



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**Tesis de grado:**

**La accesibilidad al sistema de salud por parte de la población rural del departamento**

**Lago Argentino**

**Una investigación realizada desde una experiencia laboral en el Hospital Samic de El**

**Calafate en el periodo 2017- 2018**



**Autora: Karina F. Berra Bertotti**

**Director: Prof. Gerardo Cristia**

**EL CALAFATE / LAGO ARGENTINO / SANTA CRUZ / 2022**

**RESUMEN** La presente tesina se propone analizar la vinculación existente entre la población rural situada en el departamento del Lago Argentino, y el sistema de salud local, esta investigación se realiza desde una perspectiva integral y de derecho, considero pertinente visibilizar la situación que presenta la población rural en el acceso al sistema de salud; se analizan una serie de factores que funcionan como barreras entre los usuarios y los servicios de salud, obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr una adecuada atención o tratamiento requerido.

Para una mayor organización y comprensión del trabajo, este se desarrollará en distintos capítulos:

En el primer Capítulo, se realiza un breve recorrido histórico del concepto de salud, haciendo hincapié en el concepto de accesibilidad como eje central de esta tesina y al cual se hará referencia a lo largo de todo el trabajo. Se describe la problemática desde lo macro, se analizan los determinantes de salud y barreras como responsables de las desigualdades en salud, para terminar explicando lo que se entiende por equidad.

En el segundo capítulo permite situar al lector en tiempo y espacio, una mirada del contexto social y geográfico que caracteriza a la población rural del Dpto. Lago Argentino. Analizando la problemática desde una mirada que va desde lo macro a lo micro, aproximando un recorrido histórico de los acontecimientos ocurridos en las huelgas rurales de 1920-1921, las cuales constituyen un dato histórico que ilustra las luchas sociales y económicas con la penetración de capitales externos amparados por el Estado. Las fuentes de este capítulo son datos bibliográficos.

El tercer Capítulo propone abordar el problema desde una perspectiva de identidad, pensar en estos términos nos habilita a problematizar que esta realidad no solo es así por condiciones geográficas, sino que las barreras se dan en términos económicos, culturales, simbólicos. La importancia de pensar a la salud desde un enfoque intercultural como el derecho a la diferencias y por último un breve discurso de los Derechos Humanos como estrategia de muchos movimientos sociales para exigir su cumplimiento a los Estados..

El cuarto capítulo, analiza la posibilidad de su construcción como problema social, y particularmente se vislumbra la intervención del trabajo social en la posibilidad de hacer visible lo que está invisibilizado.

La tesis muestra que existen situaciones de invisibilización en el acceso al sistema de salud por parte de la población rural. Las/os profesionales en Trabajo social y otros actores sociales podrán crear las herramientas necesarias para la toma de concientización que permitan visibilizar dicha problemática.

De esta forma se propone contribuir al Trabajo Social con datos que aporten a la construcción de conocimiento para el ejercicio profesional.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a todas las personas que me acompañaron en este camino:

- A Dios, por guiarme y acompañarme en el camino.
- A mis hijos, que fueron el motivo para culminar esta etapa.
- A mi mamá, papá y hermanos, por su confianza y amor.
- A mis amigos y compañeros de trabajo, por la motivación, apoyo y cariño.
- A todos las personas que fueron parte de este proceso de tesis.
- A mi director de tesis Gerardo Viviers, por su ayuda, seguimiento constante a pesar de la distancia , por brindarme todo su conocimiento y sabiduría.

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	9
1.1 EL DERECHO A LA SALUD .....	11
1.2 ALCANCE DEL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD.....	15
1.3.- UNA MIRADA A NIVEL MACRO DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA.....	18
1.3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD.....	18
1.3.2 DESIGUALDADES Y BARRERAS EN SALUD.....	23
1.3.3 INEQUIDAD Y EQUIDAD EN SALUD.....	25
CAPÍTULO II: LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN RURAL DEL LAGO ARGENTINO.....	29
2.1 - CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL EN ARGENTINA Y SANTA CRUZ.....	29
2.2 ANTECEDENTES DE LA POBLACIÓN RURAL EN LA ZONA, UN RECLAMO HISTÓRICO, LAS HUELGAS RURALES 1920-1921.....	31
2.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LAGO ARGENTINO.....	34
2.4 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL DE LAGO ARGENTINO.....	34
2.5.- UNA MIRADA A NIVEL LOCAL DEL SISTEMA DE SALUD.....	35
2.5.1- FACTORES SOCIALES OBSERVADOS.....	45

CAPÍTULO III: LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL.....	48
3.1.- DIVERSIDAD CULTURAL.....	48
3.2.- INTERCULTURALIDAD EN SALUD.....	49
3.3.- DERECHOS HUMANOS E INTERCULTURALIDAD.....	51
CAPÍTULO IV: EN BUSCA DE VISIBILIZAR LO INVISIBLE.....	54
4.1 DE LA NEGACIÓN DE SU VISIBILIDAD A LA POSIBILIDAD DE SU CONSTRUCCIÓN COMO PROBLEMA SOCIAL.....	54
4.2- LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y LA CUESTIÓN SOCIAL.....	56
4.3- SUGERENCIA DE INTERVENCIÓN SOCIAL.....	57
CONSIDERACIONES FINALES.....	62
BIBLIOGRAFÍA .....	65
ANEXOS	

## **PRESENTACIÓN**

El presente trabajo de investigación se realiza en el Marco de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social, dictada en la facultad de humanidades y ciencias sociales de la U.N.P.S.J.B, sede Comodoro Rivadavia.

Esta tesina se centra en la vinculación existente entre la población rural situada en el departamento del Lago Argentino, y el sistema de salud local, es de suma importancia analizar la cuestión que se presenta sobre la accesibilidad al sistema de salud y las diferentes barreras que la impiden, se constituye como una problemática compleja y multidimensional y que en los últimos tiempos no se ha encontrado soluciones efectivas y que se ha agravado enormemente en el contexto de pandemia<sup>1</sup>, es por eso que, desde una perspectiva de derechos humanos, el trabajador social debe ser garante del derecho a la salud de los colectivos más vulnerados, como también otras disciplinas intervinientes en lo social.

### **MOTIVO:**

El motivo de indagar sobre la accesibilidad al sistema de salud por parte de la población rural, surge de la experiencia laboral propia en dicha institución<sup>2</sup>, en la cual me desempeño como agente sanitario desde el año 2007, mi inserción al área de servicio social bajo la estrategia de atención primaria de la salud, me permitió observar a diario el deterioro de las condiciones de vida de la población, que pueden ser leídas con diferentes categorías (exclusión, vulnerabilidad, precarización,etc).

Se considera pertinente la elección de esta temática, debido a la invisibilización que sufre la población por parte del sistema de salud, generando una relación entre nuevas y mayores demandas con poca capacidad de dar respuesta por parte del Estado. Esta realidad se presenta como un desafío y aporte a nuestra profesión.

Partir de comprender a la salud como un derecho al que todos deberíamos acceder independientemente de nuestra situación económica, raza, religión, género, edad, etc. Es un proceso, por el cual se llega; un estado de salud considerada como calidad de vida resultante

---

<sup>1</sup> COVID-19, actual brote de enfermedad por coronavirus, que fue notificado por primera vez en Wuhan (China) el 13 de diciembre de 2019.

<sup>2</sup> Hospital SAMIC, servicio de atención médica integral para la comunidad, El Calafate- Santa Cruz, 2015.

de un complejo proceso condicionado por diversos factores, entre otros: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación.

(...) “el derecho a la salud significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.” (Czeresnia 2006:6).

Desde el Servicio Social Hospitalario, perteneciente al hospital Samic de El Calafate, se toma contacto con esta problemática debido a la intervención por parte de los agentes sanitarios como receptores en torno a las desigualdades de la población rural de la zona. Al respecto, se observan una serie de factores (distancia geográfica, falta de cobertura social, falta de vínculos familiares, ausencia del empleador o encargado de estancia, etc), que funcionan como barreras entre los usuarios y los servicios de salud, obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr una adecuada atención o tratamiento requerido.

Ante dicha problemática, se considera que la desigualdad social, la equidad, la accesibilidad, el ejercicio del derecho a la salud, la organización económica y la estructura social son los ejes centrales para el abordaje de la cuestión social en salud.

En esta tesina se pretende reflexionar y analizar esta problemática, debido a que los cambios sociales son inherentes al ser humano y la necesidad de actualizar referencias teóricas, de encontrar estrategias superadoras, de revisar las prácticas habituales en la búsqueda de nuevas y más eficaces respuestas para la protección integral de los sujetos/as y de construir un marco interpretativo que dé cuenta de la nueva realidad social.

Se entiende que existen desigualdades que determinan los procesos de salud-enfermedad y que engloban tanto las acciones sociales como individuales. Es por ello que se considera importante destacar la categoría de complejidad, pensando en la totalidad donde se hace mediaciones a la hora de pensar el fenómeno que se presenta en lo inmediato como si fuera el problema en sí, como por ejemplo, una enfermedad como puede ser la Tuberculosis.

Otro punto relevante que se vincula con la accesibilidad es uno de los principios básicos de la atención primaria de salud, la cual parte de la declaración de Alma Ata que afirma que la asistencia sanitaria esencial debe estar puesta al alcance de todos/as.

“Todos los países que pretendan fortalecer sus sistemas de atención de salud, acercando la atención de salud de las personas que viven en áreas rurales independientemente de su género, edad y grupo étnico, situación social o religión.”(OPS, 2007).

.Argentina tiene un sistema de salud fuertemente segmentados, fragmentado, heterogéneo y con desigual calidad en la atención, lo cual genera que el tipo de cobertura, acceso y la calidad de los servicios de salud que se utilizan, dependen de las características culturales, económicas y sociodemográficas de la población, así como de factores territoriales (Ballester, 2014).

La realidad que enmarca las condiciones de vida de la población rural se caracteriza por estar segregada social-espacialmente y atravesada por malas condiciones laborales, viviendas precarias, extensas jornadas laborales, riesgos por el uso de maquinarias, bajos salarios, falta de cobertura social, entre otros.

Estas inequidades y barreras sociales producen también desigualdad en el estado de salud y existen muchas investigaciones que lo avalan: cuanto más pobre se es, peor salud se tiene, y cuanto más rico se es, se tiene mejor salud. Las causas de estas desigualdades sociales se sitúan en la distribución desigual de los ingresos por cápita:

(...) "es el mundo y el estado de poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidad, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera". (Gaceta Sanitaria, 2006:Vol, N° 3).

Es importante señalar que la investigación se realizó en el periodo 2017-2018, en la población rural del Lago Argentino, en un recorrido de 31 establecimientos rurales.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Conocer las condiciones de salud del trabajador rural de la zona del departamento Lago Argentino y su vinculación con el sistema de salud público local.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer distintos aspectos problemáticos que afectan la realidad socio-sanitaria del trabajador rural dentro de su contexto social.
- Conocer y analizar las desigualdades y barreras que presenta la población rural del Lago Argentino para acceder al sistema de salud.
- Describir los alcances del sistema sanitario del Hospital Samic de El Calafate, desde acciones preventivas tanto como las respuestas a las demandas específicas de los trabajadores rurales.
- Plantear propuestas de intervención desde el trabajo social que contribuya al abordaje integral de las problemáticas de salud de los trabajadores rurales.

## **ENCUADRE METODOLÓGICO**

La metodología escogida para desarrollar esta tesina ha sido cualitativa de tipo exploratorio-descriptivo, implicando indagación bibliográfica, entrevistas focalizadas y semiestructuradas, elaborando para ello una guía de interrogantes que varía según la profesión y el rol del entrevistado.

En un primer momento, se recabó información a través de la observación participante y la entrevista semiestructurada, dirigidas a trabajadores rurales, autoridades de organismos sindicales responsables como, Renatre<sup>3</sup> y Osprera<sup>4</sup>, diferentes trabajadores del área de la salud del Hospital Samic de El Calafate y otras personas que suministren información referidas al tema.

En un segundo momento, las visitas a los establecimientos rurales permitieron recopilar historias de vida y visualizar sus condiciones sociosanitarias, utilizando técnicas como entrevista, registro, cuaderno de campo y observación participante.

---

<sup>3</sup> Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores.

<sup>4</sup> Obra social de los Trabajadores Rurales y Estibadores de la República Argentina.

En un tercer momento, se procedió a la sistematización de los datos recogidos a lo largo del proceso metodológico, lo que permitió dar cuenta de un diagnóstico social que describa la relación existente entre la población rural y el sistema de salud local.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **1.1 EL DERECHO A LA SALUD**

Michel Foucault (1993), “ sitúa la consolidación del derecho a la salud en Inglaterra conjuntamente con la elaboración del Plan Beveridge, el cual afirma que sirvió de modelo a la organización de la salud tanto para Inglaterra como para otros países. Considera que con este plan, el Estado se hace cargo de la salud...” (P.23). Si bien, reconoce que como función del Estado no es una novedad, sí lo era con relación a la garantía de la salud física, es decir, la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados para los individuos. La formulación expresa de este derecho es enunciada por la Organización Mundial de la Salud en 1948, poco después que finalizara la II Guerra Mundial y se creara la Organización de las Naciones Unidas, en estos términos: “el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica...” (ONU).

Así definido este derecho es concebido con un fin positivo, aunque la meta no pueda ser totalmente alcanzable, hoy se está más cerca, tanto por los conocimientos adquiridos, los medios técnicos, las políticas, los recursos disponibles, como por los esfuerzos que realicen los diferentes sujetos.

Esta formulación conjuntamente con los pactos y convenciones a favor de los derechos humanos, han incidido directamente en la formulación e incorporación de este derecho en las Cartas Magnas de varios países. Cabe resaltar también que el sujeto sobre el cual recae el objetivo de la salud es el Estado, tal como lo expresa la OMS.

“El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. OMS (2007)... “El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano”.

Como punto de partida de esta investigación, es menester mencionar, entre todas las funciones que el sector de salud tiene, dos que son fundamentales: 1) mejorar el estado de salud de la población y, 2) disminuir las diferencias que existen vinculadas al acceso a los servicios de salud. (Starfield, 2001).

Así mismo, se asume que el desafío de la salud pública es entender que las desventajas de acceso están vinculadas a condiciones sociales, económicas y culturales que muchas veces no son consideradas en la programación sanitaria que desarrollan los Estados (nacionales, provinciales y municipales).

Al iniciarse el siglo XXI, hace ya más de un cuarto de siglo, la OMS señaló el objetivo de lograr “salud para todos en el año 2000”<sup>5</sup>. Aunque se han realizado bastantes avances en salud, ese bienintencionado propósito no se ha logrado: un inmenso número de personas siguen malviviendo enferma, desnutrida o subalimentada. La mayoría de las personas que habitan el planeta no poseen el mínimo bienestar material y social que les permita un desarrollo adecuado de salud con el cual disfrutar y compartir una vida personal y social activa y gozosa.

La salud de la población es uno de los aspectos más trascendentes de un país, por tanto el cuidado de la salud y la solución de los principales problemas requieren ser abordados por los distintos sectores de la comunidad, por lo cual las instituciones de salud y equipos técnicos cumplen un papel fundamental en la solución de sus problemas. Es aquí donde se abren nuevos interrogantes, que permiten realizar nuevos análisis que posibiliten nuevas intervenciones<sup>6</sup>. Estas nuevas intervenciones, tienen que ver con el desarrollo de nuevas capacidades profesionales: el desarrollo de la observación, de la mirada y fundamentalmente de la escucha.

La dignidad en la atención es un derecho que tienen los usuarios al momento de acceder o no a los servicios de salud, en el contexto internacional se han expresado políticas que han centrado sus esfuerzos en conseguir, para el presente milenio, el objetivo de erradicar la pobreza en el mundo y respetar la dignidad humana. Estas políticas han sido apoyadas por los organismos internacionales en salud, quienes han contribuido con el esfuerzo declarado en los objetivos del Milenio<sup>7</sup> En el año 2002 han desarrollado conjuntamente con la OIT un documento donde expresan la necesidad de generar estrategias para la Protección Social en

---

<sup>5</sup>Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata; 1978

<sup>6</sup>“Lo social y la intervención”. Revista escenarios.

<sup>7</sup>Declaración Del Milenio, (ONU; 2000).

Salud. Entre dichas estrategias figura el respeto por la dignidad en la atención. Se considera una atención digna, a aquella guiada por el respeto hacia los derechos de los sujetos.

En consecuencia, mejorar las condiciones de salud de la población rural va más allá de mejorar la asistencia en salud y la atención de las enfermedades. Implica profundas transformaciones de orden económico, político y social que permitan superar las desigualdades existentes entre lo urbano y lo rural. considerando que:

...“si la sociedad siente que tiene alguna responsabilidad de brindar a todas las personas algún tipo de bienestar que supere la simple satisfacción de necesidades básicas -por ejemplo, el contar con buena salud—, entonces deberá disponer de los recursos suficientes no solo para prevenir o curar la enfermedad, sino también para gozar de una adecuada calidad de vida. No se trata únicamente de curar ni de satisfacer las necesidades más básicas; se trata de construir una sociedad donde se garanticen derechos fundamentales que posibiliten la inclusión social y la ampliación de las capacidades humanas y de garantizar la realización de los derechos humanos y transitar hacia el círculo virtuoso de equidad social, libertad y desarrollo”. (Sen. 2000).

Partimos, por lo tanto, de comprender a la salud como un derecho al que todos deberíamos acceder independientemente de nuestra situación económica, raza, religión, género, edad, etc. Es un proceso por el cual se llega a un estado de salud considerada como calidad de vida, resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores, entre otros: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación.

El derecho a la salud significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad. (Czeresnia 2006, P:6).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos:

- Disponibilidad: Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

- Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información .
- Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones, a saber:

- Respetar: Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger: Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- Cumplir: Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Ahora bien, la salud es un proceso que involucra a la enfermedad y la atención, y las concibe como un proceso social, colectivo, y multideterminado, que está atravesado por tensiones, resistencias y relaciones de fuerza inherentes a las tramas de poder que se manifiestan en y entre los diversos grupos sociales, las cuales están relacionadas con las barreras de acceso y la vulneración de derechos de determinadas poblaciones.

Posicionarse concibiendo la salud como derecho humano, se refiere principalmente a que la persona tiene como condición innata el derecho a gozar a un medio ambiente que resulte adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud. Este derecho es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o social. Para que los sujetos puedan ejercer este derecho, se debe considerar los principios de accesibilidad y equidad.

## **1.2 ALCANCE DEL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD**

El concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60. Fue en el

momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. Esta preocupación por el “desarrollo social” partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo. La preocupación por el avance del socialismo fue uno de los motivos que precipitaron estas políticas (Comes, Y.; 2006:15).

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarán a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer.

Al igual que la mayoría de los conceptos de las ciencias sociales, el estudio de accesibilidad debe considerar sus límites de espacio y tiempo. Lejos de ser atemporal y universal, el concepto de accesibilidad está restringido a cierta manera de concebir y llevar a cabo las funciones de aliviar el dolor, afrontar la enfermedad y promover el bienestar. Decir que algo es accesible vale tanto como decir que está fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y, finalmente, alcanzarlo, ...”Por tanto, tiene sentido hablar de accesibilidad sólo cuando las funciones mencionadas, al menos en sus principales componentes, no se dejan al propio individuo, sino que más bien se delegan en cierta persona u organización”. (Frenk, J. 1985:440).

Si el concepto de accesibilidad ha de tener su propio nicho empírico, debe referirse a un conjunto muy específico de fenómenos. Por tanto, se sugiere que el dominio de la accesibilidad se restrinja al proceso de buscar y recibir atención. También se incluye en esta mirada el hecho de que son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.

Esto nos lleva a considerar el concepto en su complejidad, incluyendo en su análisis su dimensión relacional. Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. “Dicho esto, definimos accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios...” (Stolkiner y Otros (2000).

El análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud, requiere de una articulación

con el análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario, el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas. Es necesario plantear la complejidad que se entretiene en los saberes y prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud a la hora de hacer ejercicio de un derecho. Por eso, el acceso a servicios de salud, aunque no es un funcionamiento per se, puede transformarse en la capacidad de estar saludable y tener una larga vida. Ello es un funcionamiento valioso que, a su vez, permite el desarrollo de otras capacidades.

Apostamos, como explicita Navarro (2008), a que, “una política pública de salud debiera mejorar la calidad de vida de la población, disminuyendo las distancias sociales y aumentando la solidaridad y cohesión social, por esto, una vez más, nos posicionamos desde una perspectiva de totalidad que aporte a entender este problema de salud colectiva...”<sup>8</sup>.

En relación a lo expuesto, nos parece pertinente destacar que entendemos por acceso. Tomando lo planteado por Comes (2006) quien denomina a la accesibilidad como “ una relación entre los servicios y los sujetos, en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse, un vínculo que se construye entre sujetos y servicios ...”. Es decir, el acceso no ocurre por la mera existencia de instituciones acordes a la problemática, sino que allí se interrelacionan factores de diversa índole. Un alcance amplio, en palabras de Ballesteros y Freidin (2009):

“ se debe tener en cuenta al menos tres factores: los factores demográficos, los de estructura social y los de información; los que dan cuenta de medios disponibles para obtener atención de salud a nivel comunitario e individual; y las condiciones de salud percibidas por las personas. “ Hay equidad en el acceso cuando su utilización se explica por factores demográficos y de necesidades de salud, hay inequidad, cuando se explica por la estructura social, información, creencias y concepciones de salud o distintos recursos, cuando alguno de estos determina quién recibe el cuidado ...”. (Ballesteros y Freidin, 2009:525).

Es fundamental entender nuestra profesión en relación a la desigualdad por clases

---

<sup>8</sup> Esta perspectiva de salud colectiva hace referencia a la determinación social de la salud como procesos sociales complejos que se expresan en relaciones de explotación y exclusión múltiple (clase social, género, etnia), manifestándose en determinantes sociales de la salud de manera particular y concreta. LopezArellana, 2013.

sociales ya que el objetivo de esta tesina refiere a dar cuenta de esa desigualdad para acceder a los servicios de salud, nuestra profesión nace y es demandada en el plano de lucha de clases.

“Queda claro que los servicios sociales surgen como resultado de un período de intensas luchas y reclamos. Es decir, la clave está en entender que no es por el pedido de limosna ni por las acciones de caridad que surge el Trabajo Social, sino que se relaciona con los reclamos de las organizaciones de trabajadores, es decir, no fueron demandas individuales sino demandas colectivas ...”. (Oliva, 2008:56).

De esta manera, se hace necesario mencionar y conceptualizar intuitivamente como accesibilidad la posibilidad de atravesar ese espacio imaginario (incluidas las barreras) que existen entre uno y otro. (Stolkiner y Otros 2000).

Continuando con este análisis, en términos de accesibilidad, nos resulta sumamente interesante Adherir y retomar cuatro dimensiones de la accesibilidad, siendo la alternativa más utilizada la de diferenciar entre accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural.

**Accesibilidad geográfica:** se entiende por accesibilidad geográfica a aquella relacionada con las distancias entre los beneficiarios y los servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles.

**Accesibilidad económica:** La accesibilidad económica refiere a la capacidad financiera de las personas en relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos, realización de estudios y otros costos derivados

**Accesibilidad administrativa:** La accesibilidad administrativa atiende a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos

**Accesibilidad cultural:** Finalmente, la accesibilidad cultural se focaliza en los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural entre los profesionales y la organización del servicio, por un lado, y los beneficiarios, por el otro.

### **1.3.- UNA MIRADA A NIVEL MACRO DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA**

Como cada sociedad no cuenta con las mismas opciones de libertad efectiva, surgen contextos de desigualdad mediados por factores sociales, económicos y políticos que expanden las brechas de inequidad en los diferentes grupos poblacionales respecto al resultado en materia de capacidades y de oportunidades.

Por lo tanto, es posible hablar de desigualdad de oportunidades, desigualdad de acceso a posibilidades de “ser” o “hacer”; desigualdad de ingresos, educación, salud o de otros indicadores de logro social; así como desigualdad en términos de participación y de influencia política. Así, la desigualdad es resultado de una combinación de elementos y no se puede explicar por una causa aislada.

Algo parece evidente, la enfermedad y la muerte no se distribuye en forma equitativa: los países pobres, los barrios marginados y los individuos más necesitados padecen una discriminación social múltiple: disponen de menos recursos socio-económicos, tienen menos poder en la toma de decisiones, disponen de una peor atención sanitaria y están más expuestos a los factores de riesgo que empeoran su salud. Las clases sociales más desfavorecidas, los pobres, los explotados, los trabajadores precarios, los desempleados, los migrantes y los excluidos, sufren en carne propia la peor epidemia de nuestros tiempos: las desigualdades sociales.

#### **1.3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD**

Según (Rubiales, MH y Otros, 2008), Es el conjunto de factores personales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones y son:

-Biología: (condicionado por la herencia genética): variables personales y no modificables entre las que destacan la edad y el sexo.

-Los estilos de vida: (o conductas de salud). Por ejemplo: consumo de alcohol, drogas, sedentarismo, alimentación saludable, etc.

-Medio ambiente: factores físicos, químicos, biológicos, socioculturales, psicosociales, económicos, etc.

-Sistema de asistencia sanitaria: se concreta a través de su calidad, cobertura, acceso y gratitud.

Los determinantes sociales juegan un papel decisivo en la salud colectiva y que por parte de los profesionales de la salud, prácticamente no se valoran. Los mismos autores Benach, J. Muntaner, C. (2005), señalan que, “con este modelo las verdaderas causas de las enfermedades (que son las sociales) desaparecen y que esta es la ideología dominante en la sociedad actual”. (P:38)

“ La visión social más común, la ideología sanitaria dominante, indica que el origen de las enfermedades radica en tres grupos principales de causas: la biología y la genética, los hábitos o conductas personales , y el uso de los servicios sanitarios..” (Benach, J. Muntaner, C. 2005:95)

Los determinantes sociales no implican tanto al individuo produciéndole enfermedades sino que más bien son un asunto colectivo. “un gran número de gente expuesta a un pequeño riesgo puede generar muchos más casos de enfermedades que un pequeño grupo de gente expuesta a un gran riesgo” (Benach, J. Muntaner C. 2005:31).

Los determinantes sociales de salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder, y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Mediante un documento “los hechos probados” se analizaron Algunos determinantes sociales que condicionan la salud, tanto estructurales como conductuales: las pendientes sociales, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo y el desempleo, el apoyo social, la adicción, los alimentos y la práctica del ejercicio, el transporte, etc, demostrando a través de una revisión bibliográfica y con la colaboración de investigadores ingleses (pioneros en este tema), la extraordinaria susceptibilidad de la salud ante un entorno social. (Wilkinson, R. G. Marmot, M. 2006:12).

En los últimos años se han aplicado varios modelos para crear marcos que faciliten el análisis de los determinantes sociales y el diseño de intervenciones. El modelo creado por la Organización Mundial de la Salud, divide en dos bloques los aspectos que se relacionan con

los determinantes de la salud. Los determinantes estructurales y los determinantes intermedios de la salud.

- **Determinantes Estructurales:** Son aspectos relacionados con el contexto social y político, y se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y a la distribución de poder y recursos dentro de ella, incluye la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas, sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social), la cultura y los valores sociales.

Las características de este contexto socioeconómico y político influyen en la posición social que las personas ocupan según su estatus, género y etnia, y según su educación tendrán una ocupación que influirá en sus ingresos. Estos aspectos son eje de desigualdad social.

- **Determinantes intermedios:** Vienen preestablecidos por los determinantes estructurales, y entre éstos se encuentran las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo) los factores conductuales, biológicos y psicosociales como redes sociales, el estrés y la percepción de la vida propia o hábitos de vida (adicciones, dieta, ejercicio físico, etc).

También hallamos aquí los sistemas de salud que, aunque contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades de salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos, pueden repercutir en peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar.

Otro punto interesante es la cohesión social, hay investigaciones que apuntan a esta como factor protector ante las desigualdades en salud.

A continuación se desarrollara una revisión bibliográfica sobre los determinantes sociales de salud desde una perspectiva mundial, nacional y local:

a) **A nivel Mundial:** La Organización Mundial de la Salud es un referente mundial en cuanto a temas de salud, y, con respecto a l tema que nos implica, ha desarrollado en el 2005 una comisión de determinantes sociales de la salud, con el fin de que ofreciera asesoramiento sobre cómo mitigar las inequidades persistente en el mundo. Esta comisión, entre otras misiones, se ha dedicado a elaborar un informe “closingthe Gap in a generation”<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Publicado en Agosto de 2008.

El informe evalúa el impacto de los determinantes sociales y realiza recomendaciones para atajar las causas de la desigualdad (la distribución de poder, recursos y riqueza) con el objetivo de mejorar las condiciones de vida diaria y lograr la equidad en salud.

Se insiste en el informe en un enfoque multidisciplinario, incluyendo a todos los sectores de la sociedad desde la política. El informe pide medidas a los gobiernos y los que elaboran políticas, a las organizaciones internacionales y a la sociedad civil.

El informe incluye tres recomendaciones generales:

1. “Mejorar las condiciones de vida diaria” incide sobre todo en la importancia del desarrollo saludable en la infancia y los efectos de un desarrollo pobre durante toda la vida, también en la planificación urbana para mejorar las condiciones de vida de la gente. Dar importancia al medio ambiente: ecología, al empleo, al medio en el que se vive y a los sistemas de protección social. Con respecto al sistema sanitario pone el acento en la atención primaria como herramienta para llegar a todos y de acceso universal.

2. “Abordar la distribución desigual de poder, dinero y recursos”. Responsabilizar a las altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud, equidad y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin, fortaleciendo también la financiación pública, que se regularicen bienes y servicios perjudiciales para la salud (tabaco, alcohol), igualdad de género. Incrementar la inversión en programas de salud sexual, asegurar la participación de los individuos en la toma de decisiones relativas a la salud, convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial.

3. “Evaluar y comprender el impacto de la acción”. Medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones, disponiendo de sistemas de seguimiento sistemático determinantes sociales. Promover la investigación, sensibilizar a profesionales y a la población.

b) A nivel Nacional: La crisis económica y financiera mundial sin lugar a dudas tiene una fuerte repercusión sobre los determinantes sociales, especialmente en términos de aumento de la pobreza, pérdida de empleo, trabajo en negro, etc. Pero una adecuada ordenanza, se debería constituir una barrera importante para esta crisis.

Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios; en primer lugar es un imperativo moral reducir las inequidades en salud;

en segundo lugar es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general. En tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales, que dependen de una mayor equidad en salud.

El gobierno cumple una función importante en la mediación de la participación con el objetivo de facilitar la habilitación en el trabajo hacia una representación pública equitativa a través de mecanismos específicos para llegar a grupos sin representación suficiente, y en logro de la legitimidad y el tratamiento de los intereses de conflictos de intereses de aquellos que alegan ser representantes de la comunidad.

- c) A Nivel local: La salud es comprendida como una construcción social en donde varios factores se conjugan condicionando sus niveles de expresión en una comunidad y un territorio. Estos factores reciben la denominación de determinantes sociales y expresan las condiciones básicas necesarias para que las personas puedan lograr niveles asequibles de salud que les permitan vivir con dignidad.

Hoy más que nunca, la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituye la principal preocupación de la sociedad. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud.

La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocidas como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de las inequidades en materia de salud son debidas a los determinantes sociales.

Hay una necesidad de entender a “todos los fenómenos como un entero, como una totalidad”, el análisis de los factores sociales y de salud, que actualmente atraviesa el trabajador rural ha adquirido importancia ante la evidente creciente de que lejos de disminuir, estas condiciones aún permanecen y se incrementan.

Un informe de la organización Mundial de la salud señaló que los determinantes importantes del mejor estado de salud estaban fuera del sistema de salud, dado que ellos

incluyen una buena educación, un medio ambiente limpio y seguro. Esto implica considerar a la salud como un derecho humano y parte fundamental del derecho a la vida, así como un deber del Estado. La salud es un proceso integral que pasa por condiciones de vida digna, empleo saludable y en condiciones adecuadas, acceso a servicios básicos como agua de calidad, educación para desarrollar ciudadanía, alimentación adecuada, medioambiente saludable, sin violencia y servicios de atención de salud accesibles y de calidad en todos los niveles. La salud depende críticamente de la cantidad y distribución de la riqueza a través del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de vida.

Entre los factores que se asocian a la población vulnerable, la edad, la irregularidad laboral, los niveles culturales, las formas de hábitat, la desvinculación familiar, el estado de salud, el abandono, etc.; deben ser analizadas con mayor frecuencia y profundidad.

### **1.3.2 DESIGUALDADES Y BARRERAS EN SALUD**

Las investigaciones de salud pública de las tres últimas décadas muestran sin ningún género de dudas como el estado de salud de una determinada población se debe, sobre todo, a las condiciones de empleo y trabajo, a la vivienda, al medio ambiente, y a otros muchos factores sociales-, estar desempleado o tener un empleo precario, habitar una vivienda sin condiciones adecuadas, vivir en un barrio pobre y contaminado, no tener acceso a agua potable o a alimentos suficientes y nutritivos, no disponer de los equipamientos sociales y los servicios sanitarios adecuados, determina a la vez la mala salud de esas personas y la aparición de desigualdad en la población.

Podemos definir la desigualdad en salud como aquellas diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural, y que son injustas, puesto que se generan a través de situaciones inaceptables que se deben y pueden evitar. La desigualdad en salud afecta sobre todo a los grupos más oprimidos y explotados de la sociedad, tiene también un importante componente geográfico ya que estas clases sociales viven muchas veces en barrios marginados y sufren una explotación, exclusión y opresión social múltiple: tienen menos recursos económicos, menos poder político, peor atención sanitaria y servicios sociales, están más expuestos a factores de riesgo dañino para la salud, ya sean estos de tipo social, laboral o ambiental. Sin embargo, es importante también señalar que el conjunto de la sociedad se ve afectada por la desigualdad social en salud.

La Comisión de Determinantes Sociales de salud de la OMS, ha analizado recientemente las causas globales de las desigualdades en salud, considerando que las más importantes que generan los principales problemas de salud tienen que ver con los problemas genéticos, con “elecciones individuales”, como la mala alimentación o el hábito de fumar o, en otro plano, con el escaso acceso o mala calidad de los servicios sanitarios disponibles.

Las desigualdades en salud son definidas por Benach y Muntaner (2009:23) como “aquellas diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural.

A continuación mencionaremos algunos rasgos básicos sobre las desigualdades en salud:

- Son ubicuas: abarcan todas las áreas, como un zoom, desde los continentes, países, regiones, ciudades, barrios y se manifiestan a través de diversos indicadores que se pueden estudiar, por ej: tasas de mortalidad, tasas de morbilidad, peores hábitos de Vida relacionados con la salud, menor utilización de los servicios sanitarios a igual necesidad.
- Son enormes: muestran una gran magnitud, quienes viven en una posición económica privilegiada tienen mucha mejor salud que la población más desfavorecida.
- Son graduales: a medida que descendemos de la escala social, en el nivel de riqueza, de educación, la salud también empeora gradualmente. Es decir, las personas que no sufren pobreza, por estar situadas por debajo de otras en la escala social, tienen más riesgo de enfermar. Las investigaciones recientes dicen que lo que más influye en la salud son las desigualdades relativas, es decir, en comparación con el contexto en el que se hallan, no las absolutas o mundiales.
- Persisten y van en aumento: la sociedad cambia y las enfermedades varían, pero el gradiente de diferencias en salud es injusta y evitable.
- Son adaptativas: los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la

salud. Es decir, el uso y calidad de la asistencia sanitaria varía en sentido inverso a las necesidades de la población.

Cabe resaltar que las desigualdades en salud hacen referencia solo a la descripción de las diferencias o disparidades entre indicadores. No todas las desigualdades en salud son injustas porque, y como nos recuerda Berlinguer no podemos negar las imprevisibles combinaciones genéticas, las biografías de los sujetos y las libres elecciones de los individuos que nacen y crecen diferentes. Sin embargo, cuando las desigualdades son innecesarias, evitables e injustas, entonces esas desigualdades se convierten en inequitativas.

### **1.3.3 INEQUIDAD Y EQUIDAD EN SALUD**

La inequidad en salud ha sido definida por la OMS (1991) como “las diferencias que son innecesarias y que se pueden evitar; y que al mismo tiempo son inaceptables e injusta”.

“la inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una equidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad...” (Hernández M.2012:170)

Desde el trabajo social nos planteamos la equidad sanitaria social considerando la manera en que las desigualdades influyen en las experiencias de la salud, para comprender de qué manera la historia del trabajador rural se interrelaciona con otras dimensiones de inequidad social creando modos diferenciales de transitar los procesos de salud.

Así, según la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, urbana o rural, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección del cual gozan las personas enfermas. En tal sentido, la Comisión de Determinantes Sociales en Salud recomienda que, para mejorar las condiciones de salud y su distribución, se hace necesario identificar la cadena causal que da cuenta de las bases sociales de las

desigualdades e inequidades en salud que a su vez configuran diferencias sistemáticas en los logros en salud.<sup>10</sup>

#### El concepto de equidad dentro del campo de la salud: breve repaso histórico

La equidad en el campo de la salud no puede desligarse de la equidad en general y de la justicia social. No estamos frente a un conocimiento nuevo sino, en todo caso a un “redescubrimiento” de lo que ya era sabido y defendido por europeos y latinoamericanos a mitad del siglo XIX y por la medicina social latinoamericana contemporánea, a saber: que la salud de las poblaciones no es independiente de la organización social.

Actualmente, agencias internacionales tales como la OMS/OPS, la fundación Rockefeller y el Banco mundial, redescubrieron una vez más este viejo problema de la equidad en salud, al punto que la OPS acabó convirtiendo en concepto de equidad en el eje fundamental de su cooperación técnica con los países de la región. No obstante, las desigualdades sociales en salud se profundizan.

La meta salud para todos de la asamblea de la OMS en el '77 y la posterior declaración de Alma-Ata en el '78 con su propuesta de atención primaria de la salud (APS) como estrategia, ya planteaban el principio de justicia social y el criterio de equidad como parte de sus postulados. La equidad se refiere fundamentalmente al logro de la accesibilidad de toda la población a servicios de salud.

Es aceptado que en la calidad del PSEA influyen diferentes factores como: condiciones biológicas, estilos de vida, condiciones de vida y de trabajo, accesibilidad a los servicios de salud y/o otros servicios públicos, ubicación social, etc. Dentro de todos esos factores, se considera que las desigualdades originadas por diferencias biológicas o estilos de vida individuales y/o grupales no pueden ser clasificadas como inequidades. Estas ideas han llevado a que la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como inequidades a “aquellas diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino además se consideran como injustas ...”

Un reporte de la OMS define a la equidad de la siguiente manera:

---

<sup>10</sup>Organización mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales en salud.

“La equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse” (Whitehead, M. 1991).

Las discusiones entre equidad e igualdad llevan a una rica discusión conceptual. Teniendo en cuenta el criterio que define dichos conceptos, partimos en pensar y definir una atención en salud para y con los pobladores rurales. Algunos autores señalan que, “detrás del concepto de equidad está el de injusticia mientras que detrás de las desigualdades hay una fuerte connotación moral y política...” (Kart, E. et.al. 1993). Para estos autores hay tres posibles situaciones en la relación equidad y desigualdad:

- a) Desigualdad con inequidad: servicios públicos más accesibles para grupos más privilegiados
- b) Inequidad sin desigualdad aparente: buena oferta de servicios pero sin afectar a los grupos más desfavorecidos
- c) Desigualdad aparente sin equidad: los recursos son asignados de manera desigual a fin de compensar a los grupos más desfavorecidos.

Los criterios para definir equidad en salud son varios, no obstante existen propuestas que lo operacionalizan y en relación a la atención proponen: “igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos...” (Whitehead, M. 1991).

Cuando se hace referencia a la equidad en salud podemos visualizar la integración de dos campos diferenciados pero estrechamente relacionados:

- El ámbito de la salud está integrado por tres dimensiones (acceso a servicios de salud, calidad de la atención y resultados de salud).
- Y el ámbito social de salud, conformado por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, que expresan en condiciones concretas de vida y trabajo de grupos sociales particulares, en donde se sintetizan las contradicciones de clase, género, etnia/origen y edad/generación.

- La equidad no significa que todos deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que deben considerarse las necesidades de cada uno.
- Toda inequidad es una desigualdad pero no toda desigualdad es una inequidad, pues una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable.
- La equidad es la “lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias”.

A modo de síntesis, esta perspectiva nos permite comprender que las formas que asume la salud, la enfermedad y la muerte de los individuos y su colectivo, tienen su origen en la organización social. A su vez, reafirma que estas cambian con el proceso histórico, político, económico y social conforme a las relaciones de poder y dominación que allí se expresan.

## **CAPÍTULO II: LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN RURAL DEL LAGO ARGENTINO**

En este capítulo se pretende analizar el proceso vincular entre la población rural de Lago Argentino y los servicios de salud locales como el Hospital SAMIC, Formenti y CIC Cerro Calafate. Por último, se realizará una descripción de las principales estrategias de intervención en la atención primaria llevadas a cabo en la población rural de la zona.

### **2.1 - CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL EN ARGENTINA Y SANTA CRUZ**

En la Argentina se utiliza actualmente una acepción de lo rural, acuñada en Francia en el siglo XIX, cuyo criterio principal de diferenciación rural-urbana es la cantidad de habitantes

por localidad:

- Población rural: dispersa – agregada en menos de 200 habitantes.
- Población urbana: 200 habitantes y más.

Las zonas rurales son áreas de gran extensión, con población dispersa, habiendo pequeños asentamientos poblacionales con grandes distancias entre sí. Desde un enfoque sociocultural, puede asegurarse que en estos lugares (a excepción de los nucleamientos más importantes) los valores culturales ancestrales tienen jerarquía y contribuyen a mantener al hombre en una interacción con el medio, en equilibrio.

Los espacios rurales se caracterizan al menos por tres elementos:

a) La relación con el medio natural, ya sea a través del uso de los recursos y servicios naturales para la producción agropecuaria, como por su aprovechamiento en otro tipo de actividades, como la recreación y la residencia.

b) La poca densidad de población relativa, si bien enmarcada dentro de una gran variabilidad de situaciones, pero claramente diferenciadas de la urbana si utilizamos escalas detalladas.

c) La existencia de redes territoriales que articulen los ámbitos dispersos y los centros poblados de diferentes tamaños, estando estos según sea la situación, fuertemente ligados al medio rural...”. (Reboratti, C. y Castro. H, 2007:99)

Santa Cruz nació con la producción ovina como principal economía. El campo era la principal actividad de una provincia caracterizada por la permanente migración y por una extensión de más de 240.000 kilómetros cuadrados, con tierras áridas y una diversa conformación en la producción ganadera. La zona sur es la mayor producción con pocos establecimientos cerrados. La zona norte se califica como la más afectada por la explotación minera y petrolera, lo que llevó al cierre de varias estancias o el alquiler de las misas a las empresas (Santa Cruz tiene 900 estancias, 400 están abandonadas principalmente en zona Norte)<sup>11</sup>. Hay grandes extensiones de tierra sin fines productivos, por lo que la cabeza de

---

<sup>11</sup>Informe especial: Diario Tiempo Sur.

ganado ha disminuido sustancialmente. Se calcula que la hacienda en Santa Cruz pasó de nueve millones en los años 50 a tres millones en la actualidad.

Con la falta de servicios esenciales para mejorar la calidad de vida de los trabajadores rurales, hubo tres factores externos que repercuten desfavorablemente en el desarrollo de la actividad productiva. A) El volcán Hudson fue calificado como un “golpe de gracia” para muchos estancieros en zona norte de Santa Cruz. Hubo establecimientos rurales que nunca lograron recuperarse de las pérdidas de sus cosechas y principalmente, de la pérdida de ganados; B) La gran nevada ocurrida en 1995 también generó una pérdida irreparable para muchos establecimientos rurales. “la recuperación del sector ganadero es muy lenta porque son procesos biológicos y requiere de una gran inversión que se recupera a largo plazo y C) La última sequía, en el 2010, condujo al sector a solicitar la emergencia agropecuaria, declarada durante el 2011 y que subsidia a los establecimientos rurales durante el tiempo que la emergencia perdure. La crisis económica mundial es otro factor incidente en el sector rural que exporta el 90% de su producción ovina al mercado chino y Europeo. La caída en las ventas ha podido equipararse con el incremento de la lana, donde Santa Cruz se posiciona segunda a nivel nacional.

Como consecuencia de estos procesos, se observa una reconversión de la actividad de las estancias hacia el turismo, de manera complementaria con la actividad tradicional o por reemplazo.

## **2.2 ANTECEDENTES DE LA POBLACIÓN RURAL EN LA ZONA, UN RECLAMO HISTÓRICO, LAS HUELGAS RURALES 1920-1921**

En la provincia de Santa Cruz se lleva a cabo una “historia de pobres gauchos que quisieron tocar el cielo con las manos” (Vega, 2002:247).

Las huelgas rurales tuvieron lugar en la Patagonia argentina en 1920-1921. Fue una revuelta donde los trabajadores de las estancias, del frigorífico Swift y de los almacenes y comercios de la región se organizaron en torno a la sociedad obrera de oficios; varios de Río Gallegos, para reclamar por las mejoras de sus penosísimas condiciones de trabajo; extenuantes jornadas de trabajo “de sol a sol”, salarios miserables pagados en muchas ocasiones

con vales o fichas que debían obligatoriamente canjear en las mismas tiendas de las sociedades ganaderas o instalaciones muy deficientes que no reunían las mínimas condiciones de higiene. La protesta, en la que se ocuparon estancias y se retuvo a algunos capataces y administradores, fue dirigida por los argentinos José Font alias “Facón Grande” y Albino Arguelles, los chilotes Roberto Triviño Cárcamo y Jose Luis Descouvieres Mansilla y los españoles Ramon Usterelo y Antonio Soto Canalejo. Una mayoría de huelguistas eran chilenos que habían venido a trabajar a las estancias del lado argentino.

Inicialmente los anteceditos aceptaron parte de la demanda de los trabajadores, afirmándose un convenio que sin embargo no fue respetado por los patrones:

“Primero: Los suscriptos se obligan dentro de términos prudenciales que las circunstancias locales y regionales impongan, a las siguientes condiciones de mejoramiento económico y de higiene:

a.- Las habitaciones de los obreros serán amplias y ventiladas reuniendo las mayores condiciones de higiene posibles; en cuanto a las cabinas, se entiende que éstas serán de madera con colchones de lana;

b.- La luz de la sala común será por cuenta del patrón y también el fuego durante los meses de invierno;

c.- Además del domingo, los obreros tendrán libre medio día en la semana;

d.- La comida será sana, abundante y variada;

e.- Cada estancia tendrá un botiquín de auxilio con sus instrucciones en idioma nacional;

Segundo:

a.- Los patrones se obligan a pagar a sus obreros un sueldo mínimo de cien pesos moneda nacional, alojamiento y comida, no rebajando ninguno de los sueldos que excedan actualmente esa suma;

b.- Cuando el número de los obreros sea de 15 a 25, se pondrá un ayudante de cocina, y dos cuando el número de obreros sea de 25 a 40; excediendo de 40 obreros se pondrá un

panadero;

c.- Los ovejeros mensuales que tengan que conducir arreos de hacienda fuera de las respectivas estancias cobran 12 pesos moneda nacional diarios, independientemente de sus sueldos y mientras conduzca el arreo;

d.- Los campañistas mensuales percibirán veinte (20) pesos moneda nacional por cada potro de amanse, fuera del sueldo que tuvieran asignado los carreteros percibirán la misma cantidad por cada novillo en las mismas condiciones.

Tercero: Los patronos se obligan y de hecho reconocen a las sociedades obreras legalmente constituidas: entiéndase que deberán gozar de personería jurídica. Los obreros podrán o no pertenecer a esas asociaciones pues sólo se tendrá en cuenta la buena conducta de cada uno.

Cuarto: Los obreros se obligan, por su parte, a levantar el paro actual de campo, volviendo al trabajo en sus respectivas faenas inmediatamente después de firmar este convenio. Río Gallegos, 30 de enero de 1921". (Bayer, Osvaldo. 1974:35)

Tras el incumplimiento del acuerdo y la consiguiente reanudación de las protestas, los estancieros exageraron deliberadamente los daños causados por los huelguistas, a los que acusaron de simples bandoleros y reclamaron a las autoridades el envío del ejército para sojuzgar a los jornaleros con el apoyo de Sociedad Rural de Río Gallegos, los terratenientes solicitaron la intervención militar para restablecer el orden.

El presidente de Argentina, Hipólito Yrigoyen, envió al coronel Héctor Benigno Varela que desembarcó en Santa Cruz con el regimiento de caballería número 10 "Húsares de Pueyrredón", con instrucciones precisas de acabar con la revuelta a cualquier precio. Los mismos militares que llegaban para reprimir a los trabajadores eran conscientes de sus miserables condiciones de vida: (...) abundan las situaciones de notoria injusticia en el trato que se dispensaba a peones, empleados y obreros en la mayoría de las estancias y establecimientos industriales del sur del país (...) (Capitán Anaya). (Bayer. O. 1974)

Se trató de un verdadero exterminio de obreros que los militares argentinos justifican como una acción puramente defensiva ante una supuesta invasión Chilena; muchos de esa nacionalidad fueron fusilados.

El ejército argentino se cubrió de vergüenza y deshonor al matar jornaleros indefensos, sumando la complicidad del gobierno chileno cerrando las fronteras para impedir el paso de

los huelguistas, evitando así su huida, otro de los que colaboró en la matanzas de los obreros fue José Menéndez Behety que durante toda su vida puso en pie un sistema económico tremendamente injusto en el que su inagotable fortuna descansaba sobre el acaparamiento de tierras, el exterminio de indígenas y el trabajo en condiciones miserables de los peones rurales.

En las estancias de Menéndez no había ninguna ley que protegiera a los trabajadores que, literalmente, Carecían de cualquier derecho laboral; la colaboración de los hijos de José Menéndez en la brutal represión se manifestó de muy diversas formas y se puede comprobar de diferente formas: la primera en estancia Anita (herencia materna) que fue escenario de una de las ejecuciones masivas más vergonzosas en diciembre de 1921, donde alrededor de doscientos peones indefensos fueron inmediatamente fusilados sobre el terreno y, en acuerdo con la iglesia católica y los misioneros salesianos que, con su silencio cómplice, favorecieron durante casi medio siglo la ocultación de las masacres. Ninguno de los religiosos fue capaz de un gesto de recuerdo para los infelices obreros, que fueron asesinados, perseguidos, humillados y despreciados “como perros”, ningún rastro de su trágica epopeya en la multitud de libros escritos por historiadores salesianos.

### **2.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LAGO ARGENTINO**

El departamento de Lago Argentino se encuentra ubicado en la Provincia de Santa Cruz, la cual limita al Norte con la provincia de Chubut, al Oeste y al Sur con la República de Chile y al Este con el mar Argentino.<sup>12</sup>

El Lago Argentino es el más grande de la república Argentina por su superficie de 1560 Km<sup>2</sup>; se compone de un cuerpo principal y de algunas ramificaciones o brazos: brazo Upsala, brazo Norte, brazo Rico y brazo Sur. El lago Argentino da origen al Río Santa Cruz que desagua en el océano Atlántico. El color especial de sus aguas se debe a un fino producto de la unión de los glaciares, llamado leche glaciaria.

### **2.4 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL DE LAGO ARGENTINO**

La salud rural se construye a pulso gracias a los profesionales que de manera voluntarias y sumando horas de jornada laboral realizan campañas en la zona rural del lago argentino, lo cual se lleva a cabo por la falta de respuesta del estado provincial, quien es el

---

<sup>12</sup> Mapa en anexo.

máximo responsable y debe garantizar el acceso a la salud a todos sus habitantes; en la actualidad no parece estar encuadrado oficialmente en el plan estratégico de salud de la provincia de Santa Cruz.

El departamento de lago Argentino tiene un 11,6% de su población residiendo en áreas rurales, donde las actividades rurales significativas son la ganadería ovina y sus derivados (lana y exportación de carne); y a pesar de la gran dureza geográfico- climático, gran parte de la población rural prefiere la vida en su lugar de origen.<sup>13</sup>

La actividad laboral de los trabajadores rurales está bien diferenciada:

- Empleo permanente: en general se refiere a una contratación a tiempo principalmente para el personal indeterminado, utilizada principalmente para el personal que reside en las estancias. mayoritariamente, en esta categoría se encuentran: ovejeros, puesteros, peones generales de campo, cocineros, capataces, etc. Estos trabajadores tienen algún tipo de calificación y/o especialización, aunque el mercado laboral en este segmento es poco dinámico y de escasa rotación. Suelen quedarse muchos años con el mismo empleador, con el cual su edad promedio resulta marcadamente alta.
- Empleo transitorio: más conocido como “por día “, refiere a trabajadores contratados por tiempo determinado para colaborar puntualmente en las épocas de trabajo específicos (esquilas, señaladas, baños rodeos, etc), .en su mayoría, son trabajos realizados por empleados de baja calificación, que residen en el establecimientos solo el tiempo por el cual son contratados, lo que puede ir desde una semana hasta un par de meses, en dos o tres momentos del año. El empleo en este estrato es muy dinámico, su demanda es puntual, aleatoria y la rotación suele ser alta.
- Servicio de temporada: acotados principalmente a las tareas de esquila, una vez al año en época estival. Son realizados por contratistas, quienes forman cuadrilla de esquila con trabajadores especializados en estas labores específicas. El contrato suele ser por la temporada, desde agosto a febrero; y dado que las cuadrillas van migrando en consonancia con los meses de esquila de cada provincia, están en cada establecimiento solo el tiempo necesario para realizar esa tarea, moviéndose de una estancia a otra. La mayoría de los trabajadores de

---

<sup>13</sup> Disponible en [www.censo2010.indec.gov.ar](http://www.censo2010.indec.gov.ar) (consultado, 02 de septiembre de 2014)

temporada que se desempeñan en estas comparsas de esquila se caracteriza por su calificación específica según el puesto en la cuadrilla, su origen geográfico heterogéneo, lo acotado de su periodo de actividad y su carácter nómada.

Cabe señalar que dichas condiciones laborales que adquieren los trabajadores rural, principalmente el empleo transitorio y temporal, tienen una gran importancia, que influyen de manera desfavorable, no solo en el aspecto laboral, si no en todos los aspectos económicos y sociales; la exclusión histórica hacen que hoy día este grupo poblacional padezca mayor vulnerabilidad y exclusión social, en particular respecto de las condiciones de vida de la población urbana.

## **2.5.- UNA MIRADA A NIVEL LOCAL DEL SISTEMA DE SALUD**

Las desigualdades sociales e inequidades en salud entre los individuos y grupos sociales, son provocadas por múltiples factores y en diferentes ámbitos que interactúan de forma compleja. Estos factores incluyen las condiciones materiales individuales dentro de las cuales las personas viven; la cohesión social; los factores psicosociales, conductuales y biológicos; así como el funcionamiento del sistema de salud.

Por lo tanto, la situación del contexto rural predispone del comportamiento de la salud, ya que la presencia de ciertos determinantes condiciona la capacidad de contar con una vida larga y saludable, y ello se expresa en situaciones de desigualdad y de inequidades en salud que obstaculizan el desarrollo de la población rural del Dpto. de Lago Argentino.

Por todo lo anterior es que el acceso al sistema de salud no solo depende de las características socioeconómicas, educación, sexo, etnia, etc; si no también del lugar de residencia.

En efecto, el problema que dio origen a esta investigación estuvo anclado en la posibilidad de determinar la relación existente entre los pobladores rurales y los servicios del sistema de salud local, detectando y conceptualizando las situaciones de desigualdad y barreras que impiden el acceso. Esto nos lleva a un análisis en su dimensión relacional, pensando en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Dicho esto,

definimos accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Stolkiner y Otros, 2000).

Este trabajo de investigación tiene como base la participación y experiencia realizada en el año 2017-2018 junto al equipo de profesionales del Hospital SAMIC de El Calafate, y se trata de un abordaje interdisciplinario<sup>14</sup> e integral, para atender la demanda de salud de la población rural del Lago Argentino, con ejes centrales en APS (atención primaria de salud), la cual se la define como una estrategia integral que opera transversalmente en todos los niveles de atención. Teniendo en cuenta la forma en la que los pobladores rurales perciben a la salud como el proceso salud-enfermedad-atención, se propone aportar una mirada compartida sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado.

Así, la estrategia de APS se propone dar una respuesta integral a los problemas de salud de la población rural, abarcando las actividades de promoción y prevención desde un enfoque que hace hincapié en la participación social, como así también, busca una permanente mejora de la calidad de atención en el sistema de salud. (Noelia Rodriguez y Jimena Lafit<sup>15</sup> y otros, 2013).

En base a esto, las autoras también dicen que, un sistema de salud basado en APS implicaría, “valores como derecho al mayor nivel de salud posible, equidad y solidaridad; dar respuesta a las necesidades de la población; orientando hacia calidad, respuestas y rendición de cuenta de los gobiernos, justicia social; sostenibilidad, participación e intersectorialidad”. Con elementos tales como “recursos humanos adecuados; recursos adecuados y sostenibles; acciones intersectoriales; cobertura y acceso universal; primer contacto; atención integral, integrada y continua; orientación familiar y comunitaria; énfasis en la promoción y prevención, cuidados apropiados; mecanismos de participación activa; marco político legal e institucional sólido; políticas y programas pro-equidad; organización y gestión óptima”. Concluyendo así que el principal objetivo de APS es entonces, poder alcanzar el mayor nivel de salud, al mismo tiempo que pueda maximizarse y garantizarse la equidad del sistema de salud. basado en un enfoque

---

<sup>14</sup> Un equipo interdisciplinario se caracteriza, porque empodera a sus miembros, estimula la creatividad, promueve el trabajo y aprendizaje mutuo, admite la idea de implementar cambios y aceptar responsabilidades, permite desarrollar el potencial de cada integrante, habilita a comunicarse abierta y directamente, adopta una actitud de colaboración con otros equipos (pares), mejora la capacidad de aprender de otras disciplinas y al mismo tiempo, mejorar el manejo de la propia disciplina (Muñoz Arce, 2019).

<sup>15</sup>Lic. en Trabajo Social, residente en tercer año del Dr. Alejandro Korn. Melchor Romero, 2013.

de derechos e interculturalidad y una mirada compartida sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado.

En esta instancia se priorizó la detección y el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, el mismo se propuso como objetivos y metas:

- Relevamiento de la población rural de las estancias bajo el límite de influencia de la ciudad de El Calafate.
- Confección de Historia Clínica digital a los pacientes relevados.
- Rastreo e identificación de patologías prevalentes en dicha población.
- Completar el Carnet de Vacunación correspondiente a cada grupo etario.
- Realizar las derivaciones correspondientes, facilitando el acceso a turnos a aquellos pacientes que se consideren necesarios.
- Entrega de botiquín de primeros auxilios a cada estancia relevada.

El relevamiento de sanidad rural “Rastreo de Enfermedades Crónicas no transmisibles en la población rural del Lago Argentino 2017”, se inició con un recorrido en ambulancia (único medio de movilidad), que nos permitió llegar a cada estancia, las cuales se encontraban con área de influencia en El Calafate, mediante cinco rutas establecidas previamente (ver anexo), conformado por un equipo interdisciplinario integrado por: médico, Enfermero, Trabajador Social, Policía Rural, agentes sanitarios y promotores/as de salud.

En dicho recorrido se completaron planillas (ver anexo) destinadas a registrar y evaluar la población objetivo, el rastreo de patologías prevalentes y enfermedades crónicas no controladas, y las condiciones sociales en las que se encuentra dicha población.

Se evaluaron carnets de vacunación y, en algunos casos se completó el esquema correspondiente a cada grupo etario en el lugar.

Se realizaron derivaciones correspondientes a pacientes con cuadros de salud más complejos, facilitando el acceso a través del servicio social hospitalario.

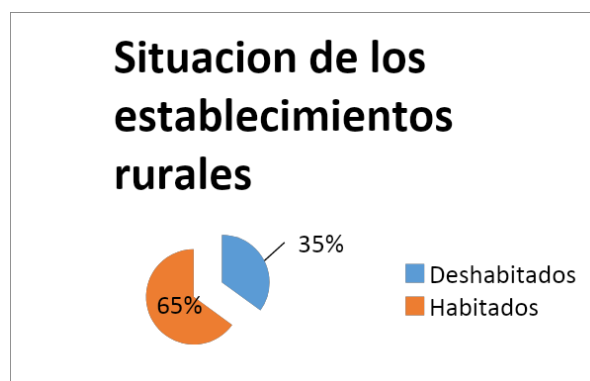
Luego del relevamiento, se creó un registro de la población en forma digital y se les confeccionó una Historia Clínica digital para aquellas personas que aún no contaban con la misma.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Durante abril del año 2017 se llevó a cabo la campaña de Salud Rural de aquellos establecimientos que se encontraban bajo el límite de influencia de la ciudad de El Calafate; en la misma participaron los equipos de Inmunizaciones, Servicio Social, Medicina Social y Salud Comunitaria y promotoras de salud con el objetivo de acercar un equipo interdisciplinario desde el cual abordar las problemáticas de salud de los Trabajadores Rurales desde diferentes aspectos, priorizando en esta instancia la detección y el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Dada esta primera aproximación sobre el perfil de la ENT en la población rural y teniendo en cuenta las particularidades de dicha población, sostengo la necesidad de construir una definición colectiva de salud, no solo en lo relacionado con el proceso de salud-enfermedad-atención, articulando sin contradicciones en las estrategias de cuidado, las estrategias de prevención y promoción que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud.

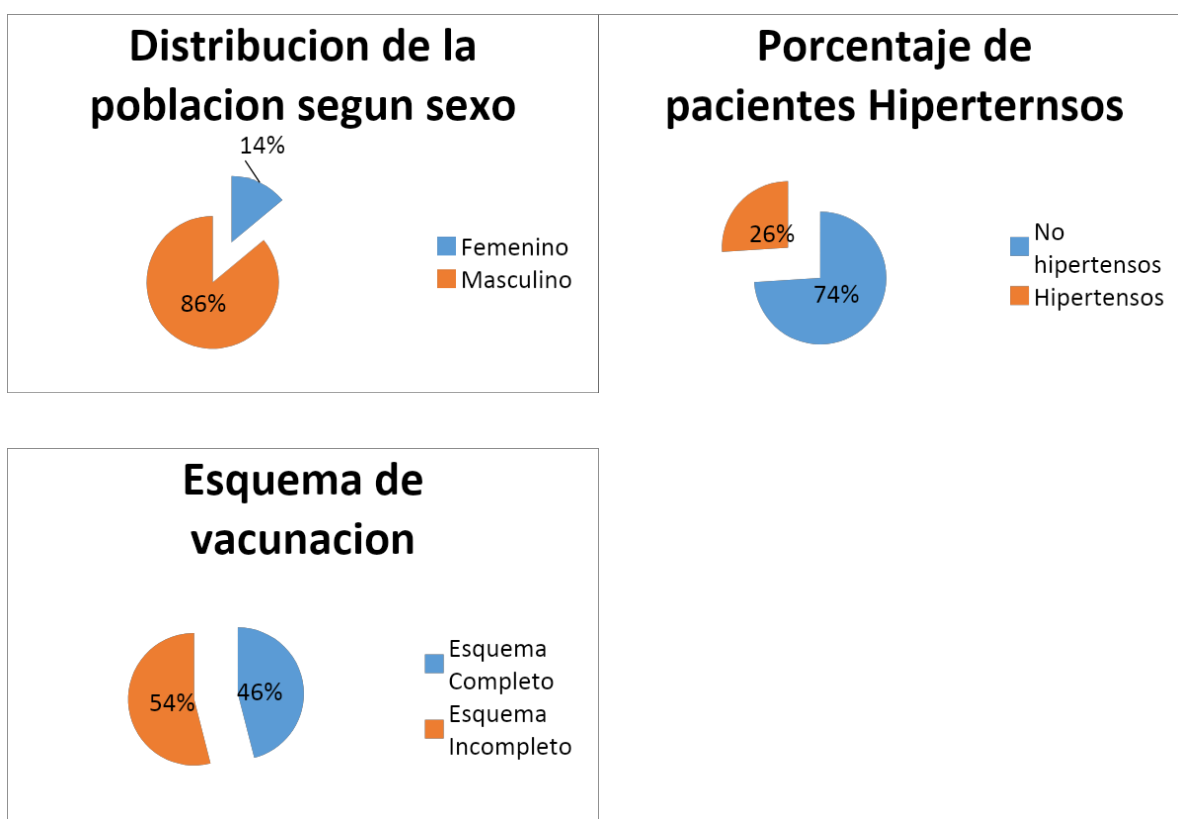
Se visitaron un total de 31 establecimientos ubicados en los márgenes del Lago San Martín, Lago Tar, Lago Viedma, Lago Argentino, Lago Roca, Río Santa Cruz, Río Leona y Río Guanaco. De los mismos, encontramos 20 de ellos habitados (lo que corresponde al 65%) y 11 deshabitados (lo que corresponde al 35% del total).



Fuente: Datos elaborados en “Sanidad rural 2017”,

Se relevaron un total de 35 Trabajadores Rurales correspondiendo su gran mayoría a personas del sexo masculino (86% del total), a los cuales se les realizó controles de salud, por ejemplo, examen físico completo, vacunación y asesoramiento con respecto a condiciones sociales y laborales, se gestionaron turnos y derivaciones para atención, coordinación con otras instituciones, así como asignación de seguimiento de aquellos casos que así lo ameritaron por su complejidad, además se entregaron botiquines de primeros auxilios y se capacitó en cada establecimiento para realizar las primeras atenciones previos a llegada al hospital.

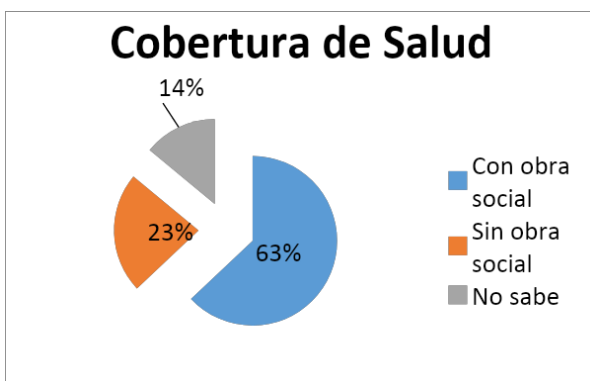
En cuanto al esquema de vacunación contaban con carnet de vacunación completo 16 personas correspondiendo al 46% del total, mientras que 19 personas no contaban con el carnet completo (54%) y fueron colocadas en las respectivas estancias.



Vacunas colocadas	
<b>Antigripal</b>	15
<b>Doble Adultos</b>	10
<b>Antineumocócica</b>	7
<b>Hepatitis B</b>	3

Fuente: datos recolectados de “sanidad rural 2017”

En cuanto a los indicadores sociales, nos focalizamos en la cantidad de trabajadores en blanco, relevando sobre la cobertura social de los mismos, encontrando que 22 de ellos poseían cobertura (63% del total), mientras que se encontraron 8 sin cobertura de Obra Social (23%) y 5 que desconocían si poseían o no cobertura (14%). Por otro lado, del total de trabajadores, 16 no tenían Historia Clínica en el Hospital local, por lo que los incorporó al sistema informático del Hospital con las respectivas evoluciones por parte de los profesionales intervinientes.



Fuente: Datos recolectados de “Sanidad rural 2017”

Consideramos necesario también, para las próximas campañas, por un lado, la utilización de vehículo 4x4, ya que quedaron pendientes algunas estancias y puestos que no pudieron ser relevados, debido a las malas condiciones de los caminos y por otro, la incorporación a las campañas de Personal Veterinario para la atención de animales domésticos, ya que es una demanda que se presentó en los diferentes establecimientos y que creemos pertinente en relación a la prevención y promoción de la Salud.

TABLA DE DATOS DEL RELEVAMIENTO						
Establecimiento	Ocupación	Sexo	Edad	Esquema vacunación	HTA	OS
NibepoAike	Si	M	22	C	-	+
NibepoAike	Si	M	47	C	-	+
NibepoAike	Si	F	64	I	+	+
NibepoAike	Si	M	40	C	-	+
NibepoAike	Si	F	24	I	-	+
NibepoAike	Si	M	47	C	-	+
NibepoAike	Si	M	51	I	+	+

NibepoAike	Si	M	35	I	-	NS
Parador Rio Mitre	Si	M	62	I	+	-
Cerro Buenos Aires	Si	F	43	C	-	+
Cerro Buenos Aires	Si	M	37	C	-	+
La Soledad	Si	M	15	C	-	+
El Refugio	Si	M	62	I	-	-
La Rosita	Si	M	66	I	+	-
Las Torrazas	Si	M	75	I	-	+
La Martina	Si	M	64	I	-	+
Santa Margarita	Si	M	54	C	+	NS
Santa Margarita	Si	F	53	C	-	NS
Santa Margarita	Si	M	61	C	+	NS
Los Cerros	Si	M	39	I	-	NS
Los Cerros	Si	M	40	I	-	+

San Agustin	Si	M	31	I	-	-
El Mangrullo	Si	M	76	C	-	+
La Irene	Si	M	24	C	-	-
La Irene	Si	M	84	I	-	+
Puesto fijo Vialidad	Si	M	34	C	-	+
El Tranquilo	Si	M	59	C	-	+
El Tranquilo	Si	M	41	I	-	-
Cerro Fortaleza	Si	M	56	C	-	-
ChuniAike	Si	M	59	I	+	+
La Porfia	Si	M	83	I	+	-
La Porfia	Si	M	64	C	+	+
La Angostura	Si	M	57	I	-	+
La Querencia	Si	M	54	I	-	+
La Querencia	Si	F	53	I	-	+

Punta del Lago	No
La Meseta	No
La Laurita	No
San Martin	No
Vi Aike	No
Santa Margarita	No
Condor Cliff	No
Bon Acord	No
La Catalina	No
La Unión	No
El Sociego	No

Fuente: datos recolectados de “sanidad rural 2017”

### **2.5.1 FACTORES SOCIALES OBSERVADOS:**

Análisis y descripción:

**ABANDONO:** El abandono es un factor social presente entre los pobladores rurales, como se refleja en el gráfico, durante las entrevistas se ha manifestado la dificultad de trasladarse a la localidad más cercana por falta de movilidad y ausencia de patrones, “el no dejar la estancia solá” es uno de los mayores compromisos que asumen o en algunos casos la única razón (cuidado) por la que permanecen durante años en el campo.

- Definición: Ausencia o ruptura de un lazo afectivo de relaciones entre las personas, que a menudo acarrea el olvido de las obligaciones materiales o morales concomitantes y provoca sentimientos de frustración.

#### **DESVINCULACIÓN FAMILIAR:**

Este fenómeno también está presente en la vida cotidiana de los trabajadores rurales pero a la vez lejos de ser miembro activo de su grupo familiar, ya que durante el diálogo han referido la falta de vínculos con su grupo familiar.

- Definición: El tema de la desvinculación familiar remite a la situación particular de uno o más miembros cuando han comenzado a dejar de pertenecer o ya han perdido su pertenencia en la propia familia y a la serie de modificaciones que ello implica en el ámbito de la estructura y funcionamiento familiar en su conjunto.

**VIOLENCIA:** La violencia verbal, física, patriarcal, etc., es un fenómeno presente y frecuente en nuestra sociedad, y un problema fundamental de los derechos humanos y la salud pública. Este fenómeno que atraviesa todas las clases sociales se observa en el medio rural, falta de alimento, calefacción y vivienda adecuada, exigencias de tareas sin ser remuneradas, etc. Son factores que desencadenan la violencia en el medio rural. (revisar estructura argumental de este punto)

- Definición: La violencia es un comportamiento deliberado que provoca daños físicos o psíquicos a otra persona a través de amenazas, ofensas o el uso de la fuerza.

**PRECARIEDAD LABORAL:** es un fenómeno complejo y sus causas se vinculan y afectan otros elementos del sistema global: político, social, cultural y económico”. Este factor principal es el que desencadena y sitúa al trabajador como, “trabajador clandestino” o “trabajador en negro”, este se caracteriza por ser el principal problema de los trabajadores Rurales que se encuentran sin ser registrados ante la Ley.

- Definición: Se denomina precariedad laboral al estado de situación que viven las personas trabajadoras que, por razones diversas, sufren procesos que conllevan inseguridad, incertidumbre y falta de garantía en las condiciones de trabajo más allá del límite considerado como normal.

ESCASOS CONTROLES DE SALUD: Factor de mayor relevancia en la zona rural, acceder al sistema de salud es el principal obstáculo que se le presenta a los trabajadores, pese que al goce de un buen estado de salud garantiza el desempeño laboral, entre los entrevistados son muy pocos los que se han realizado un control de salud en los últimos tiempos y sin embargo por su trabajo a la intemperie, los esfuerzos excesivos, movimientos repetitivos, posturas anormales, exposición a productos químicos, ruidos, vibraciones, radiaciones solares, exposición a microorganismos son factores de riesgos presentes cotidianamente.

- Definición: Muchas personas se han acostumbrado a vivir con un estado de salud deteriorada, influenciadas por el entorno social o familiar de sus vivencias personales que le imposibilitan contrastar con otras situaciones de mayor acceso a la atención sanitaria y, en ocasiones, la falta de apoyo o soluciones por parte de los profesionales de la salud, entre otras razones.

ANALFABETISMO: Es un factor presente en el ámbito rural, la falta de conocimiento, la incapacidad de escribir y leer condicionan y determinan su cultura, cabe destacar que la salud y enfermedades son entendidas en su propio contexto.

- Según las Naciones Unidas, una persona analfabeta es aquella que no puede ni leer ni escribir un breve y simple mensaje relacionado con su vida diaria.

ALCOHOLISMO: El alcoholismo, consecuencias de excesos en la ingesta de bebidas alcohólicas es una variable de muchas frecuencias ligadas a una cultura de valores propios del hombre de campo en estas latitudes. La soledad y aislamiento en las lejanías que habita, lo exponen a situaciones que determinan un importante deterioro en su salud general.

TABAQUISMO: El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor. Según la OMS el tabaco es la primera

causa de invalidez y muerte prematura en el mundo. El hábito pasivo y la soledad son los mayores causantes de este hábito en el medio rural.

**MALNUTRICIÓN:** La malnutrición es una de las amenazas más graves de la humanidad, pues se calcula que aqueja a más de la mitad de la población mundial. Es el resultado de una carencia crónica de alimentos o de un consumo insuficiente de las sustancias de alto valor nutritivo indispensables para la salud. Los pobladores rurales de la zona se alimentan de carne vacuna y ovina.

### **CAPÍTULO III: LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL.**

#### **3.1.- DIVERSIDAD CULTURAL**

La evidencia de las diferencias y desventajas de la diversidad cultural no es un tema actual, históricamente se ha hablado de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. Es menester, por lo tanto, exponer algunos conceptos teóricos que nos permitan visibilizar distintos aspectos de la temática que se aborda, con el fin que tal profundización nos ayude a mejorar nuestra comprensión de los fenómenos que se despiertan en la convivencia entre culturas.

El acceso diferenciado a la salud en relación a la clase social se inscribe en un contexto de desigualdad mayor. En este sentido, siguiendo a Diderichsen, F. Evans, T. y Whitehead, M. (2002), sostienen que “El contexto social subyacente y la estratificación social pueden conducir a una distribución no equitativa de las consecuencias sociales de la mala salud...”. Por lo cual, la determinación social de la salud genera que los procesos sociales se subsumen a los procesos biológicos, es decir, que las condiciones externas a las que las personas están sometidas (en términos de situaciones de pobreza, vulnerabilidad social, diversidad cultural y étnica, falta de acceso a la higiene y sanidad, entre otros) sean responsables de las problemáticas de salud. En términos de López Arellano (2013), las relaciones que se configuran en torno a la vulnerabilidad y exclusión se expresan en condiciones concretas que determinan la salud, traducéndose en desigualdades sociales y sanitarias mensurables. Es por este motivo que cabe hacer un especial apartado respecto al acceso a la salud por parte de los pobladores rurales.

Poder pensar en estos términos nos habilita a problematizar que esta realidad no solo

es así por condiciones geográficas, sino que las barreras se dan en términos económicos, culturales, simbólicos, etc. Ponemos énfasis en la dimensión psico-socio-cultural de la accesibilidad, a la que se propone a partir del concepto de interfaz social<sup>16</sup>, en tanto espacio de actualización de discontinuidades sociales, en el que se encuentran actores que poseen diferentes racionalidades culturales o que forman parte de grupos sociales diferentes.

Teniendo en cuenta el vínculo existente entre el sistema de salud local y la forma en que los pobladores rurales atraviesan y le dan sentido al proceso de salud-enfermedad-atención, se debe considerar la preferencia de los usuarios<sup>17</sup> y el impacto de la atención recibida, así también como sus creencias relativas a la salud, en particular a las teorías explicativas de la enfermedad, las cuales pueden estar influidas tanto por la etnicidad y la cultura, como por creencias grupales o personales. A su vez, debemos mencionar el rol de las creencias y actitudes de los profesionales, destacándose como factores la dificultad que se presenta para transmitir información de manera comprensible a los usuarios o su escasa sensibilidad para trabajar con diferentes culturas o géneros. En tanto se pone de manifiesto que tanto los usuarios como los profesionales pueden formar parte de grupos sociales diferentes, con diferentes creencias, percepciones, concepciones y expectativas diferente, lo que puede llevar a conflictos, desacuerdos, así como a una atención y tratamiento insatisfactorio.

Entendiendo que la accesibilidad es un vínculo construido entre los usuarios y los servicios de salud, es fundamental atender la representaciones, las creencias y la cultura tanto de los pobladores rurales como a los marcos de sentido construidos por los profesionales y los servicios de salud, asumiendo las dificultades para la articulación entre sus creencias y culturas.

Esta vinculación existente entre el usuario-servicio de salud y profesional debe ser pensada desde un enfoque intercultural, que promueve la igualdad de trato entre los diferentes grupos culturales y considera a la salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimientos con las creencias y las prácticas tradicionales/ medicina tradicional/social,<sup>18</sup> al momento de

---

<sup>16</sup>Un espacio conflictivo en el que se articulan marcos de sentido diferentes, en este caso el de los profesionales y el de los pacientes. Esto permite abordar los procesos complejos de apropiación, traducción y reconfiguración de los conocimientos y recomendaciones que se dan en este vínculo. Landín y Col. 2014. Hacia un marco conceptual para pensar la accesibilidad cultural.

<sup>17</sup>Usuarios: Pobladores Rurales.

<sup>18</sup> Práctica que visualiza otro modo de concebir la salud/enfermedad y la atención primaria dentro de grupos con diferentes creencias.

enfrentar una enfermedad.

### **3.2.- INTERCULTURALIDAD EN SALUD**

Si bien el concepto de interculturalidad en la práctica de salud es un concepto reciente, que busca reivindicar a los diferentes grupos humanos y su derecho a la identidad cultural, presenta grandes dificultades de adaptación para los servicios de salud y sus profesionales.

Los términos de interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y otros semejantes se han introducido en el discurso y en la práctica de la salud pública en los últimos años, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias o similitudes e implicancias. Una ya abundante y creciente literatura médico-científica, utiliza estos conceptos y, diversas iniciativas, públicas y privadas, algunas de alcance local y otras de alcance nacional en muy diversos países, afirman fundamentarse en estos conceptos, sin embargo, una simple revisión de sus alcances y orientaciones nos muestra una diversidad que pareciera semejar la diversidad cultural sobre la que se fundamentan estos conceptos. Esta realidad tiende a confundir al profesional de la salud que, por limitaciones derivadas de su formación académica tradicional exclusivamente en biomedicina, está muy alejado de las ciencias sociales y carece, por tanto, de una trama conceptual con la cual adentrarse en las complicaciones de la incorporación de los aspectos culturales de la medicina tradicional/ alternativa.

De esta manera la interculturalidad<sup>19</sup> puede ser conceptualizada como la relación entre varias culturas diferentes que comparten el mismo entorno, que se realiza con respeto y horizontalidad. Es decir, que ninguna se pone arriba o por debajo de la otra. En esta relación intercultural, se pretende que personas de culturas diferentes, puedan entenderse mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otras u otros. De esta manera se facilita la apertura para ser escuchado y enriquecerse con las ideas de los demás. Dirección

---

<sup>19</sup> Se define: “entre culturas”, pero no refiere simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Supone complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; una interacción que reconoce y qué parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad que el “otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia (capacidad de actuar). Walsh (2015).

de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, SSA. (2003.)

Consideramos que las condiciones que determinan al sector rural del Lago Argentino, nos permite reflexionar sobre el concepto anteriormente definido, respecto a la relación existente entre el servicio de salud- profesionales y los pobladores rurales, desde un enfoque intercultural que intenta comprender y explicar la realidad de aquellos usuarios atravesados por una historicidad y una cotidianeidad, que le permite pensar y actuar según sus valores y contexto, es de donde debemos intervenir.

Ahora bien, es importante pensar en la interculturalidad en salud como un elemento que contribuye para que los servicios de salud y los profesionales de la salud aborden el tema desde una perspectiva integral y accesible para la población rural .

Entendemos a la interculturalidad en salud, como procesos que en los servicios de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad. La interculturalidad en la Salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección. Colunga. F. J & F. J. Álvarez (2013).

A modo de conclusión, afirmamos que la perspectiva intercultural es un enfoque teórico-político que pretende ver en la diversidad no una problemática sino un campo de experimentación y resolución de problemáticas humanas y ambientales. No supone sólo reconocer la diversidad, sino fomentarla para multiplicar las líneas de problematización-resolución cultural que sirva como núcleo para un diálogo intercultural en la mejora de las condiciones de existencia de los seres humanos y su entorno. Implica desarrollar no sólo programas de intervención/participación, sino también de formación que facilite la equidad cognitiva y el reconocimiento de principios de autoridad crítica.

### **3.3.- DERECHOS HUMANOS E INTERCULTURALIDAD**

En este sentido, conforme a los derechos derivados de la cultura, es decir, hasta donde alcanza el derecho a la diferencia, nos posicionamos desde un enfoque intercultural. Esta perspectiva implica pensar la igualdad de trato entre los diferentes grupos culturales, quienes

se encuentran en un lugar de opresión dentro de la sociedad.

El discurso de los Derechos Humanos<sup>20</sup> se torna una estrategia de muchos movimientos sociales para exigir su cumplimiento a los Estados; de allí, su importancia a pesar de sus limitaciones, como la que deviene de afirmar que todos somos iguales ante la ley cuando vivimos en una sociedad desigual basada en un sistema capitalista de explotación (Vinagre Silva: 2003). Así:

El discurso sobre los derechos humanos en América Latina surge como estrategia de lucha contra el autoritarismo ejercido por los Estados en las décadas del 70 y 80. Para frenar los abusos de poder, se construyó a partir de obligaciones negativas de los Estados (obligaciones de no hacer). Pero en los últimos años y especialmente con la incorporación de los derechos económicos, sociales y culturales, se fueron incorporando obligaciones positivas a los estados. (Peralta:S/f:23).

Por eso, creemos que en este contexto, los Derechos Humanos son una herramienta en la disputa por de la materialización de ciertos ideales<sup>21</sup>, ya que ante las desigualdades del sistema capitalista impuesto no todos/as se encuentran en la misma situación en tanto a la satisfacción/insatisfacción de sus necesidades y a las posibilidades de acceso a una mejor calidad de vida.

Con respecto al derecho a la salud, la Declaración Universal de los Derechos del Ser Humano (1948) decide en su artículo 23 que: “ Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo”.

En su artículo 25 afirma que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación y el vestido, La vivienda y la asistencia médica y los servicios sociales esenciales, tiene así mismo derecho a los seguros en

---

<sup>20</sup> Conjunto de derechos fundamentales que cada hombre, mujer, niño y niña posee por el solo hecho de pertenecer a la especie humana, por su propia naturaleza y dignidad. Son inherentes e inalienables y lejos de nacer de una concesión de la sociedad política, han de ser por ésta consagrados y garantizados. Guardan relación con aquellas situaciones problemáticas donde está en juego el respeto por la integridad de la vida y la vulneración de la dignidad humana. ( Ander- Egg

<sup>21</sup> Como el acceso a atención sanitaria gratuita, a una alimentación adecuada, así como la libertad de expresión y la no discriminación, entre otros.

caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Declaración Universal de los Derechos del Ser Humano, 1948).

Ahondar en una perspectiva de derechos que signe nuestra práctica como futuros profesionales del Trabajo Social, implica pensar en el acceso a la salud como síntesis del acceso a la ciudadanía por parte de la población rural del Departamento de Lago Argentino. Pensar en términos de ciudadanía

Implicó reflexionar en torno a las posibilidades y limitaciones de la ciudadanía como actividad deseable, direccionada a una profundización de la calidad de la ciudadanía y su extensión en correspondencia con la calidad y la extensión de la participación en la comunidad de pertenencia y con la democracia. (Aquin, 2004).

Nuestras intervenciones se sitúan en campos estratégicos frente a esta problemática, debido a que participamos en equipos de recepción ante esta demanda, en el sistema de salud por ejemplo, situación que implica compromiso y responsabilidad, en lo que respecta a la defensa de los derechos del poblador rural y a la lucha en contra de la desigualdad de clase, donde nos enfrentamos y damos contenido a las relaciones de disputa y puja con profesionales de otra disciplina, que con criterios de atender lo urgente dejan en evidencia la vulneración del derecho a la salud.

A modo de conclusión y en un intento de continuar con los intercambios, pensar desde la perspectiva de interculturalidad que permita que la población rural se apropie desde un fuerte sentido de pertenencia, combatiendo el modelo de salud-enfermedad dictado por el modelo médico hegemónico y por consiguiente la atención médica que se desprende de este, poniendo al sujeto no solo en un lugar de empoderamiento, sino que respetando su condición cultural, social y religiosa desde una intención integral de pensarse como protagonistas.

## **CAPÍTULO IV: EN BUSCA DE VISIBILIZAR LO INVISIBLE**

### **4.1 DE LA NEGACIÓN DE SU VISIBILIDAD A LA POSIBILIDAD DE SU CONSTRUCCIÓN COMO PROBLEMA SOCIAL**

Como punto de partida, la atención en salud en el medio rural presenta algunas modalidades y amplias variaciones en contextos marcados por la dispersión geográfica, el deterioro de los caminos, medios de comunicación precarios y población aislada entre otras problemáticas, donde a través de la práctica se busca visibilizar los derechos vulnerados, desnaturalizando situaciones que parecen estar establecidas, siguiendo a Carballeda "La intervención en lo social implica, develar estas circunstancias, hacerlas visibles en la esfera de ese "otro", desnaturalizando los escenarios en los que se construye día a día en mundo de la vida" (Carballeda, 2008:90). A su vez, menciona que "se interviene, muchas veces, en el olvido de que existe un "detrás de la escena" que, no por ser invisible deja de condicionarla y construirla. La intervención, desde este aspecto, se presenta como un mecanismo que hace ver aquello que está por detrás, más allá de su telón de fondo" (Carballeda, 2013:82). El propósito del Trabajo Social se halla en este punto, donde la intervención profesional busca indagar las desigualdades y barreras que limitan el derecho a la salud de la población, como un fenómeno social complejo que atraviesa todos los aspectos de la reproducción social de las personas y su comunidad. A su vez, la intervención visualiza cotidianamente, aquella realidad que el Estado como garante principal de los derechos humanos no logra percibir.

Las problemáticas sociales como desigualdades sociales, forman parte de la cuestión social y se presentan como un verdadero desafío para las políticas públicas y la legislación, ya que demuestran la vulneración de derechos, la incertidumbre, el desencanto y las nuevas formas de construcción de procesos de estigmatización ligados a grupos sociales determinados (Rozas Pagazza, 2004).

Dicho de otra manera, la cuestión social es aquello donde la sociedad manifiesta y evidencia aquellos problemas que vulneran sus derechos y de la comunidad, y a los cuales el Estado debe buscar la forma de brindar la respuesta y garantizar el pleno desarrollo de los derechos humanos.

La intervención profesional se desarrolla en la zona rural del Departamento Lago Argentino de la provincia de Santa Cruz, esta región heterogénea desde el punto de vista político, cultural, productivo, geográfico y poblacional presenta un llamado de atención respecto a la articulación con el sistema sanitario local, el cual está integrado por un hospital de alta complejidad (nacional), un hospital distrital (provincial) y un centro de salud comunitario (cic); se parte de la posibilidad de problematizar las desigualdades de acceso que existen entre el sistema sanitario local y la población en estudio, vislumbrar el deterioro de vida de los sujetos que pueden ser leídos con diferentes categorías (exclusión, vulnerabilidad, precarización).

La salud de esta población mencionada es atendida mayoritariamente en el sector de la salud pública y se direcciona fundamentalmente hacia tres áreas: el área del servicio social, por la posibilidad de la intervención de dar visibilidad como problema social a la cuestión de la población en el acceso al sistema de salud; en el área de las políticas públicas de salud en su reconocimiento como problema social, y el Estado como principal actor, que no haya constituido como problema las desigualdades que presenta la población al momento de acceder al sistema de salud.

De esta manera, los problemas de atención en la salud de la población rural, se podrían agrupar de la siguiente manera:

- Problemas de accesibilidad al primer y segundo nivel de atención
- Falta de medicamentos en el sector público (ausencia del programa remediar)

- Dificultades para garantizar los estudios complementarios.( falta de cobertura social, bajos ingresos
- Problemas de atención médica: falta de estrategia en la atención por guardia (solo se atiende la urgencia, no se deriva al segundo nivel para complementar estudios correspondientes).
- Falta de comunicación con el servicio social (quien tiene la tarea de acompañar, asesorar y brindar información necesaria).

#### **4.2- LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y LA CUESTIÓN SOCIAL.**

Es importante reflexionar sobre la intervención, por un lado, a través del proceso histórico en el cual se ha desarrollado nuestra profesión tomando en cuenta la experiencia contemporánea; y por el otro, a través de los diversos espacios de trabajo en los que ejercen los trabajadores sociales, algunos de ellos como parte de los campos tradicionales y otros que se desenvuelven como parte del surgimiento de los llamados campos emergentes para la profesión.

El trabajo social es una disciplina de las ciencias sociales, en el cual la intervención determina el propio quehacer profesional dentro de los problemas sociales que hacen a la cuestión social<sup>22</sup>. Esta disciplina está orientada por los ejes de la promoción, participación y socialización, además de lo asistencial.

Es decir que el campo profesional del Trabajador Social se estructura y caracteriza a partir de la especificidad de su intervención profesional, entendida como práctica específica y respaldada en saberes fundados y argumentados que establece el quehacer. En este sentido, se establece que:

---

<sup>22</sup> Se parte de la consideración de Cuestión Social que Margarita Rozas (2004) sostiene, considerándola como originada y emergente de la relación contradictoria entre capital-trabajo cuando las clases sociales hacen su aparición en el escenario sociopolítico, y cuando la clase trabajadora se evidencia como actor político y social. Agrega que la cuestión social se manifiesta en el despliegue de un conjunto de desigualdades cruzadas por aspectos políticos, económicos, raciales y culturales.

“La intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y dichas manifestaciones son las coordenadas que estructura el campo problemático”. (Rozas, 2004: 219)

El problema planteado y desarrollado a lo largo de la investigación, tiene especial relación con la formación, y se refleja comúnmente en la intervención profesional. Esto conlleva, en un primer momento, a reflexionar sobre el ejercicio profesional del Trabajador Social y, posteriormente, concientizar acerca del verdadero impacto que tiene nuestra labor en la solución a las problemáticas sociales.

La intervención en lo social es un complejo espacio de encuentro entre subjetividad y contexto, atravesado por lo histórico, social, cultural, político y lo territorial" (Carballeda, 2013:50). Por esta razón, en la investigación se ha desarrollado parte de la historia a nivel macro y micro, entendiendo que las desigualdades y barreras en el acceso a la salud son un proceso histórico que explican los acontecimientos y permiten entender el contexto actual de la población rural, generando que este grupo poblacional padezca mayor vulnerabilidad y exclusión social respecto de las condiciones de vida de la población urbana.

La cuestión social no solo se encuentra conformada por los problemas sociales, sino también por la forma en que el Estado resuelve los mismos, por acción u omisión. Castell, la define como:

"Una teoría fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia" (Castell,1995:16-17).

Por su parte, Carballeda expresa que:

"La noción de cuestión social, así la aproximación a lo subjetivo permite conocer con mayor profundidad los problemas sociales sobre los que se interviene. De ahí que la intervención comunitaria se aproxima a la noción de espacios micro sociales y también a la de escenario de intervención" (Carballeda,2013:79)

Dicho de otra manera, la cuestión social es aquello donde la sociedad manifiesta y evidencia aquellos problemas que vulneran sus derechos y de la comunidad, y a los cuales el

Estado debe buscar la forma de brindar la respuesta y garantizar el pleno desarrollo de los derechos humanos.

#### **4.3- SUGERENCIA DE INTERVENCIÓN SOCIAL**

Ante lo analizado y expuesto, resulta menester mencionar estrategias de intervención centradas en la promoción y prevención de la salud para la población rural. Ante ello se debería tener presente el marco legal de la profesión, desarrollando la implicancia de la Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072. La misma sustenta la intervención profesional en defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales. Esta Ley en su capítulo III art. 9, alude a las incumbencias del trabajador/a social. Entre ellas se encuentran:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;

b) Planes, programas y proyectos sociales.

A partir de los datos relevados en el presente trabajo, y enmarcado bajo la Ley 27072, se desarrollará a continuación una propuesta de intervención profesional que busca fortalecer el vínculo entre la población rural y el sistema de salud local. La propuesta se centra en la elaboración de un proyecto, focalizado en la atención primaria de la salud, con estrategias de promoción y prevención, con el objetivo de brindar a la población rural, equidad y accesibilidad al sistema sanitario.

El eje central del proyecto, estará dado en función de la atención primaria de la salud, la cual representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad, acercando la atención de salud al lugar donde residen, trabajan y desarrollan su vida las personas. Esta perspectiva, plantea la organización horizontal de los sistemas de salud, compartida con la comunidad, para resolver de forma conjunta e integral los problemas de

salud de la población, aspirando a que la atención sanitaria de la población sea equitativa, integrada, continua, permanente, accesible, adecuada, activa, y programada, garantizado criterios de justicia social e igualdad de oportunidades.

El proyecto de intervención propuesto para problemática en el acceso al sistema de salud de la población rural, se caracteriza desde una estrategia de abordaje basada en la APS, esta perspectiva, apela a la elaboración de estrategias que convocan a sectores de la población que no solo se reducen a instituciones formales. Es decir, intenta poder incorporar a las estrategias de abordaje de todos los recursos de salud que circulan en la vida cotidiana de los sujetos. Cuando los diálogos y las construcciones se dan entre culturas, donde se valoran y se respetan en relación de iguales y no en relaciones de dominación, empieza la construcción de una mirada compartida, seguramente diferente y muy probablemente más efectiva en el terreno de la praxis.

El mismo estará coordinado desde el área de Servicio Social del hospital Samic y conformado por un equipo interdisciplinario esencial de salud, que involucre a trabajadores sociales, médicos generalistas, enfermeros y promotores de salud, y que articule los dos niveles de gestión hospitalaria: el hospital Samic y el Cic Cerro Calafate, de gestión nacional y el hospital Formenti, de gestión provincial. Se llevará a cabo de manera trimestral, contando con estrategias de intervención basadas en acciones de intramuro y extramuro<sup>23</sup> para cada encuentro.

Intervención extramuro: En primera instancia, el grupo interdisciplinario realizará un relevamiento por las estancias de la zona del Lago Argentino, para poder evaluar las problemáticas y necesidades existentes dentro de la población rural y así poder establecer conjuntamente en torno a ellas un calendario de acciones de prevención y promoción de la salud, adaptado a sus necesidades y su contexto, lo cual aporte a enriquecer la construcción colectiva de la actual realidad social.

Desde cada disciplina se brindará el aporte correspondiente:

---

<sup>23</sup> Acciones que se llevan a cabo dentro y fuera del establecimiento de salud, que permitan identificar las necesidades de la comunidad y establecer medidas preventivas que contribuyan a mejorar la salud de la población de manera oportuna.

- Promotor de salud: Relevamiento de datos a través de la confección de planillas, destinadas a registrar y evaluar la población objetivo, el rastreo de patologías prevalentes y enfermedades crónicas no controladas, y las condiciones sociales en las que se encuentra dicha población.
- Enfermero: toma de presión arterial, evaluará los carnet de vacunación y de ser necesario se completará el esquema correspondiente a cada grupo etario en el lugar.
- Medico Generalista: detección y tratamiento de enfermedades crónicas, derivaciones correspondientes a los pacientes que fuere necesario facilitando el acceso bajo el sistema de turnos protegidos.
- Trabajador Social: Promover acciones en conjunto que den cuenta de la actual realidad social, identificando situaciones que puedan vulnerar los derechos de la población, como:
  - a) Orientar y asesorar en diferentes ámbitos de su vida cotidiana.
  - b) Promoción y prevención en aspectos de salud, respetando su condición, cultural, religiosa de género, etc.
  - c) Visualizar de manera conjunta las problemáticas relevantes que obstaculizan el acceso al sistema de salud local, buscando profundizar y desnaturalizar prejuicios, estereotipos y situaciones desigualdad y desventaja laboral que ocurren dentro de este ámbito, y que marcan diferencias entre las personas.
  - d) Ofrecer y facilitar medidas de apoyo e implementar los ajustes razonables necesarios para mejorar la accesibilidad, la toma de decisiones y la calidad de atención de las personas que ingresan al sistema de salud local.
  - e) Escucha activa, asegurando la privacidad y confidencialidad. Creer en su palabra, sin culpabilizar, sin revictimizar ni influenciar sus decisiones. Utilizar un lenguaje sencillo, formular preguntas simples, repetir las preguntas si fuera necesario.
  - f) Ofrecer el acompañamiento necesario de diferentes ámbitos y servicios que conforman el ámbito de salud.

En segunda instancia, a partir del establecimiento de un calendario con acciones de promoción y prevención, se pautarán visitas trimestrales con el equipo interdisciplinario, incluyendo a aquellos profesionales que no formen parte del equipo esencial, pero que puedan brindar aportes a la salud general de las personas de la población rural y atender patologías identificadas en una primera instancia, como nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, odontólogos, etc. con el objetivo de lograr un registro poblacional más completo y evaluar el seguimiento de la población ya relevada.

En tercera instancia, a partir de la visualización de problemáticas específicas, el equipo interdisciplinario podrá incorporar profesionales fuera del ámbito de la salud, enfocados en resolver cuestiones puntuales, y abordar el problema social en torno a la población rural desde una mirada interdisciplinaria e integral a todas las cuestiones sociales que la conforman.

Desde la investigación realizada y lo expuesto en el capítulo 3, considero necesario pensar la práctica en salud desde un nuevo modelo que tiene otro modo de concebir la salud/enfermedad.

Este tipo de modelo, como he desarrollado desde el enfoque de la interculturalidad, pensando en las diferencias y desventajas de la diversidad cultural, se acerca mucho a lo que es el modelo de la medicina tradicional-alternativa, ya que está creado para que las poblaciones se apropien de este concepto desde un fuerte sentido de pertenencia, combatiendo al modelo de salud-enfermedad dictado por el modelo médico hegemónico y, por consiguiente, la atención médica que se desprende de este, poniendo al sujeto no solo en un lugar de empoderamiento, sino que respetando su condición cultural, social y religiosa desde una intención integral de pensarse como protagonistas.

Es por ello que, para complementar a la propuesta de proyecto ante mencionado y posicionado desde el rol del trabajador/a social facilitando a la construcción de una mirada compartida sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado, a través de acciones de prevención y promoción que favorezca a encontrar nuevos senderos a favor de los usuarios.

Intervención intramuro: En esta instancia se propone generar espacios de diálogo dentro de la institución con los actores de salud involucrados en la atención y con los sujetos/as (pobladores rurales), estableciendo pautas que guíen a la integración de la medicina tradicional

con la alternativa e incorporando a la atención primaria de la salud. En este sentido, se considera que la medicina tradicional es:

La suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención de trastornos físicos, mentales y sociales, basados exclusivamente en la experiencia y en la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra (...) asimismo, la medicina tradicional puede considerarse como una “firme amalgama entre práctica médica activa y experiencia ancestral” (OMS, 1997, p.8).

Pautas a trabajar para lograr la integración :

1. El reconocimiento e incorporación de los usuarios practicantes de la medicina tradicional o alternativa, como por ejemplo, el uso de medicinas con base de hierbas, parte de animales y minerales, terapias sin el uso de medicación como el uso de la acupuntura, terapias manuales y espirituales.
2. Escucha, respeto y participación para un buen trato en la atención para con los usuarios.
3. Capacitación del personal para una mejor relación médico-usuario, usuario-institución de salud.
4. Atención gratuita, acompañamiento y vinculación con el equipo de salud.
5. Respetar su condición cultural, social y religiosa desde una mirada integral.
6. Pensar al usuario como sujeto/a protagonista.

Hay que considerar que esta relación implica un cambio de paradigma, no solo en la atención sino también en la preparación y formación de los profesionales de la salud, cambiando la manera de actuar no solo “sobre” los usuarios sino ya “con y para” los usuarios.

De esta manera se abre un espacio para poder abordar diferentes temáticas y luego poder problematizar estas situaciones, pensando en conjunto alternativas con potencial transformador.

El Trabajador/a social posee un rol protagónico en el diseño, planificación y ejecución de proyectos que se orienten a la promoción de los derechos humanos y a la participación activa de la comunidad. Es por ello que, para complementar el trabajo que se realiza desde el hospital Samic y ante la falta de políticas sanitarias por parte del Estado en detrimento a la problemática en cuestión, se propone que dicho proyecto aquí expuesto se oficialice, otorgándole un marco normativo y representativo para las instituciones.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

En primer lugar, esta tesina se desarrolla desde una perspectiva integral y de derecho, considero pertinente visibilizar la situación que presenta la población rural en el acceso al sistema de salud; esta mirada es indispensable para abordar cualquier situación que se nos presenta en el cotidiano del ejercicio profesional.

Los factores que se observan con respecto a tal cuestión son: El gran aumento de la población de El Calafate y zona de influencia<sup>24</sup> que requiere de la atención integral en salud, las grandes distancias que caracterizan históricamente a la población rural, escasez en la disponibilidad de turnos programados, la falta de respuesta de los casos recepcionados por el servicio de guardia para dar continuidad a los tratamientos indicados.

Independientemente de los relevamientos en las zonas rurales como nuevo modelo de abordaje, no se logra cubrir la demanda existente, de los entrevistados surge la necesidad de contar con visitas frecuentes del equipo interdisciplinario, como respuesta a esta problemática de la accesibilidad al sistema de salud por parte de la población rural.

---

<sup>24</sup> El hospital local de Alta Complejidad en salud, brinda prestaciones a todas las localidades de la provincia de Santa Cruz, zona Norte, zona Centro y zona sur.

En segundo lugar se observa que la accesibilidad al sistema de salud por parte de la población rural se presenta en este momento como un problema<sup>25</sup> social donde intervienen varios actores, por lo tanto tendrá varios supuestos:

- Tiene por supuesto que al ser “considerado” como problema social la sociedad reconoce que es algo que debe ser atendido.
- También se sostiene el supuesto que lo que debe ser atendido implica que se lo privilegiará entre otras cosas por ejemplo en el presupuesto Hospitalario.
- Y que mientras no sea resultado será un parámetro, algo que permitirá medir si los mecanismo de la sociedad tienen capacidad para solucionar lo que se ha considerado un problema.

En este sentido me interesa resaltar que lo que motiva en este trabajo es una preocupación sugerida desde mi intervención como Agente Sanitario al recibir la demanda de los pobladores rurales, el propósito de esta investigación se enmarca en la pregunta acerca de qué políticas públicas podrían atender mejor las condiciones de salud de la población rural del Dpto Lago Argentino.

La respuesta a este interrogante es que en la medida que el trabajo social deje que la intervención vaya marcando la finalidad de lo que debe investigar e investigue irá construyendo conocimientos.

En tercer lugar, este trabajo intenta ser un aporte a la constante lucha por lograr que los sujetos accedan a la salud pública, gratuita y de calidad. Esto implica un compromiso ético-político con sectores de la población a los que se le vulneraron, históricamente, muchos derechos, tal como continúa ocurriendo a pesar de los avances.

En cuarto lugar, planteó la intervención como posibilidad, posibilidad como construcción de sujetos de conocimientos, que generará nuevos saberes que construirán nuevos sujetos de conocimiento, en la medida que se hace visible lo que está invisible.

En último lugar, la intervención profesional se orienta al trabajo en comunidad desde una mirada en APS, por ende se debe tener en cuenta que el rol del trabajador social dentro de

---

<sup>25</sup> Lo que se define como problema es el resultado de una correlación de fuerzas de la sociedad en un momento determinado, tanto que podría definirse que lo que se excluye del temario público refleja una determinada hegemonía.

la misma se encamina a dinamizar y organizar a los grupos humanos para lograr en conjunto el mejoramiento de las condiciones de vida y participación activa en la toma de decisiones. En este sentido, Rozas Pagazza señala que “ el trabajo con la comunidad constituye un desafío importante en tanto su posibilidad de vinculación con los movimientos sociales y diversas organizaciones de la sociedad civil que profundicen las prácticas directas y de representación para afianzar las bases de la democracia y la defensa de los derechos humanos” (Rozas Pagazza. 1995:1).

En el contexto actual, nuevamente el Estado se achica y se reduce el financiamiento para políticas sociales universales, por lo que se vuelve fundamental proponer, elaborar y luchar colectivamente, por políticas integrales que no sigan fragmentando la problemática de salud integral de las personas, que incluye también necesidades como vivienda y alimentación adecuada, o acceso a la educación. En muchas ocasiones, la inclusión comunitaria de usuarios se dificulta por la falta de acceso y garantía de estos derechos.

#### BIBLIOGRAFÍA:

\_\_\_\_\_ (2005). “Trabajo Social y Persona”. El servicio social desde el paradigma humanista dialéctico. Buenos Aires: Ed. Humanist

\_\_\_\_\_ (2012). “Del Trabajo precario al trabajo decente”: Documento final de simposio de los trabajadores sobre política y reglamentación para luchar contra el empleo precario / oficina internacional del trabajo. (ACTRAV).- Ginebra: o.

- Abraam, Sonis y Martin De Lellis (2007). “salud y sociedad”. Buenos Aires. Ministerio de salud

- Ballesteros, M. y Freidin, B. (2015) “Sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la encuesta Nacional de la salud de factores de riesgo 2009”. En: Salud Colectiva 11(4). S/d.

- Ballestero, M (2014), “ Metodología, acceso a la salud, desigualdad social, salud”. B.s A.s. Instituto Gino Germani.

- Benach, J. y Muntaner, C. (2005), "La diferencia no es desigualdad" En: Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Cap.2 IAESP. Venezuela.

-Bendini. Mónica (2015). "Alternativa revistas de Estudios Rurales N°4". Buenos Aires: Edit. La colmena.

- Berlinguer, Giovanni (2007) "Determinantes sociales de las enfermedades". En. Revista Cubana de Salud Pública v. 33.

- Ballesteros, M. (2014) "Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios". Bs. As., Arg. Ed. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Disponible en:

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151022054933/dji41.pdf>

- Berlinguer, Giovanni. (2003) Ética de la Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires.

- Czeresnia, D. (2006), "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción" en Cuadernos de Salud Pública. S/d, s/d.

- Carballeda A. (2008) "Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto"; Ed. Paidós, Buenos Aires.

- Carballeda, A. (2013), "La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica", Ed. Espacio, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Carballeda, Alfredo (1998) "lo social y la intervención". Revista escenarios. Escuela superior de trabajo social. UNLP.

- Carlos H, Luparia (2001). "Trabajo rural en la Argentina". 5- Congreso Nacional de Estudios del trabajo: Aset.

- Castell R., (1977) "Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado"; Paidós; Buenos Aires

- Comes, Y. Solitario, R. y otros. (2006), “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”. S/d. S/d.
- OMS. (2008), Comisión sobre determinantes de la salud Subsana las desigualdades de una generación.S/d
- Dell’Anno, Amelia (2012) Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina compilado por María Alfonsina Angelino y María Eugenia Almeida. Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER. Facultad de Trabajo Social.
- Di Carlo (2005). “Bases de la metodología del Servicio Social”. La comunicación racional crítica. Mar del Plata: Fundación Paideia.
- Di Carlo y otros (1995). La comprensión como Fundamento de la investigación profesional. Cap. II. Buenos Aires: Ed. Humanistas.
- Diderichsen, F. Evans, T y Whitehead, M. (2002). “Bases sociales de las disparidades en Salud”. En. Desafío a la falta de equidad en salud. Parte I. Publicación científica N°585. OPS/OMS. Washington.
- F. J. Colunga & F. J. Álvarez (2013) Promoción de la Salud. Una perspectiva latinoamericana. Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn).
- Foucault, Michel (1993). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. En: La vida de los hombres infames. Buenos Aires. Ed. Altamira.
- Frenk, J. (1985). “El concepto y la medición de accesibilidad”. S/d. S/d.
- Gaceta Sanitaria, (2006).” Revista científica y órgano de expresión de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. (SESPAS). S/d, s/d.
- Klein, Emilio Soto Baquero, Fernando (2012). “políticas de Mercado de Trabajo y Pobreza Rural en América Latina”. Tomo II, Cap.I. Edit. FAO.
- Lafit, J. Rodríguez, N. Y otros (2013) "Atención Primaria de la Salud. Una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud" Ficha de cátedra. FTS-UNLP. S/d.

- López Arellano, O. (2013), “Determinación social de la salud”. Desafíos y agendas posibles. En: Divulgacao em Saúde para debate. N° 49:150-156. Rio de Janeiro. Brasil. S/d.

- Marchante, L. (2014), “Menéndez Rey de la Patagonia”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Edit. Losada.

- Montoya. G, Zapata. C y Cardona. B .2002:76. Ander Egg. diccionario Revista margen.

-Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15, de Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades”. 2007

- Montanaro, L Coord (2001). “Manual sobre derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras rurales”. Montevideo: Cinterfor, 136P. IL.

- Navarro, V. (2008). ¿Qué es una política nacional de salud?. disponible en: <http://www.vnavarro.org/wpcontent/uploads/2008/07/que-es-una-politica-nacional-de-salud-rev.pdf>. Consultado el 10 de noviembre de 2019.

- O. Salaverry. (2010). “Interculturalidad en salud”, Rev Peru Med Exp Salud Pública,

- Oliva, A. (2008) " Intervención y espacio ocupacional en los orígenes del Trabajo Social". Fch-UNCPBA, N° 1. Revista de Trabajo social, Plaza Pública.

-OPS (2007). Salud en las Américas. Washington, D.C.: 2v. (ops, Publicaciones científicas y tecnicas N°622). Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>

\_\_\_\_\_ (2005) “Determinantes sociales en salud”.S/d. S/d. consultado el 12 de Octubre de 2012. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

- (OMS).Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html>

- OMS (2007) “Derecho a la salud”. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- OMS, (2011), “Comisión sobre determinantes sociales en salud. Buenos Aires;
- Orozco, Anderson Henao (2014), La inclusión social de la discapacidad como tecnología biopolítica: una reflexión para el trabajo social en Revista Trabajo Social N.º 16. S/d.
- Guber, Roxana “El salvaje metropolitano”.Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Cap I. pag 171.
- Rozas Pagazza, M. (1984) "Políticas sociales y Trabajo Social", Ed. Humanitas, Buenos Aires.
- Rozas Pagazza, M. (2004) "¿Cómo asumir el estudio de la cuestión social y las políticas sociales en la formación profesional en Trabajo Social? "; Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Rozas Pagazza, M. (1995); "El Trabajo Social Comunitario en las actuales relaciones Estado - Sociedad"; Revista El Margen N°9
- Rubiales, MH. Portillo, RM. y Rodrigo, F (2008), “Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente”. S/d. S/d.
- Reboratti, C. y Castro, M. (2007), “Los espacios rurales en la Argentina actual”. S/d. S/d.
- Sánchez, Gonzalo (2011). “Patagonia Perdida”; La lucha por la tierra en el fin del mundo. Buenos Aires: Edit.Marea.
- Sen. A. (2000). “Desarrollo y Libertad”. Barcelona; Edi. Planeta.
- Starfield B. (2001. Atención Primaria. “Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología”. S/d.Editorial Masson.

- Stolkiner y Otros (2000). “La salud en crisis” un análisis desde las perspectivas de las ciencias sociales. Buenos Aires: Dunken.

- Wilkinson, RG y Marmot, M. (2006), Los hechos probados: los determinantes sociales de la salud. Ed. Española. Madrid.

- Desigualdad de Ingreso y Salud de la Población: una revisión y explicación de la evidencia. V° 62. P:1768-1784. S/d.disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605004375>,

consultado el 12 de Octubre 2019.

- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008), Las políticas para disminuir las desigualdades sociales. Gac. Sanitaria. S/d.

- OMS. (2005), “ Comisión sobre determinantes sociales de la salud”. S/d.

- Bayer, O. (1974), “ Los Vengadores de la Patagonia Trágica”. Bs. as. Edi

- Walsh, C. (2005) La interculturalidad en la Educación. Ministerio de Educación de Perú. Lima. Revista Margen N| 76. Marzo 2015

- Indec. (2010). Censo: Disponible en [www.censo2010.indec.gov.ar](http://www.censo2010.indec.gov.ar) consultado, 02 de septiembre de 2017.

- <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Diccionario-de-trabajo-social-Ander-Egg-Ezequiel.pdf>

Otras fuentes bibliográficas:

- Obra Social de los Trabajadores Rurales y Estibadores de la República Argentina. (OSPRERA). Consultado el 12 de octubre de 2019.

- Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores. (RENATRE). Consultado el 12 de Octubre de 2019.

- Entrevista con dirigente de RENATEA. Mayo 2013- Rio Gallegos – Santa Cruz.

- cuaderno de campo- entrevistas. 2014-2016.

- Informe especial diario tiempo sur, Rio Gallegos, domingo 27 de mayo de 2012. disponible en: <https://www.tiemposur.com.ar/>. Consultado el 2 de mayo de 2017.
- Informe final; “monitoreo de la Salud en la población Rural”: [www.laopinionaustral.com.ar/diario.asp?Modo=Noticia&NIId=42532&A...D](http://www.laopinionaustral.com.ar/diario.asp?Modo=Noticia&NIId=42532&A...D).
- Ley 26.727.”Nuevo Estatuto del Peón Rural Trabajo agrario”; sancionada 21/12/2011; Promulgada 27/12/2011; Boletín Oficial 28/12/2012. Buenos Aires.
- Ley del Trabajo Social- Ley Federal N°27.072. Sancionada 10/12/2014
- <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=1827>
- <https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia>
- <https://www.caeme.org.ar/impacto-de-la-pandemia-covid-19-sobre-el-sistema-de-salud-argentino/>

## **ANEXOS A “ENTREVISTAS”**

ENTREVISTAS A POBLADORES RURALES:



**DPTO. SALUD SOCIAL Y MEDICINA COMUNITARIA**

**ÁREA: SERVICIO SOCIAL}**

**ENTREVISTA N° 1**

### **RELEVAMIENTO “SANIDAD RURAL 2017”**

#### **FICHA SOCIO-SANITARIA**

ESTANCIA: Chuni Aike

NOMBRE Y APELLIDO: COMULAY MARIO GERONIMO

LUGAR DE NACIMIENTO: TEKA- CHUBUT

DNI: 11.234.564

EDAD: 59 AÑOS

NIVEL EDUCACIONAL: PRIMARIA INCOMPLETA

OBSERVACIÓN: SE ENCUENTRA RESIDIENDO EN LA ESTANCIAS HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS, NO CUENTA CON VÍNCULOS AFECTIVOS CERCANOS, SU ESPOSA RESIDE ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE TRES LAGOS. INICIO TRÁMITES PARA LA JUBILACIÓN.

## **ASPECTOS DE SALUD**

P: ¿SE REALIZA CONTROLES DE SALUD?

R: MUY DE VEZ EN CUANDO

P: ¿ÚLTIMO?

R: 1 AÑO APROXIMADAMENTE

P: PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

R: SI, PRESIÓN ALTA- INSUFICIENCIA CARDIACA

P: TOMA MEDICACIÓN?

R: SI

P: ¿CUÁL?

R: LOSARTAN , CARVEDILOL Y FUROSEMIDA

P: HABITUALMENTE SI SE ENFERMA, COMO SE TRATA?

R: ME COMUNICO CON EL PATRÓN Ó VOY HASTA LA ESTANCIA VECINA PARA QUE ME ACERQUEN AL PUEBLO

P: ¿TIENE COBERTURA DE SALUD?

R: SI, OSPRERA

## **ASPECTOS HABITACIONALES**

P: ¿CUENTA CON ELECTRICIDAD Y GAS?

R: SI, LUZ CON EL MOTOR Y SI HAY COMBUSTIBLE, EL GAS ENVASADO

P: ¿CÓMO SE CALEFACCIONA EN EL INVIERNO?

R: CON LEÑA

P: ¿QUIÉN LE PROVEE LEÑA?

R: EL PATRÓN

P: ¿TIENE AGUA POTABLE?

R: NO

P:¿De DONDE PROVIENE EL AGUA QUE CONSUME?

R: DE UN POZO QUE SE ENCUENTRA BAJO TIERRA

P: ¿TIENE BAÑO?

R: SI

P: ¿CÓMO SE ALIMENTA?

R: BIEN, EL PATRÓN TRAE CADA 1 O 2 MESES MERCADERÍA, LA CARNE LA CONSUMO DE LA MISMA ESTANCIA.

P: ¿TIENE FAMILIARES O AMIGOS QUE LO VISTEN?

R: SI

OBSERVACIÓN: REFIERE QUE COMO TODOS LOS AÑOS ESPERA AL PERSONAL DE SALUD, SE MANIFIESTA AGRADECIDO POR LA ATENCIÓN BRINDADA



**DPTO. SALUD SOCIAL Y MEDICINA COMUNITARIA**

**ÁREA: SERVICIO SOCIAL**

**ENTREVISTA N° 2**

## **RELEVAMIENTO “SANIDAD RURAL 2017”**

### **FICHA SOCIO-SANITARIA**

ESTANCIA: EL TRANQUILO

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS PEREZ

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN LUIS

EDAD: 41 AÑOS

NIVEL EDUCACIONAL: PRIMARIA INCOMPLETA

OBSERVACIÓN: INGRESO AL ESTABLECIMIENTO HACE SEIS MESES, REFIERE ESTAR BUSCANDO TRABAJO DE PUESTERO EN LA ZONA DESDE HACE UNOS MESE YA QUE EN SU LUGAR DE ORIGEN EL PAGO ES DIFERENCIADO A ESTA ZONA

## **ASPECTOS DE SALUD**

P: ¿SE REALIZA CONTROLES DE SALUD?

R: NO

P: ¿ÚLTIMO?

R: NO RECUERDO

P: PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

R: NO

P: TOMA MEDICACIÓN?

R: NO

P: ¿CUÁL?

-----

P: HABITUALMENTE SI SE ENFERMA, COMO SE TRATA?

R: ME TRATO DE PONER BIEN, “UN TÉ DE YUYO... ALIVIA “

P: ¿TIENE COBERTURA DE SALUD?

R: NO

## **ASPECTOS HABITACIONALES**

P: ¿CUENTA CON ELECTRICIDAD Y GAS?

R: SI, LUZ CON PANEL SOLAR Y GAS “SOLO UNA GARRAFA PARA CALENTAR LA PAVA”.

P: ¿CÓMO SE CALEFACCIONA EN EL INVIERNO?

R: CON LEÑA

P: ¿QUIÉN LE PROVEE LEÑA?

R: EL PATRÓN

P: ¿TIENE AGUA POTABLE?

R: NO

P: ¿De DONDE PROVIENE EL AGUA QUE CONSUME?

R: DE UN POZO QUE SE LLENA CON AGUA DEL RÍO

P: ¿TIENE BAÑO?

R: SI

P: ¿CÓMO SE ALIMENTA?

R: “ BIEN, LOS ALIMENTOS LO TRAE EL PATRÓN “

P: ¿TIENE FAMILIARES O AMIGOS QUE LO VISTEN?

R: NO, “SOLO EL VECINO”.

OBSERVACIÓN: SE MUESTRA CONFORME CON EL PERSONAL DE SALUD



**DPTO. SALUD SOCIAL Y MEDICINA COMUNITARIA**

**ÁREA: SERVICIO SOCIAL**

**ENTREVISTA N° 3**

## **RELEVAMIENTO “SANIDAD RURAL 2017”**

### **FICHA SOCIO-SANITARIA**

ESTANCIA: “ LA IRENE”

NOMBRE Y APELLIDO: FIRMÓ VIGIL

LUGAR DE NACIMIENTO: SANTA CRUZ

EDAD: 79 AÑOS

NIVEL EDUCACIONAL: PRIMARIA INCOMPLETA

OBSERVACIÓN: PROPIETARIO JUNTO A SU FAMILIA

### **ASPECTOS DE SALUD**

P: ¿SE REALIZA CONTROLES DE SALUD?

R:SI  
P: ¿ÚLTIMO?  
R: SEIS MESES  
P: PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?  
R: SI  
P: TOMA MEDICACIÓN?  
R: SI  
P: ¿CUÁL?  
P: HABITUALMENTE SI SE ENFERMA, COMO SE TRATA?  
R: MI FAMILIA ME LLEVA AL CENTRO DE SALUD  
P: ¿TIENE COBERTURA DE SALUD?  
R: SI

## **ASPECTOS HABITACIONALES**

P: ¿CUENTA CON ELECTRICIDAD Y GAS?  
  
R: SI, LUZ Y GAS,  
P: ¿CÓMO SE CALEFACCIONA EN EL INVIERNO?  
R: CON GAS Y LEÑA  
P: ¿QUIÉN LE PROVEE LEÑA?  
R: YO MISMO  
P: ¿TIENE AGUA POTABLE?  
R: NO  
P:¿De DONDE PROVIENE EL AGUA QUE CONSUME?  
R: SE EXTRAE DESDE UN MANANTIAL A TRAVÉS DE UNA CAÑO  
P: ¿TIENE BAÑO?  
R: SI  
P: ¿CÓMO SE ALIMENTA?  
R: “ BIEN,  
P: ¿TIENE FAMILIARES O AMIGOS QUE LO VISTEN?  
R: SI, SIEMPRE  
OBSERVACIÓN: SE MUESTRA CONFORME CON EL PERSONAL DE SALUD.



**DPTO. SALUD SOCIAL Y MEDICINA COMUNITARIA**

**ÁREA: SERVICIO SOCIAL**

**ENTREVISTA N° 4**

## **RELEVAMIENTO “SANIDAD RURAL 2017”**

### **FICHA SOCIO-SANITARIA**

ESTANCIA: “ EL MANGRULLO”

NOMBRE Y APELLIDO: JOSE REYNOSO

LUGAR DE NACIMIENTO: CHUBUT

EDAD: 76 AÑOS

NIVEL EDUCACIONAL: ANALFABETO

OBSERVACIÓN: RESIDE EN EL ESTABLECIMIENTO HACE 15 AÑOS APROXIMADAMENTE, REFIERE NO QUERER DEJAR EL PUESTO, CONSIDERA EL LUGAR OPORTUNO PARA VIVIR EL RESTO DE SU VIDA.

### **ASPECTOS DE SALUD**

P: ¿SE REALIZA CONTROLES DE SALUD?

R:SI, "CADA TANTO"

P: ¿ÚLTIMO?

R: UN AÑO

P: PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

R: SI, TABAQUISMO

P: TOMA MEDICACIÓN?

R: NO

P: ¿CUÁL?

R: \_\_\_\_\_

P: HABITUALMENTE SI SE ENFERMA, COMO SE TRATA?

R: MI SOBRINA SE ENCARGA

P: ¿TIENE COBERTURA DE SALUD?

R: SI, PAMI

## **ASPECTOS HABITACIONALES**

P: ¿CUENTA CON ELECTRICIDAD Y GAS?

R: SI, LUZ Y GAS,

P: ¿CÓMO SE CALEFACCIONA EN EL INVIERNO?

R: CON GAS Y LEÑA

P: ¿QUIÉN LE PROVEE LEÑA?

R: EL PATRÓN.

P: ¿TIENE AGUA POTABLE?

R: NO

P:¿De DONDE PROVIENE EL AGUA QUE CONSUME?

R: SE EXTRAE DEL POZO

P: ¿TIENE BAÑO?

R: SI

P: ¿CÓMO SE ALIMENTA?

R: " BIEN, CARNE ES LO QUE MÁS CONSUME

P: ¿TIENE FAMILIARES O AMIGOS QUE LO VISTEN?

R: SI, UNA SOBRINA

OBSERVACIÓN: SE MUESTRA CONFORME CON EL PERSONAL DE SALUD Y SE MUESTRA INTERESADO EN UNA NUEVA VISTA.



**DPTO. SALUD SOCIAL Y MEDICINA COMUNITARIA**

**ÁREA: SERVICIO SOCIAL**

**ENTREVISTA N° 5**

## **RELEVAMIENTO “SANIDAD RURAL 2017”**

### **FICHA SOCIO-SANITARIA**

ESTANCIA: “ LA ROSITA”

NOMBRE Y APELLIDO: FRANCISCO TOLEDO

LUGAR DE NACIMIENTO: CHUBUT

EDAD: 75 AÑOS

NIVEL EDUCACIONAL: NO ASISTIÓ

OBSERVACIÓN: SE DESEMPEÑA COMO PUESTERO Y CUIDADOR DE ANIMALES.

### **ASPECTOS DE SALUD**

P: ¿SE REALIZA CONTROLES DE SALUD?

R: NO

P: ¿ÚLTIMO?

R: UN AÑO

P: PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

R: SI, TABAQUISMO, TRATAMIENTO DE TBC, E HIPOACUSIA.

P: TOMA MEDICACIÓN?

R: NO

P: ¿CUÁL?

R: \_\_\_\_\_

P: HABITUALMENTE SI SE ENFERMA, COMO SE TRATA?

R: ME CURO SOLO, " EL BUCHE DE AVESTRUZ ES BUENO PARA EL MALESTAR DE ESTÓMAGO"

P: ¿TIENE COBERTURA DE SALUD?

R: NO

## **ASPECTOS HABITACIONALES**

P: ¿CUENTA CON ELECTRICIDAD Y GAS?

R: SI, LUZ CON MOTOR Y GAS ENVASADO

P: ¿CÓMO SE CALEFACCIONA EN EL INVIERNO?

R: CON LEÑA

P: ¿QUIÉN LE PROVEE LEÑA?

R: EL VECINO, CADA TANTO ME TRAE CON EL CAMIÓN

P: ¿TIENE AGUA POTABLE?

R: NO

P:¿De DONDE PROVIENE EL AGUA QUE CONSUME?

R: SE EXTRAE DEL POZO

P: ¿TIENE BAÑO?

R: SI, AFUERA DE LA CASA

P: ¿CÓMO SE ALIMENTA?

R: " BIEN, "CARNE Y ALGUNA VERDURA EN EL VERANO QUE TENGO EN EL INVERNÁCULO"

P: ¿TIENE FAMILIARES O AMIGOS QUE LO VISTEN?

R: NO, SE ENCUENTRAN TODOS EN CHUBUT

OBSERVACIÓN: NO SE MUESTRA CONFORME CON LA VISITA. REFIERE " SIEMPRE ESTOY SOLO Y ESTOY BIEN".

**DPTO. SALUD SOCIAL Y MEDICINA COMUNITARIA**

**ÁREA: SERVICIO SOCIAL**

**ENTREVISTA N° 6**

## **RELEVAMIENTO “SANIDAD RURAL 2017”**

### **FICHA SOCIO-SANITARIA**

ESTANCIA: “ LA LEONOR”

NOMBRE Y APELLIDO: FRANCISCO TOLEDO

LUGAR DE NACIMIENTO: NEUQUÉN

EDAD: 69 AÑOS

NIVEL EDUCACIONAL: NO ASISTIÓ

OBSERVACIÓN: SE DESEMPEÑA COMO CUIDADOR, REFIERE QUE LA ESTANCIA NO CUENTA CON ANIMALES, QUE SOLO PERMANECE EN EL LUGAR PARA CUIDAR YA QUE TRABAJA CON LOS DUEÑOS DESDE HACE 18 AÑOS, LOS DUEÑOS NO LLEGAN A LA ESTANCIA MUY SEGUIDO “MUCHAS VECES LOS MANDÓ A LLAMAR CON EL VECINO DE LA ESTANCIA DE AL LADO”. “ ESTOS ÚLTIMOS MESES CASO GUANACO O AVESTRUZ PARA COMER Y ESTOY QUEMANDO LOS PALOS DEL ALAMBRADO PARA HACER UN POCO DE FUEGO”.

### **ASPECTOS DE SALUD**

P: ¿SE REALIZA CONTROLES DE SALUD?

R: NO

P: ¿ÚLTIMO?

R: NO RECUERDA

P: PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

R: NO

P: TOMA MEDICACIÓN?

R: NO

P: ¿CUÁL?

R: \_\_\_\_\_

P: HABITUALMENTE SI SE ENFERMA, COMO SE TRATA?

R: "NUNCA ME ENFERMO O VECES UN RESFRIO Y NADA MAS"

P: ¿TIENE COBERTURA DE SALUD?

R: NO

## **ASPECTOS HABITACIONALES**

P: ¿CUENTA CON ELECTRICIDAD Y GAS?

R: NO

P: ¿CÓMO SE CALEFACCIONA EN EL INVIERNO?

R: CON LEÑA QUE JUNTO Y PALOS DEL ALAMBRADO

P: ¿QUIÉN LE PROVEE LEÑA?

R: "EL VECINO ME AYUDA CADA TANTO"

P: ¿TIENE AGUA POTABLE?

R: NO

P: ¿De DONDE PROVIENE EL AGUA QUE CONSUME?

R: SE EXTRAE DEL POZO

P: ¿TIENE BAÑO?

R: SI, AFUERA DE LA CASA

P: ¿CÓMO SE ALIMENTA?

R: " CON LO QUE PUEDO"

P: ¿TIENE FAMILIARES O AMIGOS QUE LO VISTEN?

R: NO,

OBSERVACIÓN: SE MUESTRA CONFORME CON LA VISITA DEL PERSONAL DE SALUD, SE PROGRAMA TRASLADO AL HOSPITAL SAMIC.

## **ENTREVISTA REALIZADA A ENFERMERO DEL “CIC CERRO CALAFATE”**

### **LIC. EN ENFERMERÍA ALDERETE JUAN ALBERTO**

P: ¿CUÁL ES SU PROFESIÓN ?

R: SOY LIC. EN ENFERMERÍA

P: ¿CUÁL ES SU ROL DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD ABOCADO A ÉL RECORRIDO EN ZONAS RURALES?

R: EL ROL QUE OCUPÓ DENTRO DEL EQUIPO ES EL DE COORDINADOR, LO QUE IMPLICA ORGANIZAR EL RECORRIDO, PROFESIONALES QUE ACOMPAÑARÁN EN CADA SALIDA, COMO ASÍ TAMBIÉN VERIFICAR TODO EL MATERIAL Y RECURSO QUE SE REQUIERE A LA HORA DE VISITAR LAS ESTANCIAS. “ LAS DISTANCIAS SON EXTENSAS, NO DEBEMOS OLVIDAR DE NADA”, DE ESTA MANERA SE PODRÁ GARANTIZAR LA ATENCIÓN A LA POBLADORES RURALES.

P: ¿Desde CUÁNDO FORMA PARTE DEL EQUIPO?

R: FORMÓ PARTE DEL EQUIPO DESDE HACE OCHO AÑOS, “ SOY EL QUE DIO INICIO A ESTA PROPUESTA DE TRABAJO”. LA PROPUESTA SURTIÓ COMO ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DESDE EL HOSPITAL FORMENTI CON EL FIN DE ACERCAR LA SALUD A LAS ZONAS RURALES MÁS ALEJADA DEL HOSPITAL ZONAL.

P: ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ZONA RURAL ?

R: LA POBLACIÓN RURAL ESTÁ CARACTERIZADA POR SER UNA POBLACIÓN VULNERABLE, CONDICIONADA POR LAS GRANDES DISTANCIAS QUE LA LIMITAN A LA LOCALIDAD, LO CUAL GENERA VULNERABILIDAD SOCIAL, AFECTANDO TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA.

P: ¿ CUÁLES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA ZONA RURAL?

R: EN CUANTO A SALUD, LA FALTA DE CONTROLES MÉDICOS ES LO MÁS RELEVANTE QUE SE OBSERVA, LUEGO , IRREGULARIDADES EN LO LABORAL Y LA SOLEDAD QUE TIENE EL POBLADOR, DESVINCULADO DE LA FAMILIA, ENCARGADO DE ESTANCIA.. ETC.

P: ¿ QUÉ PERCEPCIÓN TIENE DE LOS POBLADORES RURALES?

R: LOS PEONES RURALES SON PERSONAS TRABAJADORAS, UN RECURSO HUMANO FUNDAMENTAL EN EL CAMPO Y EN MUCHAS OPORTUNIDADES NO SON VALORADOS Y RECONOCIDOS COMO TAL,

P: ¿ CUÁLES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN LA ZONA RURAL?

R: EL ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, PRESIÓN ARTERIAL, HIDATIDOSIS, CABE ACLARAR QUE SON RELEVANTES PARA LOS PROFESIONALES, EN LOS POBLADORES ES NATURAL LA PRESENCIA DE ESTAS ENFERMEDAD, NO HAY CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.

P:¿ CÓMO DEFINE LA ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD A LOS POBLADORES RURALES?

R: LA ATENCIÓN ES ESCASA, NO SE PRIORIZA LA ATENCIÓN EN LOS POBLADORES.

P: ¿ QUÉ ACCIONES PROPONES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL?

R: POR EL MOMENTO SOSTENER LAS VISITAS A LAS ESTANCIAS DE FORMA PERIÓDICA, “TENGO LA ESPERANZA DE QUE EN ALGÚN MOMENTO ESTE PROYECTO SEA RECONOCIDO A NIVEL PROVINCIAL COMO PROGRAMA PROVINCIAL Y AVALADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA Y SEA EFECTIVO EN TODAS LAS LOCALIDADES DE SANTA CRUZ.

## **ENTREVISTA REALIZADA AL REFERENTE DE OSPRERA**

**SEÑOR: PEDRO NÚÑEZ**

**P:** ¿Cuál es el cargo que desempeña?

**R:** Estoy a cargo de la obra social, OSPRERA (obra social de los trabajadores rurales y estibadores de la República Argentina) conformó parte del consejo de asesor central en Bs As y en Río Gallegos soy el 1º Vocal de UATRE. Actualmente me encuentro trabajando con poco personal, un administrativo quien me ayuda a atender las consultas y recibe documentación para iniciar cualquier trámite.

**P:** ¿por qué se denomina OSPRERA, y qué cobertura ofrece?

**R:** OSPRERA, ofrece cobertura de salud a todos los afiliados y su grupo familiar, en sus inicios “1995” se denominó ISARA (instituto y servicio), actuaba bajo poder de policía para ingresar a las estancias., luego en 2005 se denominó OSPRERA, brinda beneficios en el ámbito de salud, cubriendo por completo internación, cirugías, laboratorio con una cobertura de un 100% y en caso que se requiere de una derivación son trasladado a la localidad de comodoro Rivadavia, Trelew o Buenos Aires, cobertura en farmacia de un 100% en tratamientos prolongados, como oncológicos, VIH, etc.

**P:** ¿cuándo toman conocimiento de alguna situación en la que el trabajador rural se encuentra vulnerado,¿ cómo actúan?

**R:** Es complicado para nosotros por que como principal obstáculo las tranqueras están cerradas por lo general en los puestos- Estancias, y al respecto no se puede hacer nada, son responsables los estancieros – patrones.

**P:** ¿Quién controla las condiciones laborales en la que están los Trabajadores Rurales?

**R:** El control y accionar lo realizan los inspectores que vienen de la ciudad de Trelew, visualizan situaciones como vivienda, alimentos, condición laboral, etc.

**P:** ¿Cuenta con estadísticas de trabajadores que estén registrados como indica la ley?

**R:** Mira se realizó un relevamiento en el 2008 donde un 40% de la población rural se encontraba en negro, ese Peón que no está registrado para nosotros no existe, yo cuento con una base de datos que son trabajadores con cobertura social un total de 900 y 250 con grupo familiar. Actualmente no tengo conocimiento de la cantidad de peones registrados por que esos datos maneja la AFIP, lo que sí tengo conocimiento es que existen en número (240) establecimientos cerrados.

**P:** ¿Cómo accede a la información el trabajador rural?

**R:** Se difunden todo tipo de beneficios al poblador rural por Radio Nacional.

## **ENTREVISTA REALIZADA AL REFERENTE DE RENATEA:**

### **SEÑOR: DANIEL LIER**

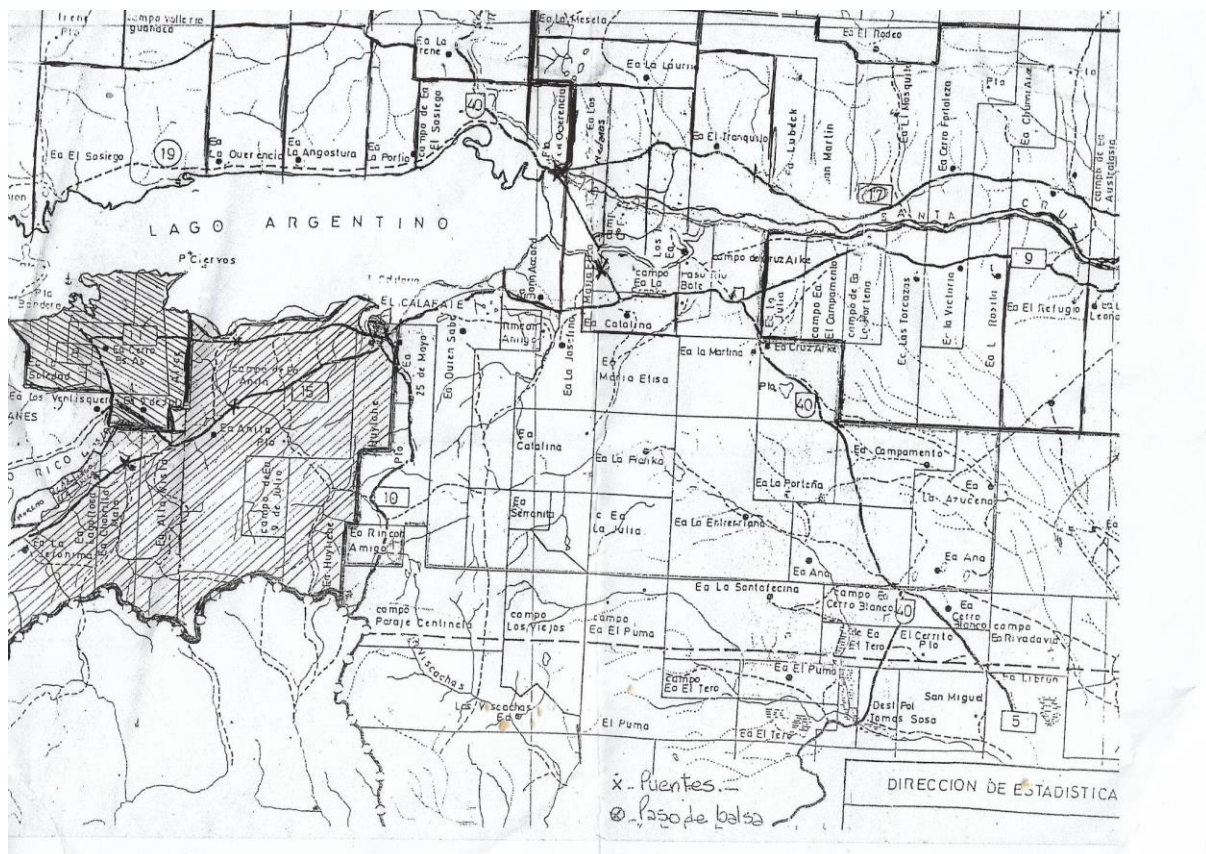
Durante la entrevista el señor Daniel Lier, nos cuenta que se encuentra como delegado de la provincia de Santa Cruz desde que la Ley 27.727 se reglamenta en Marzo del 2013, pero que fue sancionada en diciembre de 2011, en función de las grandes falencias que presentaba el RENATRE.

En el 2015 toma posición el órgano dependiente del ministerio de trabajo de la Nación, que tiene como objetivo la entrega de libretas de trabajo a todo Peón registrado, el número de trabajadores Rurales es de 900, para su jubilación se establece 25 años de aporte y 57 años de edad por decisión política, mantiene una postura de una lucha constante para combatir el trabajo en negro y cubrir todas las necesidades básicas del peón. Actuar para modificar, manifiesta Lier.

Se trabaja conjuntamente con ANSES, AFIP, SENASA, planificación con todos los entes nacionales, articulando Políticas sociales para el bienestar del trabajador rural.

Actúan con poder de policía, su rol es empoderar al trabajador rural en todos sus derechos, brindando asesoramiento legal, se trabaja con una dinámica distinta de acuerdo a la zona (operativo).

ANEXO B " MAPA DE LOS ESTABLECIMIENTOS RURALES DEL LAGOS ARGENTINO"



## ANEXO B " RECORTE PERIODÍSTICO"



Inicio FM DIMENSION EN VIVO Clasificados Noticias Efemérides Archivo Opiniones Contactenos

Hoy es lunes 12 de septiembre de 2016 y son las 11:41 hs. TREMUN

11 de septiembre de 2016

### Denuncia que la muerte de este peón fue por abandono



Un hombre visitaba frecuentemente al peón de la Estancia La Leonor para realizar un foto-reportaje sobre los trabajadores rurales. Retrató la precariedad de su vivienda y su condición de vida. El hombre falleció el 28 de agosto pasado y para el denunciante hay abandono de persona por parte de los dueños de la estancia. Profesionales del Hospital SAMIC avalaron al denunciante.

Pablo Richards es un arquitecto que reside en Ushuaia y que tiene familiares en El Calafate. Hasta aquí llegó para desarrollar una actividad de aficionado a la fotografía: hacer foto-reportajes. Este es básicamente contar una historia a través de imágenes que él mismo toma con su cámara de fotos.

Estando en El Calafate realizó la cobertura de una campaña de sanidad rural que realizó el Hospital en estancias de la zona. Allí conoció a Rolando Águila, el peón de la estancia La Leonor y de él le llamó la atención su carácter franco y transparente y también la precariedad en la que vivía.

Richards estableció contacto con el peón, de 71 años de edad y comenzó a realizar un segundo foto-reportaje, retratándolo no solo él, sino el puesto donde vivía, cómo se alimentaba, las tareas que realizaba.

Fueron varias las visitas que realizó a la estancia, ubicada a unos 100 km de El Calafate y a 1500 metros de la tura provincial N° 9. En cada una de ellas fue conociendo más al peón, que le contó que se quería ir de esa estancia. Que solo esperaba que los dueños le paguen unos 30 mil pesos que le debían de varios meses de sueldo, que lo vengán a buscar para así poder ayudarlo a una sobrina suya que reside en Río Gallegos, para después aceptar el ofrecimiento de trabajo en otra estancia.

<http://ahoracalafate.com.ar/nota.php?ID=4728>

EL TIEMPO EN EL CALAFATE

2 °  
Nublado

Campaña del Desierto 1407  
Teléfono 02902 493770  
Celular 02966 15 419429

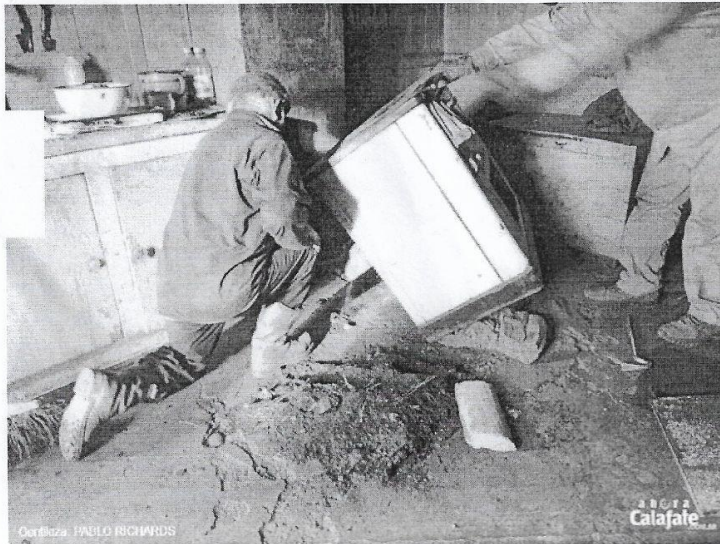
LABORATORIO PAZOS  
ANÁLISIS CLÍNICOS  
Biotecnológico PAZOS GUSTAVO PEECO  
MP-BQJ: 193 Laboratorio autorizado en el Programa de Evaluación de Empresas de la Cámara de Comercio de la Capital

Richards tenía pensado volver a visitar a su nuevo amigo, sin embargo se enteró que había muerto. Lo encontró el domingo 28 de agosto el peón de una estancia vecina, de apellido Diaz.

El pasado lunes, el arquitecto se presentó ante la Fiscalía de Instrucción de El Calafate, y radicó una denuncia ante la Fiscal Natalia Mercado, con la intención de que se investigue el presunto delito de "Abandono de Persona".

En la denuncia describió que en el interior del puesto hacía más frío que afuera, que el ducto de ventilación de la cocina a leña estaba tapado de hollín y se llenaba el ambiente de humo.

Además señaló que Águila no tenía ningún medio de comunicación ni de movilidad, ni siquiera un caballo. Tenía pocos víveres y su letrina estaba a unos 100 metros del puesto. Tampoco tenía condiciones de asearse ni de limpiar la poca ropa que tenía.



Que cerca de allí se encontraba la vivienda principal de la estancia, que tenía todas las comodidades. Pero el peón no tomaba nada por lealtad a sus patrones.

Además indicó que la última vez que lo vio al peón, tenía un dolor en el brazo, debido que tuvo que hachar unos troncos verdes de leña para poder calefaccionarse.

"Lo notaba débil físicamente. Estaba muy enojado con los dueños últimamente", dijo Richards en su denuncia, afirmando que uno de los apellidos de los propietarios es Agis, de Río Gallegos.

Para el denunciante no hay dudas que la muerte de Águila se podría haber evitado y que las malas condiciones en las que vivía contribuyeron a su muerte, inclusive porque presentaba un estado de desnutrición

La denuncia de Richards es apoyada por tres profesionales del Hospital SAMIC El Calafate. Su hermano y médico, Ariel Richards; La agente Social Karina Berra, y la nutricionista Gabriela Muñoz.

Además como prueba documental el denunciante dice tener unas 1500 fotos que él sacó y que demostrarían la precaria condición en la que vivió Águila.



DESCARGA GRATIS  
Nuestra APP

ahora  
Calafate



