través de gestión público-privadas, han incrementado la superficie de la planta urbana.

Según datos obtenidos del Censo Nacional realizado en el año 2010, Zavalla cuenta con 5.166 habitantes que viven en un total de 1.785 hogares. Esta población aporta al Cuadrante Oeste Metropolitano el 5,5% de sus habitantes y el 0,4% al Área Metropolitana de Rosario. Los incrementos intercensales, que no solo captan los nacimientos sino también los procesos migratorios, han evidenciado un aumento del 11,1% (período 1991-2000) y del 10,8% (período 2001-2010). Este crecimiento, en relación con que ocurrió en el Cuadrante Oeste Metropolitano durante ambos períodos (26,6% y 26,3% respectivamente), es considerablemente menor, aunque, al mismo tiempo, registra un porcentaje mayor al asentado en la provincia de Santa Fe (7,2% y 6,5% respectivamente). En comparación, La población de Zavalla creció en mayor medida si se comparan con los registrados para los mismos períodos

en la ciudad de Rosario (0,05% y 4,30% respectivamente), lo que hace suponer que, dentro de la provincia de Santa Fe, hubo desplazamientos de población hacia esta localidad (Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario, 2019).

La estructura etaria que arroja el Censo 2010 evidencia que el 19,2% de la población es menor a 14 años; la población entre 15 y 65 años (población en edad de trabajar) representa el 68,35%; y los mayores de 65 años el 12,45% (INDEC - IPEC, 2011). En el Cuadrante Oeste esta estructura presenta para cada grupo 24,5%, 66,5% y 9% respectivamente, y se observan menores porcentajes en los grupos de edades extremos.

En contraste con los datos arrojados por el Censo 2010, desactualizados al día de la fecha, la comuna registra números derivados del conteo de bocas del suministro del servicio de agua de red. Estas cifras equivalen a 3.300 familias asentadas en áreas urbanizadas, mientras que existen otras 250 más alojadas en el barrio Punta Chacra. La estimación local presume una población aproximada de 7000 a 8000 habitantes pudiendo explicarse esta variación a partir de la masiva población que migra en época de cursado de clases en la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

La densidad poblacional muestra una primera aproximación a la configuración de la localidad y a su organización territorial. En la totalidad de la jurisdicción, la densidad global¹ alcanza los 31 hab./ km², siendo en el área urbana² de 575,6 hab./km², y en el área no urbanizada³ de 1,3 hab./km². Esto indica que la población se encuentra mayormente concentrada en el área urbana, siendo baja la densidad de población en el territorio no urbanizado. En base a las proyecciones censales calculadas por el INDEC, la densidad poblacional global proyectada⁴ al 2019 es de 34,3 hab./km² (Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario, 2019).

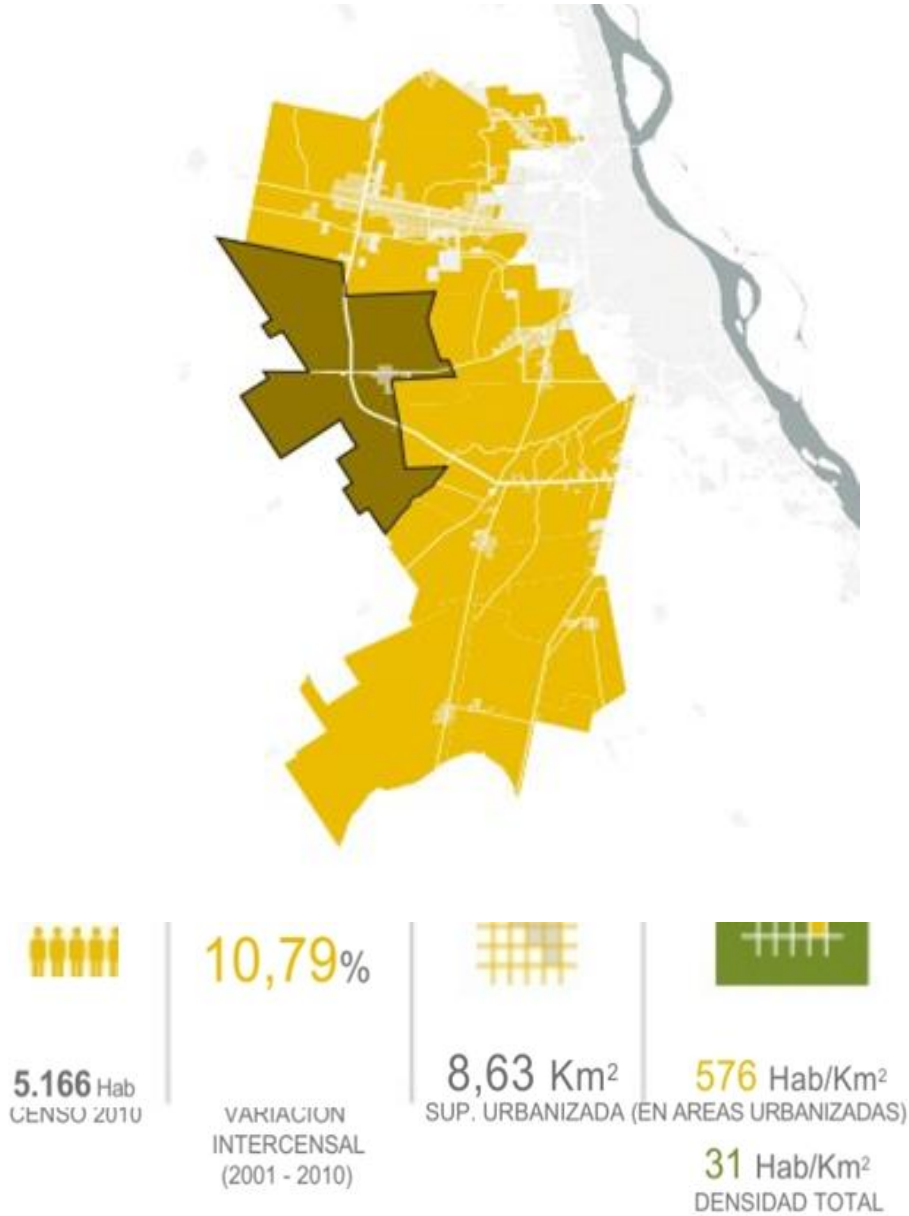
¹Relación entre la población y la superficie total del distrito

²Relación entre población en zona o área y la superficie urbanizada.

³Relación entre la población en zona o área y la superficie no urbanizada.

⁴Relación entre la población total proyectada al 2019 según Indec y la superficie total del distrito.

Ilustración 1 - Área Metropolitana de Rosario. Año 2020.



Fuente: Plan Urbano Local. Zavalla 2030. Rosario, octubre 2019. Disponible en ecomrosario.gob.ar/biblioteca

2.1.2. CONFIGURACION URBANA RECIENTE

Del análisis de los procesos de urbanización que tuvieron lugar durante los últimos 15 años, por un lado, se desprende que la población permanente de la localidad ha crecido considerablemente en la zona

suburbana del distrito. Esto generó que los barrios continuos al núcleo original, que contaban con baja densidad edilicia y de servicios, fueran incorporando nuevas edificaciones e infraestructura, que fueron mejorando la calidad urbana y completando los barrios. Algunas áreas dentro del núcleo original, principalmente en las zonas cercanas al Parque Villarino, se han ido completando paulatinamente a través de la edificación de complejos habitacionales para estudiantes (aunque éstos también se fueron desarrollando en toda la planta urbana).

Otros barrios, como el Bione-Calvo o el Primavera, que originalmente de carácter finisemanal, hoy presentan algunas subdivisiones en pequeños lotes ocupados con viviendas individuales y áreas con tipologías mixtas. Por otro lado, también se registran nuevas expansiones de la planta urbana, de dimensiones variadas. Por ejemplo, en 2009 se lotea un pequeño sector conocido como Del Sotto (con solo dos manzanas incompletas adyacentes a la planta existente) y, en 2010, el loteo Los Jardines.

En el año 2011 se crea el barrio cerrado La Antonella, que permanece ubicado junto al Polideportivo Humberto César Verdini de la Asociación Italiana de Ayuda Mutua (AIAM), enmarcado entre la ruta nacional N°33 al norte y el camino límite del municipio al sur, generando una barrera para la conectividad y expansión urbana en el extremo este de la localidad. En 2013 comienzan las obras del barrio abierto residencial Punta Chacra en el extremo oeste de la localidad, extendiéndose en forma lineal desde el núcleo urbano original y las vías ferroviarias hasta la ruta nacional A012. En su conformación resulta una lonja rectangular de dos kilómetros de extensión con manzanas rectangulares constituido por calles transversales que corresponden a la extensión de Bv. Teruggi y Lavalle, faltando la continuidad de calle Urquiza.

A partir de 2017 se realiza una nueva operatoria de urbanización público-privada, en la cual la comuna de Zavalla y el propietario de la tierra coordinan estrategias de intervención, aplicadas en principio a un primer caso: el barrio Varela. A través de esta modalidad de gestión, la comuna intercede para que la población local acceda a suelo urbano con planes de financiación. Como hemos visto anteriormente, y a pesar de que la presencia de la Facultad

de Ciencias Agrarias de la UNR ha potenciado enormemente el desarrollo de residencia para estudiantes, se registra un importante déficit de la vivienda, sobre todo para jóvenes que buscan independizarse del hogar familiar.

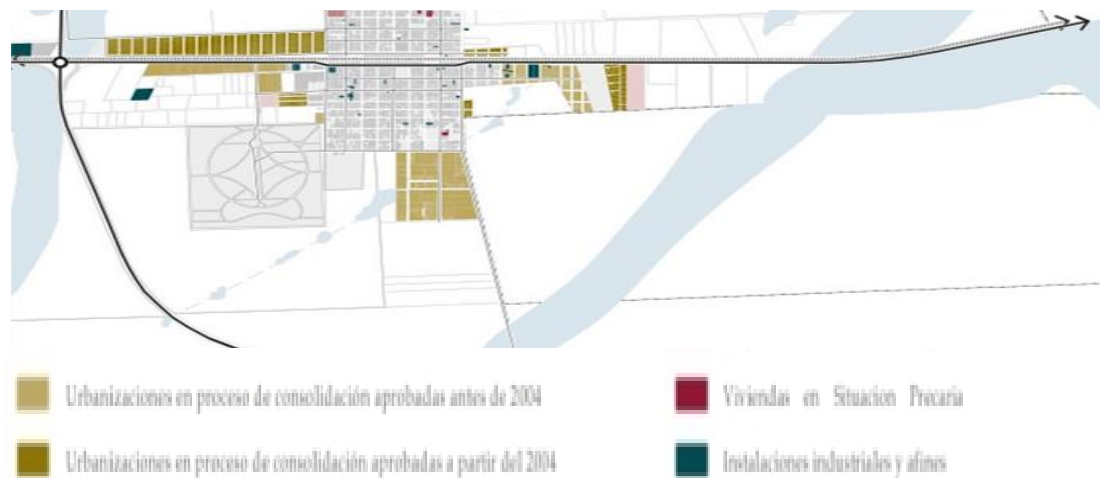
Según la clasificación del Catastro Provincial, la configuración actual de los usos del suelo refleja que el 98,50% de la superficie total corresponde a “suelo rural”, concentrado en el 9,27% de las fincas. El “suelo urbano”, constituido por el 84,22% de fincas, incorpora el 94,61% de la superficie edificada total de la localidad (1,07% de la superficie total). Por otro lado, la superficie de suelo calificada como “suburbano” (0,28% de la superficie total) está constituida por el 0,63% de fincas e incluye el 2,64% de la superficie edificada. El “suelo suburbano loteado” constituye solo el 0,15% de la superficie total y el 2,75% de la superficie edificada.

Tabla 1 - Usos del suelo. Zavalla. Año 2019.

Tipo de Zona	Cantidad de Fincas	%	Sup. Terreno (Hectáreas)	% s/total del terreno	Sup. Edificada (m2)	% s/total edificado	% Sup. Edificada
Urbano	3597	84.22	173	1.07	377407	94.61	21.82
Suburbano	27	0.63	46	0.28	10525	2.64	2.28
Suburbano loteado	251	5.88	24	0.15	10977	2.75	4.66
Rural	396	9.27	15953	98.50	0	0.0	0.0
Total	4271		16196		398909		0.25

Fuente SCIT al 30 de abril de 2015

Ilustración 2 - Usos del suelo. Zavalla, año 2019.



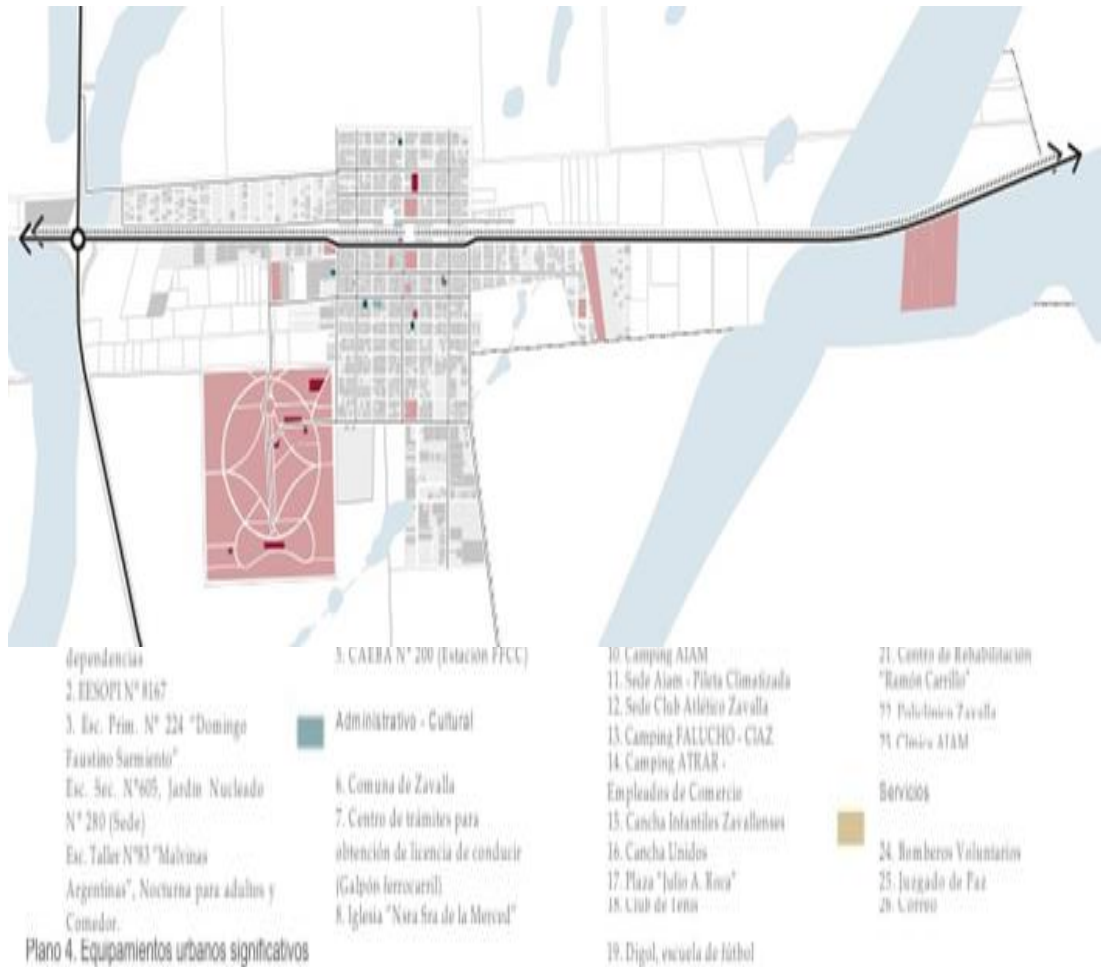
Fuente: Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOM). Disponible en ecomrosario.gob.ar/biblioteca. Consultado en enero de 2020. Pág. 23.

2.1.3. EQUIPAMIENTOS URBANOS SIGNIFICATIVOS

Entre los principales equipamientos urbanos se destaca, en primer lugar, el Parque José F. Villarino, de gran trascendencia tanto para la localidad como para la región, en el cual se encuentra la Facultad de Ciencias Agrarias de la UNR. Dentro del parque también se encuentra la Escuela Primaria N°6.371 “Joaquina Villarino de Soage” y el anexo del Jardín Nucleado N°280. Otros establecimientos educativos de relevancia son: la Escuela N°224 “Domingo Faustino Sarmiento”, el Jardín Nucleado N°280, el Jardín Comunal “La Casita del Sol” (para niños de 2 y 3 años), la Escuela Secundaria Pública N°605, la Escuela Taller N°83 “Malvinas Argentinas”, la escuela primaria para adultos y la Escuela Secundaria Privada EESOPÍ N°8.167. En el predio del cuadro de la estación ferroviaria, de gran valor como espacio público y patrimonial, funciona el Centro Alfabetización Educación Básica para Adultos (CAEBA) N°200.

Respecto a los equipamientos administrativos-institucionales se identifican las instalaciones de la comuna de Zavalla, el juzgado de paz, el correo y el centro de trámites para obtención de licencia de conducir, ubicado en el Galpón del Ferrocarril. Como instalaciones vinculadas a actividades deportivas-recreativas, la localidad cuenta con el club Atlético Zavalla (CAZ), Unidos Atlético Club (UAC) y el predio de AIAM. En materia de salud pública, son de gran relevancia el SAMCO, para la atención primaria; el Centro de Rehabilitación “Ramón Carrillo”; y clínicas privadas, con servicios de especialidades. Asimismo, se reconocen diversos templos religiosos, entre los que se destaca la iglesia “Nuestra Señora de la Merced”. Otros equipamientos significativos son el cuartel de Bomberos Voluntarios y el cementerio comunal.

Ilustración 3 - Equipamientos urbanos significativos. Zavalla, año 2019.



Fuente: Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOM). Disponible en ecomrosario.gob.ar/biblioteca. Consultado en enero de 2020. Pág. 33.

2.1.4. INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS

Comprender los procesos de urbanización integral en Zavalla, abarca también la incorporación de todos los servicios e infraestructuras: pavimentación de las calles, red de agua potable, de desagües pluviales y cloacales, red de distribución de energía eléctrica y alumbrado público, redes de telecomunicaciones, gas y arbolado.

Para hacer un diagnóstico del estado de las infraestructuras y los servicios de la localidad, el Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario desarrollo una base de datos de información georreferenciada con relevamientos actualizados que fueron aportados por oficinas locales

competentes. Sobre el plano base aportado por el Servicio de Catastro de la provincia de Santa Fe, se volcó esta información asociada a la categorización del suelo que emplea dicha dirección, dividiendo las parcelas en: Urbano (suelo subdividido o parcelado que cuenta con ocupación o mejoras y algún grado de infraestructura); Suburbano mayor área (suelo sin subdivisión que generalmente no cuenta con ocupación o mejoras ni algún grado de infraestructura); Suburbano loteado (suelo subdividido o parcelado que puede contar con ocupación o mejoras o no, con algún grado de infraestructura o no) y Rural (suelo asociado a los usos agrarios) (Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario, 2019).

El agua potable, destinada al abastecimiento, es captada a partir de 5 perforaciones estratégicamente localizadas que alimentan al tanque de reserva y luego se distribuye a la localidad, previo análisis y cloración. A su vez, la Cooperativa de Provisión de Obras y Servicios Públicos, Sociales, Asistenciales y Vivienda “Juan Silva” de Zavalla Ltda. brinda a los vecinos un servicio de llenado de botellones recargables con agua potabilizada mediante la tecnología de ósmosis inversa y cuenta con una cobertura de suministro del 86% de las parcelas urbanas y suburbanas (2.447 conexiones a septiembre de 2018).

En cuanto a las condiciones de suministro de agua corriente efectuadas por el desarrollador del barrio Punta Chacra, existen estudios locales que evidencian que no están aptas para consumo, determinando el 14% de las parcelas urbanas restantes. Es importante en este punto resaltar que todos los prestadores de este servicio esencial son monitoreados y controlados por el Ente Regulador de Servicios Sanitarios (EnReSS) de forma periódica, el cual tiene como función ejercer el poder de policía comprensivo de la regulación y el control sobre su presentación en todo el ámbito de la provincia de Santa Fe⁵.

Por otro lado, la empresa responsable del suministro de gas es Litoral Gas S.A. Su actividad principal consiste en la distribución de gas natural por

⁵. <http://www.enress.gov.ar/institucional/funciones/funciones-del-enress/>

redes garantizado una cobertura del 83% de las parcelas urbanas y suburbanas, mientras que el resto de la cobertura de la planta urbana se lleva a cabo con gas envasado según se evidencia en el plano de provisión de gas. Si se analiza la distribución del suministro por red se puede observar que la cobertura faltante se encuentra en intersticios dispersos en distintas zonas de la localidad.

Respecto a los residuos cloacales, la localidad no cuenta a la fecha con red cloacal, por lo cual los mismos son destinados a pozos absorbentes. De manera que, una vez colmatada su capacidad de disposición primaria, los líquidos son retirados por camiones atmosféricos o barométricas de la zona.

Ilustración 4 - Estado de las calles. Zavalla. Año 2019.



Tipos de vía	Porcentaje	Metros lineales
Pavimento	25%	13.284 m.l.
Mejorado	55%	29.504 m.l.
Tierra	20%	10.594 m.l.

Fuente: Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOM). Disponible en ecomrosario.gob.ar/biblioteca. Consultado en enero de 2020. Pág. 45.

Ilustración 5 - provisión de agua potable en Zavalla. año 2019.



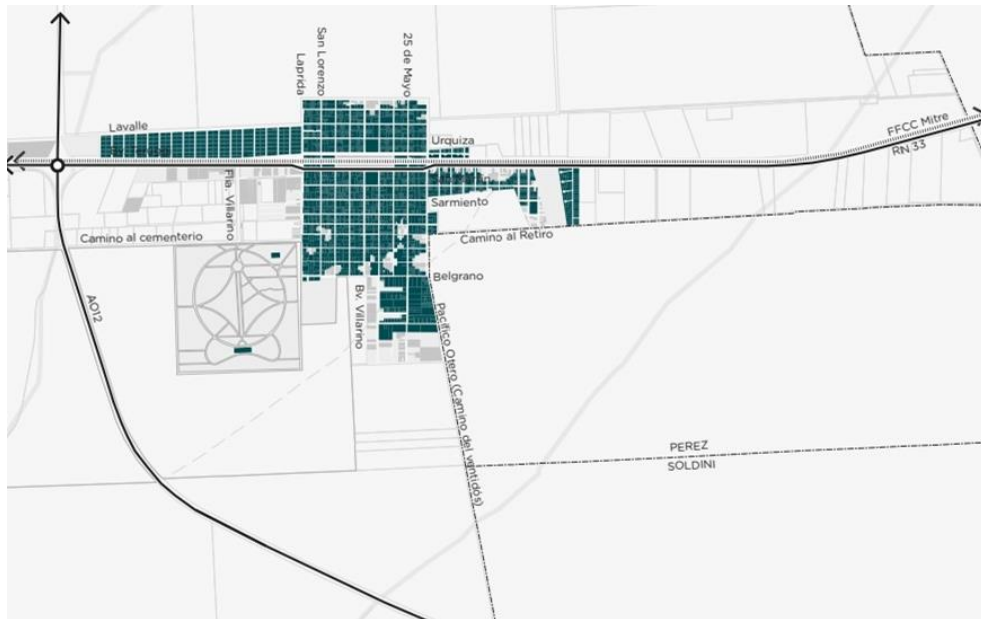
Fuente: Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOM). Disponible en ecomrosario.gob.ar/biblioteca. Consultado en enero de 2020. Pág. 46.

Parcelas	Urbanas (sin Punta Chacra)			Suburbanas			Suburbanas mayor área		
	Con agua	Sin agua	Total	Con agua	Sin agua	Total	Con agua	Sin agua	Total
Baldías	652	22	647	163	1	164	2	4	6
Edificadas	2465	11	2476	96	0	96	13	12	25
	3117	33	3150	259	1	260	15	25	31
	99%	1%							

Parcelas	Urbanas (Punta Chacra)	
	Con agua	Sin agua
Baldíos	313	0
Edificadas	238	0
	551	0
	100%	

Fuente: Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOM). Disponible en ecomrosario.gob.ar/biblioteca. Consultado en enero de 2020. Pág. 46.

Ilustración 6 - Áreas provistas de servicios de gas por red domiciliaria en Zavalla. Año 2019.



Parcelas	Urbanas (sin Punta Chacra)			Suburbanas			Suburbanas mayor área		
	Con gas	Sin gas	Total	Con gas	Sin gas	Total	Con gas	Sin gas	Total
Baldías	749	238	987	77	87	164	5	21	26
Edificadas	2433	281	2714	63	33	96	0	5	5
	3182	519	3701	140	120	260	5	26	31
	83%	17%							

Fuente: Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOM). Disponible en ecomrosario.gob.ar/biblioteca. Consultado en enero de 2020. Pág. 47.

2.2. SISTEMA DE SALUD LOCAL

La comprensión de los procesos urbanos a los que ha sido expuesto Zavalla durante los últimos años impacta en la salud de la comunidad de múltiples maneras, independientemente de factores como la cantidad y calidad del agua, acceso a gas natural, las características del medio ambiente, la convivencia cotidiana, los cambios en los estilos de vida, el crecimiento poblacional, las grandes migraciones. Por otro lado, el desarrollo de políticas sanitarias locales que no acompañen los profundos cambios socio demográficos que se vienen sucediendo, implican que los efectores de salud que dependen del sector público se localicen y desarrollen con características que tiendan a vincularlos con la población de referencia.

De este modo, el rol institucional de la salud pública en Zavalla está definido por la autoridad de aplicación que responde al primer nivel de atención, a través del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe a partir de la Ley Provincial (Ley 6.312, 1967) que *“reemplazó al régimen técnico - administrativo vigente para los organismos asistenciales sanitarios dependientes del Ministerio de Salud Pública”* como detalla en su contenido y su Decreto Reglamentario (Decreto 04321, 1967).

En el marco de esta ley: *“la finalidad es la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos, cuya prestación realiza en la actualidad directamente el Estado por intermedio de sus organismos oficiales, mediante la transferencia a los entes mencionados para su gobierno y administración, de los establecimientos existentes o a crearse con esa finalidad específica”*.

Puesta en funcionamiento en el año 1967, la ley Samco, posee la particularidad de haber sido aprobada bajo gobierno militar, pero inspirada en casi su totalidad en la ley bajo el mismo nombre promovida en el gobierno de Arturo Illia por su Ministro de Salud, Arturo Oñativia; y que solo obtiene media sanción antes del golpe militar de 1966 (Beltramino, 2005). Recuperada por el secretario de Salud Pública del gobierno militar, queda traducida en la Ley Nacional N°17102, el 30 de septiembre de 1966.

Ambas promueven la participación de la población en los esfuerzos por mejorar su calidad de vida (Testa et al, 1994). En este sentido, el artículo N°2 del Reglamento citado, dice: *el objetivo fundamental que se pretende lograr es el de dar intervención a la comunidad en la solución de uno de los problemas que interesan a la misma, mediante su activa participación, tendiente al logro de una más eficaz y económica prestación de los servicios médicos en beneficio de toda la comunidad.*

A nivel local, la vigencia de normas como la Ley 6312/67 impone al gobierno comunal el desafío de garantizar la cobertura de servicios de salud, bajo un modelo de gestión multisectorial con bases en la APS que centraliza la atención en el Samco local y que actúa bajo la convivencia de subsistemas

(subsistema público, obras sociales y subsistema privado) relativamente homogéneos en su interior, pero diferentes entre sí.

Esta lógica brinda a la comunidad la posibilidad de hacerse cargo del funcionamiento quedando a criterio de las propias instituciones el arancelamiento de las prestaciones y su tipo. La Ley 6.312/67 dispone el funcionamiento administrativo de los SAMCOs bajo la responsabilidad de un Consejo de Administración el cual reúne representantes de las instituciones intermedias de la comunidad y un representante del Municipio o Comuna, quienes conforman una Comisión Ejecutiva, compuesta por un presidente, tesorero y secretario, que tienen voz y voto en las asambleas al momento de decidir sobre cuestiones administrativas, de gastos, venta de bienes muebles y anteriormente también sobre la contratación de personal. Así mismo el director médico, según la Ley 6.312/67, es responsable de la conducción técnica del efector, teniendo voz, pero no voto ante las decisiones del Consejo Administrativo. Esta última atribución se modificó con una Resolución que reglamenta que todo acto administrativo debe estar refrendado con la firma del director para su validez (Resolución 454, 2008).

De hecho, desde sus orígenes (1976) el Samco de Zavalla se caracterizó por brindar atención primaria a personas carenciadas, de obras sociales y a particulares. Su aporte es lo que permitió históricamente el ingreso de fondos económicos sustentables sumado a los aportes solidarios de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional de Rosario quienes son actores representativos dentro del territorio junto con la asociación cooperadora del mismo efector y a los fondos obtenidos desde el gobierno comunal y provincial.

2.2.1. SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA PARA LA COMUNIDAD (SAMCO) DE ZAVALLA

El Samco local se encuentra emplazado en una vieja casona ubicada en 25 de mayo, entre Sarmiento y San Martín, cedida por el gobierno comunal en noviembre de 1986, que con el correr de los años ha sido remodelada y se le han realizado ampliaciones edilicias en respuesta a las demandas de la propia comunidad. Cuenta con una sala de espera, 2 (dos) oficinas para el

personal administrativo, un consultorio designado para el médico clínico del establecimiento, un consultorio odontológico, un consultorio de enfermería, un consultorio pediátrico, y 2 (dos) consultorios destinados a especialidades médicas. Presenta un área de extracción de sangre, una sala de rayos y velado de placas radiográficas, una cocina, una habitación para médicos de guardia, una habitación para internación transitoria, un baño para el personal y un depósito de farmacia que funciona en el exterior dentro de un viejo garaje. Además, cuenta con una ambulancia de alta complejidad que responde al Ministerio de Salud de la Provincia y una ambulancia de traslado cuyo responsable administrativo es la Comuna Local.

A partir del año 2009 fue incorporando diferentes especialidades, como Clínica General, Ginecología y obstetricia, Gabinete Psicopedagógico, Oftalmología, Cardiología, Psiquiatría, Odontología, Pediatría, Dermatología y Servicio de Enfermería.

Como organización de salud predomina el impulso a la profesionalización, lo que permite identificarla y entenderla como una burocracia profesional. Este tipo de organización de orden público mantiene su grado de autonomía en la dirección de sus actividades, pero inicialmente su mandato está definido por los objetivos generales prefijados por el gobierno de Santa Fe dentro del marco de la Red de Servicios de Salud.

En cuanto a la organización de los servicios de salud, funciona desde los lunes a sábados en el horario de 07 a 13 hs cuenta con un médico clínico director, designado por decreto provincial para cumplir de manera conjunta funciones asistenciales y de gestión. La dirección del Samco Zavalla responde de manera autónoma en la distribución de los recursos, presupuestos y tecnología, pero la política de gobernanza está condicionada por el Estado local y provincial. En el medio local, el medico director debe responder a la Comisión Ejecutiva compuesta por un presidente, vicepresidente y tesorero, la cual se caracteriza por contar como representantes al presidente comunal electo y vicepresidente respectivamente.

Desde su estructura se observa una importante base operativa capaz de tomar decisiones y actuar como eje para el desarrollo de la atención primaria de la salud. Presenta una línea media inexistente, con escasa tecnoestructura y una marcada participación del staff de soporte por intermedio del personal administrativo, radiólogos, personal de limpieza, entre otros. Existe una importante influencia de parte de la coalición externa con un estado provincial y comunal presentes en las políticas sanitarias, la asociación cooperadora compuesta de miembros referentes de las más importantes instituciones de la localidad, la participación de la Facultad de Ciencias Agrarias en la toma de decisiones y donde el ciudadano es uno de los actores de mayor trascendencia.

Complementariamente, durante los horarios restantes en los que se brinda atención médica (es decir desde el lunes a sábados a partir de las 13 hs hasta las 07 horas del día posterior y durante los fines de semana) se trabaja bajo otro modelo de gestión. Esto se manifiesta a partir de que la principal fuente de financiamiento responde al Gobierno Comunal con escasa participación del Estado Provincial, y una consecuente disminución de la capacidad de autogestión.

Además, cuenta con un sistema de emergencia que brinda respuesta durante las 24 horas, y es el elemento más importante que conecta al Servicio de Asistencia Médica de la Comunidad de Zavalla con el nodo Rosario ante situaciones que requieran de una complejidad mayor a la capacidad de respuesta local.

Desde el gobierno provincial se puede tener acceso a sistemas informáticos que permiten la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en el SAMCO como: carga de historia clínica familiar y otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. Estos recursos apuntan a fortalecer los principios que rigen a la APS, el funcionamiento de la red de salud y sus diferentes niveles y atemperar la fragmentación institucional de las prestaciones de salud. Sin embargo, la gestión clínica evidencia la concentración de la atención programada en los horarios matutinos determinando el predominio de la



demanda espontánea por sobre las anteriores, excluye a profesionales y especialistas, presenta dificultades en el seguimiento de los pacientes para verificación del cumplimiento del turno, así como la posibilidad de compartir información clínica en tiempo y forma entre profesionales y nodos de la red.

3. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Como parte de la red de servicios de salud pública de la provincia de Santa Fe, la Comuna de Zavalla debe proponerse satisfacer las necesidades de la población, pero también debe cumplir con el derecho de las personas mediante una política pública integral que pueda hacer frente a los procesos urbanos que afronta el territorio y comprender las transformaciones económicas, sociales, políticas y de salud por las que atraviesa la localidad de Zavalla.

Las demandas por parte de la comunidad para mejorar el acceso a la salud pública traen consigo un fuerte compromiso por parte de la administración local para con la gestión y el desarrollo de políticas sanitarias, entre ellas, las que tienen relación con la planificación urbana. Hasta el momento, el plan urbano local no ha priorizado los criterios definidos por las estrategias de salud pública a su campo de conocimiento, pero hay que reconocer que también ha fallado en el desarrollo de investigaciones en salud públicas que evidencie el impacto del entorno en la salud de los ciudadanos y permita definir criterios aplicables a la planificación espacial.

Como resultado de lo anterior, encontramos que la oferta de servicios de salud en Zavalla presenta una calidad de atención heterogénea que, a la vez, fija las posibilidades de acceso que tiene la comunidad a los diferentes servicios, lo cual, se relaciona directamente con los recursos disponibles (Maceira, 2009) (Adazco, 2011) y las condiciones del lugar de residencia (Centrángolo, 2011) de los usuarios.

En ese sentido, la discusión en torno a la institucionalidad de la salud pública a nivel local recorre un debate sobre políticas y servicios de salud que se llevan adelante en la comunidad. Las características de un sistema fragmentado que se conforma por subsectores con lógicas de funcionamiento diferentes entre sí ponen en un lugar de relevancia el análisis de los dos planos interrelacionados entre sí: los actores involucrados y los escenarios que definen la interacción.

Así, hay que tener en cuenta, por un lado, las oportunidades de acceso y los patrones de utilización de los servicios de salud por parte de la comunidad en Zavalla. Lo cuales representan una de las principales formas en las que se pueden apreciar las desigualdades de las personas para enfrentar los procesos de salud enfermedad atención/cuidado (PSEA/C) a nivel local. Entendiendo que los diferentes anclajes estructurales que caracterizan a la población asociadas al género, el grupo social, la edad, o el sector del territorio que habitan; se instituyen como los principales factores que la explican, creando diversas oportunidades materiales para acceder a los servicios de salud local, a la vez que condicionan su utilización e influyen sobre la percepción que tienen las personas sobre los PSEA/C (Checa, 2000) (Alames, 2008).

Por otro lado, comprendiendo que los escenarios funcionan como un marco para la gestión de políticas y servicios de salud, el sistema sanitario y de financiamiento que se ponen en práctica desde la Comuna de Zavalla, se encuentran fragmentados desde el punto de vista administrativo con la descentralización entre provincia y comuna, para la cobertura de los diferentes sectores público, privado y de obras sociales (Maceira, 2009). Como resultado de la política de descentralización de los servicios de salud que se puso en funcionamiento en todo el territorio santafesino, el impulso de la oferta en salud pública a nivel local no siempre fue acompañado de contrapartidas presupuestarias que la sustenten (Repetto, 2001). Esto generó que los servicios que se brindan en la localidad de Zavalla pasaran a depender, en un gran porcentaje, de los recursos y de las capacidades con los que cuenta la Comuna local (Centrángolo, 2011) ocasionando un fuerte deterioro de las infraestructuras y del recurso humano de algunos sectores específicos (Adazco, 2011).

Sumado a la notoria diferencia en el origen de los recursos, los objetivos prestacionales que se persiguen y las diferentes lógicas de funcionamiento no evidencian mecanismos o estrategias que favorezcan a su integración y potencie el seguimiento y la continuidad de la atención de la población que utiliza dichos servicios sanitarios. Institucionalmente no se

comparte Historia Clínica, ni existe vinculación única de las prestaciones realizadas, mientras que, por otro lado, el crecimiento demográfico y sus características ameritan repensar la oferta de servicios y el acceso a la misma.

Si bien resulta importante considerar la disponibilidad de los servicios de salud, definir la accesibilidad desde la oferta invisibiliza el hecho de que el acceso a la atención pueda ser efectiva. La oferta en si misma de un servicio no implica que las personas puedan realmente hacer uso de él, sobre todo al momento de hablar sobre los servicios sanitarios de una localidad como Zavalla donde, además, deben interactuar condiciones como la distancia, los horarios de atención, dotación del personal y cualidades individuales de los profesionales, conectividad con la red, crecimiento poblacional y demás elementos que resultan necesarios para la atención de salud.

Es entonces que la situación sanitaria que atraviesa Zavalla debe ser considerada dentro de un contexto territorial que implica un importante crecimiento urbano-demográfico que se ha profundizado durante los últimos años y que no se ha dado de forma radical al centro de la localidad sino, por el contrario, en paralelo a los accesos, con carencias en la planificación de infraestructuras que involucren un trabajo territorial del sector sanitario que permita medir las probabilidades de acceso de la población local a los servicios de salud.

En vista de ello, una de las propuestas conceptuales más utilizadas en términos de acceso, ha sido la de Donavedian (Donavedian, 1988, pág. 477) quien analiza el concepto como un atributo de la oferta de servicios de salud, pero no simplemente desde la perspectiva de la disponibilidad con la que cuentan, sino también desde la capacidad de producir servicios que se relacionen con las necesidades de la población (Donavedian, 1988, pág. 497). En este sentido, el acceso no solo se centra en la perspectiva socio-organizacional, sino que incluye aspectos geográficos que involucran los cambios profundos que viene experimentando el territorio durante los procesos de urbanización recientes (Donavedian, 1973).

Siguiendo la lógica propuesta por el autor, debemos considerar no solo las características antes mencionadas del sistema de salud y la organización de los servicios que se brindan a la comunidad, sino que además resulta indispensable considerar los aspectos que facilitan o limitan su uso potencial.

Por otro lado, Adalay y Andersen (Aday L, 1974), así como las mismas revisiones y actualizaciones que el propio Andersen ha realizado (Andersen, 1995, págs. 36 (1):1-10), incorporan las diferentes percepciones que tienen los sujetos ante los cuidados de la salud (Travassos C, 2004). Se plantea la utilización de los servicios de salud en relación con los factores predisponentes, que son previos al surgimiento del problema y que inducen a la utilización de los servicios (demográficos, estructura social y creencias en salud); los factores capacitantes, que se relacionan con los medios disponibles para obtener la atención; y las necesidades de salud percibidas por la comunidad (Aday L, 1974, pág. 608) (Andersen, 1995, págs. 2-3).

Entonces, ¿Quiénes pueden acceder al centro?, ¿La organización del Samco de Zavalla favorece el acceso?, ¿Cómo afecta a la salud el desarrollo urbano sostenible?, ¿La comuna local considera la salud en la planificación urbana?, ¿Cuál es el rol de los decisores políticos y administrativos en el impulso de políticas sociosanitarias que acompañen el proceso de urbanización?

4. FUNDAMENTACIÓN

Las deficiencias en el planeamiento urbano estratégico pueden resultar en desigualdades sociales, pobreza urbana, delitos violentos, acceso inadecuado a servicios básicos, necesidades insatisfechas de poblaciones diversas, una falta de cohesión social, peligros ambientales y condiciones que afectan la seguridad humana y la salud mental. Aunque las tendencias de urbanización son altamente interdependientes de varios niveles y complejas, los efectos adversos de estas condiciones se concentran cada vez más entre las poblaciones viviendo en condiciones de vulnerabilidad. Estas inequidades de salud representan un gran desafío para la Región, ya que deterioran el progreso realizado en otras áreas.

Actualmente existen estudios que permiten dar cuenta de la relación entre las circunstancias sociales, la salud y el bienestar de las personas, que ha llevado a la comunidad científica y, sobre todo, al círculo político a aceptar que las condiciones sociales determinan en gran medida la salud de la población.

Tradicionalmente la Salud Pública centrada en el modelo de APS busca proteger, prevenir y reducir los factores de riesgo de las enfermedades. Este modelo sugiere que la salud de la población se puede mejorar con el desarrollo de entornos y oportunidades que generen o incrementen la salud y el bienestar y sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones saludables.

Existen una importante cantidad de estudios que revelan que la salud de las personas no solamente depende de las características individuales, sino de un amplio rango de factores relacionados con el contexto en el que viven. El modelo de los determinantes sociales de la salud incluye como factores que inciden en la salud de las comunidades, la educación, el empleo, la vivienda, la calidad del aire, las redes sociales, el acceso a bienes y servicios básicos, al igual que las condiciones socioeconómicas de las personas.

Las iniciativas llevadas a cabo en diferentes países para fomentar la planificación urbanística que tenga un impacto positivo en la salud de las personas incluyen estudios como el que ha sido el liderado por Michael Marmot en el año 2010 a través del encargo realizado por el NICE (National Institut for Clinical Excellence) del Reino unido; evidenciando la relación que existe entre los factores del medio urbano, las repercusiones en la salud de la población y las desigualdades sociales en salud, las cuales sientan las bases para desarrollar herramientas que ayuden a analizar sistemáticamente el impacto sanitario de los proyectos urbanísticos, con el fin de maximizar los efectos positivos y eliminar o mitigar los negativos.

Durante los últimos años, desde la Comuna de Zavalla se llevó a adelante la elaboración de un Plan Urbano Local en el marco del Programa “*26 estrategias locales, un plan metropolitano*”, coordinado por el Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOMR) con la participación de comunas y municipios que lo integran, que plantea estrategias que buscan solucionar problemáticas que son importantes para todo el territorio local y que no cuentan con instrumentos de planificación actualizados que incorporen herramientas acordes a las necesidades actuales. El único municipio del AMR que disponía de un plan urbano de estas características era la ciudad de Rosario. Ante esta situación, la Comuna de Zavalla se regulaba con las Normas Mínimas de Ordenamiento Urbano que establece el Decreto Provincial N° 7.317/67 y N° 563/78, con normas locales parciales o con planes desactualizados.

La elaboración del “Plan Urbano Local Zavalla 2030” supone comprender que la ciudadanía, a través de las instituciones que la representan, debe constituirse por sujetos protagonistas de estas definiciones, es clave a los fines de iniciar un proceso de planificación territorial integral, inclusivo y participativo.

En ese sentido, frente a un importante abordaje de las complejas transformaciones que se vienen sucediendo en la localidad de Zavalla durante los últimos años y considerando que es más fácil disponer de datos vinculados al área geográfica local que a la situación de salud propia de cada habitante,

resulta necesario analizar los factores contextuales que explican la salud de la población, independientemente de los factores individuales.

Esto significa que no solo se necesita analizar el acceso desde las características del medio ambiente, la urbanización, el sector productivo, los equipamientos y la provisión de servicios, sino también, el entramado de actores que intervienen en el desarrollo de políticas públicas integrales vinculadas a la salud acompañan los profundos cambios sociodemográficos actuales.

5. INTERROGANTE CENTRAL

Las intervenciones realizadas durante los últimos años en la localidad de Zavalla a partir de las diferentes dimensiones que caracterizan a la planificación urbana ponen énfasis en la salud como un componente fundamental de análisis.

En ese sentido, durante el presente trabajo se plantea el siguiente interrogante: *¿Cómo se vinculan las políticas de acceso implementadas y/o promovidas por el SAMCO local a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de los últimos 5 años en la localidad de Zavalla?*

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la vinculación de las políticas de acceso implementadas y/o promovidas por el Samco a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de los últimos 5 años en la localidad de Zavalla.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

6.2.1. Identificar los factores diferenciales de orden geográfico, económico, social y funcional que condicionan el acceso a los servicios de salud que se brindan en Zavalla.

6.2.2. Identificar las políticas organizacionales implementadas para la planificación y organización de los servicios de salud orientadas a favorecer el acceso y la continuidad de la atención de la población de referencia del Samco de Zavalla.

6.2.3. Determinar si el proceso de toma de decisiones contemplo el desarrollo territorial y las necesidades en salud de la población durante este periodo desde la perspectiva de los actores involucrados.

7. MARCO TEÓRICO

7.1. ACCESIBILIDAD EN SALUD

Gould (H., 1965) argumenta que a pesar de la importancia que tiene el concepto de accesibilidad para la planificación de los servicios de salud, solo en algunas ocasiones se la llega a definir con claridad; esto se debe quizás a que la idea de accesibilidad parece ser clara y sencilla, hasta que uno se enfrenta con la problemática de tener que definirla y medirla.

En este sentido, existen autores que hacen referencia a la accesibilidad desde ambigüedad de considerar dicho concepto como una propiedad inherente a los recursos disponibles para la atención de salud o de la población de usuarios potenciales de esos servicios sanitarios. Uno de los análisis conceptuales que es consecuente con esta proposición se refleja en la definición que hace Donabedian (A., 1973), en la que se indica explícitamente que la accesibilidad es una característica de los recursos de atención a la salud. En efecto, en el modelo de Donabedian la accesibilidad se constituye en un "factor mediador" entre la capacidad de producir servicios de salud y la producción o el consumo real de dichos servicios. Fundándose en estas consideraciones, Donabedian plantea la siguiente definición: *"Se considera la 'accesibilidad' como algo adicional a la mera presencia o 'disponibilidad' del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales"* (V.S. Department of Agriculture: Health services in rural Ame/ka).

No obstante, otros autores combinan los atributos de los recursos propios de la oferta y los de la población en sus conceptos de 'accesibilidad'. Por ejemplo, Salkevert (S., 1976: 10: 469-475) habla de dos aspectos de la accesibilidad: a) Accesibilidad financiera, definida como la capacidad individual para costear la atención médica, y b) accesibilidad física, a la que Salkevert define, en términos de Davis (K., 1974), como *"los costos de transporte, tiempo y búsqueda"* que suponen el proceso para la búsqueda de la atención de salud.

Según esta definición, hacer referencia a la 'accesibilidad financiera' parece referirse a una característica que es propia de cada paciente y no de los recursos de salud. Por ejemplo, aunque los servicios de salud no representen un gasto para el usuario, un individuo podría no ser 'capaz' de costearlos por tener otras necesidades que compiten en cuanto al gasto de su dinero. De manera similar, Aday y Andersen (R, 1974: 9: 208-220) tratan de especificar "indicadores de proceso" para hacer efectivo el acceso que reflejen las características tanto del sistema sanitario como de la población en riesgo. El enfoque principal que siguen estos es yuxtaponer una serie de características supuestamente asociadas con la accesibilidad, sin referirse explícitamente al asunto más abstracto y fundamental de si la 'accesibilidad' tiene que ver con una propiedad de los recursos de atención a la salud, con una característica de la población, o con algún tipo de relación entre la primera y la segunda.

Una alternativa teóricamente más atractiva es considerar la 'accesibilidad' como el grado de "ajuste" entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud. El primero en elaborar esta idea fue Donabedian (A, 1973). Más tarde la adoptaron Penchansky y Thornas (W., 1981: 19: 127-140.) y está también implícita en la definición que da Bashshur, quien concibe la accesibilidad como la relación funcional entre la población, las estructuras y recursos médicos disponibles, la cual refleja la existencia diferencial ya sea de obstáculos, impedimentos y dificultades o bien de factores que actúan como facilitadores para los beneficiarios de la atención.

El enfoque del "grado de ajuste", de Donabedian, representa un hito importante en la conceptualización de la 'accesibilidad', puesto que, a diferencia de la mayoría de los tratados sobre este tema, hace una propuesta específica acerca de las relaciones abstractas a las cuales se ha de referir el concepto.

Las anteriores consideraciones apuntan hacia una relación complementaria entre el conjunto de recursos de atención a la salud y la población de usuarios reales o potenciales. El concepto de 'accesibilidad'

refleja la complementariedad en la relación de la población con los recursos disponibles para la atención en salud. Esta concepción de la 'accesibilidad' es, en efecto, una elaboración de la idea de 'grado de ajuste' propuesta por Donabedian. Combinando el enfoque del 'grado de ajuste' con el dominio estrecho de la 'accesibilidad', se puede plantear la siguiente definición formal: *'Accesibilidad' es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención. Con relación a los conceptos antes presentados. puede verse la 'accesibilidad' como la relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención ('resistencia') y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos ('poder de utilización').*

Por otra parte, el acceso puede ser conceptualizado a partir del objetivo que persiguen las políticas públicas de salud, considerando las características del sistema de atención, el riesgo de la población de enfermarse, además de la utilización actual y la satisfacción del consumidor con los servicios sanitarios (Aday L, 1974;9(3):208-222.).

Desde este punto de vista, Moseley (M., 1979.) pone mayor énfasis en la accesibilidad física entendida como un atributo que está relacionado directamente con la población, es decir, un efector de salud puede ser accesible a un individuo, pero inaccesible para otro. Ambos pueden vivir a la misma distancia del servicio, pero sus atributos y condiciones personales hacen que sus oportunidades de acceso sean diferentes, es decir que, se relaciona con la distancia geográfica y el distanciamiento social. En este caso, se hace referencia a la distancia que existe entre el usuario potencial y los servicios de salud, en donde se incluye la clase social, la educación, los valores culturales, las percepciones y sus creencias. Joseph y Phillips (Joseph Y, 1979) señalan el elemento social como la accesibilidad efectiva del destino.

Para la accesibilidad, según señalan Arredondo y Meléndez (Arredondo A, 1992;34(1):36-49.), se conjuntan dos vertientes: por un lado la oferta (compuesta por quienes proveen servicios de salud) y, por otro, la

demanda (constituida por la población que requiere de dichos servicios de salud); las cuales convergen en el proceso de atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes, donde el proceso de atención médica se concibe como dos cadenas de actividades y sucesos en donde participan el otorgante de atención médica y el usuario. Las actividades del proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad percibida como una alteración de la salud, la cual está determinada por variables de carácter social y psicosocial, dependiendo del entorno del individuo. En tanto, la oferta de servicios de salud induce la demanda de un servicio a partir de una necesidad percibida, ya sea por la población o por el usuario.

Carracedo (E., 2006) ofrece una mirada con enfoque social al analizar la accesibilidad y, lo hace incorporando el concepto de adherencia, la cual se constituye en un factor determinante para la accesibilidad. Hacer uso de los servicios denota accesibilidad, pero esta se interrumpe si no existe adherencia a los mismos por parte del usuario; es decir, si no identifica los servicios médicos como el medio para satisfacer la necesidad de atención y se establece un sentido de pertenencia.

Tanto la accesibilidad como la adherencia son conceptos provenientes del campo de la biomedicina y, generalmente, están articulados en la promoción de estrategias políticas sobre servicios de salud para una atención sustentada en la atención primaria de la salud, con el propósito cubrir las necesidades de la población, dividiendo la accesibilidad en económica y cultural; la primera considerada como la capacidad de los individuos o de la comunidad para costear la asistencia y, donde sí el individuo o la comunidad no está en condiciones económicas para utilizarlo, ese servicio no puede ser considerado accesible. Por otro lado, la accesibilidad cultural se refiere a la concepción de los beneficiarios del sistema, a fin de establecer si pueden o no ser considerados como aceptables por sus destinatarios, esto es, los servicios deben calificarse como apropiados a las necesidades prioritarias y, por tanto, deben ofrecer asistencia de calidad.

Por otra parte, bajo un enfoque económico de la accesibilidad, Aday y Andersen (Aday L, 1974;9(3):208-222.), enunciados previamente, hacen una clasificación de barreras y estiman los determinantes del acceso en tres niveles: el primero, presentar un problema de salud; el segundo, utilizar el sistema formal, y el tercero, la percepción de la calidad del servicio. Con base en ello, marcan los determinantes que más influyen en la accesibilidad.

Donabedian (A., 1973) señala la prueba de acceso de los servicios no simplemente por la presencia de una instalación, sino el acceso puede ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad. Freborn y Greelick (Freborn D, 1973;11(2):68-75.), por su parte, sugieren el involucramiento de las personas en poblaciones bajo riesgo, las cuales puedan usar servicios en tasas proporcionales y apropiadas para la necesidad existente, es decir, los patrones de uso.

A su vez, Comes (Comes Y, 2006;16:97-102.) considera a la accesibilidad como una forma de acercamiento de los servicios de salud a la población, entendido como un problema propio de la oferta, por lo cual desde esta óptica es necesario eliminar las barreras que puedan existir a los fines de concretarla. Su aporte más importante es la inclusión de barreras administrativas, asociadas a la dificultad para su organización, esto está relacionado con los horarios de atención o servicios disponibles. Además, considera que las diferencias culturales y educativas que existen entre el personal de salud y la población pueden constituirse como una barrera de acceso, es decir, que responden a un entendimiento diferenciado de los procesos y esto puede establecer limitaciones en la interacción.

7.2. DIMENSIONES DE LA ACCESIBILIDAD EN SALUD

Como se estudió en los determinantes para la accesibilidad, son tres los elementos básicos bajo los cuales el debate teórico ha girado para comprender los elementos que interactúan al momento de que la persona tiene la necesidad de atención.

Por un lado, podemos encontrar los factores económicos que miden el impacto que genera el gasto en salud para una familia por tener que adquirir medicamentos, o bien cubrir el costo del traslado hacia un efector de salud. Una segunda manera de medirlo es a través del efecto del gasto sanitario por un peso adicional que se realice en salud.

Por otro lado, los factores geográficos y territoriales están vinculados directamente con las condiciones espaciales y orográficas como son las distancias de los centros de salud, que exista infraestructura vial, transporte con horarios adecuados, etc. Por su parte, las cuestiones culturales, son las creencias respecto a la salud, las costumbres, y la visión que tienen respecto a la enfermedad y la muerte, lo que da la pauta para la toma de decisiones ante una eventualidad o una enfermedad.

Al hablar de las dimensiones, se pueden enunciar las categorías que abren el debate, pero también que enriquecen la comprensión del problema de la accesibilidad. En este caso, se agrupan en cinco dimensiones: económicos (niveles de ingreso), sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad), geográficos (distancia física y relieve), seguridad (acceso libre de riesgos) y organizacionales (administración y gestión de servicios)

Tabla 2- Tipología del acceso a los servicios de salud

FACTORES CULTURALES	FACTORES GEOGRÁFICOS Y TERRITORIALES		FACTORES ECONÓMICOS	
SOCIODEMOGRÁFICAS	ADMINISTRATIVOS	GESTIÓN TERRITORIAL	FÍSICOS	SEGURIDAD
Género	Org. de los servicios de salud	Distribución de las unidades sanitarias	Distancia	Transporte, movilidad y traslado
Edad				
Escolaridad	Programas sanitarios	Equidad	Tiempo	Costos
Cobertura Sanitaria		Igualdad locacional		Medicación

Fuente: Elaboración propia con información obtenida a partir de: Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Artículo de opinión. Diana Alejandra Sanchez Torres. México, 2015.

En el sentido estricto de una concepción integral de la accesibilidad, se puede señalar como la convergencia de los diferentes factores, todos como parte de un mismo contexto, donde, sí bien existe la disponibilidad de los servicios, no es suficiente contar con unidades de salud, sino con la posibilidad de las personas para ir y hacer uso de ese espacio; en donde se debe de considerar también el costo, no solo de acudir, sino de lo que se deja de percibir por recibir la atención, haciendo diferencia entre quienes se ven limitados al no contar con medios para hacer efectiva la accesibilidad, y quienes acudieron y dejaron de percibir ingresos, o bien, lo que tuvieron que hacer para poder llegar ahí. Y, en donde hay que considerar la planificación y distribución de la oferta de servicios, teniendo en cuenta los horarios de atención los tipos de servicios que se brindan y su relación con quienes pueden y quienes no acceder a esos servicios.

7.3. CLASIFICACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD

La accesibilidad se puede abordar bajo tres vertientes:

- a) Como parte del proceso de implementación de la política pública;
- b) Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS;
- c) Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda.
 - a) Como parte del proceso en la implementación de la política pública la gestión, en la búsqueda de una mejora en el bienestar de la sociedad, se enfrentan a una serie de retos que en ocasiones frenan el éxito de un programa, tales como: problemas de contexto, seguridad, problemas culturales, usos y costumbres, problemas financieros, de inseguridad, de burocracia administrativa y de accesibilidad.

Es por eso por lo que, durante los procesos que se llevan a cabo desde la política pública, un elemento importante para que se cumplan los objetivos planteados inicialmente es la accesibilidad. El no contar con el acceso efectivo a los servicios de salud permite que se amplíe la brecha de

implementación como lo señala Maerilee Grindle (M. G. , 2009.) entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta.

Con relación a la política de sanitaria, la definición que se adecua es la de Bardach (E. B. , 1981), al establecer el proceso de implementación como un ensamblaje de elementos requeridos para producir un resultado programático particular y el agotamiento de un número de juegos vagamente interrelacionados en donde estos elementos son contenidos o entregados al proceso de ensamblaje en términos particulares.

b) Como un pilar de la política pública integral propuesto por la OMS⁶, hay que considerar que el derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales se busca garantizar que la política pública sea integral y que su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad es uno de los cuatro pilares que componen una política pública en salud:

- *Disponibilidad.* Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.

- *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.

- *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

- *Calidad.* Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto

⁶Organización Mundial de la Salud. Políticas Públicas para la Salud Pública. Ginebra: OMS; 2013.

como el medio oportuno para que se haga realidad el cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere.

c) También es posible considerarla como el eslabón que permite que la oferta se una con la demanda. Esto quiere decir, que no es suficiente con la existencia de servicios sanitarios o programas de salud si no existen las condiciones para que la persona pueda demandar el servicio. En ese sentido, el debate teórico es interesante, intenso y se ha profundizado sobre las causas que inhiben o detonan que las personas tengan o no acceso a los servicios de atención, en otras palabras, que cuenten con la accesibilidad.

Si se analiza el concepto de accesibilidad en otros ámbitos, es posible encontrarlo como el vínculo que hace posible que las personas puedan tener ese medio que requieren. Por ejemplo: para las mujeres trabajadoras que son madres de familia, el hecho que tengan un derecho a guardería para sus hijos, les permite hacer accesible poder trabajar.

7.4. RELACIONES DE PODER EN EL ACCESO A LA SALUD

Existen muchas concepciones de poder por lo que podemos mencionar algunos conceptos referentes al termino. Para Boudon y Borricaud (1993, 433) el termino poder está impregnado de una gran variedad de acepciones, por lo que de modo general se remite 3 (tres) concepciones que permiten tomarlo de una manera más precisa; Poder significar la locación de recursos, cualesquiera que estos sean, la capacidad para manejar esos recursos para su utilización, porque supone una información anterior mínima en cuanto a las condiciones y consecuencias de ese manejo.

Para Rovere (M. R. , 1993 Pag. 25) en algunos casos este concepto significa estar encima, refiriéndose al hecho de una persona que ocupa espacios de mayor visibilidad por la función que desempeña y por las relaciones personales que desarrolla siendo los espacios denominados espacios de poder.

Según Testa (Testa, 1996, p371.) el poder es una acción que está determinada por el uso de un recurso, con una razón que legitima esa acción a través de un procedimiento o norma que debe ser cumplida.

En este sentido, Foucault citado por Rovere (1993) señala que el poder no es un recurso, sino una relación y esclarece que es imposible analizar al sujeto sin comprender la enmarañada red de poder que sobre él se ejerce. Con base en todo esto, podemos decir que poder es la capacidad de un sujeto o grupo social de hacer que otro sujeto o grupo social hagan algo que espontáneamente no harían.

En este sentido Testa (Op. Cit 39) lo define en tres ámbitos donde se desenvuelven acciones que expresan relaciones de poder. Esos ámbitos son el poder administrativo, que corresponde al manejo de recursos incluidos recursos humanos; el poder técnico, que se define a partir de los conocimientos que se utiliza y poder político, que funciona para defensa de los intereses de diversos grupos. Con estas características el autor define poder como la capacidad de manipulación de recursos en el sentido económico del término, información e intereses colectivos por algunas personas, grupo social o institución.

Los equipos de salud (directivos) de alguna forma tienen estos tres poderes, por la capacidad de influenciar y tomar decisiones, porque maneja conocimientos técnicos e información y poder administrativo porque dirige y controla los recursos para la salud de su comunidad y de las instituciones.

En definitiva, poder es una categoría imprescindible para el acceso a la salud por su capacidad explicativa para producir transformaciones, aplicar recursos de poder y tener eficacia política de acciones que determinan una mayor o menor acumulación de poder. O sea que explica como el manejo adecuado de todos estos recursos de poder que tiene el equipo puede permitirle ganar más poder.

7.5. ACCESO A LA SALUD Y URBANIZACIÓN

Las modalidades de urbanización acelerada, sin planificar e insostenible están determinando que las pequeñas localidades y ciudades de los países en desarrollo sean el foco de muchas nuevas dificultades sanitarias. A medida que las poblaciones urbanas crecen, la calidad de los ecosistemas locales y regionales, así como el medio ambiente urbano, desempeñarán un papel cada vez más importante en la salud pública por lo que respecta a cuestiones que van desde la eliminación de residuos sólidos, el abastecimiento de agua potable y saneamiento, y la prevención de traumatismos hasta el punto de contacto entre la pobreza, el medio ambiente y la salud urbanas.

"El ritmo de la urbanización ha superado la capacidad de los gobiernos para construir infraestructuras básicas que hagan las ciudades seguras, gratificantes y sanas, especialmente en los países de bajos ingresos", señala el Sr. Kumaresan.

"Nos encontramos en una etapa crucial de la historia, en la que podemos tomar medidas concretas para abordar las cuestiones sanitarias relacionadas con esas tendencias en materia de urbanización"⁷

⁷ Información obtenida desde <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/es/>. Rosario, enero 2021.

8. METODOLOGÍA

Este estudio pretende analizar el acceso a la salud a partir de los procesos urbanos que afectaron a la localidad de Zavalla durante los últimos años, describiendo las estrategias políticas y de gestión institucional que condicionan el acceso de la población de todo el territorio al primer nivel de atención de salud.

8.1. TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno en estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).⁸ Por lo tanto, se presenta como un método de investigación *mixta* al que Chen (2006) define como la *integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno, y señala que éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura de los métodos mixtos”)*⁹.

Para concretarlo se realizó un análisis de tipo descriptivo que incluye 3 (tres) componentes. En primer lugar, se analizan las características propias de la relación oferta/demanda partiendo de las consultas realizadas por la población adscrita a los servicios sanitarios que se brindaron en el SAMCo local desde agosto a diciembre de 2017 haciendo foco en las características georreferenciadas de la población identificando sectores dentro del territorio de pertenencia con mayor vulnerabilidad en el acceso sanitario.

⁸Los métodos mixtos han recibido varias denominaciones como investigación integrativa (Johnson y Onwuegbuzie, 2004), investigación multimétodos (Hunter y Brewer, 2003 y Morse, 2003), métodos múltiples (M. L. Smith en 2006; citado por Johnson, Onwuegbuzie y Turner, 2006), estudios de triangulación (Sandelowski, 2003), e investigación mixta (Tashakkori y Teddlie, 2010; Plano-Clark y Creswell, 2008; Bergman, 2008; y Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).

⁹Hernández-Sampieri. Metodología de la Investigación. 6ta edición. Pág. 567. Mc Graw Hill. 2014

En segundo lugar, se estudia la gestión clínica del centro y los modelos de organización implementados para la planificación de los servicios de salud que allí se brindan a la comunidad teniendo en cuenta los profundos cambios en el emplazado urbano desde una perspectiva de triangulación entre las diversas características de los servicios públicos de salud, la población que accede al centro y el desarrollo de políticas sanitarias (locales, provinciales y nacionales) que tiendan a favorecer el acceso al primer nivel de atención.

En última instancia, el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos se aplica de forma independiente a pesar de haber implementado un diseño metodológico mixto donde, primero, se enfocó cuantitativamente el estudio para luego desarrollar los aspectos cualitativos y terminar en un reporte final que integre ambas fases del proceso de investigación. Es importante destacar que durante la fase cualitativa se precedió intuitivamente, evitando influenciar por los resultados cuantitativos.

Definir esta metodología pretende lograr los resultados que admitan reflexionar sobre la identidad y la capacidad de respuesta de cada aspecto mencionado desde los aportes al análisis del acceso sanitario en Zavalla a través de su vinculación directa con los procesos urbanos que fueron sucediendo durante 2017 a 2019 (teniendo en cuenta diferencias sociodemográficas, políticas de salud, político/institucionales, relación de poder, entre otras) pero, a su vez, hacen que su integración determine respuestas más completas y comprensivas.

8.2. FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En un principio, para la planificación y organización de la información se definieron 3 (tres) áreas de análisis para este estudio:

-Utilización de los servicios de salud, como base de análisis para la demanda sanitaria de las características de la población adscrita al centro en términos de distribución territorial y su relación directa con los procesos urbanos.

-Atributos y diagramación de los servicios de salud, partiendo del análisis de la oferta de servicios de salud (prestaciones y disponibilidad de profesionales y no profesionales), se analizan los aspectos más relevantes que corresponden a la planificación de la atención médica programada y de urgencia por especialidades, factores que favorecen a la continuidad en el tratamiento, y mecanismos institucionales para facilitar el acceso a sectores de mayor vulnerabilidad geográfica.

-Gestión institucional de políticas sanitarias, mediante el análisis de reglas formales e informales vigentes, los mecanismos de implementación de políticas sanitarias locales, provinciales y nacionales, rutinas y hábitos institucionales, mecanismos de inclusión de espacios marginados y los recursos implementados para el seguimiento epidemiológico a nivel local.

Estas etapas constituyen, en su conjunto, un análisis crítico del acceso sanitario en una localidad en crecimiento y con profundos cambios en los procesos urbanísticos durante los últimos años. Es por eso por lo que durante su gestión se identifican:

1. Factores culturales
2. Factores administrativos
3. Factores físico-territoriales y de seguridad

En primera instancia, se analizan los factores culturales de acceso sanitario a partir del estudio cuantitativo de los datos obtenidos a través del Resumen de Consultas Médicas de Consultorio Externo – por servicio, suministrada por el Programa Provincial de Estadísticas en Salud dependiente de la Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la provincia, se analizan la cantidad y características de las consultas efectuadas por edad, sexo y tipo de cobertura, al mismo tiempo que se identifican los tipos de consultas (nuevas o recurrentes) efectuadas a tanto a los planteles básicos como los complementarios que se ofrecen en el Samco Zavalla desde agosto a diciembre de 2017.

Incurrir en esta información permite definir los factores culturales que

relacionan a la población con el acceso sanitario a nivel local, sin embargo, no da cuenta de los parámetros que permitan definir regiones territoriales de mayor vulnerabilidad sanitaria. Por eso, como segunda instancia, se procede a incorporar a estas fuentes previamente mencionadas los registros profesionales proporcionados por el Samco local que corresponden a los servicios de enfermería, medicina general, guardia y emergencias durante el mes de septiembre de 2017, haciendo foco central en la distribución territorial de las consultas realizadas con el fin de graficar y legitimar el acceso institucional a la salud a nivel local pudiendo identificar sectores en el territorio de pertenencia con dificultades para el acceso y adscripción al centro.

Por otro lado, se constituye una metodología de tipo cualitativa que permite construir una realidad y comprenderla para resignificarla desde el relato de los entrevistados, de manera flexible, desestructurada, de forma holística y concreta.

En tanto Souza Minayo (2010) señala al respecto que los fenómenos humanos solo pueden ser reconocidos intersubjetivamente, es decir, por medio de la participación vivida por el sujeto que se incluye en los fenómenos que se busca comprender.

En este sentido, se estudian los factores administrativos a través de las estrategias de gestión y políticas organizacionales que fueron implementadas en la institución desde 2018 con el propósito de fortalecer el acceso a la APS y la atención oportuna y necesaria de la población. Para ello, se llevó a cabo una entrevista semidirigida a la Dirección Médica del Samco local a los fines de identificar las medidas que se implementaron desde la institución para que los programas sanitarios locales, provinciales y nacionales junto a los cambios organizativos en la distribución de las unidades de atención de salud puedan responder a la demanda generada por los procesos urbanos recientes y los sociodemográficos que afectan al territorio.

En última instancia, y bajo la misma metodología puesta en práctica en el punto anterior, se analizan los factores físico-territoriales y de seguridad. En esta etapa se describen las herramientas político-sanitarias que se

implementaron desde el gobierno comunal para garantizar la gestión de los sistemas y servicios de salud a nivel local. Se identifican los recursos con los que el estado busca incorporar los procesos urbanos a las políticas de salud a lo largo de los últimos 5 (cinco) años para mejorar el acceso al primer nivel de atención. Para ello, se entrevistó al responsable de la gestión pública en su carácter de Presidente Comunal y miembro de la Comisión Ejecutiva del Samco.

En este sentido, se identificaron para la confección de las guías de entrevista diferentes ejes que permiten recuperar la valoración/percepción que tienen los sujetos en relación con las políticas institucionales orientadas a planificar, organizar y gestionar los servicios de salud que se ofrecen en el Samco para hacer frente a los procesos urbanos recientes. En tanto, se tomaron los siguientes ejes:

- 1- ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, como eje central para el trabajo de los equipos sanitarios interdisciplinarios y su intervención en la toma de decisiones. Análisis organizacional centrado en la misión y visión. Atención colaborativa e integral para la atención y seguimiento de pacientes.
- 2- PROGRAMAS SANITARIOS, como intervención política en el desarrollo institucional y cooperativo. Políticas sanitarias para el acceso sanitario y el seguimiento clínico de pacientes adscriptos.
- 3- GESTION TERRITORIAL. Centrada en el acceso a la salud familiar y comunitario. Seguimiento epidemiológico. Trabajo extra-muro y en cooperación con otras instituciones.

Con los resultados obtenidos de los encuentros con los actores clave seleccionados para la entrevista se realizó la interpretación de las conceptualizaciones de origen y del propio contenido de las interpretaciones en función de la información proporcionada. A partir de ese análisis se desarrolló un informe final que integra los resultados obtenidos con el fin de describir de manera cooperativa y completa el acceso sanitario desde los diversos factores que se han referenciado al largo de este estudio.

8.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Como muestra inicial se cuantificaron las consultas de quienes reciben atención sanitaria de los diferentes servicios de salud que se brindan en el Samco entre los meses de agosto y diciembre de 2017, focalizando principalmente en la distribución territorial de las unidades operativas básicas compuestas por enfermería, clínica médica, medicina general, guardia y emergencias, ginecología, tocoginecología y pediatría.

Por otro lado, se constituyó un segundo grupo de análisis a partir de miembros activos de los diferentes espacios de poder dentro de la institución durante los años 2017 a 2019, dentro de los que se consideraron a la dirección médica (en su doble rol de médico clínico y dirección institucional) y a quien fuere Presidente Comunal electo (en su función de gestor de políticas públicas de salud y miembro activo de la Comisión Ejecutiva del Samco local).

8.3.1. CRITERIOS DE ELECCIÓN

Para estudiar los componentes cuantitativos del estudio se tomaron como población de referencia a las personas adscriptas al Samco según género, edad, cobertura sanitaria y tipo de consulta realizada a los servicios de enfermería, pediatría, ginecología, tocoginecología, medicina general, clínica médica, guardia y emergencias, dermatología, ginecología, tocoginecología, nutrición y dietética, psiquiatría, odontología, psicología, radiología y fonoaudiología entre los meses de agosto y diciembre de 2017. Además, se incluyen en la misma la georreferenciación de las consultas efectuadas durante a agosto de 2017.

Quedan excluidas del estudio las áreas correspondientes a cardiología, manejo de vías respiratorias -neumonología-tisiología, oftalmología, traumatología, urología, kinesiología, promoción y protección de la salud - educación sanitaria y podología.

Por otro lado, el propósito de selección de los componentes cualitativos lo determina su potencia. Como expone Patton la lógica que orienta este tipo de muestreo reside en lograr que los elegidos proporcionen

la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación (Martinez Salgado, C. 2012).

8.4. PROCEDIMIENTO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Para el desarrollo de este trabajo, se analizaron los componentes del plan urbano local impulsado por el Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario (ECOM) desde donde el gobierno comunal reconoce el constante crecimiento y la conveniencia de programar su futuro crecimiento para garantizar un desarrollo sustentable, basado en una adecuada relación entre los procesos urbanos y la oferta de servicios. Desde ese enfoque, se analizó el acceso a la salud como elemento fundamental.

Bajo ese marco se profundizó en el análisis del sistema sanitario como centro de referencia dentro del plan urbano local. Se procedió al reconocimiento del terreno mediante la solicitud formal a los organismos competentes vigentes hasta el 2017 de orden local y provincial. Desde el área de salud de la Comuna de Zavalla se facilitó el acceso a los informes sobre el plan de acción de salud local, documentación sobre recursos humanos, informes sobre gastos y documentos que dieron cuenta del estado de situación del Samco local. Paralelamente, se realizaron visitas periódicas a la institución mediante las cuales se desarrollaron análisis observacionales no participativos que permitieron dar cuenta del funcionamiento institucional en relación con los cambios sociodemográficos y los procesos urbanos vigentes. Además, se mantuvieron reuniones con referentes del área de salud del nodo Rosario dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe quienes facilitaron el acceso a las instalaciones junto con la dirección médica de por aquel entonces.

Así pues, se determinaron dos puntos de análisis. Cuantitativamente se solicitaron los documentos provenientes del Resumen de Consultas Médicas de Consultorio Externo – por servicio, suministrada por el Programa Provincial de Estadísticas en Salud dependiente de la Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la provincia.

Las unidades operativas dependientes del Samco se agruparon en dos áreas: un sector quedó constituido por el plantel básico de atención sanitaria conformado por medicina general, guardia y emergencias, enfermería, ginecología y tocoginecología; mientras que dermatología, ginecología, tocoginecología, nutrición y dietética, psiquiatría, odontología, psicología, radiología y fonoaudiología se agruparon en un segundo apartado. Como se menciona durante la descripción inicial efectuada sobre el SAMCO, el horario de atención de estas unidades da cuenta de la oferta de servicios y pone de manifiesto que el servicio de guardia se presta por distintos operadores, pero con una carga horaria superior al resto del plantel básico del centro.

Los datos fueron registrados y analizados informáticamente. Se cargaron a un archivo de Excel desde donde se indagó sobre el total de consultas realizadas a en ambos sectores operativos y se promediaron las consultas mensuales de los planteles básicos de atención de salud. Posteriormente, se desarrolló un análisis crítico de la información haciendo foco en la adscripción y continuidad del tratamiento, discriminando dentro del área de servicios básicos aquellas intervenciones consideradas iniciales (correspondientes al primer contacto con el equipo sanitario) de aquellas recurrentes (entendidas como tales a los encuentros posteriores) desde agosto a diciembre de 2017. Además, se identificaron aspectos socioculturales de la muestra distribuidos por edad y género limitando el análisis a las unidades de clínica médica, medicina general, guardia y emergencia; finalizando una primera intervención con el estudio del tipo de cobertura con el que cuenta la población adscripta durante su equivalente en tiempo.

Como complemento y bajo la misma metodología, se profundizó en la búsqueda de las características geo-territoriales de la población adscripta a las unidades de enfermería, medicina general y guardia durante el mes de septiembre de 2017, a partir de las cuales se desarrolla un criptograma epidemiológico que legitima el acceso sanitario y visibiliza regiones territoriales con mayor grado de vulnerabilidad. Es importante aclarar que se

entiende por adscripta a la población que concurre al centro para recibir atención de salud dentro del territorio de referencia.

Para procesar los componentes territoriales de la demanda se definieron sectores geográficos delimitados por los diferentes barrios que conforman el emplazado urbano local. Una vez definidas las parcelas territoriales se indagó sobre los registros gráficos efectuados por los profesionales de enfermería, por un lado, y medicina general y guardia, por otro; durante el periodo seleccionado y que fueron facilitadas por las autoridades del Samco local.

Con estos elementos establecidos se definió una escala cromática a partir de una tabla confeccionada en excel donde se filtraron 5 (cinco) categorías de acceso (muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto). Cada una de ellas precisa el porcentaje de consultas registradas en relación con el total mensual de las que fueron computadas por servicio para este estudio. Cabe destacar que en ambos casos la magnitud de la muestra se consideró significativa debido a que superan el 35% del total empadronado. Como resultado se logra establecer un patrón que legitima el acceso territorial al centro volcando los datos obtenidos a un cartograma de referencia.

Otra forma de contribuir al desarrollo de este estudio fue por medio de las entrevistas que se realizaron previo consentimiento informado considerando la escala directiva de Whyte que indica como pautas generales (Mahtani Chugani, 2009 p.63):

1. Asentir con sonidos para potenciar la conversación.
2. Reflejar sobre comentarios realizados por el informante.
3. Apoyarse en el último comentario que ha hecho el informante.
4. Apoyarse en una idea precedente al último comentario que ha hecho el informante.
5. Apoyarse en ideas que han aparecido previamente a lo largo de la entrevista.

6. Introducir un tema nuevo.

Para no perder el eje de la entrevista, se tuvo en cuenta la recomendación de Patton (en Mahtani Chugani, 2009) que consiste en saber bien lo que se quiere averiguar, preguntar las cuestiones correctas para obtener la información que se necesita y proporcionar un feedback adecuado tanto verbal como no verbal.

A partir de la construcción de una guía de entrevista semi-estructurada como fuente de información primaria se pudo reunir información sobre la valoración de los entrevistados acerca de la organización institucional, la gestión política, el acceso a la salud y la relación con los procesos urbanos. Las entrevistas se realizaron durante febrero de 2021 y se llevaron adelante dentro de un ámbito institucional seguro de acuerdo con lo pactado con cada sujeto por un período de tiempo que osciló los 30 y 60 minutos. *Cada una de ellas se desarrolló como un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos (...) donde cada investigador realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento particular del tema y, lo que es más importante, según sea el contexto especial, temporal o social en el que se está llevando a cabo de una manera efectiva, tal como refiere Alonso (en Valles M., 1997).*

En cada caso se estableció un primer contacto telefónico mediante el cual se establecieron los principios básicos que guían esta investigación a partir de los cuales se los invitó a participar cooperativamente de la misma. Posteriormente, se acordó un encuentro presencial en función de la disponibilidad y requerimientos de los entrevistados, en donde se notificó con detalle las formalidades correspondientes al desarrollo de este estudio.

Mediante la firma previa de un Consentimiento Informado donde se garantiza la confidencialidad de la información y se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos establecidos en las normas bioéticas nacionales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución N° 1480/11, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación) y “Régimen de buenas prácticas clínicas para estudios de farmacología clínica (Disposición 6677/10),

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) (Anexo I)¹⁰.

Además, se consultó a los entrevistados sobre los elementos utilizados como soporte durante el encuentro por lo que se implementó la grabación como elemento principal (Anexo III: Guía de entrevista)¹¹, implementando los registros gráficos como elementos de soporte.

¹⁰ Los originales de consentimiento Informado quedan a disposición de los jurados, según requerimiento.

¹¹ Las entrevistas completas y transcritas quedan a disposición de los jurados, según requerimiento.

9. RESULTADOS

9.1. PRESENTACION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

9.1.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS

Durante el periodo de estudio se realizó el análisis de los registros obtenidos a partir del Resumen de Consultas Médicas por servicio del Samco de Zavalla, suministrada por la institución a partir del Programa Provincial de Estadísticas en Salud que depende de la Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la provincia, el cual arroja un total de 8845 consultas. De las mismas, 7277 (82,27%) corresponden a las visitas realizadas a los planteles esenciales comprendidos por las unidades de clínica médica, medicina general, guardia y emergencia, enfermería, pediatría, ginecología y tocoginecología; mientras que el resto atañe a los servicios complementarios.

De todas las áreas computadas (*ver Tabla N°3*), el servicio de guardia y emergencia es el que registra un mayor número de visitas durante el periodo establecido para este estudio con un registro de 26,68% (27:100), secundada por las unidades de enfermería con 23,47% y, más atrás, medicina general con un registro de consultas de 15,16%. Es importante destacar que la guardia mantiene su espacio de privilegio aun cuando no evidencia registros previos al mes de septiembre, lo que significa que los campos obtenidos mantienen cifras superiores al resto de los servicios a pesar de que durante el mes de agosto los profesionales no registraron las consultas realizadas por lo que durante dicho período se reconoce con valor numeral 0 (cero).

En cuanto a los servicios complementarios (descritos en la metodología que se implementó durante este estudio) solo representan el 17,73% del total de las consultas durante el periodo seleccionado, prevaleciendo las áreas de nutrición y dietética con 5,98%, seguido de los servicios de radiología con 5,53% de visitas, psicología con 2,61% y fonoaudiología con 1,74%.

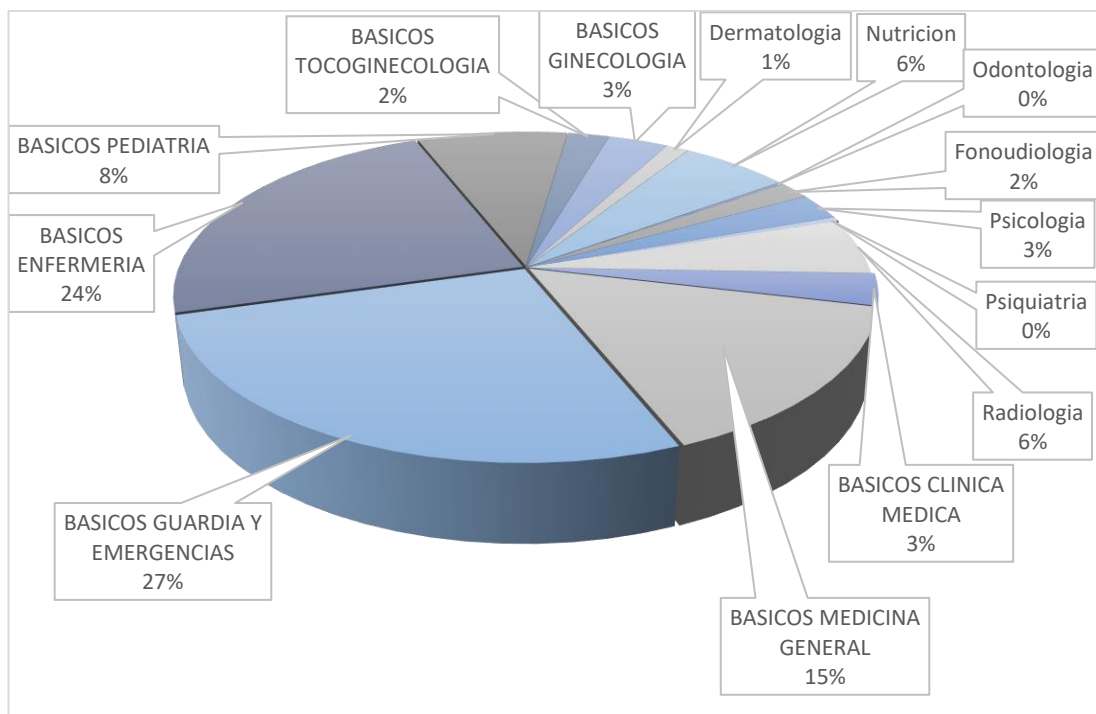
Al comparar variables categóricas, se puede considerar que servicios complementarios como radiología (5,53%), nutrición y dietética (5,98%) superan el porcentaje de las consultas efectuadas a los servicios esenciales

como clínica médica (3,15%) y ginecología (3,28%) durante su equivalente en tiempo (ver gráfico N°1).

Tabla 3 - Consultas por unidad operativa desde agosto a diciembre de 2017.

	UNIDAD OPERATIVA	Suma	%	Promedio de CONSULTAS
BASICOS	CLINICA MEDICA	279	3,15%	56
	MEDICINA GENERAL	1341	15,16%	268
	GUARDIA Y EMERGENCIAS	2360	26,68%	472
	ENFERMERIA	2076	23,47%	415
	PEDIATRIA	731	8,26%	146
	TOCOGINECOLOGIA	200	2,26%	40
	GINECOLOGIA	290	3,28%	58
COMPLEMENTARIOS	DERMATOLOGIA	109	1,23%	22
	NUTRICION Y DIETETICA	529	5,98%	106
	ODONTOLOGIA	19	0,21%	4
	FONOAUDIOLOGIA	154	1,74%	31
	PSICOLOGIA	231	2,61%	46
	PSIQUIATRIA	37	0,42%	7
	RADIOLOGIA	489	5,53%	98
	Total general	8845	100,00%	632

Gráfico 1 – Porcentaje de consultas por servicios según tipo desde agosto a diciembre de 2017.



Promediando la suma de las consultas mensuales que se realizaron sobre la totalidad de los servicios sanitarios durante los meses preestablecidos para este estudio, se instaura una tendencia similar a las obtenidas con anterioridad (*ver tabla N°3*) colocando al sector de guardia y emergencia con 472 en primer lugar, seguido de enfermería con 415,2 y medicina general con 268,2. Sin embargo, y a pesar de la tendencia manifiesta se incorpora el servicio de pediatría como uno de los 3 (tres) servicios con mayor promedio de consultas mensuales (146,2).

Tabla 4 - Tipo de consultas por unidad operativa.

UNIDAD OPERATIVA	NUEVAS CONSULTAS	%	CONSULTAS RECURRENTES	%
GUARDIA Y EMERGENCIAS	569	45%	1792	30%
ENFERMERIA	369	29%	1708	28%
MEDICINA GENERAL	151	12%	1192	20%
PEDIATRIA	72	6%	659	11%
CLINICA MEDICA	60	5%	245	4%
GINECOLOGIA	45	4%	219	4%
TOCOGINECOLOGIA	12	1%	188	3%
	1278		6003	

Por otro lado, al profundizar en el análisis del tipo de consultas perpetradas, se logran identificar que del total registrado entre los servicios esenciales 1278 (17.5%) son representadas por *nuevas visitas* a los diferentes servicios, mientras que el restante 6003 (82,5%) corresponden a *visitas recurrentes* (*ver tabla N°4*).

Los servicios con mayor registro de visitas nuevas están representados por la guardia y emergencia con 44,52%, enfermería con 28,87% y medicina general con 11,82%. Paralelamente y concordancia con los registros anteriores las visitas recurrentes mantienen la tendencia inicial reconociendo 29,85% visitas a la guardia y emergencia, 28,45% a enfermería y 19,86% a medicina general.

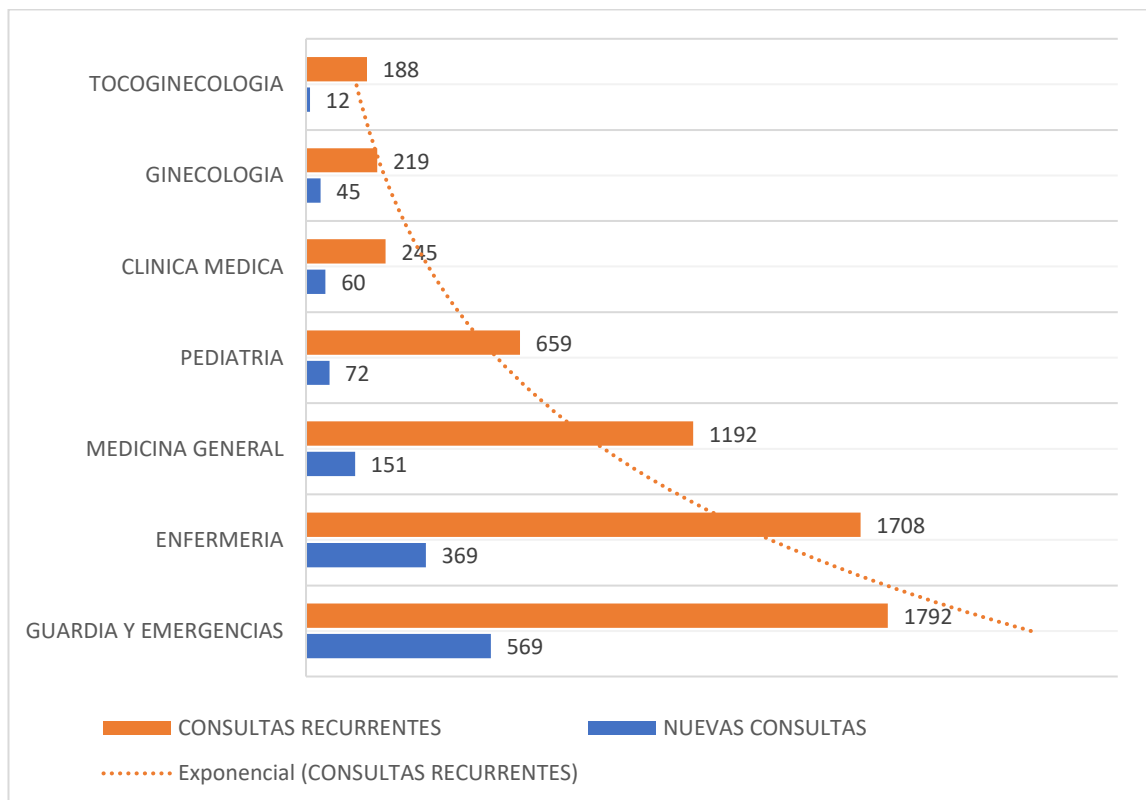
Esto supone que el comportamiento de la guardia y enfermería con respecto al resto de los servicios los convierte en el principal exponente para

el ingreso al sistema sanitario, aún a pesar de que no existan garantías que vinculen estos procesos con las oportunidades de acceso que brindan estos servicios por sobre el resto, o de los mecanismos implementados para la distribución y asignación de turnos programados o la predisposición y disponibilidad con las que cuenta cada persona para acceder al centro.

Los datos que se analizaron durante este segmento del estudio fueron desarrollados desde la perspectiva de los profesionales a cargo de las prestaciones sanitarias lo que termina por constituirse como un factor limitante frente a los pormenores que permitan analizar en detalle los motivos por los cuales la población recurre al centro en forma reiterada o la demanda programada se lleva adelante en servicios donde desde su lógica deberían ser asumidos por otros sectores.

En definitiva, no hay datos que detallen si las causas que originan este tipo de visitas surgen a partir del seguimiento clínico planificado y guardan relación con la consulta inicial o si parten de otros aspectos.

Gráfico 2 - Nuevas consultas por unidad operativa entre los meses de agosto y diciembre de 2017.



Por otra parte, se ponen de manifiesto las cifras institucionales que representan a la población registrada que cuenta con cobertura sanitaria (ver *tabla N° 5*) visualizando un total de 6277 (86,26%) de consultas efectuadas que corresponden a personas que NO cuentan con obra social, prepaga o planes del estado. Al mismo tiempo, solo 1000 (13,74%) de las consultas registradas representan a personas dentro del territorio de referencia que cuentan con obra social, medicina prepaga a través de obra social, prepaga solo por contratación voluntaria o programas y planes estatales que pudieron acceder a los servicios que se brindan en el Samco.

Tabla 5 - Tipo de cobertura según consultas realizadas

MES	TOTAL S/COB	TOTAL C/COB
OCTUBRE	1513	242
SEPTIEMBRE	1473	216
NOVIEMBRE	1252	223
DICIEMBRE	1168	197
AGOSTO	871	122
Total general	6277	1000

En este punto, no existen datos que permitan dar cuenta de los detalles pertinentes a las consultas realizadas sobre los diferentes servicios. Esto implica que, así como no se cuenta a nivel institucional con datos relativos a los motivos de las visitas reincidentes (como se refiere anteriormente), tampoco existe un control que brinde detalles respecto a al número de consultas realizado por cada persona arrojando cifras relativas que solo dan cuenta de las consultas realizadas.

Tabla 6 - Distribución de consultas según edad y género

ÁREA	GENERO	<1	1año	2-4	5-9	10-14 ^a	15-49 ^a	>50 ^a
CLÍNICA MÉDICA	MASCULINO	0	0	5	15	35	57	17
	FEMENINO	0	2	6	15	18	93	16
MEDICINA GENERAL	MASCULINO	12	3	23	20	27	273	130
	FEMENINO	7	5	21	39	34	516	230
GUARDIA	MASCULINO	31	15	130	140	81	581	194
	FEMENINO	14	18	86	126	77	706	191

Durante este apartado (*ver tabla N°6*), se puede identificar que los servicios de medicina general, clínica médica, guardia y emergencia registran que el rango etario comprendido entre los 15 y 50 años representa el 55,5% de las visitas realizadas a dichos sectores, constituyéndose en quienes más acceso tienen a los servicios (de acuerdo con los registros obtenidos). Además, en todos los casos se reconoce al género femenino como el de mayor concurrencia al centro.

En cuanto a los niños entre 10 y 14 años, los registros del servicio de clínica médica llegan al 34,41% de las consultas realizadas al sector, representando variaciones más evidentes en favor del género masculino con el 66%. Por el contrario, en el servicio de medicina general la tendencia es equilibrada dentro de este rango etario. Situación que se repite en el servicio de guardia y emergencia.

Como dato sobresaliente se puede apreciar que dentro del sector de emergencias y guardia los menores de 14 años representan el 30% del total de las consultas efectuadas. Sin embargo, simboliza el 8,12% del total de las consultas efectivizadas en la institución durante el periodo de tiempo establecido para este estudio.

El análisis de estos datos en relación con los aspectos organizacionales mencionados durante la descripción del centro obliga a considerar que en términos de salud pública la unidad de pediatría brinda atención sanitaria solo durante la mañana, determinando que servicios como la guardia, medicina general y clínica médica absorban el resto de la demanda. A partir de esta situación, se reconoce una diferencia del 0,14% con respecto al sector de pediatría lo que permite concluir que el servicio de emergencias manifiesta un caudal de consultas pediátricas similar al registrado por la unidad operativa de referencia.

Gráfico 2 - Consultas por edad y género al servicio de clínica

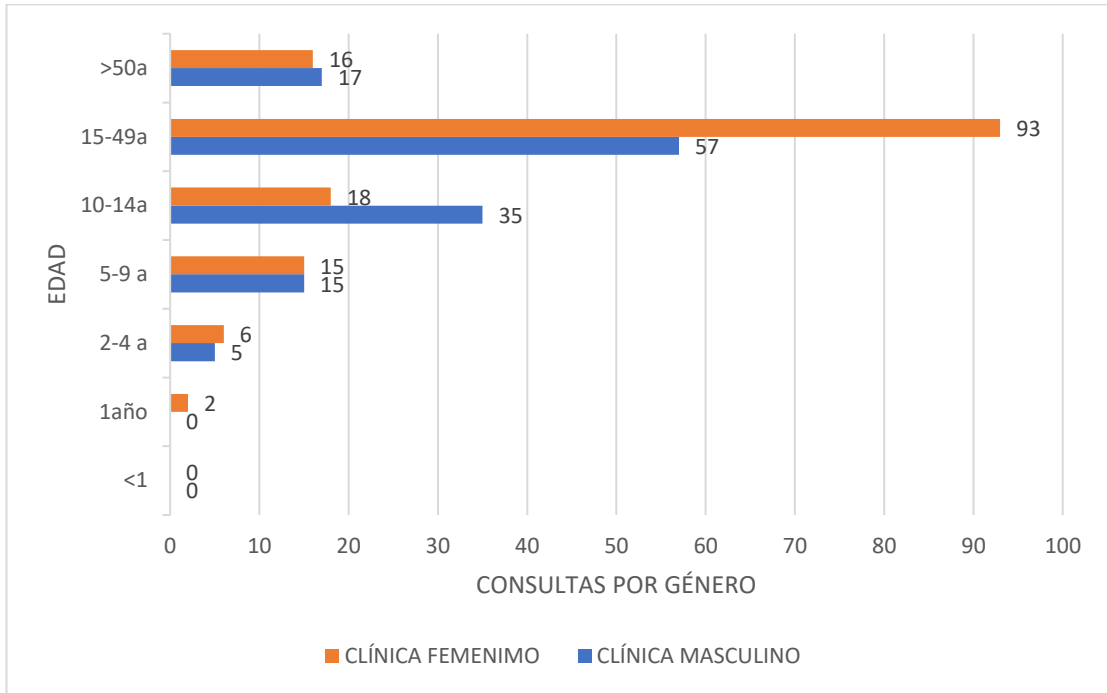


Gráfico 3 - Consultas por edad y genero al servicio de medicina general

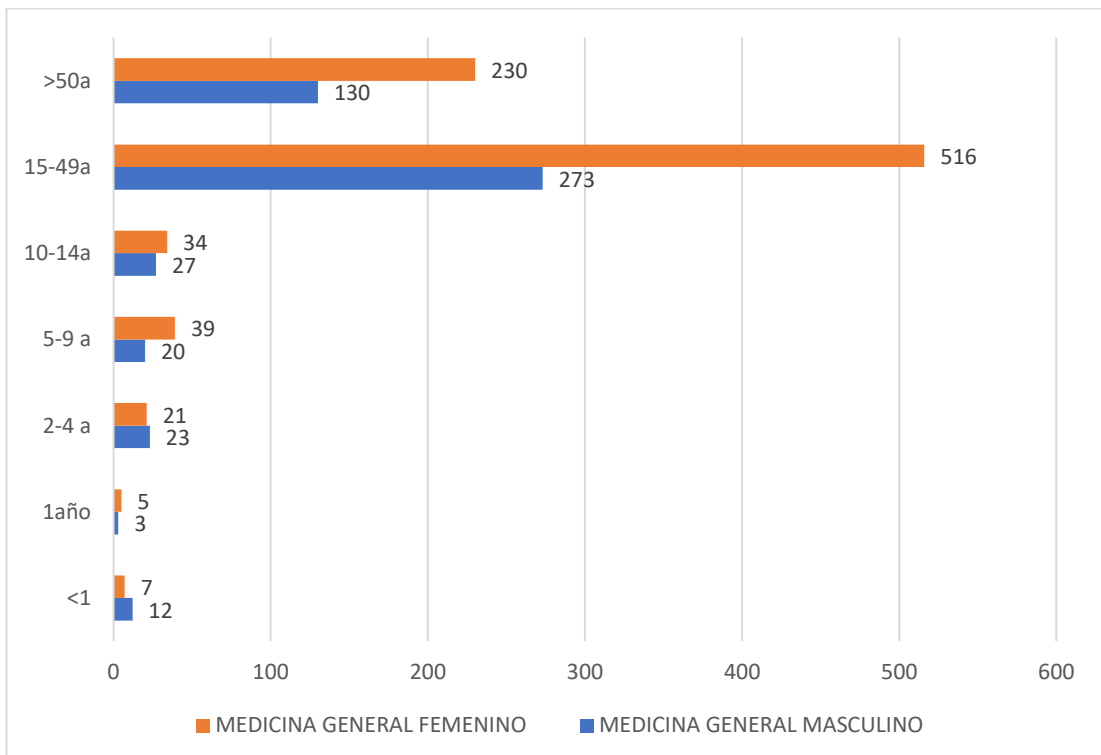
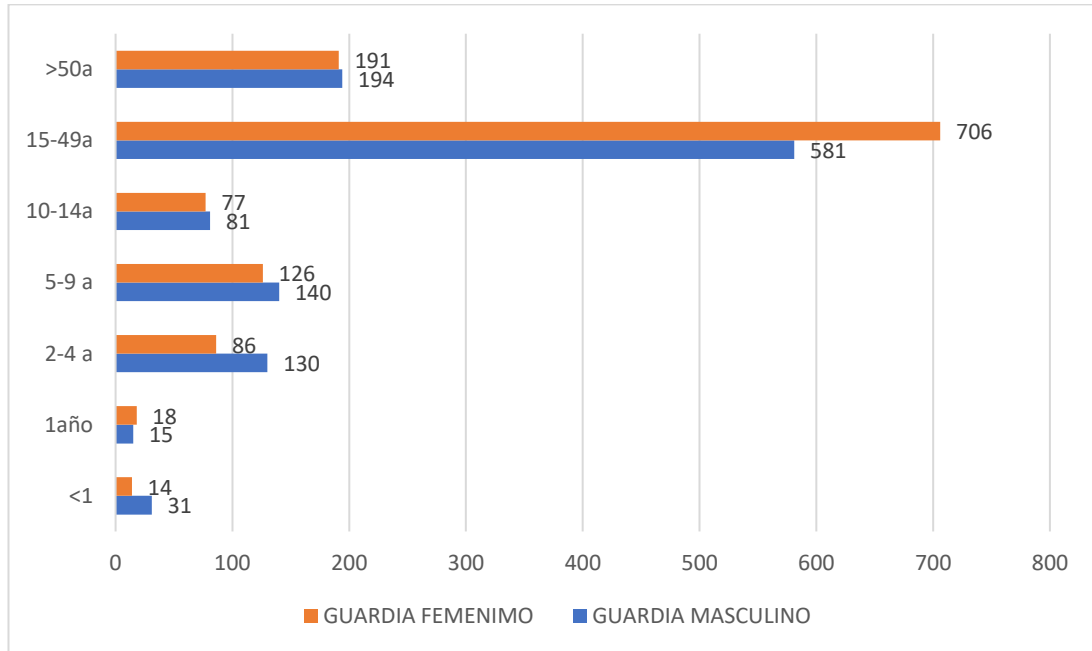


Gráfico 4 - Consultas por edad y género al servicio de guardia y emergencias



Según este estudio, una de las cuestiones a considerar es que la dinámica urbana de la geografía barrial afecta el aprovechamiento y la distribución de las oportunidades de acceso al centro en donde se localiza la oferta de servicios. Un primer grupo está definido por las 162 consultas (36,7% del total) que se registraron en enfermería, mientras que los sectores de medicina general y guardia evidenciaron 259 (28,1%).

Una parte importante de los sectores identificados en el territorio acreditaron cifras que permanecen por debajo de la media donde residentes del Casco Histórico y Barrio Norte son los que en ambos casos se constituyen como los principales exponentes en cuanto al acceso sanitario. Por otro lado, se evidencian comportamientos similares tanto en enfermería como en medicina general y guardia, con registros por debajo de la mínima en barrios periféricos del emplazado urbano, como Bione/Calvo, Baranzano, Primavera y Punta Chacra; con el aditamento que Los Jardines, Varela, Del Sotto y la Antonella no registran consulta alguna que permitan dar cuenta del acceso al sistema sanitario local.

La geografía barrial afecta la accesibilidad a los servicios de salud según su localización en el espacio urbano. El impacto que genera el territorio

y sus infraestructuras en las oportunidades de acceso al sistema de salud obliga a considerar la movilidad de la población más allá de los límites del barrio. De este modo, la movilidad termina siendo un factor condicionante, en gran parte, por la localización del centro y la centralización de las políticas públicas de salud.

El área de influencia se ve condicionada por las vías del ferrocarril y la ruta nacional N°33 que atraviesan transversalmente el territorio, junto con la infraestructura vial que divide el casco urbano y permite la conexión entre ambos sectores mediante dos accesos vehiculares. La falta de servicios públicos de transporte representa para algunos sectores periféricos factores condicionantes para el acceso al sistema y limitan el traslado a pie o al uso de vehículos particulares como bicicletas, autos, motos, entre otros.

Tabla 7 - Consultas por barrio a los servicios de enfermería, medicina general y guardia del Samco local durante septiembre de 2017.

BARRIO	ENFERME- RÍA	%	MEDICINA GENERAL GUARDIA	%
1. CASCO HISTRICO	70	43,21%	105	40,54%
2. BARRIO NORTE	73	45,06%	123	47,49%
3. BIONE/CALVO	0	0,00%	5	1,93%
4. BARANZANO	0	0,00%	3	1,16%
5. PRIMAVERA	12	7,41%	8	3,09%
6. PUNTA CHACRA	5	3,09%	13	5,02%
7. LOS JARDINES	0	0,00%	0	0,00%
8. VARELA	0	0,00%	0	0,00%
9. DEL SOTTO	0	0,00%	0	0,00%
10. LA ANTONELLA	0	0,00%	0	0,00%
11. RURAL	2	1,23%	2	0,77%
	162		259	

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros gráficos del servicio de enfermería del Samco de Zavalla. Año 2017.

Ilustración 7 - Georreferenciación de consultas al servicio de enfermería durante septiembre de 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros gráficos del servicio de enfermería del Samco de Zavalla. Año 2017.

Ilustración 8 - Georreferenciación de consultas al servicio de medicina general y guardia durante septiembre de 2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros gráficos del servicio de medicina general del Samco de Zavalla. Año 2017.

9.1.2. ANALISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

9.1.2.1. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La gestión de políticas y servicios de salud, sus lógicas de funcionamiento, sus dinámicas y conflictos pueden ser analizados a partir del comportamiento de los actores que intervienen en el proceso, pero estas acciones cobran sentido a partir de que se desarrollan en un ámbito institucional, como sucede en este caso en el Samco local.

Durante esta etapa del proceso los entrevistados reflejan en su discurso que el desarrollo de las políticas sanitarias locales impone un modelo curativo que permanece en crisis debido a que el sistema de servicios de salud resulta cada vez más costoso para la comuna local y manifiesta rendimientos deficientes que se acentúan producto, entre otras cosas, de los procesos urbanos que acompañaron el crecimiento poblacional.

Sobre esto, el aspecto más representativo se destaca en palabras de la DM donde expone: *“Hay dos cosas básicas que tiene la institución: primero lo que es APS, en donde hay especialistas, como es el médico clínico, el pediatra, el obstetra; en la salud mental contamos con psiquiatra y psicólogo; y, por otro lado, también hay otras especialidades - que no son la base del APS, pero están - por si se necesita un poquito más de complejidad, como por ejemplo la fonoaudióloga, la nutricionista, una tocoginecóloga.”*

PCAD, al respecto declara que *“Zavalla tiene muchas especialidades en el Samco y con eso estamos facilitando el acceso de los vecinos y los ciudadanos a la salud. Es por eso por lo que la Comuna realiza una fuerte inversión para el funcionamiento de la guardia”*

Con la vigencia de este paradigma reformista donde el gobierno local se constituye como un importante sustento de la oferta de servicios para toda la población, a través del presupuesto público, y donde el sistema centraliza la atención frente a los procesos urbanos obliga a revisar un modelo de gestión centrado en la demanda. De acuerdo con sus palabras, queda en evidencia que los valores que guían al sistema sanitario privilegian la demanda espontánea de la población que, en ocasiones, expresan demandas

sentidas y, en otras, se orientan a criterios subjetivos que poco tienen que ver con los resultados de salud de la población. Existe un enfoque de servicios de salud que permanece a la espera pasiva del paciente condicionando el impacto que esto genera sobre la comorbilidad y que, de acuerdo con los aspectos cuantitativos y cualitativos previstos durante este trabajo, presentan dificultades para ser comprendidas desde una orientación integral que se base en el tratamiento la prevención y promoción de la salud a lo largo de todo el territorio.

Aun cuando los actores involucrados definen un modelo de atención orientado a la APS y con responsabilidad nominada, no está garantizado el alcance de los resultados (como se puede apreciar en las inconsistencias que se reflejan durante el análisis de datos cuantitativos previos) y se evidencian irregularidades en la elección del camino a seguir para lograrlo. Es por eso por lo que resulta pertinente destacar que las herramientas definidas en la toma de decisiones a nivel institucional se fijan a partir de intervenciones sanitarias con un alcance fragmentado y parcial. De esta manera, han puesto en relieve un abordaje que muestra fragilidades que comprometen las perspectivas integrales y el trabajo intersectorial en el territorio. Por un lado, la DM naturaliza la fragmentación institucional, y por otro, el PCAD posiciona a la Comuna local como exponente principal para el financiamiento del servicio de guardia, pero la exime de las responsabilidades durante la gobernabilidad del proceso.

DM: “Los servicios que se brindan cuentan con una distribución histórica (de muchos años) que organiza la atención por turnos programados con un margen de turnos asignados a la demanda espontánea. Eso está destinado por la parte provincial, y también hay una parte comunal que es la guardia para emergencias que, si bien no hace seguimiento del paciente, está para las urgencias y las emergencias que puedan suceder, o algún tipo de consulta.”

PCAD: “La Comuna no tiene injerencia en lo que es Samco. Lo que hace es recibir el problema y aportar los fondos. En este caso, hace el aporte

económico para el funcionamiento de la guardia que actualmente ronda los 700 mil pesos y en un trabajo conjunto con la dirección se buscan hacer políticas más combinadas.”

Sin embargo, en ambos casos durante la transcripción de las entrevistas, existen coincidencias en evaluar la oferta de servicios como “suficiente”. Sin embargo, desde la DM consideran necesario *“la ampliación edilicia para mejorar la calidad de los servicios que se brindan en la institución”*, mientras que el PCA hace referencia a que *“la oferta de servicios cuenta con muchas especialidades, aunque siempre hay cosas para modificar y mejorar. El problema principal de lo que es el Samco es quién lo coordina, donde tenés un gremio que no es municipal, donde tenés personal municipal que pertenece a la Comuna (paga enfermeros, paga chofer, médicos, personal de limpieza, administrativos) y a su vez no tiene potestad sobre los empleados de la provincia. Entonces lo principal es que la organización de los Samco tiene que ser o provincial o comunal. No puede tener una doble ejecución.”*

En última instancia, recordó que *“durante 2017 se incorporaron el Plan de Fortalecimiento Institucional que consistía en jerarquizar al recurso humano, incorporando a enfermeros profesionales y médicos a la guardia médica. Además de sumar el Programa local de Medicamentos que se implementó con la finalidad de garantizar la cobertura de insumos necesarios para la atención durante los horarios en que la guardia permanecía activa.”*

9.1.2.2. POLÍTICAS PREVENTIVAS

Con la hegemonía de un modelo centrado en la APS, la prioridad de las políticas de salud pasó a ser los sistemas y servicios con sus ineficiencias, mucho más que la promoción y el combate contra las enfermedades prevalentes. La revitalización de las políticas de salud involucra su vinculación con las tecnologías blandas, donde se requiere que las políticas activas en prevención y promoción se valoren, se acrediten sus efectos y se evalúen los resultados. Sin embargo, durante las entrevistas los participantes reconocen la implementación de planes locales, provinciales y nacionales que no

terminan de cumplimentar con estos preceptos.

Al respecto, la DM destaca que *“desde el Samco, se reestructuró el plan de vacunación local ampliando el horario de atención durante el turno tarde. Al mismo tiempo, se trabaja en conjunto con la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional de Rosario mediante campañas de vacunación contra la fiebre hemorrágica argentina y se incorporaron 1 (una) vez por semana la extracción de sangre para muestras de laboratorio.”*

Sobre la intervención de la UNR en la salud pública local, el PCAD hace referencia a que *“la Universidad hizo un recorte presupuestario a la salud a partir de los últimos 4 (cuatro) años, donde aportaba los fondos que eran utilizados para solventar parte de los honorarios médicos de la guardia.”* Además, hace hincapié en que *“la universidad no está involucrada dentro de las instituciones que forman parte de la comisión administradora del Samco”,* aún a sabiendas de la relevancia que tiene a nivel local.

Por su parte, el PCAD también destaca que *“la Comuna trabaja políticas vinculadas con la población. Existe un plan de formulación continua que si bien tiene que ver estrictamente con la comuna se relaciona con la salud. Se proporciona datos al Samco para llevar a cabo campañas de prevención contra el Dengue a nivel local, al mismo tiempo en que trabaja en el estudio y seguimiento de los adultos mayores de 70 (setenta) años”.* Es importante destacar que estos planes se realizan extra institucionalmente, sin embargo, existe participación por parte del Samco local durante su desarrollo.

Como cierre significativo del tema la DM exclamó que *“se logró establecer un convenio con el Hospital Provincial del Centenario que refuerza el abordaje y la intervención oportuna de pacientes con síndrome coronario agudo. Cuando se detectan uno de estos casos la derivación es inmediata al servicio de hemodinamia del Hospital donde recibe la atención y los cuidados que necesita por su complejidad.”*

En ningún caso se hace referencia a la articulación o integración intersectorial para la atención de los usuarios.

9.1.2.3. GESTIÓN TERRITORIAL

Como hemos analizado a lo largo de este estudio, la geografía barrial afecta la distribución y el aprovechamiento de los bienes y servicios a través de la coincidencia o el desajuste espacial que existe entre la localización de la oferta sanitaria que se brinda en el Samco local y los espacios en donde habitan quienes engrosan la demanda. Si tomamos como precedente los datos cuantitativos descriptos con anterioridad podemos reconocer que existen sectores asociados a los nuevos emplazamientos urbanos con muy bajos niveles registrado de acceso al sistema, concentrando la atención sobre el casco histórico y el barrio norte.

A pesar de este contexto, durante la transcripción de las entrevistas, los actores coinciden en una perspectiva de acceso sanitario centrado en la oferta de servicios que responde eficazmente a las necesidades de la población. En este marco, la DM en su discurso señala que *“el sistema de turnos y la forma en que se distribuyen están bien y resultan suficientes para responder a las demandas de la población”*. Por otra parte, responsabiliza a la población por las dificultades que pudiese haber en el acceso al sistema, debido a que *“consulta por cuestiones leves en lugar de recurrir por situaciones de gravedad que justifiquen la consulta. La población no confía y no tiene empatía con la institución. Resolver eso, es un trabajo que requiere de mucho diálogo y tiempo”*. En cuanto al PCAD refuerza la idea de un acceso eficaz, justificando que las dificultades que se exponen y que se aprecian en los datos precisados durante el análisis cuantitativo responden a que *“no hay acceso porque no hay carga de información al Sicap. Es un tema administrativo. No es que no hayan tenido acceso al sistema, sino que al no haber carga de datos no hay forma de legitimarlo, como sucede en la mayoría de los Samco”*.

El papel determinante de la localización y de los accesos a equipamientos e infraestructuras pone al gobierno Comunal en el centro del debate en la justa medida que es responsable de garantizar niveles de prestación de equipamientos, infraestructuras, y servicios urbanos más o

menos homogéneos y equitativos en todo el territorio de pertenencia (Nelson et. Al, 2004).

Según se pudo apreciar durante la entrevista los actores reconocen dificultades en los registros profesionales y visibilizan su importancia a nivel institucional. Para la DM *“el Sicap se constituye como el principal instrumento de registro de información e historia clínica de la institución y es a través del cual se mide la demanda sanitaria”*, aunque no reconoce en su discurso las limitaciones existentes en este proceso. Por el lado del PCAD se hace hincapié en que *“se ha trabajado mucho en este tema de la carga diaria. Se han incrementado los recursos provenientes del gobierno provincial en un 300% a partir del trabajo realizado”*. Esta información, explica y acentúa lo que se pudo apreciar durante la sección previa donde el mes de agosto el servicio de guardia no registró consultas de ningún tipo y termino con valor nominal 0.

Al respecto, el PCAD sostuvo que se *“han aplicado políticas de capacitación para el registro y carga de información al Sicap. Además, durante el mes de septiembre de 2017 se comenzaron a registrar las prácticas de enfermería por parte del personal de la guardia, sumado a los registros de vacunación preexistentes. Al mismo tiempo, la falta de recursos dificultó la carga de información por parte del personal médico y de otras especialidades ya que el único sector con acceso a computadora es el consultorio de enfermería. Esto lleva a la sobrecarga del personal administrativo, quien asume la tarea de cargar los datos al sistema durante la mañana, provocando registros ineficientes, pérdida de información y datos confusos.”*

Para finalizar, en términos de ampliación y mejora del acceso sanitario, el PCAD sostiene que *“como estrategia para la mejora en el acceso sanitario se viene realizando un trabajo conjunto con el área de desarrollo social de la comuna de Zavalla.”*, siendo parte de las políticas de gobierno que viene implementando el gobierno comunal hace algunos años según refiere párrafos anteriores el PCAD. Además, *“como presidente comunal y médico cumplo el rol de apoyar en la atención sanitaria”*. Por su parte, la DM enfatiza en que *“es necesario la ampliación de la planta edilicia ya que eso permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos y brindaría más comodidades a los*

profesionales”.

Es así como en un contexto que evidencia debilidades en la regulación estatal de la distribución de los beneficios de la urbanización como se aprecia en este estudio, la ciudad no se constituye solo en el escenario, sino que se transforma en un agente reproductor de las desigualdades sanitarias que se perciben en el territorio.

10. REPORTE Y DISCUSIÓN FINAL

En relación con el objetivo general propuesto durante este estudio, que propone determinar la vinculación de las políticas de acceso implementadas y/o promovidas por el Samco a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de los últimos 5 años en la localidad de Zavalla, puede afirmarse que existen serias dificultades. Entre ellas, se destaca la ineficacia en los registros debido a la insuficiencia que muestran las intervenciones profesionales y a la escasa normalización que existe al respecto; existen mecanismos de abordaje deficitarios por parte de la institución para garantizar la continuidad del tratamiento de los pacientes adscriptos; la oferta de servicios no concibe las necesidades reales de la población debido a la falta información epidemiológica que permita reconocer las características sociosanitarias locales e identificar problemáticas prevalentes; las herramientas de acercamiento a la población y a las instituciones locales son deficitarias, dificultando la proximidad con las problemáticas de la comunidad; y existen dificultades para potenciar las probabilidades de producir transformaciones efectivas y potenciar políticas preventivas que potencien las oportunidades de acceso.

Es entonces que este documento se enmarca como una discusión formal acerca del acceso al primer nivel de atención en Zavalla mediante un enfoque crítico hacia el desarrollo de políticas públicas de salud por parte del gobierno comunal. Sin embargo, es concluyente que estas medidas tiendan a presentar, como se ha desarrollado a lo largo de todo el documento, dificultades para favorecer y sostener los niveles de respuesta sanitaria que sean convenientes a las necesidades de la población, y poder hacer frente a los procesos urbanos que vienen condicionando al territorio durante los últimos años.

A pesar de los esfuerzos para definir y ejecutar las estrategias de atención primaria de salud (APS), el Samco de Zavalla continúa realizando sus actividades en base a un modelo tradicional de atención exclusiva de la demanda. La relevancia del acceso a los servicios de salud que se brindan en

la institución radica principalmente en la función que tienen como eslabón en que conecta la oferta con la demanda.

La aplicación y el desarrollo de las políticas sanitarias de acuerdo con la perspectiva de los actores clave para el proceso de toma de decisiones (utilizando como referencia los pilares propuestos por la Organización Mundial de la Salud que se enumeran durante este trabajo), supone que las unidades médicas disponibles son aceptables y cumplen con los niveles de calidad establecidos. Se da por sentado que las personas buscarán obtener el servicio cuando se presente la enfermedad. Sin embargo, no siempre resulta exitosa la búsqueda de atención médica. La complejidad que surge durante el proceso se presenta en la medida en que las condiciones y necesidades que enfrenta la comunidad continúen en la dinámica que viene condicionando la urbanización de todo el territorio.

En este punto, se pueden dilucidar ciertas inconsistencias evidenciadas a lo largo de este trabajo. Como se menciona durante esta investigación, la comuna local reconoce el crecimiento sociodemográfico y la conveniencia de programar el desarrollo sustentable de los procesos urbanos desde su relación con la oferta de servicios. Sin embargo, y a pesar de considerar indispensable para la inclusión de los procesos de transformación urbana durante la planeación urbana junto al Ente de Coordinación del Área Metropolitana de Rosario (ECOM), no contempla a la salud pública como eje principal para el análisis y desarrollo propuesto para el 2030.

A partir de la afiliación del territorio por parte del gobierno comunal al diseño de políticas públicas que impliquen un enfoque basado en APS, como el que regula al sistema sanitario en Zavalla, se inicia un proceso que promueve un importante acercamiento por parte de estos organismos clave y que se inicia a través de las estrategias asociadas a las configuraciones territoriales, los equipamientos urbanos significativos, la infraestructura y los servicios que se brindan en todo el territorio incluidas en el plan urbano local. De este modo se propone una forma de reordenamiento proactivo de la propuesta local de APS, que, a priori, promueve nuevas oportunidades para que diferentes actores sociales se involucren en el proceso sanitario.

Por otra parte, la puesta en marcha de un modelo institucional centralizado en la disponibilidad de recursos y servicios para atender la demanda, a la deficitaria intervención territorial que tiene en gobierno comunal en términos de salud pública junto con la exigua información epidemiológica que existe a nivel institucional, terminan por afectar fuertemente la distribución y el aprovechamiento de las oportunidades de acceso con las que cuenta la población. Esta situación responde de manera antagónica a la lógica de funcionamiento propuesta por el gobierno provincial que es quien regula el sistema sanitario, y pretende consolidar un enfoque multisectorial que acuerde en caracterizar, medir, y explicar el perfil sociosanitario de la población, así como sus determinantes que faciliten la identificación de necesidades y prioridades para la salud.

Durante todo el estudio, queda en evidencia que existen serias dificultades para la documentación y el registro de información por parte el personal sanitario. Frente a esto, y frente a la displicencia con la que institucionalmente se aborda la documentación de las prácticas profesionales y se trabaja territorialmente la situación epidemiológica de la población, resulta en un análisis del acceso a la salud que plantea serios interrogantes: ¿Frente a una localidad en crecimiento los registros del Samco dan cuenta de quienes realmente acceden al sistema?, ¿los que no están registrados no acceden al sistema?, ¿dónde reciben atención sanitaria?, ¿Por qué motivo no concurren al centro?, entre otras cosas.

Un reflejo claro de todo esto es que durante este trabajo se destaca al servicio de guardia como el principal exponente en cuanto a consultas, incluso por encima de los servicios de clínica médica y medicina general. Las cifras reflejan que supera no sólo en valores absolutos, sino que, además, las consultas recurrentes permanecen en aumento. Esto obliga a plantear si la organización de la calidad de los registros o de los servicios que se brindan realmente responden a las necesidades de la población. Pero al momento de hablar de necesidades existe un débil aprovechamiento de los recursos multisectoriales por parte de la institución ya que en su conformación está integrada por las principales entidades locales. Esto implica que los procesos

de toma de decisiones debilitan los principios de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud que guían al sistema, aún a pesar de que las políticas impartidas coinciden con la estructura organizativa mencionada con anterioridad limitando el acceso.

En términos de acceso, los gráficos proporcionan cifras que destacan al núcleo urbano como centro de la atención en salud durante los últimos meses de 2017. Sin embargo, registra porcentajes muy bajos de consultas con el agravante que los sectores suburbanos no registran consultas durante dicho periodo. Se documentaron regiones urbanas con escasa intervención sanitaria a las que el sistema no incluye desde la oferta, pero tampoco desde políticas de acceso que los integre.

Como aporte final es posible expresar que el propósito por el cual interesó poner en tensión el nivel de acceso de la población frente a los procesos urbanos fue justamente para que los hallazgos puedan constituirse en insumos para repensar la gestión institucional ya que la dinamicidad de los cambios desde la perspectiva de los servicios y de las necesidades de la población plantea como desafío introducir nuevos modelos para gestionar las instituciones públicas.

11. PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN

Hablar de gestión, en términos de Tobar, consiste en definir las prioridades del sistema a partir de las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En este sentido, se propone repensar los modelos de gestión institucional del Samco de Zavalla desde un enfoque que considere intervenciones a corto, mediano y largo plazo.

Los conceptos obtenidos durante este trabajo permiten interpretar la cuestión sanitaria como un fenómeno por el cual la problemática salud-enfermedad adquiere mayor notoriedad para incorporarse en la agenda de políticas públicas a nivel local.

Como eje central para poder implementar y sostener el proceso en sus diferentes instancias, se plantea la conformación de un “equipo de gestión” constituido por la dirección médica y los principales exponentes institucionales, quienes trabajen de manera conjunta con un auditor externo que actúe como coordinador y mediador durante las diferentes instancias. Es así como, mediante la participación de los actores clave dentro de la institución se propone alcanzar un cambio de paradigma que permita, a corto plazo, implementar modelos de comunicación multidisciplinarios que garanticen el acceso unificado a las herramientas para el desarrollo y confección de las historias clínicas informatizadas para todas las unidades operativas que prestan servicios en la institución.

Por otro lado, se propone la implicancia activa de otros organismos para potenciar el trabajo intersectorial, fundamentalmente a partir de la intervención que varias de las entidades más importantes de la localidad tienen en la conformación de la Comisión Ejecutiva del Samco local. Sin embargo, durante esta etapa se pretende incorporar instituciones clave en el funcionamiento urbano local como lo son la jefatura de policía, entidades deportivas y la Facultad de Ciencias Agrarias de la UNR, que hasta el momento permanecen al margen.

En última instancia, resulta necesario analizar la situación de salud de la comunidad. Este aspecto se constituye en una dimensión que incluye la

calidad de vida y el desarrollo humano de la población. Es evidente que uno de los elementos que menos ha sido considerado a nivel local es la referencia a los indicadores epidemiológicos por lo que resulta indispensable desarrollar el análisis de situación de salud de la localidad de Zavalla.

Mediante este análisis junto con el impulso de políticas públicas de salud que favorezcan el acceso a un sistema basado en APS, la gestión del Samco puede desarrollar un sistema de información local que incluya datos construidos desde el mismo territorio respecto a las necesidades de la población.

Esta estrategia supone repensar el sistema de salud de Zavalla como un sistema en red que descentralice la atención e incorpore nuevos centros de APS para responder a la demanda de la comunidad y potenciar el acceso al sistema a sectores que hoy permanecen marginados o excluidos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carrada Bravo, T. (2001). La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? Rev Med IMSS 2002; 40 (3): 203-211. Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im023e.pdf> - CEMUPRO (2007) Programa del Frente Progresista 2007-2001. Capítulo Salud: 69-74.

Decreto N° 0020/2009 Implementación del Proceso de Regionalización. Diario Pagina 12. Rosario, 11 de Julio 2012. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplemento/rosario/22-34627-2012-07-11.html>

Decreto N° 0029/2008 Modificación de la actual distribución sanitaria del territorio de la provincia Santa Fe. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 21 de Enero de 2008. Recuperado de <https://ar.vlex.com/vid/decreto-0029-2008-350666926>

Decreto N° 04321/67 “Estatuto orgánico de los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Santa Fe, 23 de junio de 1967. Recuperado en: http://gobierno.santafe.gov.ar/archivogeneral/decretos_1995_1995/detalle.php?id=160743

Ley Provincial 6.312/67. SAMCo. “Servicio Atención Médica a la comunidad” Santa Fe. 2 de Mayo de 1967. Recuperada en: https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/33971/174451/file/Ley%206312_67.pdf

Mahtani Chugani, V. (2009) Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios. Servicios de publicaciones Universidad de la Laguna. Series Tesis Doctorales. <ftp://h3.bbtk.ull.es/ccppytec/cp321.pdf>

- Martinez Salgado, C (2012) El muestreo en investigación cualitativa. Principios Básicos y algunas controversias. Ciencia & Saude Colectiva 17 (3): 613-619. Recuperado en: www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf
- OMS. (2015). Nota descriptiva N°232. La salud y los derechos humanos. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/-OPS/>
- OMS. (2007) “La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud”. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud – Washington, D.C.
- OPS/OMS (2001) “La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”. Recuperado en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16611s/s16611s.pdf>.
- Resolución 454/08. Ministerio de Salud de la Pcia de Santa Fe. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 8 de Mayo de 2008. Recuperado en: <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/20-05-2008avisos.htm>81- Sardinha Peixoto, L; Cuzatis Gonçalves, L; Dutra Da Costa, T; Tavares, C; Dantas
- Cavalcanti, A; Antunes Cortez, E. (2013). Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. Revista Electrónica de Enfermería. Enfermería Global (29): 307-322. Enero 2013. Recuperada en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144111>
- Souza Campos, G. (1998). "El anti-Taylor: en relación con la invención de un método para cogobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso" Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870.
- Souza Campos, G., (2001). Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.

- Souza Minayo, M. C. (2010) Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colectiva vol.6 no.3 Lanús sep./dic. 2010.
Recuperado en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300002
- Tessmer, Germán (2010). Cuando la ley es la trampa: salud y desarrollo en la provincia de santa fe, análisis de la ley provincial SAMCo. Instituto de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística de la UNR, Becario Tipo I de CONICET, Rosario, 2010.
Recuperado en: <http://www.augm-cadr.org.ar/archivos/8va-bienal/MIV.13.pdf>
- Tobar, F. (2010) Gestion Territorial en Salud. En: Chiara, M. & Moro, J. Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos. Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano. Pag 15-44.
Recuperado de:
http://www.fsg.org.ar/20140328_Gestion_territorial_en_salud.pdf

12. BIBLIOGRAFÍA

- A., D. (1973). *Aspets of Medical Care Adminisration*. Cambrige: Hardvard University Press.
- Aday L, A. R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Heath Serv Res*, 9(3):208-20.
- Adazco, D. (2011). "La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende". en *Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario*. Bs As: Educa.
- Alames. (28 de 12 de 2008). *Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud. Documento para la discusión*. Obtenido de www.alames.org/documentos/ponencias.pdf
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and acces to medical care: Does it matter? *Health and Social Behavior*.
- Beltramino, S. (2005). *La atención médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Bs. As.: Siglo XXI editores.
- Breilh, J. (2009). *Epidemiología crítica*. Bs.As.: Lugar Editorial.
- Centrángolo, e. a. (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Obtenido de Disponible en <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/Eel%20sistema%20desalud%20argentino%20-%20pnud%20ops%cepal%20version%20final.pdf>
- Checa, S. (2000). La perspectiva de género en la humanización de la atención perinatal". *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 4, 19: 152-156.

- Di Virgilio, M. M. (2011). Producción de la pobreza y políticas públicas: encuentros y desencuentros en urbanizaciones populares del área Metropolitana de Buenos Aires. *Reproducción de la pobreza en América Latina. Relaciones sociales, poder y estructura económica*. Buenos Aires: CLACSO.
- Donavedian, A. (1973). *Aspectos de la Administración de Atención Médica*. Boston.
- Donavedian, A. (1988). *Garantía y monitoreo de la calidad de atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ente de Coordinación Metropolitana de Rosario. (11 de diciembre de 2019). <https://ecomrosario.gob.ar/web/uploads/biblioteca/61/PUL%20ZAVALLA.pdf?1573483647>.
- INDEC - IPEC. (2011). <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Estructura-de-Gobierno/Ministerios/Economia/Secretaria-de-Planificacion-y-Politica-Economica/Direccion-Provincial-del-Instituto-Provincial-de-Estadistica-y-Censos-de-la-Provincia-de-Santa-Fe/ESTADISTICAS/Censos/Pob>.
- Maceira, A. (2009). *Inequidad en el acceso a la salud en Argentina*. Bs. As.: Documento de políticas públicas. análisis N°52 - CIPPEC.
- N., D. (1985). *Justice health care*. Cambridge (U.K.).
- Nelson, A., & Casey, J. y. (2004). Urban containment and residential segregation. A preliminary investigation. *Urban Studies*, Vol. 41, N°2.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Urbanización y Salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 241-320.
- Organización Panamericana de Salud. (18| de noviembre de 2019). Obtenido de http://www.paho.org/spanish/d/pin/alma-ata_declaracion.htm

Repetto, F. e. (2001). *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Bs. As: Fund Gob. y Soc., C. para el Desarrollo Institucional.

Sanchez-Torre, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate sobre determinantes y implicaciones en la política de salud. 55(1):82-9.

Travassos C, M. M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso. *Cad. Saude Pública*, 20 suppl 2:S1990-8.

11. ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

A – Información para las/los participantes en la investigación:

Estimado/a participante:

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado *“Acceso a la salud: Vinculación de las políticas sanitarias promovidas por el Samco a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de la localidad de Zavalla durante los últimos 5 años”*, dicho proyecto de investigación forma parte del requisito académico para la conclusión de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Instituto J. Lazarte dependiente de la UNR; el mismo es conducido por el Lic. Alexis Juanto y su director es la Mg Miriam A. Pini.

El Objetivo de esta es, *“Determinar la relación que existe entre las políticas de acceso implementadas y/o promovidas por el Samco con los procesos de urbanización territorial y desarrollo que ha experimentado la localidad de Zavalla durante los últimos 5 años”*.

Se le ha contactado a usted en calidad de funcionario público y actor clave en el proceso de planificación, organización y desarrollo de los servicios de salud que se brindan en el Samco de Zavalla.

Si usted accede a participar en esta entrevista, se le solicitará responder diversas preguntas sobre el tema antes mencionado, lo que tomará aproximadamente entre 30 y 60 minutos, en el momento que Ud crea conveniente y / acordemos previamente. Usted puede negarse a participar del estudio sin que deba dar razones para ello. Si Ud. participa en este estudio, la información que se recoja será confidencial de acuerdo con las normas nacionales en materia de protección de datos personales Ley 25326 de Habeas Data.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con siglas para a cada participante, resguardando la identidad de los mismos, estará disponible sólo para el

personal del proyecto y se mantendrá completamente confidencial. Usted tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

La información obtenida será únicamente utilizada para la elaboración de una tesis. A fin de poder registrar apropiadamente la información, se solicita su autorización para grabar la conversación. La grabación y las notas de las entrevistas serán almacenadas únicamente por el investigador en su computadora personal por un periodo de tres años, luego de haber publicado la investigación, y solamente él y su director tendrán acceso a la misma. Al finalizar este periodo, la información será borrada.

Su participación en la investigación es completamente voluntaria. Usted puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio. Además, si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente, a fin de clarificarla oportunamente. Además, tiene derecho a recibir una copia de esta hoja de información. (es SOLO una parte del consentimiento)

Su firma en (este documento) en el formulario para firmas significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de información (de consentimiento) y que ha recibido copia de este.

Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, le enviaremos un informe ejecutivo con los resultados de la tesis a su correo electrónico. En caso de tener alguna duda sobre la investigación, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: alexis_juanto@hotmail.com o al número 341-3406800. Además, si tiene alguna consulta sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de Investigación de la universidad.

Desde ya se agradece su participación.

12. ANEXO I. II. HOJA DE FIRMAS

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada “*Acceso a la salud: Vinculación de las políticas sanitarias promovidas por el Samco a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de la localidad de Zavalla durante los últimos 5 años*”. Y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el Lic. Alexis Hernán Juanto.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas. Además, toda la información que se recabe no se utilizará para otros fines.

Nombre de la persona:

Firma:

Aclaración:

Para consultas o información contactarse con:

Responsable de la investigación: Lic. Alexis Hernán Juanto – 31973314

Contacto: alexis_juanto@hotmail.com – 3413406800

13. ANEXO II. GUIA DE ENTREVISTA

ENTREVISTA

Acceso a la salud: Vinculación de las políticas sanitarias promovidas por el Samco a partir de los procesos de urbanización territorial y desarrollo de la localidad de Zavalla durante los últimos 5 años

ACTORES CLAVE EN LA PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ZAVALLA A PARTIR DE POLITICAS SANITARIAS QUE FAVORECEN EL ACCESO A LA SALUD ANTE LOS PROCESOS URBANOS RECIENTES

Nombre de la Institución: Servicio de Asistencia Médica para la Comunidad (Samco).

Tipo de Institución: Efector de Salud del primer nivel de atención.

Gestión: Pública (Ley 6312/67 del Gobierno de Santa Fe)

Dependencia: Nodo Rosario (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe)

Fecha y hora de la entrevista:

Lugar donde se realiza la entrevista:

Participantes:

Entrevistado (cargo que ocupa en la institución):

Entrevistador: Lic. Alexis Hernán Juanto

EJES DE LA ENTREVISTA

I. CARACTERÍSTICAS DE DEL ENTREVISTADO, DE LA INSTITUCIÓN Y DEL EQUIPO SANITARIO

I. 1.- Características profesionales del entrevistado

1. Profesión y cargo:
2. Formación docente y capacitación:
3. Antigüedad en la institución (*aclarar si siempre fue directivo o antes ocupó otro cargo*)
4. Cargo actual y tareas que realiza en la institución

II. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

5. ¿Cómo está organizada la asistencia dentro de la institución? ¿Cómo lo valora?
6. ¿Quién define los servicios que se brindan y de qué manera? ¿Cuáles son los criterios por los cuales se amplía la cobertura asistencial o se incorporan nuevos servicios?
7. ¿Considera que la oferta de servicios actual responde a la demanda poblacional? ¿Por qué?

III. PROGRAMAS SANITARIOS

8. Qué cuestiones de la atención clínica se han puesto en marcha desde 2017? ¿Cómo lo valora? ¿Cuál es su utilidad?

IV. GESTION TERRITORIAL

9. ¿Cómo valora/qué opinión le merece el sistema de atención que se mantiene vigente en la institución? ¿Considera que el orden institucional responde a las exigencias de la comunidad?
10. ¿Considera oportuna la intervención de múltiples disciplinas en la resolución de problemas en el Samco? ¿Qué opina sobre las actividades extra-muro y el trabajo conjunto con otras instituciones locales?
11. El crecimiento de la población en los últimos años ha sido un factor condicionante para la gestión? ¿Qué medidas se tomaron al respecto?
12. ¿Como evalúa el acceso frente a los procesos urbanos recientes? Medidas implementadas.