



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

**TESIS DE GRADO
ACCESO A LA SALUD
DE LAS MUJERES Y LAS
ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES (ENT)
BERMEJO, MENDOZA 2024**

**DIRECTORA:
DRA: VALERIA
CAROGLIO
TESISTA:
ANA SILVA**

2025

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	
ACCESO A LA SALUD y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)	6
1. Accesibilidad	6
1.1 La accesibilidad a la salud en el mundo y América Latina	7
1.2 Accesibilidad a la salud en América Latina y el Caribe	11
1.3 Accesibilidad a la salud en Argentina y Mendoza	13
2. Enfermedades no transmisibles (ENT)	14
2. 1 ENT en el mundo	14
2.2 ENT en Argentina y Mendoza	18
CAPÍTULO II	
ACCESO A LA SALUD Y LAS MUJERES	24
2.1. Género y Perspectiva de género	24
2.2 Trabajo Social e intervención en salud	30
CAPÍTULO III	
TRABAJO DE CAMPO	34
Consideraciones metodológicas	34
Contextualización y caracterización de la población relevada.	38
Aplicación del instrumento de medición cuantitativo	40
Características y resultados de la aplicación del instrumento	43
Análisis de los resultados de las encuestas	55
Aplicación de la Entrevista en profundidad	57
Perfil de las entrevistadas	61
Análisis de las entrevistas	72
Conclusiones finales	75
Bibliografía	79

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende visibilizar el acceso a la salud de las mujeres residentes en el distrito de El Bermejo y su incidencia en la realización de prácticas de prevención, detección precoz y tratamiento de enfermedades no transmisibles (ENT)

La salud como derecho no siempre ha sido reconocida por las sociedades y gobiernos, como un atributo humano universal e inherente a la persona humana. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, sancionada en 1946, es la primera norma internacional que consagra expresamente el derecho a la salud, definiéndose como el "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (OPS, 2002, p.28). Esta concepción se reafirma y desarrolla en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (ONU, 1978). Desde entonces, ha ido creciendo el consenso internacional para considerar que la salud

*"forma parte de los derechos sociales. Su reconocimiento va a depender de determinadas condiciones socio históricas, de las relaciones de fuerza que se establecieron en diferentes períodos históricos y en determinadas naciones, a partir de las capacidades de lucha de los excluidos."*¹

Desde el Trabajo Social entendemos que el estudio de la salud desde una perspectiva de derecho ofrece dimensiones que enriquecen el conocimiento y análisis de las condiciones de vida de las poblaciones y contribuye con herramientas a la intervención profesional.

El presente trabajo forma parte de un trabajo mayor de investigación, el proyecto "Accesibilidad al sistema de salud y su incidencia en la realización de prácticas de prevención, detección precoz y tratamiento de enfermedades no transmisibles -ENT- en usuarios que poseen DAMSU, OSEP, usuarios que concurren al Hospital Universitario y usuarios del Plan médico obligatorio que residen en Maipú Centro, Rodeo del Medio,

¹ Fontenla, Mariana, & Tajer, Débora. (2008). El derecho a la salud de las mujeres y su garantía constitucional en Argentina. *Anuario de investigaciones*



Bermejo, Fray L. Beltrán, Ciudad, Mendoza”, dirigido por Valeria Caroglio y financiado por la SIIP, entre 2023 y 2025.

Nuestro interés es conocer las características de la detección y tratamiento de las ENT entre las mujeres de 30 y 50 años del distrito Bermejo, así como identificar los factores que inciden en el acceso a la salud de esa población, aportes que pueden ser un insumo para otras investigaciones de mayor alcance territorial.

Entre los Objetivos específicos, se encuentran identificar los obstáculos que inciden en la accesibilidad de estas mujeres al sistema de salud; relacionar su accesibilidad a la salud con la realización de estudios de detección y prevención de ENT y valorar la importancia que esta población da al acceso a la salud y a su tipo de cobertura de salud.

Nos interesa responder las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué características del sistema de salud obstaculizan el acceso a la salud?; ¿el mayor acceso incide en la detección temprana de ENT?; ¿cuáles son las barreras que impiden el acceso a la salud según las usuarias?; ¿cuáles son las deficiencias que perciben las usuarias del sistema público de salud en la detección y tratamiento de las ENT?; ¿las mujeres que trabajan tienen mayor acceso a la salud que las amas de casa?; ¿las mujeres de Bermejo se realizan más o menos controles que los varones de esa localidad?; cuáles son las razones?; ¿cómo podría mejorarse la detección y tratamiento de las ENT según las usuarias encuestadas y entrevistadas?

Las hipótesis planteadas en el marco del proyecto de investigación son:

La accesibilidad al sistema de salud por parte de las mujeres entre 30 y 50 años incide en el control de los factores de riesgo y la práctica de medidas preventivas - mamografía, pap o vcc -.

La accesibilidad al sistema de salud se relaciona con el tipo de cobertura de salud que posee la población seleccionada.

Las mujeres entre 30 y 50 años que tienen cobertura del sistema pública de salud tienen mayor incidencia de ENT que las que tienen cobertura de obra social o prepaga

Las mujeres que trabajan tienen menor incidencia de las ENT porque deben realizarse obligatoriamente el examen psicofísico.

Las modalidades de atención en el sistema público de salud -sistema de turnos, horarios de atención, descentralización de estudios y análisis, entre otros- dificulta el acceso a la salud de la población analizada



¿Por qué poner el foco en la accesibilidad en nuestro trabajo? Porque la accesibilidad al sistema de salud -junto a los hábitos familiares, culturales y sociales de la población o los factores genéticos- incide en la prevención de factores de riesgo y/o en la realización de estudios que permitan la detección precoz de las ENT.

El trabajo está organizado en tres capítulos; el primer capítulo presenta la problemática del acceso a la salud en el mundo, tanto en América latina como en Argentina. En un segundo momento hace una caracterización de las Enfermedades no transmisibles (de ahora en mas ENT), estableciendo diferencias con las transmisibles y como afectan a la población mundial, el MERCOSUR y Argentina

El segundo capítulo aborda el acceso a la salud de las mujeres, atendiendo una perspectiva de género, buscando conocer cuáles son sus condicionantes y facilitadores.

El tercer capítulo da cuentas del trabajo de campo realizado para conocer la perspectiva de la población seleccionada.

La estrategia metodológica fue predominantemente cuantitativa, complementada con entrevistas en profundidad. Inicialmente, se sistematizó la información cuantitativa secundaria, que permitió conocer características generales de la población – población provincial por sexo, edad, nivel educativo, niveles de ingreso, condiciones laborales, entre otras variables-. Para esto, se utilizó información censal, información de la Dirección de Estadísticas e investigaciones Económicas -DEIE-, estadísticas del sistema de salud. Posteriormente, se implementó un cuestionario cerrado a 28 mujeres entre 30 y 50 años en el distrito de Bermejo, Guaymallén.

Finalmente, se elaboran las conclusiones del trabajo, donde se sintetizan los hallazgos más relevantes de la investigación. Se analizan las hipótesis planteadas inicialmente y su correspondencia o no con los resultados del trabajo de campo. Se presentan además otros aportes del relevamiento y las consideraciones generales de la tesina.

Entendemos que este trabajo puede ser una contribución interesante y novedosa para el campo de la salud provincial y/o departamental por distintas razones. Además de realizarse en la post pandemia -lo que permite hacer una aproximación de los efectos que tuvo la pandemia Covid 19 en relación a las ENT y a los factores de riesgo- sus resultados pueden colaborar en la elaboración de políticas públicas y programas sociales dirigidos a grupos vulnerables y/o excluidos de mujeres que no acceden a la prevención, detección y tratamiento de ENT.

CAPÍTULO I

EL ACCESO A LA SALUD y

LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1. Accesibilidad

1.1 La accesibilidad a la salud en el mundo y América Latina

Algunas definiciones

En cuanto a la accesibilidad o acceso a la salud, aparecen en el campo de las ciencias de la salud distintas definiciones.

El concepto de accesibilidad comenzó a utilizarse en los años sesenta, en el marco de la Alianza para el Progreso, buscando fortalecer el desarrollo de los países latinoamericanos. Desde entonces, ha sido una dimensión clave para el análisis de los sistemas de salud, junto a la equidad -que se refiere a diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud entre diferentes grupos -; la calidad -entendida como aquel tipo de atención de la que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de tener en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso de la atención en todas sus partes (Donabedian 1980)-; la eficiencia - modo en que se producen y cómo se producen los servicios de salud desde el punto de vista técnico, económico y de asignación- y la sustentabilidad -la capacidad del sistema de continuar exitosamente con sus actividades normales en el futuro, en caso de suspenderse la ayuda externa-.

La Royal Society of Medicine considera que “el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que se mide a través de “cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan”. Considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones²

² ENSAYO. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal de salud.
German Fajardo-Dolci, MD



En nuestro país, la accesibilidad ha sido el foco de muchas investigaciones. En los últimos años, hay estudios que la vinculan a la atención primaria de la salud³, a condiciones de vulnerabilidad⁴, a la salud mental⁵, a la discapacidad⁶, al colectivo trans⁷, a los consumos problemáticos⁸

En este trabajo se entiende accesibilidad como “la presencia o ausencia de barreras físicas o económicas que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud (Indicadores de Medición del desempeño del sistema de salud)⁹. Desglosando esta definición, las barreras físicas son, “aquellas relacionadas con la disponibilidad y suministro general de los servicios de salud y la distancia a que se encuentran los establecimientos de salud; las barreras económicas son las relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica, con respecto a los ingresos del paciente o del hogar”. (Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud, p. 14).

Una parte significativa de la población mundial carece aún de acceso a servicios sanitarios vitales. Para cubrir esta carencia y garantizar una prestación de atención

³ PONCE, Blanca Elizabeth (2015): Análisis de la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud: estudio aplicado en los Centros Regionales de Referencias del Gran Resistencia (Chaco, Argentina); Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Salud Pública; Revista de Salud Pública Nº19; BALLESTEROS, MS, FREIDIN, B. (2015) Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la encuesta Nacional de Factores de riesgo 2009. Salud colectiva. DE SANTIS, M, HERRERO, V. (2009): Desigualdad y utilización de los servicios de salud: Una aplicación al caso argentino en 2001. Revista de Economía y Estadística

⁴ BALLESTEROS, M. (2014): Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios (Documentos de Jóvenes Investigadores Nº 41). Buenos Aires: IIGG, UBA; SOLITARIO, R; GARBUS, P. y STOLKINER, A. (2008). Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología, Buenos Aires UBA; STOLKINER y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken.

⁵ MICALEWICZ, Alejandro (2011): “Atención en salud mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en hogares’ (ONGs) en la Ciudad de Buenos Aires. Problemáticas complejas e intervenciones posibles a partir de la articulación intersectorial”. En: Diálogo Abierto Acerca del Estado de Implementación de la Ley nº 26.061, compilado por la Asesoría General Tutelar de la CABA. Editorial Eudeba

⁶ LAGROTTA, Sofía (2020): Impacto de las políticas públicas aplicadas a la accesibilidad en materia de discapacidad motriz en la Ciudad de Tigre, Bs. As., Edit. UNSM.

⁷ MILLET, A. (2018): Barreras en la accesibilidad de personas trans de la ciudad autónoma de buenos aires a los tratamientos por uso problemático de sustancias, Bs.As., Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte

⁸ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), (2014): Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad. Mun. de Pèrez, Santa Fe. Bs.As, Presidencia de la Nación.

⁹ COMES, Y. y OTS (2006): El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios, En Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de investigaciones, Vol. XIV.

sanitaria equitativa, es fundamental abordar las disparidades. Es necesario prestar atención a varios determinantes de la salud, incluidos los factores ambientales y comerciales, para allanar el camino hacia el logro de nuestro objetivo común de salud para todas las personas y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En los últimos años se han logrado grandes avances en la mejora de la salud de las personas. 146 de 200 países o regiones ya han cumplido o están en camino de alcanzar la meta de los ODS sobre mortalidad en menores de 5 años.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible suponen un compromiso audaz para poner fin a las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y otras enfermedades transmisibles para 2030. El objetivo es lograr la cobertura sanitaria universal y proporcionar acceso a medicamentos y vacunas seguros y asequibles para todos. Para superar estos contratiempos y abordar las persistentes deficiencias en la atención de la salud, se necesita una mayor inversión en los sistemas sanitarios con el fin de apoyar a los países en su recuperación y desarrollar resiliencia contra futuras amenazas a la salud.

La cobertura sanitaria universal tiene como objetivo garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad sin afrontar dificultades financieras. Si bien los esfuerzos para combatir enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis y la malaria llevaron a ampliaciones significativas en la cobertura de los servicios entre 2000 y 2015, desde entonces el progreso se ha desacelerado. Las desigualdades siguen siendo un desafío fundamental para la cobertura sanitaria universal. La cobertura de servicios de salud reproductiva, materna, infantil y adolescente tiende a ser mayor entre quienes son más ricos, tienen una mejor formación y viven en áreas urbanas, especialmente en países de bajos ingresos.

Dimensiones de la accesibilidad a la salud

La accesibilidad a la salud puede ponderarse atendiendo esas dimensiones que la componen: la disponibilidad - recursos disponibles que brindan servicios integrales de salud; la accesibilidad geográfica -disponibilidad de servicios de salud alcanzables para aquellos que lo necesitan-; accesibilidad económica -capacidad de pagar por el servicio sin dificultad-; acomodamiento -adecuada organización del servicio que permite a las personas obtener el servicio cuando lo necesita-; aceptabilidad - disposición a buscar servicios cuando son percibidos como efectivos o cuando factores sociales o culturales no desalientan a buscar servicios-; contacto: disposición a contactar servicios cuando

están disponibles, accesibles y aceptables- y cobertura efectiva - capacidad para utilizar los servicios de salud cuando son necesarios, en el momento oportuno y con un nivel de calidad necesario para obtener el efecto deseado y ganancia potencial en salud-.

Así, para mejorar la accesibilidad, deberían eliminarse barreras geográficas –accidentes geográficos, distancias-; económicas –escasez de dinero para el transporte o el pago de un medicamento-; administrativas –horarios de atención incómodos, excesiva burocracia- y culturales (diferencias culturales entre el personal de salud y la población). Esta perspectiva define a la accesibilidad desde la oferta.

Dimensiones e indicadores de cada dimensión:

¿Cómo saber si las personas tienen acceso a la salud? Las ciencias sociales utilizan indicadores

Un indicador es un instrumento que nos provee una información mensurable, aprehensible empíricamente, de un fenómeno generalmente más abstracto. Usualmente, se trata de una medida resumida, simplificada, necesariamente parcial, de un fenómeno más complejo. Dada su definición, un indicador tiene la capacidad de “indicar” el comportamiento de un determinado fenómeno medido según determinados atributos previamente establecidos”¹⁰.

La Organización Panamericana de la salud¹¹ (OPS) junto a la Organización mundial de la Salud (OMS) proponen y plantean que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

Para la medición de las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas, estas organizaciones toman los siguientes indicadores:

¹⁰ www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ii_informacion_social_indicadores.pdf

¹¹ Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>



Dimensiones	Necesidad no satisfecha	
Disponibilidad	% que renunció al cuidado debido a una inadecuada disponibilidad de recursos	% que auto reportó barreras por inadecuada disponibilidad de recursos
Accesibilidad geográfica	% que renunció al cuidado debido a la localización, distancia o transporte.	% que auto reportó barreras por la localización, distancia o transporte.
Accesibilidad económica	% que renunció al cuidado debido a razones económicas	% que auto reportó barreras por razones económicas
Comodidad	% que renunció al cuidado debido a organización y entrega (delivery) de servicios de salud	
Aceptabilidad	% que renunció al cuidado debido a la respuesta del proveedor y a la calidad del servicio	% que auto reportó barreras por no obtener permiso para realizar el tratamiento o porque no quiso ir solo
Contacto	% que renunció al cuidado debido a la percepción personal de enfermedad	
Cobertura efectiva	% que buscó cuidados inapropiados (x ej ir a la farmacia)	

1.2 Accesibilidad a la salud en América Latina y el Caribe

El desigual impacto de la pandemia recordó que la salud está supeditada a las condiciones económicas, sociales y ambientales que permiten a las personas vivir una vida sana y ejercer su derecho a la salud, dejando entrever nuevamente que la salud es esencial para el desarrollo sostenible. Por lo tanto, fortalecer los sistemas sanitarios e invertir en la salud de la población es también invertir en el desarrollo sostenible.

Para que las personas ejerzan su derecho a la salud es necesario avanzar en su acceso universal. Sin embargo, los sistemas de salud de América Latina y el Caribe padecen una serie de debilidades estructurales que, junto con una insuficiente articulación con los sistemas de protección social, obstaculizan dicho acceso. En este ámbito, destaca el subfinanciamiento crónico de los sistemas sanitarios, de la mano de una marcada segmentación en la cobertura y altos niveles de fragmentación en la atención (CEPAL, 2022; CEPAL/OPS, 2021; CEPAL/OPS, 2020). Estas debilidades se traducen en problemas de suficiencia en el acceso, ineficiencia, dificultades de coordinación, ausencia de solidaridad y situaciones de desigualdad, obstaculizando un efectivo acceso universal a la salud.

Pese a los avances globales en términos de cobertura sanitaria durante las últimas décadas en la región, aún persisten grandes barreras de acceso a la salud que impiden el goce efectivo de la totalidad de la población (OMS/Banco Mundial, 2021). Las carencias regionales se reproducen entre países y a su interior, siendo las poblaciones más vulnerables aquellas con mayor dificultad para acceder a niveles de bienestar suficientes, condicionadas por los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social (CEPAL, 2022).

Las brechas tanto en términos de acceso a los sistemas sanitarios como respecto a los indicadores de salud están directamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud, los que también están desigualmente distribuidos en la sociedad a través de los ejes determinantes de la matriz de desigualdad social. Dichos determinantes hacen referencia a las condiciones en que las personas viven y desarrollan sus actividades cotidianas, que tienen un efecto sobre la salud de la población, tales como la educación, ingresos, vivienda, acceso a agua y saneamiento, características del empleo y condiciones ambientales, entre otros. Comprender la salud desde esta dinámica permite entenderla como un tema multidimensional que requiere de intervenciones intersectoriales e integradas en estrategias más amplias de desarrollo (CEPAL, 2006).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha planteado la necesidad de transformar los sistemas de salud para transitar hacia el acceso y cobertura universal desde un enfoque de derechos y por medio de una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) que responda a las necesidades específicas y diferenciadas de las personas, aumentando el gasto en salud pública, consolidando su sostenibilidad financiera y priorizando la asignación de recursos al primer nivel de atención (CEPAL, 2022).

De igual manera, la APS debe considerar la participación activa y el diálogo social, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la coordinación intersectorial e interinstitucional, y la adaptabilidad al medio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha posicionado a la estrategia APS como el enfoque más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social (OMS/UNICEF, 2018). Construir este tipo de sistemas es el primer paso para que los países avancen hacia el acceso y la cobertura de salud universal a la vez reduzcan la fragmentación de sus servicios. En línea con los esfuerzos realizados en los últimos años en materia de APS, la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, celebrada en 2019, estableció el compromiso de los países, a través del Pacto 30-30-30 para la Salud Universal de la OPS para reforzar la estrategia, bajo la recomendación de consolidar un gasto público en salud de al menos el 6% del Producto Interno Bruto, eliminar las barreras de acceso en un 30% y destinar un 30% de los recursos públicos al nivel primario de atención. Ampliar las intervenciones en APS, fortaleciendo la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en línea con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), particularmente en los países de ingresos bajos y medios, podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida 3,7 años para 2030 (OMS, 2021).

1.3 Accesibilidad a la salud en Argentina y Mendoza

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red

de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, aproximadamente 14.6 millones de personas en 2008.¹⁶ El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión. En 1943 Argentina dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se transformó en Ministerio.

Argentina es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo, superada en América Latina sólo por Cuba y Uruguay. En 2005 había en el país 3.2 médicos por 1000 habitantes. Si bien estas cifras son alentadoras, existen diferencias importantes entre provincias. La ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, tiene siete veces más médicos por habitante que Formosa o Misiones. No sucede lo mismo con las enfermeras. Se calcula que la razón de enfermeras por 1000 habitantes es de sólo 0.5, para una relación de enfermeras por médico de 0.2. En los países de la OCDE la razón de enfermeras por 1000 habitantes es de 8.9 y la relación de enfermeras por médico es de 2.9.

La información en salud se concentra en el llamado Sistema Estadístico de Salud (SES), que a su vez forma parte del Sistema Estadístico Nacional (SEN), que es alimentado por todos los sectores (salud, educación, trabajo, economía). El SES tiene cobertura nacional y está sustentado en instrumentos legales específicos que le permiten generar estadísticas sobre hechos vitales (nupcialidad, natalidad y mortalidad), condiciones de vida y problemas de salud de la población, así como disponibilidad y utilización de recursos. Para la generación de información en estas áreas, el SES cuenta con diferentes subsistemas: estadísticas vitales, estadísticas de servicios de salud (cuya fuente de información son los registros permanentes y censos) y estadísticas de cobertura, demanda, utilización de servicios y gasto directo en salud (cuya fuente de información son encuestas de población). Este sistema está estructurado por niveles (nacional, jurisdiccional y local) interrelacionados.

En la década de los noventa se llevó a cabo una reforma del sector salud que se implantó a través de diversos decretos presidenciales. El conjunto de medidas tenía



como objetivos fundamentales el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección siguiendo los criterios de focalización hacia los grupos vulnerables, y la redefinición del papel del estado en los procesos de federalización y descentralización. Además, dado que el financiamiento de los servicios ofrecidos tanto por la seguridad social como por el sector público se había basado en el subsidio a la oferta y la modalidad de pago era por unidad de servicios, la reforma se orientó también hacia la disminución del gasto y el aumento de la eficiencia a través de un esquema de subsidio de la demanda.

Bermejo es una localidad de la provincia de Mendoza de la República Argentina, ubicada en el departamento Guaymallén hacia el sur con la localidad de Villa Nueva y Capilla del Rosario. Se encuentra a 15 minutos del centro comercial de la Ciudad de Mendoza siendo Mathus Hoyos su calle principal, en una zona de microclima. Debido a su muy baja urbanización

Guaymallen es el departamento con más población de la provincia y por lo tanto es el departamento con más mujeres (INDEC 2022)

2. Enfermedades No Transmisibles (ENT)

2.1 ENT en el mundo

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son las enfermedades de etiología no infecciosas caracterizadas por su larga latencia, larga duración, períodos de remisión y recurrencia, expresión clínica diversas y por sus consecuencias discapacitantes a largo plazo. Constituyen factores de riesgo para las ENT el sobrepeso, obesidad, elevadas concentraciones de lípidos en sangre, hiperglucemia, sedentarismo, regímenes alimentarios no saludables, consumo de tabaco y consumo de alcohol. La emergencia de las ENT se relaciona con cambios económicos y sociales ocurridos a nivel mundial, en los cuales, a medida que se incrementa la esperanza de vida en los países, se producen modificaciones en los estilos de vida de su población.

Las ENT son las principales causas de mala salud, muerte y discapacidad en todo el mundo. Según algunos estudios, éstas explican más del 60% de las muertes en Argentina. Argentina atravesó el proceso de transición epidemiológica a mediados del siglo XX, disminuyendo en forma progresiva la mortalidad por enfermedades

transmisibles y dando paso a una mayor proporción de muertes de causas no comunicables.

Las ENT no sólo constituyen las principales causas de mortalidad, sino que también son la principal causa de años potenciales de vida perdidos (APVP) . Analizar la asociación de las condiciones de vida de los territorios con el patrón diferencial de mortalidad por estas enfermedades es una primera aproximación para identificar desigualdades en salud.

Las ENT, dentro de las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la diabetes, constituyen un grave problema de salud pública, debido a que constituyen las primeras causas de morbimortalidad en el mundo, ya que además de mermar el estado de salud de una población, generan grandes gastos de salud, y limitan la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Estas se presentan debido a un estilo de vida sedentario, que incluye actividades nocivas para la salud como son la falta de ejercicio, dietas mal sanas, sobrepeso/obesidad, abuso en el consumo del alcohol y el tabaquismo. Lo verdaderamente importante es que actuar fomentando estilos de vida saludable, disminuirán notablemente su incidencia, por lo que representan un reto importante para la salud pública¹²

Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo, causando 38 millones (68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012 , 40% de ellas(16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años, casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros(el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Constituyen un problema de gran importancia ya que consumen proporciones cada vez mayores de los presupuestos destinados a la atención de salud. Las ENT figuran entre las principales causas de discapacidad y mala salud y son la causa principal de muerte prevenible y prematura en las Américas (Legetic, et al.,2017).

Las repercusiones de las ENT se reconocen en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en donde una de las metas consiste en reducir en un tercio las muertes A nivel mundial las ENT matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de

¹² De Dienheim-Barriguete, P. J., Silva De Dienheim, R., & Silva De Dienheim, I. S. (2020). Evolución de las enfermedades no transmisibles en el mundo. *Milenaria, Ciencia Y Arte*, (15), 9–11.
<https://doi.org/10.35830/mcya.vi15.86>



las muertes que se producen en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT (OMS, 2018). Se estima que la hipertensión en el mundo ha causado 9,4 millones de fallecimientos y el 7% de la carga de morbilidad en 2010. La prevalencia mundial de la hipertensión en adultos de 18 años o más fue de un 22% en 2014. La obesidad casi se ha duplicado desde 1980. En 2014, el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres de 18 años o más eran obesos. Más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso en 2013; mientras que la prevalencia mundial de la diabetes en 2014 se estimaba en un 10% (OPS, 2014). prematuras por ENT para el año 2030 (DGE, 2018).

A nivel mundial las ENT matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT (OMS, 2018).

Se estima que la hipertensión en el mundo ha causado 9,4 millones de fallecimientos y el 7% de la carga de morbilidad en 2010. La prevalencia mundial de la hipertensión en adultos de 18 años o más fue de un 22% en 2014. La obesidad casi se ha duplicado desde 1980. En 2014, el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres de 18 años o más eran obesos. Más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso en 2013; mientras que la prevalencia mundial de la diabetes en 2014 se estimaba en un 10% (OPS, 2014).

La probabilidad de morir en edades comprendidas entre los 30 y los 70 años debido a las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) es el indicador de los resultados que se emplea en el Marco de Vigilancia Mundial (OPS, 2014).

Si tuviéramos que determinar los factores de riesgo en las ENT, al no pertenecer al grupo de enfermedades transmisibles, no tienen una causa como tal, sin embargo, se relacionan a factores de riesgo; entendidos estos como cualquier evento que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad. Los factores de riesgo en las ENT son: falta de actividad física, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta



inadecuada, sobrepeso/obesidad, presión arterial elevada, glucosa en sangre elevada, y colesterol en sangre elevado (SSA, 2018)

En el mundo el tabaco cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno). Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio. Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer. Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente (GBD, 2015).

Durante siglos, las enfermedades transmisibles (ET), de carácter infectocontagioso, fueron las principales causas de enfermedad y muerte en todo el mundo; así la peste, el cólera, la viruela, la tuberculosis, el paludismo, la malaria, la fiebre tifoidea, la difteria, la sífilis y, más recientemente, el VIH SIDA representaron grandes epidemias en el mundo que causaron un gran número de muertes. Desde mediados del siglo cada vez tienen más peso las ENT, crónicas y no infectocontagiosas, representadas por las nuevas epidemias globales: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. De manera que hay un incremento en la esperanza de vida, con ello aumenta la mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas y como consecuencia hay una disminución en la fecundidad. El cambio en el perfil epidemiológico básicamente se debe a tres razones: La transición de riesgos: es el punto de partida para que cambiara el panorama epidemiológico, al atender todos los factores que inciden en la aparición de las enfermedades transmisibles

A nivel mundial entre 1950 y 2017, la esperanza de vida al nacer aumentó de 48,1 años a 70,5 en hombres y de 52,9 a 75,6 en mujeres (OMS, 2018).

El proceso de envejecimiento de la población en todas las regiones del mundo, los procesos migratorios, en especial los internos desde el campo a las ciudades, donde ya viven más de la mitad de la población mundial, los cambios en los estilos de vida, el estrés psicosocial, y otras conductas de riesgo han contribuido a cambiar el panorama epidemiológico actual en donde las ENT constituyen las primeras causas de morbilidad a nivel mundial. Actualmente solo en el continente africano la primera causa de muerte sigue siendo las enfermedades transmisibles (OMS, 2018).

Al ser las ENT las primeras causas de muerte en el mundo, requieren una especial atención y formar parte de los programas prioritarios, pero sobre todo, se deben incluir dentro de la educación en los niveles más básicos ya que van ligados a los estilos

de vida sedentarios por lo que resulta indiscutible establecer una sensibilización a la población para modificar sus estilos de vida y fomentar la cultura del diagnóstico oportuno para evitar complicaciones que mermen la calidad de vida de los pacientes y disminuir el gasto en tratamiento para este tipo de enfermedades.

2.2 ENT Argentina y Mendoza

Las enfermedades no transmisibles (ENT) explican más del 60% de las muertes en Argentina. El país atravesó el proceso de transición epidemiológica a mediados del siglo XX, disminuyendo en forma progresiva la mortalidad por enfermedades transmisibles y dando paso a una mayor proporción de muertes de causas no comunicables. Las ENT no sólo constituyen las principales causas de mortalidad, sino que también son la principal causa de años potenciales de vida perdidos (APVP). Para la elaboración de este reporte, se estimaron las tasas de mortalidad ajustadas por edad tomando como referencia la población estándar argentina del año 2000, y se calcularon los APVP ajustados por edad para los principales grupos de causas de ENT entre 1987 y 2007. La mortalidad por causas cardiovasculares fue disminuyendo de manera sostenida y la mortalidad por tumores y por lesiones por causas externas se han mantenido estables. Las ENT son las principales responsables de los APVP, representando el 52% de los mismos. Si bien la cantidad de APVP por estas causas disminuyó aproximadamente un 30%, se observa que la reducción en los APVP por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales disminuyó en mayor medida. Por su parte, los APVP por lesiones externas descendieron solamente un 7% desde 1987. Además, al analizar los datos por regiones se observa que las ENT explican cada vez mayor proporción de APVP.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar medidas orientadas a la prevención y control de los principales determinantes de las ENT, mediante intervenciones poblacionales y a través de los servicios de salud. Por otro lado, el hecho de que la mortalidad por lesiones de causas externas se ha mantenido estable, pero han aumentado proporcionalmente como causas de APVP, obliga a jerarquizar acciones que las controlen.

En Mendoza, la Encuesta de Condiciones de Vida releva desde 2006 múltiples dimensiones que se relacionan con las diversas necesidades del ser humano,

abarcando características de la vivienda, socio-demográficas, de la salud, la educación formal y no formal, la actividad laboral y uso del tiempo, entre otras. Este relevamiento arroja alguna información sobre el acceso y el control de las enfermedades crónicas de la población, pero no hemos relevado investigaciones sobre accesibilidad al sistema de salud con correlato empírico para nuestra provincia en los últimos dos años.

¿Por qué poner el foco en la accesibilidad en nuestro trabajo? Porque la accesibilidad al sistema de salud -junto a los hábitos familiares, culturales y sociales de la población o los factores genéticos- incide en la prevención de factores de riesgo y/o en la realización de estudios que permitan la detección precoz de las ENT.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas por una infección aguda, traen consecuencias para la salud y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, constituyendo un complejo problema de salud pública y un reto para el desarrollo humano. Incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas de ellas se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgos comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y los hábitos de alimentación poco saludables. Otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles como las lesiones y trastornos de salud mental.

Es por ello que desde 2009, la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación implementa la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Los objetivos de esta estrategia son: reducir los factores de riesgo y las muertes y discapacidad por ENT, así como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de las personas en riesgo y afectadas por las ENT.

Sin embargo, la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) que forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH) realizada en 2018 reportó un aumento de la prevalencia de sobrepeso/obesidad, diabetes y baja actividad física con diferencias estadísticamente significativas si comparamos con los resultados de la ENFR del 2013.

El cáncer también integra el grupo de las enfermedades no transmisibles y es la segunda causa de muerte de manera persistente en nuestro país y constituye el 19% del total de defunciones.

De acuerdo a la localización del tumor, el cáncer de mama, con 22.024 casos, fue el de mayor magnitud en el año 2020, representa el 16,8% de todos los casos nuevos, es el primero en mujeres y causa 5600 muertes por año. En segundo lugar, se ubica el cáncer colorrectal, con 15.895 casos nuevos y representa el 12,1% del total. El tercer cáncer en incidencia es el de cuello uterino con 4583 casos nuevos en el 2020.

Teniendo en cuenta que estos tumores pueden prevenirse o ser detectados de manera temprana favoreciendo así el tratamiento y la curación, el Ministerio de salud de la nación ha desarrollado estrategias como el Programa nacional de control de cáncer de mama, el Programa nacional de prevención y detección del cáncer colorectal y el Programa Nacional de prevención de cáncer de cuello uterino.

El programa nacional de control de cáncer de mama se propone entre otros objetivos asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento y lograr una cobertura de tamizaje que supere el 70% de la población objetivo (mujeres de más de 50 años).

El programa nacional de prevención y detección del cáncer colorectal fue creado con el objetivo de disminuir la incidencia de esta enfermedad y su tasa de mortalidad en la Argentina. Su propósito es lograr la accesibilidad de toda la población al programa y garantizar la calidad de las intervenciones. Los estudios de tamizaje propuestos son la realización de sangre oculta en materia fecal por método inmunoquímico en forma anual o videocolonoscopía cada 10 años a todas las personas mayores de 50 años.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC), tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad y forma parte de la estrategia integral para la prevención del cáncer cervicouterino desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación, que contempla la prevención primaria a través de la vacuna contra el VPH, y la prevención secundaria, basada en el tamizaje de mujeres (con PAP o test de VPH).

A lo largo del período 2002–2019 la mortalidad por cáncer de mama registró un descenso sostenido y significativo, a un ritmo de -1,03 % anual.

La mortalidad por cáncer colorrectal a lo largo del período 2002-2019 muestra una tendencia diferente según el sexo analizado. En varones se registró una tendencia ascendente en el primer trienio de 2,35 % anual; entre 2005 y 2016 disminuyó la velocidad de aumento a un valor de 0,10% de ascenso anual; y los últimos tres años del período analizado descendió a un ritmo de -3,37% por año estadísticamente significativo. En las mujeres, en cambio, se observó una tendencia descendente constante a razón de una velocidad promedio de -0,06% anual.

El comportamiento de la mortalidad por cáncer cervicouterino a lo largo del período 2002-2019 mostró dos segmentos temporales con comportamiento opuesto: un primer segmento comprendido entre los años 2002 y 2012 donde se observó una disminución sostenida, a una velocidad de -0,52% anual; y un segundo segmento entre los años 2012 y 2019, que evidenció ascenso a un ritmo de 1,46 % anual, estadísticamente significativo.

Las enfermedades que generan la mayor cantidad de muertes en el mundo y en nuestro país comparten factores de riesgo sobre los que se puede trabajar antes de su aparición. También pueden realizarse exámenes complementarios que permiten su prevención o detección precoz, disminuyendo así la mortalidad. Y si bien, la mayor parte de la población sabe que tiene que cuidar su salud, no todos tienen las mismas oportunidades de hacerlo.

En este sentido, es importante considerar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, como la falta de información, la falta de tiempo, la sobrecarga por trabajo, atención de hijos o cargas de familia, la falta de dinero para llegar al hospital y las diversas complicaciones para acceder a las prestaciones del sistema de salud.

En Mendoza hay distintos programas de prevención de enfermedades no transmisibles, entre ellos, programas para prevenir el cáncer, la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. También hay programas para promover la actividad física y dejar de fumar. Los impulsa la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud de la provincia, que tiene como misión coordinar los Programas Preventivos de Salud destinados a la comunidad, orientando, supervisando y evaluando las acciones de promoción, prevención, asistencia y vigilancia, y que actúan prioritariamente sobre grupos vulnerables expuestos a factores de riesgo.

A continuación se detallan las funciones:

Establecer indicadores de producción y de calidad para monitorear el desarrollo de los Programas, en relación con los estados de salud de la comunidad.

Elaborar un plan de salud expresado en objetivos y metas de las actividades de promoción, prevención y asistencia, con la máxima calidad posible.

Identificar la red de prestadores públicos y privados que permitan lograr los objetivos de la Dirección.

Establecer en la red asistencial patrones de referencia y contrarreferencia.

Normatizar y protocolizar el diagnóstico y tratamiento de las patologías prevalentes a cargo de los Programas de la Dirección para unificar criterios y lograr mayor eficacia en el abordaje de pacientes.

Fomentar acciones georreferenciadas de promoción, educación y comunicación para la salud, para promover estilos de vida y conductas saludables.

La Dirección de Prevención y Promoción de la Salud de Mendoza cuenta con una dependencia, el Departamento de Enfermedades no Transmisibles, en el que reconocen y trabajan bajo la premisa de que las Enfermedades No Transmisibles constituyen la principal causa de muerte en nuestro país y en el mundo. Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación.

Desde la página web oficial del Ministerio de Salud y Deportes de la provincia de Mendoza se puede acceder a los siguientes programas:

Programa de Salud Comunitaria y Agentes Sanitarios

Programa de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares

Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas con Diabetes

Programa Provincial de Obesidad

Programa Provincial de Enfermedades Respiratorias Crónicas y Tabaco

Programa Provincial de Asma Infantil

Programa Provincial de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cérvix y Mama

Programa Provincial de Actividad Física



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

Programa de Prevención y Cesación tabáquica

Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria en Adultos (OPTA)

Programa SUMAR

Programa Provincial de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal

Departamento de Educación para la Salud

Departamento de Enfermedades Zoonóticas y Vectoriales

Programa Nacional de Zoonosis

Programa Nacional de Chagas

Programa Provincial de Lucha Contra las Hepatitis Virales

Programa Provincial de Sida

Programa Provincial de Tuberculosis y Lepra

Centro de Salud Regional de Adolescencias y Juventudes MODO SÍ

Programa Provincial de Salud Integral e Integrador de la adolescencia

Programa Aprender con salud y escuelas promotoras de Salud

CAPÍTULO II

ACCESO A LA SALUD DE LAS MUJERES

2.1 Género y Perspectiva de género

En cada sociedad, se le atribuye a cada persona, según su sexo biológico, ciertas características y roles culturales, que van conformando estereotipos que se confunden con propiedades naturales de las personas en función de su sexo biológico (genitalidad). A su vez, estos estereotipos implican valoraciones jerárquicas donde los rasgos que caracterizan lo masculino son superiores de aquellos que caracterizan lo femenino.

La perspectiva de género pretende desnaturalizar, tanto desde el punto de vista teórico como en las intervenciones sociales, el carácter jerárquico atribuido a la relación entre los géneros. Dicha perspectiva parte del supuesto de la existencia de una desigual distribución de poder entre varones y mujeres en las sociedades, que atraviesa a todas las clases sociales. De este modo, el género, como categoría teórica y práctica, propone el estudio de las relaciones sociales desiguales y su transformación. Su objeto gira en torno al análisis de la construcción social de las relaciones, y busca manifestar cómo las diferencias entre mujeres y varones son construidas por determinantes ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, culturales y económicos, y no por características anatómicas-biológicas (sexo) que harían a lo femenino “por naturaleza” inferiores a lo masculino (Scott, 1993; Rosenberg, 1996; Lamas, 1995; Anzorena, 2009).

Para comprender la mayor incidencia de las ENT entre la población de mujeres, es necesario abordar esta problemática desde una perspectiva de género, que permita comprender las desigualdades en el acceso a la salud y la detección de ENT en esta población específica.

La salud de las mujeres, además del componente biológico, está condicionada por determinantes psicosociales, socioeconómicos y productivos, siendo además el género un determinante transversal de otros determinantes como son la edad, clase social y etnia que pueden introducir más factores de desigualdad e inequidad que agravan la situación de las mujeres



Una de las características de los estereotipos es simplificar la realidad y completar la información cuando ésta es ambigua. Stern define a los estereotipos como creencias fuertemente arraigadas acerca de las características que se atribuyen a ciertas categorías de personas. No es relevante establecer hasta qué punto estas creencias corresponden a las características reales de estas personas, dado que los estereotipos se graban inconscientemente a través del proceso de socialización y no se adquieren a través de la experiencia ni de la razón (Huici y Moya, 1997; Amorós 1995, Stern, 2007).

La relación entre los estereotipos y los comportamientos es compleja; los estereotipos tienden a mantenerse en el nivel del discurso aun cuando las conductas reales ya no correspondan a ese discurso. De igual forma, los estereotipos pueden observarse operando en los comportamientos al mismo tiempo que son negados en el nivel del discurso (Stern, 2007, p.106). Los mitos sociales reorganizan todos los aspectos de la vida. Son los organizadores del sentido de lo público y de lo privado. Así, la sociedad construye soportes que se basan en sistemas de significación los cuales hacen posible la producción de consensos que permiten el disciplinamiento y el policiamiento de sus miembros (Fernández, 1993; Fernández de Vega y Bulla, 2002, p.2).

De esta forma con la aparición del capitalismo y la consolidación de la familia burguesa surgen tres mitos fundamentales: Madre = mujer, el amor romántico y la pasividad erótica femenina sostenidos por el discurso económico, el médico y el religioso. Estos se consolidan durante el siglo XIX y determinan los estereotipos femeninos creando a “la Mujer” e invisibilizando a las mujeres. Desde una posición hegemónica y corporativa, los grupos de poder –instituciones sociales y religiosas– crean estos sistemas. Y en estos sistemas, concretizados por los mitos, sostenidos por hombres y mujeres - que aún hoy están vigentes- lo femenino estuvo vinculado desde larga data con una condición de inferioridad (Fernández de Vega y Bulla, 2002).

La discriminación de género como toda otra discriminación se fundamenta en la dinámica del poder y es atravesada por él en todas sus dimensiones. Ana María Fernández, en “La Mujer de la Ilusión” plantea que uno de los rasgos más característicos del siglo XX es la irrupción de las mujeres en espacios tradicionalmente ocupados por los hombres. La autora describe una nueva “feminidad” que arriba al siglo XXI con paso vacilante pero que se afirma desde la utopía de la igualdad en la diferencia. La situación de subordinación parece perder naturalidad pero no son evidentes aún las causas de su opresión ni el camino o los caminos que superen definitivamente la desigualdad entre



los géneros en tanto distribución de bienes y poderes (materiales, simbólicos y eróticos) tanto en la vida personal como social.

Ahora bien, es importante destacar que si bien los logros han sido muchos, en este nuevo momento las estrategias y los mecanismos de subordinación se reciclan y aparecen nuevos dispositivos que continúan la desigualdad de las mujeres respecto de los varones en la sociedad. Es decir, se evidencia que la circulación de las mujeres en el espacio público se realiza en condiciones desventajosas y las mujeres quedan siempre alejadas de los lugares de poder, trabajan más y ganan menos. Además, deben convivir con las exigencias tradicionales –madre, tareas domésticas, crianza de los hijos/as- y con las nuevas exigencias del mundo público. Por eso frente a los discursos que hoy pregonan que la desigualdad entre varones y mujeres ha desaparecido, podemos afirmar que son estos discursos una de las tantas estrategias de reciclaje actuales para mantener la subordinación de las mujeres (Gil, 2008, p.62)

Esta reducción del trabajo femenino al ámbito doméstico y la invisibilización consiguiente de dicho trabajo implicó la dependencia, prácticamente absoluta, de las mujeres respecto de los varones para la supervivencia, mientras que su rol en la sociedad quedó atado a la reproducción social en el marco de la familia monogámica, heterosexual y patriarcal.

“Al quedar excluidas del universo de las cosas serias, de los asuntos políticos y sobre todo económicos, las mujeres han permanecido durante mucho tiempo encerradas en el universo doméstico y en las actividades asociadas a la reproducción biológica y social del linaje; actividades (maternales ante todo) que, aunque sean aparentemente reconocidas y a veces ritualmente celebradas, sólo lo son en la medida en que permanecen subordinadas a las actividades de producción, las únicas en recibir una auténtica sanción económica y social, y ordenadas de acuerdo con los intereses maternales y simbólicos del linaje, es decir, de los hombres.”¹³

La violenta exclusión de las mujeres del ámbito de los conocimientos médicos implicó la masculinización de la medicina. Los varones se apropiaron de ese saber, lo que fue completamente funcional a las necesidades del sistema capitalista patriarcal. El saber-poder antes mencionado, fundamental para la consolidación del modo de producción

¹³ 4 Bourdieu, Pierre. Op. Cit., pp. 120- 121.

capitalista, no carece de sexo y género: el saber médico moderno es un campo netamente masculino.

La exclusión de las mujeres del saber médico no sólo significó el cercenamiento al poder de decidir sobre sus cuerpos, sino también la exclusión del conocimiento de los mismos. Esta lucha no se libró sólo en el terreno de la disciplina médica, sino que tuvo diversos frentes. El Estado y las religiones dominantes en Occidente, el catolicismo y el protestantismo, fueron los encargados de expulsar a las sanadoras del camino de la nueva corporación médica

La vida cotidiana de las ciudadanas argentinas ha sido regulada por una serie de normas que fueron imponiendo un determinado modelo de familia, pareja, sexualidad, maternidad y empleo. El trabajo de Susana Torrado "Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1870- 2000)"¹⁴ y el de Marcela Nari "Políticas de maternidad y maternalismo político"¹⁵, que trazan un panorama complejo de normativas y acciones estatales, permiten dar cuenta tanto de las regulaciones ligadas a la natalidad, como de las formas de concebir las familias y sus transformaciones. Asimismo posibilitan revisar las regulaciones e ideas respecto de las mujeres en el mundo del trabajo, que siempre estuvieron acompañadas por estereotipos de género y signadas por la división entre mujeres domésticas y varones proveedores.

Las mujeres, en Argentina han sido consideradas durante mucho tiempo en su rol de madres y amas de casa antes que como ciudadanas, y aún hoy se pueden encontrar vestigios de esa visión. Si bien la división sexual del trabajo es común a todas las sociedades capitalistas, en nuestro país el Estado y otras instituciones relacionadas con la vida social, como la Iglesia Católica, las escuelas, las instituciones de salud pública, asumieron y reprodujeron dicha división. En la sociedad argentina se realizó efectivamente la división entre varones proveedores y mujeres domésticas, a través de una serie de mecanismos, tanto legales como de política pública y organización del mercado de trabajo. Los trabajadores varones contaron, durante mucho tiempo, con una serie de derechos sociales, por su condición de tales, que tenían en cuenta el lugar complementario de sus mujeres, encargadas del bienestar familiar. Para ello, hubo un conjunto de medidas económicas, como el salario familiar, y de mecanismos que

¹⁴ Torrado, Susana, Hogares y familias en América Latina en: Revista Latinoamericana de Población, vol. 1, núm. 1, 2007, pp. 1-9

¹⁵ Marcela Nari, *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, 1890-1940, Buenos Aires, Biblos, 2004



garantizaban, a través del varón padre de familia, salud, educación, vacaciones, derechos jubilatorios, etcétera, para las mujeres y los/as niños/as ligados/as a ese varón. La división entre mujer doméstica y varón proveedor implicó una particular visión de las mujeres, del hogar y de las tareas relacionadas con el mismo, así como también mecanismos de control sobre las mujeres, sus cuerpos, sus capacidades reproductivas. La división sexual del trabajo se articuló a formas de disciplinamiento asociadas a la clase social, a la ubicación rural/urbana, a la etnia.

El trato que reciben las mujeres en los centros de salud es fundamental para conocer el grado de garantía de sus derechos. El trato institucional funciona como obstáculo a la hora de que las mujeres ejerzan plenamente su derecho a acceder y decidir sobre su vida sexual y reproductiva. El sistema de salud se vuelve altamente expulsivo por el trato institucional: largas esperas, médicos/as que no se comunican con los/as pacientes, que malinforman o lo hacen de acuerdo a sus convicciones religiosas o morales, y no de acuerdo a la ley

La forma en que se comportan los efectores de salud con las usuarias afecta directamente los intereses, las necesidades e inclusive los derechos fundamentales de las personas. Es decir que no se trata sólo de la ley sino también de cómo se implementa, porque estos son los mediadores entre el derecho y acceso efectivo (Moser, 1998). Las formas en que obstaculizan el acceso a los derechos a la salud es entorpeciendo o imposibilitando la disponibilidad de información sobre métodos preventivos, o restringiendo el propio acceso a tales prestaciones. Estas conductas provocan riesgos para la vida, la salud, la integridad física, o la autonomía de las personas afectando decisiones profundamente personales.

Débora Tajer¹⁶, señala que las mujeres jóvenes de la familia suelen ser las que se hacen cargo del cuidado de los adultos de la familia, en cambio las mujeres adultas suelen ser más autónomas y resultan menos afectadas por la vejez en el sentido de que continúan con el desempeño de sus funciones en el hogar; en contraposición a esto, los varones mayores buscan con más frecuencia alternativas al autocuidado. De esta manera, dice la autora, que durante los diferentes ciclos de vida las mujeres cuidan más y son menos cuidadas. Existen también distribuciones desiguales de las diferentes profesiones de la salud, según los estereotipos de género. De esta manera las profesiones con “menos poder” en los equipos de salud suelen ser las más feminizadas: enfermería, psicología,

¹⁶ Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. Políticas Públicas, Mujer y Salud, 27-39.



trabajo social, etc. Al interior de las especialidades médicas se ven que las clínicas, que son las que facturan menos están también feminizadas, mientras que las quirúrgicas o las que requieren mayor utilización de tecnología suelen estar a cargo de los varones.

Es imprescindible considerar la variable socioeconómica a la hora de reflexionar sobre las condiciones de salud y salud mental de las mujeres. Esta variable tiene un impacto crucial en la salud y al estar asociada a la variable de género se vuelve en contra de la situación de las mujeres, considerando que según los informes de Derechos Humanos, alrededor del 70% de las personas que están en situación de pobreza son mujeres. El trabajo doméstico y las tareas de cuidado son realizados en su mayoría por mujeres, ya sea que se dediquen exclusivamente a ello como amas de casa, o lo hagan en forma paralela a otros trabajos, teniendo como consecuencia, dobles o triples jornadas laborales, cómo ya hemos señalado.

Esta difícil relación de las mujeres con los ámbitos laborales dificulta el acceso a la salud. Debido a las relaciones de poder que se dan dentro de las familias, no existe una corresponsabilidad para llevar a cabo las tareas domésticas, ya sea el mantenimiento del hogar o el cuidado de los/las hijos/as. Recayendo toda esa carga en las mujeres, lo que implica como consecuencia la reducción del tiempo de ocio y el tiempo para poder llevar a cabo proyectos personales. A la vez esta sobrecarga perjudica la salud mental de dichas mujeres, como así también su calidad de vida.

Desde el feminismo se hicieron varios aportes dirigidos a dar visibilidad al trabajo doméstico y la crianza como pertenecientes al ámbito laboral. Se produjo conocimiento, desde disciplinas como la psicología y la sociología del trabajo, sobre las exigencias de las tareas y el impacto que tienen en la salud mental de las personas. En este sentido uno de los conceptos que tiene influencia en la población trabajadora es el estrés, considerado como una problemática asociada a las exigencias laborales. Pero esta asociación no comprende la totalidad de las tareas llevadas a cabo por las mujeres, el exceso de trabajo de las mismas por jornadas extra laborales, como las tareas domésticas, el cuidado de personas enfermas, de niños/as, etc. Esto se manifiesta en los diagnósticos diferenciales entre varones y mujeres. *"Simbólicamente el estrés está asociado al esfuerzo, a la capacidad de lucha, al volumen de trabajo y a la importancia de este"* (Aleyda Yanes, 2012). Respecto a esto Mabel Burín¹⁷ expresa que cuando la situación de estrés se prolonga y no se pueden dar respuestas de lucha es tomado como

¹⁷Burín, Mabel y Meler, Irene. "Género y familia, poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad." en Revista psicología profunda, Paidós. Buenos Aires 1998.

una incapacidad personal. Esto se transforma en un golpe a la autoestima y genera sentimientos de impotencia, por no poder responder a esa situación de manera eficaz, sentimientos de debilidad y de culpabilidad por sentir que esta falta de respuesta se debe a una incapacidad de sí misma. Esta situación de desánimo, de frustración suele ser diagnosticado como depresión, con ese diagnóstico se juzga a la persona por la falta de capacidad para afrontar las situaciones, cuando en realidad se trata de todo lo contrario, el estrés es un recurso del cuerpo para enfrentar situaciones riesgosas. Es por esta razón que la incorporación de una perspectiva de género en estas problemáticas, permite visibilizar los aspectos que se naturalizan y dirigen a los/las profesionales a realizar diagnósticos de depresión a las mujeres, y permite poner en evidencia ese imaginario colectivo que lo apoya, lo sostiene y promueve.

Mabel Burín (1992) realiza un análisis de las crisis que sufren las mujeres en edad mediana. Si bien existen cada vez más excepciones, es muy común que como consecuencia de la lógica subyacente de temor al paso de los años, a la pérdida de la belleza, a la capacidad reproductiva y la fuerza para llevar a cabo las funciones que las caracterizan socialmente, las mujeres experimenten, en estos períodos, conflictos internos, sensaciones de inutilidad y pérdida de juventud. Ya que las aptitudes como la capacidad intelectual, la cual mejora con los años, no son valoradas como ámbitos femeninos. En relación a esto justamente, la depresión de las mujeres ha sido asociada a determinados momentos en los ciclos vitales de las mismas. *Depresión postparto, desajustes emocionales a partir de la menopausia, o el síndrome premenstrual* (Mabel, Burin; 1992:318).

2.2 Trabajo Social e intervención en salud

Cuando se trabaja en espacios referidos a la salud, es frecuente que al/la trabajador/a social se le asigne la tarea de conectarse con las familias de las personas, gestionar certificados, pasajes, medicamentos o realizar seguimientos una vez que se tiene el alta. Susana Cazzaniga¹⁸ En sus aportes a la formación académica de los/as profesionales en Trabajo social como dimensión de la construcción disciplinar y sobre el perfil e intervención de los mismos, sostiene que es imperioso reconsiderar las estrategias de intervención, y que esto debería realizarse en forma interdisciplinaria,

¹⁸ Cazzaniga, Susana. Hilos y Hudós. La formación, la intervención y lo político en el trabajo social. Editorial Espacio. 2007

independientemente de los espacios en donde se trabaje. Considera que en los lugares en donde las “misiones” están establecidas, el/la trabajador/a social deberá desplegar sus conocimientos teóricos a fin de expresar con claridad esa mirada particular que

“permite decir y hacer con voz propia, y dialogar con otros saberes”. La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica y la intervención responsable, posicionarían al/la profesional de otra manera y otorgarían condiciones para el ejercicio de poder, “poder decir, poder hacer, poder construir” (Cazzaniga, Susana; 2007:109).

Las prácticas sociales diferentes serían, en este sentido, las que lograrían remover las representaciones sociales que se tienen tanto de la profesión como de los y las profesionales, a nivel social e institucional. La interdisciplina sería una herramienta que permitiría intervenir en lo social de una forma compleja e integral, dejando de lado las intervenciones aisladas y solitarias de los/as profesionales del trabajo social.

Considerar lo subjetivo de cada grupo y lo particular de las profesiones y profesionales dentro de los equipos interdisciplinarios sería indispensable para conformar verdaderos equipos. Todos los saberes disciplinarios implican una forma de poder, es importante analizarlos, ya que necesariamente es una cuestión que surgirá dentro de los grupos. “En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud”. (Stolkiner, Alicia, 1999).

Otros trabajos señalan que “la idea de integralidad debe estar contenida en todas las prácticas en salud y la búsqueda de cooperación interdisciplinaria resulta ineludible para ello”¹⁹. En este marco, es indispensable hacer referencia al rol que ocupan los y las profesionales del Trabajo Social dentro de los equipos interdisciplinarios.

Dada la complejidad de la realidad social actual, Susana Cazzaniga considera que la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para la intervención en lo social. Plantea que “si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales

¹⁹ Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Stolkiner, Alicia. “Atención primaria de la salud e interdisciplina: Dos componentes claves para las reformas en Salud Mental”. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca. Vol.17. Número 3. Julio-Septiembre 2007. Página 67

en clave de totalidad, o dicho en otras palabras, se construya, en un diálogo fecundo y horizontal, el objeto teórico de intervención.”²⁰ Por lo tanto entendemos por interdisciplina “una forma de articulación, que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento, así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje conjunto de los conflictos”²¹

Alfredo Carballada identifica también el concepto de interdisciplina con el de diálogo. “La interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la “competencia” individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesado por la lógica de la empresa en tanto “costo-beneficio”. Así, es “la confrontación en el diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento”²², y constituye un proceso de interacción y reciprocidad simétrica, es decir, una complementariedad entre diferentes campos de saber.

Como otro aporte a la conceptualización del trabajo interdisciplinario, Natalio Kisnerman diferencia entre multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina. “La multidisciplinariedad o pluridisciplinariedad supone un conjunto de disciplinas, estudiando diferentes aspectos de un mismo objeto y/o cooperando en su abordaje, desde cada una de ellas.” “La interdisciplinariedad articula dos o más de ellas, en un equipo de trabajo, con un código y una metodología compartidas. En algunos casos, llegan a fundirse y configurar un nuevo objeto teórico.” “La transdisciplina, como una metadisciplina (lo que está más allá de las disciplinas), tiene sentido de globalidad, de fecundación mutua, de unidad en las relaciones y acciones, de interpretación de saberes. Y de este intercambio surge, más que una nueva disciplina, un enfoque nuevo para abordar una realidad de trabajo.”²³ Cabe aclarar que Kisnerman hace referencia a la transdisciplina como una mirada al trabajo en equipo y a la relación entre diferentes disciplinas., mientras Karsz se refiere con el mismo concepto a la práctica profesional de Trabajo Social.

²⁰ CAZZANIGA, Susana. (2007) Op. Cit., pág. 104-105.

²¹ ARTOLA, Amanda, PIEZZI, Ramón (Compiladores). (2000). “La familia en la sociedad pluralista”. Cap. V: “El abordaje psicosocial de la familia” de Eroles, Carlos. Editorial Espacio. Buenos Aires.

²² CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel, (2001) “La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud” Revista Margen, Edición nº 23

²³ KISNERMAN, Natalio (1998) “Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el Construccinismo” Ed. Lumen, Buenos Aires, pág. 115-116



En este apartado buscamos conceptualizar el rol del/ la Trabajador/a Social en los ámbitos de la salud, haciendo un breve recorrido histórico por los procesos de profesionalización llevados a cabo, exponiendo las diferentes miradas y aportes que han realizado referentes latinoamericanos/as sobre los mismos. Hemos conceptualizado también la relación de la profesión en los ámbitos de la Salud, sus intervenciones y posicionamiento dentro de los equipos interdisciplinarios por ser de incumbencia para nuestros objetivos de trabajo. Entendemos importante partir desde estas miradas para posicionar nuestra investigación respecto a la intervención de los y las profesionales del Trabajo Social en el campo de la salud, reivindicando fuertemente el valor de la transdisciplinariedad y cuestionando las viejas jerarquías disciplinares.

CAPÍTULO III

TRABAJO DE CAMPO

Algunas consideraciones sobre el relevamiento de la opinión de las usuarias

Consideraciones metodológicas

En la presente tesina se propone una investigación que busca poner en relación un marco referencial epistemológico - teórico-metodológico con datos contruidos de diversas fuentes secundarias y primarias

El problema de nuestra investigación es conocer la accesibilidad al sistema de salud y su incidencia en la realización de prácticas de prevención, detección precoz y tratamiento de enfermedades no transmisibles -ENT- en mujeres de 30 a 50 años que poseen OSEP y/o son usuarias del Plan médico obligatorio, que residen en Bermejo, Mendoza. 2024. Nuestro objetivo general es caracterizar la accesibilidad al sistema de salud de esa población.

Manuel Mallardi, en su libro “Proceso de intervención en trabajo social”²⁴ detalla que desde el punto de vista metodológico, una de las dimensiones constitutivas de la especificidad profesional en Trabajo Social es la dimensión técnico instrumental, la puesta en juego de técnicas de investigación social como la entrevista, la observación, la visita domiciliaria, la elaboración de informes sociales, entre otros. Estas técnicas son herramientas para recopilar información y construir datos ²⁵, analizar situaciones, y planificar y ejecutar intervenciones con individuos, grupos y comunidades, y aportan elementos para la reflexión y el análisis crítico.

Buscando adquirir esas herramientas, propusimos construirlas y aplicarlas en esta investigación

²⁴ Mallardi, Manuel Waldemar. Procesos de intervención en trabajo social : contribuciones al ejercicio profesional crítico / Manuel Waldemar Mallardi. - 1a ed. 2a reimp. - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2017.

²⁵ Hablamos de construcción en el sentido que Bourdieu utiliza en sus trabajos. Los datos no son información de lo real, que habla por sí mismo: lo real no responde si no se lo interroga.

Para iniciar la caracterización de la población que queríamos conocer, realizamos un relevamiento de fuentes secundarias obtenidas de la Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas (DEIE) y de los sistemas de registro del último censo realizado en Argentina 2022.

Posteriormente, para atender los objetivos específicos - identificar los obstáculos que inciden en la accesibilidad de estas mujeres al sistema de salud; relacionar la accesibilidad a la salud de estas mujeres con la realización de estudios de detección y prevención de ENT y valorar la importancia que estas mujeres dan al acceso a la salud y a su tipo de cobertura de salud- realizamos un relevamiento de la opinión de mujeres de Bermejo entre 30 y 50 años.

Para esto, utilizamos dos técnicas provenientes de distintas perspectivas metodológicas.

Desde la perspectiva cuantitativa, utilizamos el cuestionario cerrado que se elaboró para el proyecto Accesibilidad²⁶. Junto a la médica Maria Elisa Mattons -profesora de la Facultad de Ciencias Médicas- fuimos las responsables de aplicar el instrumento en esa localidad. Encuestamos a 28 mujeres. La encuesta está en el Anexo de este trabajo, también el cálculo muestral de la investigación mayor en que se enmarca esta tesina.

Hernandez Sampieri define al enfoque cuantitativo²⁷ como secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis.

El enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

²⁶ Acceso a la salud, ... citado.

²⁷ Hernández Sampieri y otros. (2014). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill Education. Capítulo 1: Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias, pp. 4-10.



1. *Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación: ¿cada cuánto ocurren y con qué magnitud?*
2. *El investigador o investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque en evolución. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.*
3. *Una vez planteado el problema de estudio, el investigador o investigadora considera lo que se ha investigado anteriormente (la revisión de la literatura) y construye un marco teórico (la teoría que habrá de guiar su estudio), del cual deriva una o varias hipótesis (cuestiones que va a examinar si son ciertas o no) y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con éstas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta. Si no es así, se rechazan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.*
4. *Así, las hipótesis (por ahora denominémoslas “creencias”) se generan antes de recolectar y analizar los datos.*
5. *La recolección de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse al “mundo real”.*
6. *Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar con métodos estadísticos.*
7. *En el proceso se trata de tener el mayor control para lograr que otras posibles explicaciones, distintas o “rivalas” a la propuesta del estudio (hipótesis), se desechen y se excluya la incertidumbre y minimice el error. Es por esto que se confía en la experimentación o en las pruebas de causalidad.*
8. *Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría).*
9. *La investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva” posible. Los fenómenos que se observan o miden no deben ser afectados por el investigador, quien debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en*



- los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros (Unrau, Grinnell y Williams, 2005).*
- 10. Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado (el proceso) y se debe tener presente que las decisiones críticas sobre el método se toman antes de recolectar los datos.*
 - 11. En una investigación cuantitativa se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento (muestra) a una colectividad mayor (universo o población). También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse.*
 - 12. Al final, con los estudios cuantitativos se pretende confirmar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la formulación y demostración de teorías.*
 - 13. Para este enfoque, si se sigue rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.*
 - 14. Esta aproximación se vale de la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría, y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas “hipótesis” que el investigador somete a prueba.*
 - 15. La investigación cuantitativa pretende identificar leyes “universales” y causales (Bergman, 2008).*

Complementamos el abordaje cuantitativo con la realización de entrevistas en profundidad.

Esta técnica permite un diálogo interpersonal, en donde a medida que avanza el encuentro, podemos ir construyendo en nuestra mente una imagen de la entrevistada, adquirimos las primeras impresiones a través de la observación de los movimientos, el tono de voz, la comunicación no verbal, etc. El contexto verbal nos permitirá, o no, motivar el interés de la persona.

El objeto de la entrevista en la investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas a las cuales se entrevista y poder comprender tanto las significaciones que tienen de sus experiencias como también sus puntos de vistas sobre determinados temas o sucesos de la vida cotidiana. En este caso, la palabra aparecerá



como el dato, el/la entrevistador/a debe esperar constantemente que la persona a quien entrevista vaya más allá de lo dicho.

Cabe destacar, coincidiendo con Mendizábal (2006) que el diseño de la propuesta metodológica cualitativa es flexible, abierta a cambios o a situaciones nuevas, ya que se nos permite volver a etapas anteriores: por ejemplo, en esta investigación, realizamos las entrevistas a las mujeres receptoras en varias instancias, lo que permitió profundizar los aspectos relegados en el primer encuentro, aligerar las mayores resistencias y facilitar la disponibilidad de las entrevistadas, entre otras cosas.

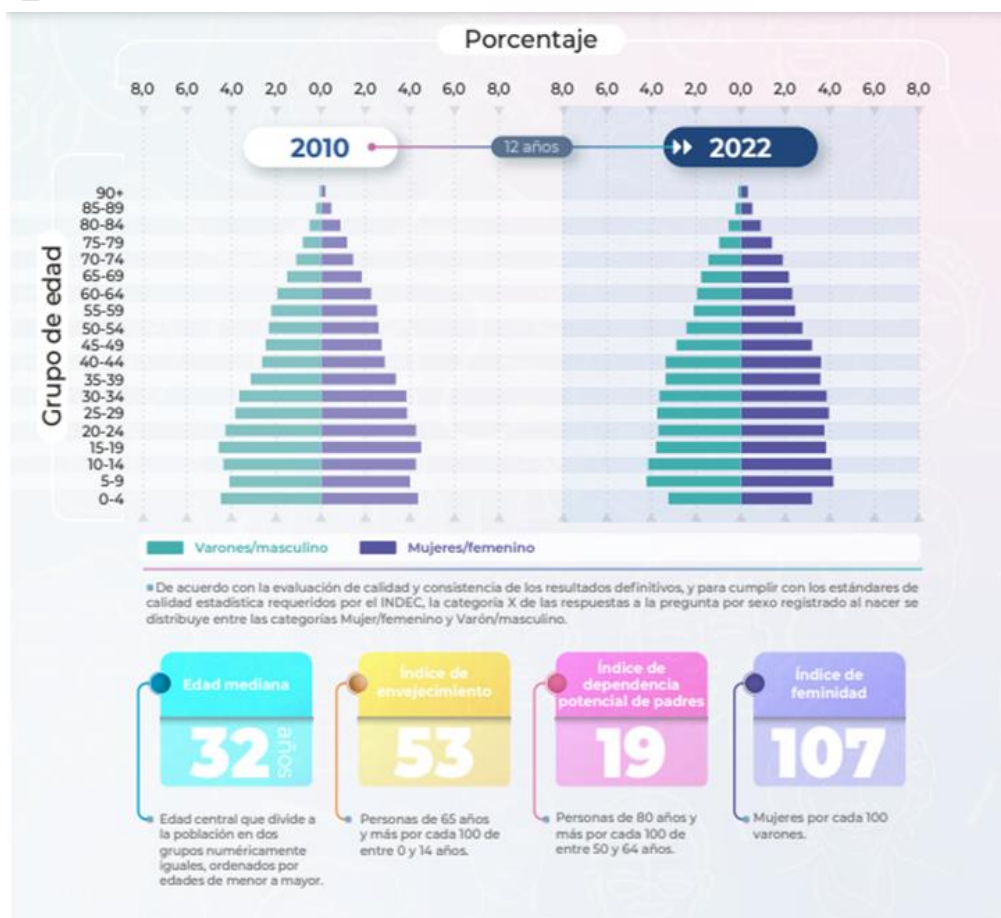
Contextualización y caracterización de la población relevada.

Según los datos relevados por el INDEC, la población mendocina asciende a 2.014.533 personas. Se ubica detrás de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. Mendoza espera que el organismo nacional envíe más datos en los próximos meses.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) difundió nuevos datos provisorios sobre el censo realizado en mayo de 2022. De acuerdo con estas cifras, en Argentina hay 46.004.703 habitantes, de los cuales 51,76% son mujeres, 48,22%, varones y 0,02% no se identifica con ninguno de los dos géneros.

Mendoza es la cuarta provincia más poblada, detrás de Buenos Aires (20.689.665, en total), Córdoba (3.978.984) y Santa Fe (3.556.522). Del total poblacional de la provincia, se desprende que 51,67% son mujeres, 48,31% hombres y 0,02 %, es decir, 478 personas no se identificaron con ningún género.

Los departamentos de Guaymallén (321.371), Las Heras (228.525), Maipú (214.412), San Rafael (210.478) y Godoy Cruz (195.183) lideran el listado de las localidades con mayor número de habitantes. En cuanto a la densidad, Capital y Godoy Cruz son los municipios con mayor cantidad de habitantes por metro cuadrado.



Como se observa en la tabla la población argentina aumentó un 15% respecto del censo realizado en el año 2010.

En relación a la provincia de Mendoza, podemos ver la siguiente tabla:

Departamento	Total	Sexo		Edad mediana ⁽¹⁾
		Mujer / femenino	Varón / masculino	
Total	2.043.540	1.053.962	989.578	32
Capital	127.160	66.811	60.349	35
General Alvear	52.584	27.359	25.225	34
Godoy Cruz	195.159	103.129	92.030	35
Guaymallén	321.966	166.853	155.113	32
Junín	46.604	23.850	22.754	33
La Paz	12.086	6.117	5.969	30
Las Heras	234.401	121.041	113.360	31
Lavalle	47.167	23.672	23.495	28
Luján de Cuyo	175.056	88.441	86.615	32
Malpú	219.402	112.796	106.606	32
Malargüe	32.717	16.543	16.174	30
Rivadavia	63.724	32.711	31.013	31
San Carlos	39.869	20.191	19.678	30
San Martín	139.792	72.064	67.728	31
San Rafael	215.020	111.027	103.993	33
Santa Rosa	19.382	9.619	9.763	30
Tunuyán	60.171	31.114	29.057	30
Tupungato	41.280	20.624	20.656	28

⁽¹⁾ Corresponde a la población en viviendas particulares.

Nota: de acuerdo con la evaluación de calidad y consistencia de los resultados definitivos, y para cumplir con los estándares de calidad estadística requeridos por el INDEC, la categoría X/ninguna de las anteriores de las respuestas a la pregunta por sexo registrado al nacer se redistribuye entre las categorías Mujer/femenino y Varón/masculino.

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos.



Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del 2022, Mendoza tiene 2.043.540 habitantes, de las cuales 1.053.962 son mujeres. Guaymallén es el departamento con más población de la provincia y por lo tanto es el departamento con más mujeres (INDEC 2022). La localidad seleccionada es Bermejo, con una población de 13.428 habitantes. Se encuentra a 15 minutos del centro comercial de la Ciudad de Mendoza siendo Mathus Hoyos su calle principal, en una zona de microclima debido a su muy baja urbanización. Este distrito se ubica al sur del departamento, cercano a Villa Nueva y Capilla del Rosario. Solo cuenta con un centro de salud para la población, el centro de salud N° 12 Bermejo, ubicado en Avenida Mathus Hoyos 2890.

Guaymallén	Población Total		
	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
BELGRANO	20.688	21.731	42.419
VILLA NUEVA	16.387	18.538	34.925
DORREGO	13.460	15.379	28.839
RODEO DE LA CRUZ	10.000	10.540	20.540
CAPILLA DEL ROSARIO	8.687	9.597	18.284
BERMEJO	8.229	8.424	16.653
LAS CAÑAS	7.193	7.920	15.113
BUENA NUEVA	6.138	6.530	12.668
SAN JOSÉ	5.657	6.366	12.023
EL SAUCE	5.398	5.365	10.763
PEDRO MOLINA	5.079	5.546	10.625
SAN FRANCISCO DEL MONTE	4.488	4.593	9.081
LOS CORRALITOS	4.072	3.951	8.023
JESÚS NAZARENO	3.939	4.040	7.979
NUEVA CIUDAD	3.552	3.934	7.486
PUENTE DE HIERRO	3.337	3.282	6.619
KM11	3.246	3.313	6.559
COLONIA SEGOVIA	3.037	2.962	5.999
KM8	1.729	1.700	3.429
COLONIA MOLINA	1.513	1.475	2.988
LA PRIMAVERA	1.409	1.379	2.788
TOTAL	137.238	146.565	283.803

El cuadro precedente muestra los resultados proporcionados por fuentes secundarias (INDEC y DEIE a través de la Encuesta Permanente de Hogares - EPH- y la Encuesta de Condiciones de Vida - ECV-) y por fuentes de información primaria, a través del sistema de alta a programas sociales APROS, ya que en el último censo realizado en 2022 no hay datos específicos del distrito de Bermejo, solo muestra datos totales de los departamentos de la provincia.

Aplicación del instrumento de medición cuantitativo: cuestionario semi cerrado, anónimo

En un segundo momento se procuró medir el acceso al sistema de salud de la población seleccionada.

Para esto, se elaboró un cuestionario a partir de la revisión bibliográfica y la evaluación de investigaciones aplicadas, centrando el análisis en aquellas que han abordado la accesibilidad a sistemas de salud.

Previamente a la aplicación del instrumento, se realizó una prueba del cuestionario, para constatar su adecuación a los objetivos propuestos, testear la comprensión de las preguntas y detectar incoherencias.

Una vez probado el cuestionario y realizados los últimos ajustes, se concretó el diseño gráfico del cuestionario.

El instrumento se aplicó en una muestra de la población seleccionada. Esa muestra fue calculada para el proyecto “Accesibilidad al sistema de salud y su incidencia en la realización de prácticas de prevención, detección precoz y tratamiento de enfermedades no transmisibles -ENT- en usuarios que poseen DAMSU, OSEP-, usuarios que concurren al Hospital Universitario y usuarios del Plan médico obligatorio que residen en el Barrio La Gloria, Bermejo, Maipú centro y Fray Luis Beltrán, Mendoza”, financiado por la SIIP 2022-2025 (Secretaría de Investigación, Internacionales y Posgrado de la Universidad Nacional de Cuyo) a cargo de Caroglio Valeria como directora y Di Lorenzo Gabriela, como codirectora. Se adjunta en Anexo las precisiones muestrales.

CUESTIONARIO

PREGUNTAS DE CUESTIONARIO:

- ¿En los últimos 30 días ha tenido alguna enfermedad o accidente?
- Si, no, no sabe
- Si contesta sí:
 - ¿A dónde fue a buscar atención para esta enfermedad o accidente?
 - Service público/ clínica privada/ servicio de emergencia/ farmacia o automedicación/ remedios caseros/ no hizo nada/ otros
 - Si no hizo nada o no utilizó medios apropiados para el cuidado de la salud,
 - ¿Por qué no fue a un Sistema de salud?
 - No tenía plata / estaba lejos / tenía mucho que esperar / no hay remedios / no hay médicos / no confío en los médicos/ no era serio/ no era necesario/ no tenía tiempo/ no tenía obra social/ repitió una prescripción previa/mal trato del personal de salud/otros



- En relación a su ocupación
- En el último año tuvo necesidad de realizar una consulta médica?
- En el caso de haber consultado utilizó: sistema público, sistema privado
- En caso de no haber utilizado, porque motivo:
- En su última consulta médica, la atención fue: satisfactoria, no satisfactoria
- Si su necesidad no fue satisfecha ¿Cuál fue el motivo?
- Tiene atención médica a menos de 20 cuadras desde su domicilio
- En caso de tener un centro médico a menos de 20 cuadras, ¿cuál es el que más utiliza?
- No lo utiliza porque:
- ¿Cómo llega al centro médico que más utiliza?
- ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de atención médica desde su domicilio?
- ¿Cómo saca los turnos para la atención médica?
- El sistema de turnos le parece:
- Cuando solicita un turno, para cuando se lo dan?
- El día del turno, ¿cuánto tiempo se demoran en atenderlo?
- El centro médico tiene:
- ¿Tiene alguna enfermedad crónica?
- Marque cual
- ¿Cómo la detecto?
- ¿Realiza controles y tratamientos para su enfermedad?
- los controles y tratamiento los realiza en el centro de atención habitual?
- ¿Está satisfecho con el control y tratamiento de los controles que realiza?
- ¿Por qué no realiza los controles y tratamientos de su enfermedad?
- ¿Por qué no está satisfecho con los controles y tratamientos de su enfermedad?
- Independientemente de las consultas por urgencia, realiza chequeos anuales de su salud?
- ¿Cuándo se realizó la última mamografía?
- ¿Por qué motivo lleva más de dos años sin realizarlo?

Características y resultados de la aplicación del instrumento

La encuesta se aplicó a 18 mujeres, entre 30 y 50 años de edad durante los meses de octubre y noviembre del 2024.

Mi experiencia de realizar el trabajo de campo implementando el instrumento fue muy significativo y desafiante en lo personal ya que el cuestionario, era digital y debíamos ir marcando las respuestas con rapidez para lograr la empatía de las encuestadas y evitar que se fueran anticipadamente. Desafiante porque también entran en acción la memoria y la atención, ya que las personas empiezan a explayarse cuando quieren empezar a contar sus historias de vida, lo que facilita que se “corran” del tema central. Distinto era otrora que usábamos cuestionarios de papel y lapicera para las respuestas, donde además debíamos contar con una carpeta porque eran varias hojas. Pero estamos en la era digital así que hay que adaptarse a todos los cambios y herramientas digitales que colaboran a una actitud investigativa.

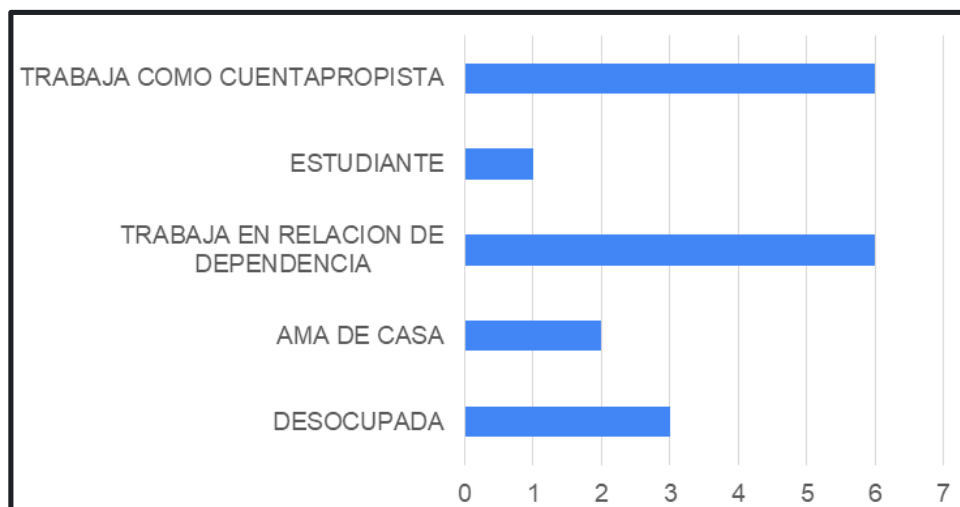
A partir del procesamiento de las respuestas, hemos podido identificar algunos de los indicadores que nuestro marco teórico propone para conocer la accesibilidad al sistema de salud de la población relevada.

Indicadores económicos

Tabla 1: Ocupación de las encuestadas.

Tipo de ocupación	Cantidad
Desocupada	3
Ama de casa	2
Trabajo en dependencia	6
Estudiante	1
Cuentapropista	6

Gráfico 1: Tipo de ocupación (en cantidad de personas)



En el gráfico se observa la condición laboral de las encuestadas, que nos da algunos indicios de su situación socioeconómica.

De 3 encuestadas, 1 trabaja como cuentapropista, engrosando las filas del trabajo informal. De 6 encuestadas, 1 está desocupada. O sea, la mitad de las entrevistadas se encuentran en una situación laboral precaria, sin acceso a cobertura de salud.

El concepto de 'economía informal', de mayor complejidad que el de 'sector informal', se refiere al grupo cada vez mayor y diverso de trabajadores y empresas, (urbanas o rurales), que operan en el ámbito informal, o sea: trabajo no registrado, sin aportes jubilatorios ni cobertura en salud. Incluye trabajadores por cuenta propia dedicados a actividades de subsistencia -tales que vendedores callejeros, lustrabotas, traperos, chatarreros, recogedores y recicladores de basura, trabajadores a domicilio- y los pertenecientes a empresas o fábricas en que se les hace pasar por asalariados, trabajadores independientes de microempresas que funcionan aisladas con trabajadores familiares o, a veces, con aprendices (OIT, Organización Internacional del Trabajo, 2002, p. 2-3). Estos trabajos no están reconocidos ni protegidos jurídica ni reglamentariamente englobando a trabajadores de alta vulnerabilidad a quienes a veces se les confunde con delincuentes siendo objeto de prejuicio, discriminación y represión, no obstante tratarse en su gran mayoría de trabajadores que producen bienes o servicios legales (OIT, 2002, p. 3).

En Argentina, un trabajo formal se define como aquel en el que existe un contrato de trabajo formalizado entre el trabajador y el empleador, y que se ajusta a la legislación laboral vigente. Esto significa que el trabajador tiene derecho a una serie de beneficios



y protecciones legales, como el pago de aportes jubilatorios, vacaciones pagas, seguro de salud, y protección en caso de despido.

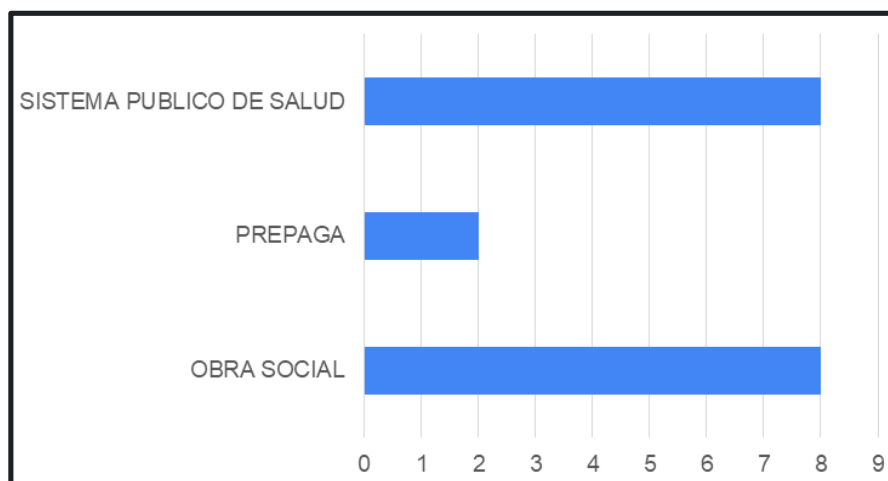
Según los datos del último censo 2022, no hay información exacta de mujeres con trabajo informal. Sin embargo el sector de servicio doméstico es altamente feminizado con un 97% de mujeres trabajadoras y presenta altos niveles de informalidad, alcanzando un 73%. Del total de personas inscriptas en el Registro Nacional de trabajadoras y trabajadores de la economía popular (ReNaTEP), el 58% son mujeres.

Indicadores de cobertura de salud

Tabla 2: Tipo de cobertura de salud

Tipo de cobertura de salud	Cantidad
Obras sociales	8
Sistema público de salud	8
Prepaga	2

Gráfico 2: Tipo de cobertura de salud



Las respuestas indican que, de 10 mujeres, 4 tienen obra social y 4 se atienden en el sistema público de salud, mientras 1 paga una prepaga. Hay una distribución bastante similar entre quienes tienen obra social y quienes se atienden en el sistema público, que se parece bastante a la distribución provincial: según los datos proporcionados por el Plan Provincial de Salud 2024-2030 del Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza, el



59,2% de la población provincial posee OSEP, PAMI u otra obra social o prepaga. Encontramos algunas diferencias entre los departamentos: Capital presentó en 2022 el porcentaje más alto de población con OSEP, PAMI u otra obra social o prepaga (73,9%); mientras que San Carlos tiene el porcentaje más bajo de población con este tipo de cobertura (42,5%).

Esta fuente informa que, si bien el 40% de la población tiene únicamente cobertura en el sistema público, se atienden ahí más de 50% de las/os mendocinas/os. En los departamentos alejados ese porcentaje es aún mayor. Esto se debe a que una porción de las personas que cuentan con cobertura de una obra social o prepaga utiliza el sistema público, probablemente porque su plan no ofrece cobertura en todos los aspectos. Cuando el Estado no cobra adecuadamente a las obras sociales los servicios que les presta a sus afiliados, se producen los llamados “subsídios cruzados”, es decir que el sector público financia a las obras sociales sindicales o prepagas, desfinanciándose.

Respecto del análisis de la cobertura de salud por zona de residencia, en las zonas urbanas es mayor el porcentaje de población afiliada a OSEP, PAMI u otra obra social o prepaga que en las zonas rurales. En este último caso, más de la mitad de la población (54,7%) solamente tiene cobertura pública de salud o servicios de emergencia. Este porcentaje disminuye en las zonas urbanas, donde la población que está cubierta solamente por el sistema público representa un porcentaje mucho menor, el 36,2%.

Estos datos tienen relación con la información anterior. Según su condición laboral, las encuestadas pueden o no acceder a más servicios de salud. Si no cuentan con una obra social usan el sistema público o pueden optar como estrategia abonar un sistema prepago de salud, como vemos en el gráfico.

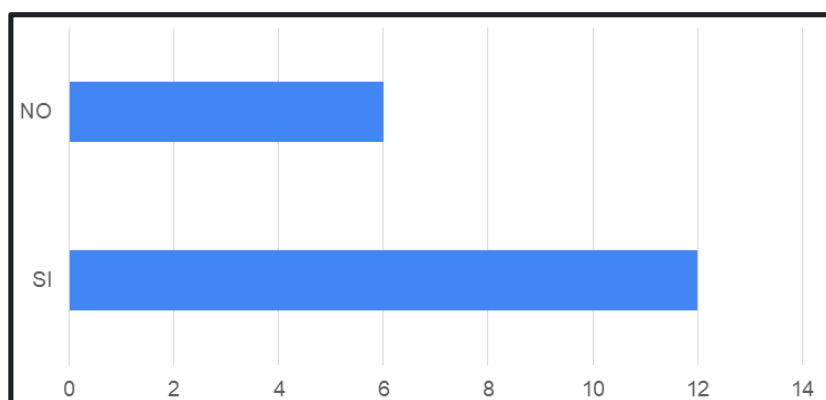
Según el Censo Nacional 2022, el 60,9 % de la población tiene obra social, lo que implica tener un trabajo registrado. Pero según el informe “La participación de las mujeres en el trabajo, el ingreso y la educación” -basado en los datos de la encuesta permanente de hogares- esa proporción es menor entre las mujeres: la mitad no posee cobertura.

En cuanto a la distribución de la población que depende exclusivamente de la cobertura pública de salud según Departamento, Guaymallén, con 120.667 personas lo que corresponde a 37,5% de su población, proporción similar a la provincial.

Tabla 3: Consultas de salud en el último año.

Consulta médica en el último año	Respuestas
SI	12
NO	6

Gráfico 3: Consulta de salud en el último año

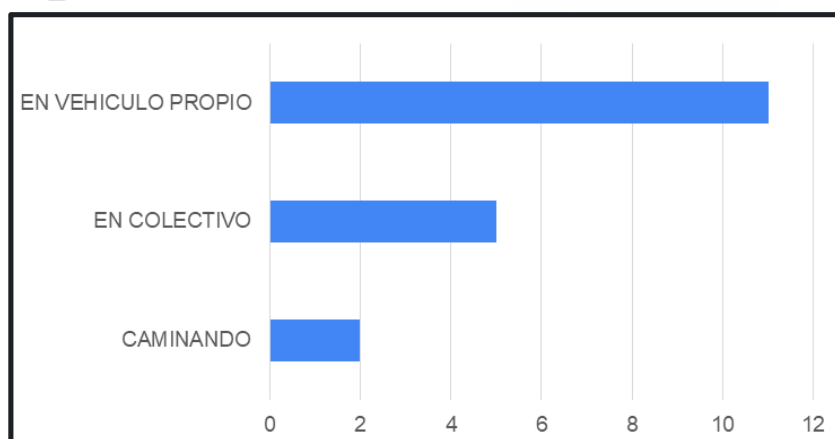


En este gráfico podemos observar que más del 60% de las encuestadas realizaron consultas el último año, lo que significa que acudieron al centro médico ya sea por atención o alguna emergencia propia o de algún familiar, cumpliendo actividades de cuidado en el hogar -son las que concurren con mayor frecuencia al médico para acompañar a sus hijas/os o pareja-.

Tabla 4: Cómo se traslada al centro Médico

¿Cómo llega al centro médico?	Respuestas
En colectivo	5
En vehículo propio	11
Caminando	2

Gráfico 4: ¿Cómo se traslada al centro médico?

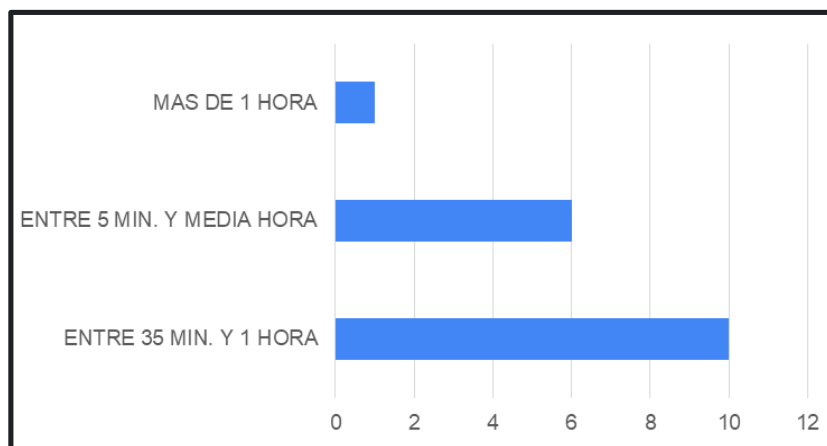


El acceso a la salud requiere posibilidades de traslado. De las 18 encuestadas, 11 mujeres usan su propio vehículo. Del resto, 5 usan el transporte público de pasajeros y 2 van caminando. Estos números estarían indicando que hay medios de transporte -ya sean propios o públicos- que permiten el acceso. La posibilidad de trasladarse caminando indicaría que concurren al centro de salud de la zona.

Tabla 5 Tiempo que demora en llegar al centro médico desde su casa

Tiempo que demora	Respuestas
Más de una hora	1
Entre 5 min. y media hora	6
Entre 35 min. y una hora	10

Gráfico 5 Tiempo que demora en llegar al centro médico desde su casa



En este gráfico observamos el tiempo que les lleva a las encuestadas trasladarse al turno médico. Más de la mitad tarda entre 35 minutos y una hora.

En relación a esta dimensión, según datos de la subsecretaría de Movilidad Sustentable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, las mujeres "hacen más viajes, aunque más breves, lo que les lleva más tiempo y dinero": casi un 30% de sus viajes son para cumplir con tareas domésticas y de cuidado y el 53% para trasladarse al trabajo o a estudiar, mientras que los varones utilizan un 70% de los viajes para ese motivo. Según este informe, esto también expone a las mujeres a mayores riesgos de seguridad y al acoso callejero. De acuerdo a un sondeo del Observatorio Ni Una Menos de la Ciudad, el 54% fue acosada verbalmente mientras esperaba el transporte y un 34% fue manoseada dentro de él. En este sentido, es necesario "mejorar las oportunidades de movilidad para las mujeres es posibilitarles, también, que accedan al trabajo, a la educación y a la salud para ellas y sus hijos".²⁸

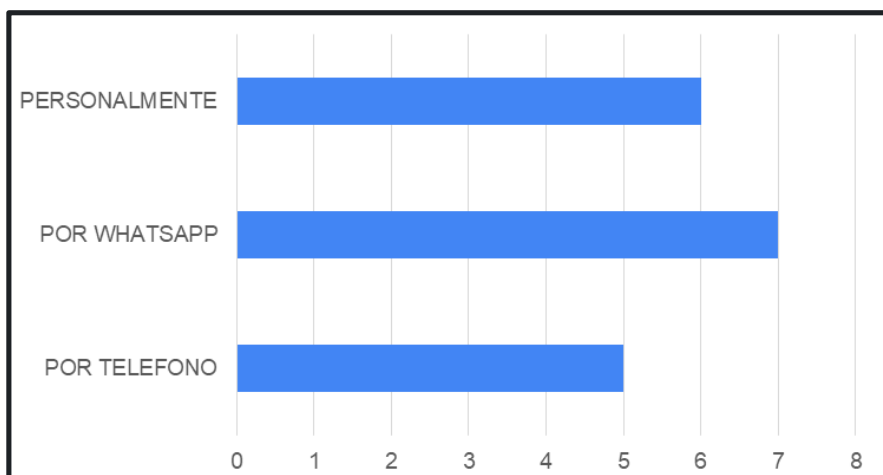
Indicadores de Disponibilidad

Tabla 6: Cómo obtiene los turnos de atención médica

Personalmente	6
Por WhatsApp	7
Por teléfono	5

²⁸ El Cronista; las mujeres usan mas veces al día el transporte publico, que los hombres
<https://www.cronista.com/economia-politica/Las-mujeres-usan-el-transporte-publico-mas-veces-por-dia-que-los-hombres-20181015-0072.html>

Gráfico 6: ¿Cómo obtiene los turnos de atención médica?

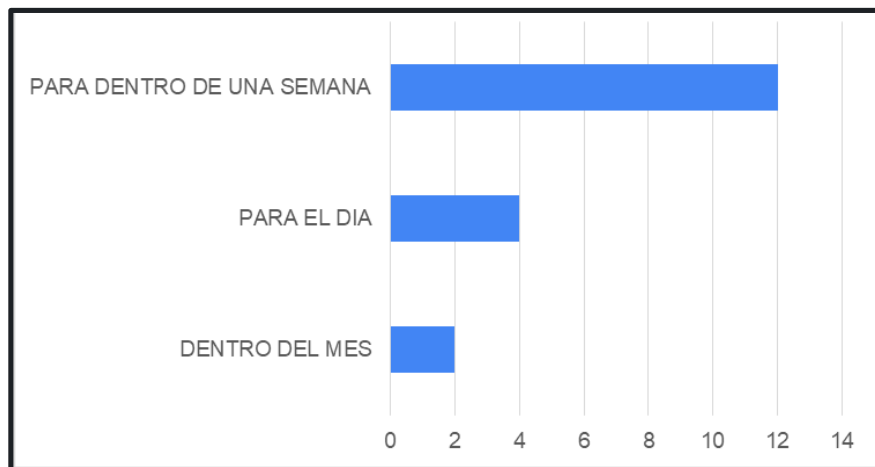


Si observamos el gráfico 6, casi 4 de cada 10 encuestadas prefieren el uso de WhatsApp como medio para obtener turnos, ya que les resulta conveniente y accesible por las distancias y tiempos que disponen. Pero 3 de cada 10 deben sacar los turnos personalmente, lo que representa una barrera al acceso, ya que es más costoso desplazarse al centro médico de atención.

Tabla 7: ¿Para qué fecha son los turnos médicos?

Para dentro de una semana	12
Para un mes	2
Para el día	4

Gráfico 7: ¿Para que fecha son los turnos médicos?

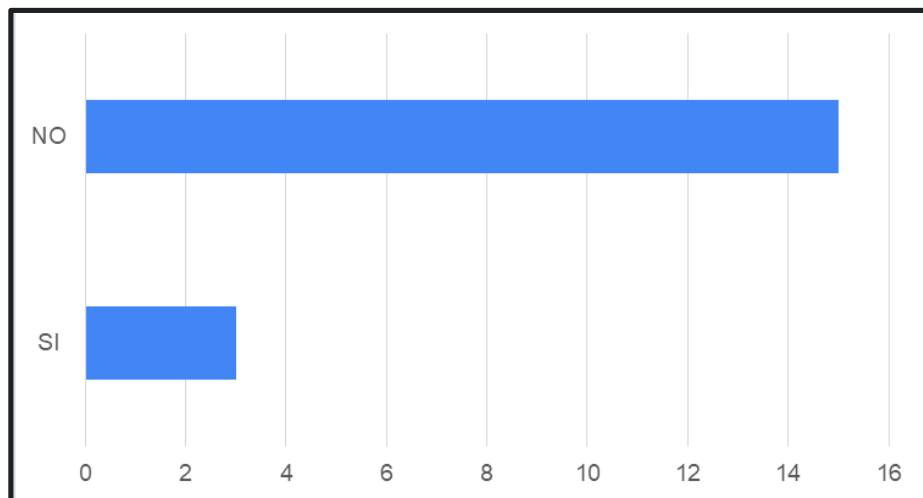


El gráfico muestra que 2 de cada 3 de las encuestadas logran obtener turnos para la semana siguiente de solicitarlo, lo que indicaría que pueden acceder a turnos en un plazo razonable para una organización anticipada de sus actividades. Sólo 1 de cada 10 debe esperar un mes para obtenerlo.

Tabla 8: Posee alguna enfermedad crónica

SI	3
NO	15

Gráfico 8: ¿Posee alguna enfermedad crónica?

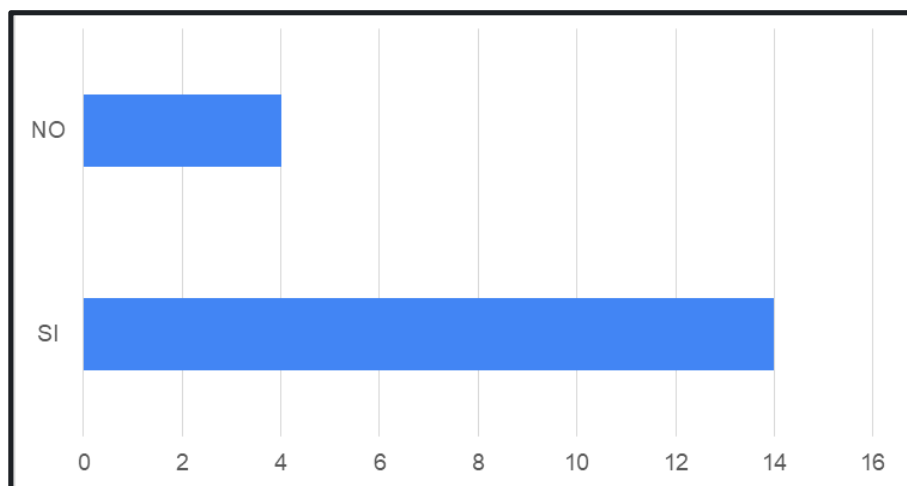


En este gráfico se observa que aproximadamente 5 de cada 6 encuestadas no posee enfermedades crónicas, porcentaje similar al de la población provincial con ENT. Según los datos proporcionados en el Plan de Salud Provincial 2024-2030, el 16% de la población declaró tener una enfermedad crónica.

Tabla 9: ¿Realiza chequeos de salud?

SI	14
NO	4

Gráfico 9: ¿Realiza chequeos de salud?



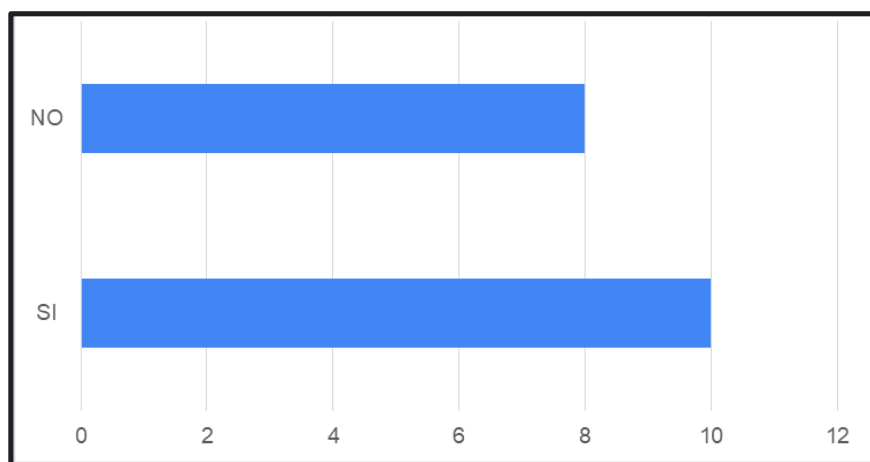
Las encuestadas priorizan los controles de salud: aproximadamente 8 de cada 10 los realizan, mientras 2 no lo hacen. Entre quienes los realizan, se encuentran las 3 que poseen ENF.

Si atendemos los datos de la población provincial publicados en el Plan de Salud Provincial 2024-2030, el 94% de los pacientes con alguna enfermedad crónica se realiza controles por esa patología al menos una vez al año. Estos indicadores evidencian que existe conciencia en los pacientes crónicos de la necesidad de consultar periódicamente, lo que permite al sistema llevar a cabo acciones directas para el seguimiento de la patología y evitar complicaciones.

Tabla 10: ¿Realiza pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (PAP, mamografías, colesterol y laboratorio)?

SI	10
NO	8

Gráfico 10: ¿Realiza pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (PAP, mamografías, colesterol y laboratorio)?



Uno de los objetivos de nuestro trabajo es indagar sobre la prevención de enfermedades. Una alta proporción de las encuestadas -4 de cada 10- no realiza estudios para detección de cáncer de cuello uterino.



En Argentina, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino del Ministerio de Salud estima que se diagnostican 4500 nuevos casos de cáncer de cuello uterino por año y que cada año fallecen más de 2.200 personas.

En Mendoza, aproximadamente 60 mujeres mueren anualmente por cáncer de cuello uterino.

Según la base del Instituto Nacional del Cáncer (INC) del Ministerio de Salud de la Nación, en Argentina en 2024 esas 2.222 defunciones representan una tasa bruta de 9,4 defunciones cada 100.000 mujeres. A partir de los 25 años se registra un aumento, con tasas que alcanzan valores de 18,2 cada 100.00 mujeres a partir de los 40 años, alcanzando los valores más altos en mujeres de 65 y 69 años (20,1 cada 100.000 mujeres) y en mayores de 75 años (21,3 cada 100.000 mujeres)

La mortalidad por cáncer cervicouterino para Argentina durante el 2022 fue de 7,5 defunciones por 100.000 mujeres. La distribución de las tasas según provincia de residencia mostró importantes desigualdades. La mayor mortalidad se registró en Formosa (17,3/100.000 mujeres), seguida de la provincia de Misiones (15,0/100.000) y Chaco (13,1/100.000). Por otro lado, las jurisdicciones que presentaron las menores tasas ajustadas fueron CABA (4,4/100.000 mujeres), Tierra del Fuego (4,8/100.000) y Santa Cruz (4,9/100.000). Mendoza está ubicada en el medio de esos valores extremos.

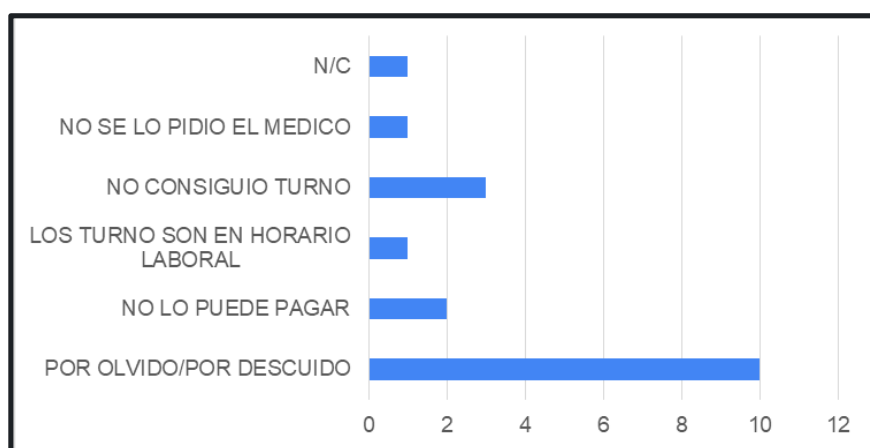
Tabla 11: Motivos por los que no realiza controles de salud

No se lo pidió el medico	1
No consiguió turno	3
No lo puede pagar	2
Por olvido/por descuido	10
Los turnos son en horario laboral	1
N/C	1

Más de la mitad de las encuestadas no realizó el control por descuido. Esta alta proporción podría relacionarse con una débil concientización de la importancia de la detección precoz en el tratamiento y la cura de este cáncer. Una de cada diez mujeres no puede pagar los estudios, constituyendo una barrera al acceso. La falta de recurso

financiero es una barrera significativa para que algunas mujeres accedan a los chequeos de salud, lo que puede afectar su salud y bienestar. Esto sugiere que hay una desigualdad, ya que algunas mujeres pueden estar en desventaja debido a su situación económica. Lo mismo sucede con los turnos: 2 de cada 10 mujeres no lo consiguieron o se les complica asistir porque son en horario laboral

Gráfico 11: Motivos por los que no realiza control de salud



En el gráfico podemos observar que, de cada 10 mujeres, 5 olvidan realizar chequeos. Esa proporción disminuye entre mujeres de más de 40 años.

Análisis de los resultados de las encuestas

A partir del análisis de las encuestas realizadas, podemos identificar cómo se manifiestan algunos de los indicadores de la accesibilidad a la salud entre las encuestadas.

En cuanto a lo socioeconómico, el 60% de las encuestadas realiza actividades por cuenta propia y utiliza su vehículo para trasladarse al centro de atención más cercano o donde consiguió turno. Esto podría indicar que tienen autonomía y flexibilidad, además de mayor control sobre su tiempo y horarios, lo que les permite programar visitas al médico de manera flexible.

En términos de conveniencia y accesibilidad; whatsapp es una herramienta que ha facilitado el acceso a los servicios de salud, especialmente para aquellas encuestadas que están familiarizadas con la red social. En términos de eficiencia, utilizar whatsapp

puede agilizar el proceso de obtención de turno, reduciendo tiempo de espera y mejorando la experiencia del usuario. Además, facilita la obtención de turno a aquellas personas con movilidad reducida o con horarios complicados de trabajo.

Esta red social ofrece una plataforma fácil y conveniente para comunicarse con los centros médicos, facilitando la accesibilidad a la salud y a la información sobre disponibilidad de turnos, horarios y requisitos médicos, lo que ayuda a la planificación y organización de las consultas médicas de manera efectiva. Esto implica que podría reducirse la barrera como la distancia, el tiempo y la movilidad.

La limitación está en que se debe contar con un teléfono inteligente con conexión a internet., por lo que hay que considerar que no es la mejor opción para todos, especialmente para aquellos que no están familiarizados con la tecnología o no poseen suficiente paquete de datos. Nuestro país tiene una brecha digital importante, principalmente en personas mayores: no todos están familiarizados por lo que puede dificultar el acceso. Pero resulta conveniente y accesible por las distancias y tiempos que disponen las encuestadas

Los turnos para una semana pueden ser un obstáculo para las personas que necesitan atención médica urgente o que tienen condiciones crónicas que requieren seguimiento regular. En general la demora de la asignación de los turnos puede ser un indicador de problemas en el acceso a la salud si se analiza desde los pacientes, pero probablemente sea una estrategia para no generar sobrecarga en el sistema de salud y así dificultar la eficiencia y la capacidad de respuesta.

En cuanto a la realización de chequeos, que de cada 10 encuestadas, 8 lo realicen puede significar un alto nivel de conciencia sobre la importancia de la prevención y la detección temprana. Pero hay 2 que no lo hacen, visibilizando que aún hay mucho para trabajar en medicina preventiva.

Estos pueden ser datos útiles para identificar áreas de fortaleza y debilidad en términos de hábitos de salud y para desarrollar estrategias para promover la salud y el bienestar de la población encuestada.

Sin embargo, es importante considerar que el olvido o descuido para realizar chequeos anuales puede ser un indicador de que las mujeres en esta edad pueden no tener conciencia de la importancia de controles regulares, o necesitar recordatorios o incentivos para realizar controles regulares de salud. También podría indicar que hay



barreras -como la falta de tiempo por tareas de cuidado, otras responsabilidades o exigencias laborales- que impiden que las mujeres entre 30 y 50 años prioricen su salud.

En general puede ser un punto de partida para explorar más a fondo la salud de la población encuestada y poder identificar posibles áreas de intervención para mejorar la salud pública.

3.6 Aplicación de la Entrevista en profundidad

Posteriormente al relevamiento cuantitativo se realizaron entrevistas en profundidad a algunas mujeres de la población seleccionada. Se construyó previamente la guía de la entrevista, atendiendo las devoluciones que arrojaron las primeras respuestas al cuestionario, buscando profundizar aspectos e interpretaciones.

GUIA DE PREGUNTAS

Introducción: Cuéntenos con confianza, esto es sólo para nosotros, no saldrá su nombre en ningún lado. Trate de ser lo más sincera posible, éso es lo que nos sirve, nadie va a juzgar lo que ud. responda.

- ¿Se hace chequeos de salud? ¿Cada cuánto? ¿En dónde?
- ¿Tiene todas las vacunas? ¿Por qué?
- ¿Tiene alguna ENT? ¿Cómo la descubrió?
- ¿Dónde se atiende? ¿Se realiza los controles?
- ¿Cómo fueron sus embarazos? ¿Se hizo controles? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Fue fácil hacerlos? ¿Por qué?
- ¿Cómo se cuida para no quedarse embarazada? ¿le ayuda que el hospital le ofrezca métodos anticonceptivos gratuitos?
- ¿Habla con sus hijas/os sobre las enfermedades de transmisión sexual, sobre el sexo, sobre las ENT?
- Si compara su cuidado de la salud de hoy con el que tenía cuando tenía menos de 30 años: siente que se cuida más o se cuida menos?
- ¿Por qué?



Pautas para indagar: porque tenía más recursos económicos su familia, porque no tenía hijos, porque el sistema de salud del país está mejor/peor, porque tenía obra social, porque era más fácil atenderse cuando te atendían personas

- ¿Cómo describiría a alguien que tiene buena salud? ¿Qué cosas definen que una persona tenga buena salud?

Pautas para indagar: no tener colesterol, ni alta presión, estar bien alimentada, no agitarse al correr, descansar, tener buena dentadura, no tener várices, ver bien, otros

- ¿De qué depende que alguien tenga buena salud?

Pautas para indagar: de la genética, de cuidarse, de tener plata para atenderse, de trabajar en buenas condiciones, de ser limpia, de vivir en una casa con comodidades, otros

- Según su punto de vista, es fácil lograr que la atiendan cuando se siente mal de salud? ¿Por qué?
- ¿Qué cosas obstaculizan el acceso a la salud? ¿Qué cosas hacen más fácil acceder?
- ¿Cree que para los hombres es más fácil cuidar su salud que para las mujeres? ¿por qué?
- ¿Le parece que tener hijos favorece o dificulta el cuidado de su salud y de las mujeres en general? ¿Por qué?
- ¿Quién lleva a sus hijos al médico?
- ¿Quién la acompaña? cuando se siente mal, ¿quién la cuida?
- ¿Si le dan reposo, lo hace? ¿por qué?
- ¿Qué es para usted prevenir las enfermedades no transmisibles?
- ¿Qué cosas cree usted que ayudan a prevenir enfermedades?
- ¿Considera que su familia ayuda a que usted cuide su salud para prevenir enfermedades? ¿De qué forma si y de qué forma no?
- Cuando conversa en grupos de mujeres (trabajo, el barrio, la escuela) ¿Conversan sobre la salud? ¿de qué aspectos?
- Si usted tuviera que “arreglar el sistema de salud”, ¿qué cosas cambiaría?



- ¿Qué cosas tuyas cambiaría para cuidar mejor su salud?
- ¿Qué cree Ud. que necesitaría para tener mejor salud?
- ¿Presta atención a la información sobre salud que sale en la tele, en la radio? en los afiches de los hospitales? ¿O se guía por lo que habla con sus amigas o sus familiares?

El tipo de entrevista que utilizamos en nuestro trabajo de campo fue la entrevista semiestructurada, confeccionamos una lista de temas sobre los cuales buscaremos indagar. Las respuestas de cada una de las personas varía según sus experiencias y sus puntos de vista.

Una de las ventajas de la utilización de esta técnica es su flexibilidad, ya que permite acomodarse a cada persona particular, lo que motiva a estimular el interés y aumentar el grado de participación.

Realizamos la selección de casos por medio del muestreo intencional, el cual consiste en la selección de los casos que se adecuan a nuestra investigación. En este tipo de muestras, los/as sujetos/as son elegidos/as para formar parte de la muestra con un objetivo específico. Hernandez Sampieri (2006) describe que es un muestreo discrecional, porque se cree que algunas experiencias son más adecuadas que otras para la investigación. Por esta razón los casos son elegidos deliberadamente porque cumplen los requisitos de la población objeto de estudio, es decir que no son seleccionados al azar. En nuestro caso, la selección de la muestra se focalizó en mujeres transitando el proceso de la ENT.

En cada una de las entrevistas, informamos acerca de la utilización de grabadoras, ya que posibilita una recolección de datos más eficaz. A su vez intentamos que el espacio para desarrollar las entrevistas fuese privado, de manera que las personas pudiesen expresarse libremente sin interrupciones. El espacio de la entrevista ha sido la casa de las entrevistadas.

Las entrevistas han tenido como tiempo de duración entre 12 y 16 minutos, según la predisposición de las personas. Es importante aclarar que al comienzo de cada una de las entrevistas anunciamos que tendría carácter de anónima, limitada al ámbito de esta investigación, y así garantizar la confidencialidad de sus datos y sus opiniones.

Perfiles de las mujeres entrevistadas

Entrevistada 1: Elizabeth

Edad: 38 años,

Situación familiar: Separada con dos hijos.

Situación laboral: Ama de casa

Estudios: Secundaria Completa

Cobertura: sin obra social

ENT: sin ENF

Entrevistada 2: Adriana

Edad: 48 años,

Situación familiar: soltera sin hijos.

Situación laboral: trabaja en dependencia

Estudios: Universitaria

Cobertura: con obra social

ENT: ENF (Diabetes 2, cáncer de mama, hipotiroidismo)

Entrevistada 3: Diana

Edad: 50 años,

Situación familiar: en pareja dos hijos.

Situación laboral:

Estudios: Universitaria

Cobertura: sin obra social paga una prepaga,

ENT: ENF (EPOC, asma)

Análisis de las entrevistas

¿Se hace chequeos de salud? ¿Cada cuánto? ¿En dónde?

Eli



“no, por el tiempo, porque me cuesta conseguir turnos llamando así hay que insistir mucho con las llamadas por eso no, no no me hago y tengo dos hijos”

Adriana

“ sí, cada tres meses y si no, los controles anuales por lo que sería salud de la mujer y por la diabetes más que nada. En la clínica, por mi obra social”

Diana

“desde que me dio covid quedé con asma bronquial y me hago chequeos por ese problema, es obligatorio todos los meses o generalmente cuando ahora el cambio de época, que empiezo a sufrir un poco más el tema de la falta de aire, me hago controles para que me vean si sigo con la misma medicación. Me pago una prepaga porque no conseguía que me atiendan o había que esperar mucho en el hospital”

Una de las cuestiones que se puede observar a partir de las respuestas de las entrevistadas es que el sistema público de salud establece que los turnos deben ser solicitados a través de la línea telefónica 148, la cual gestiona los turnos para todos los centros de salud de la provincia para todas las personas.

Estas experiencias reflejan la frustración que las entrevistadas sienten al intentar acceder a los turnos médicos. Desisten de la atención y postergan realizarse chequeos o prefieren pagar una prepaga para que no existan demoras.

En cambio la que posee obra social, puede tener acceso a los turnos con más facilidad.

¿Tiene alguna ENT? ¿Cómo la descubrió? ¿Dónde se atiende?¿Se hacen los controles?

Eli

“No, creo que no, ¿qué es eso? no sé lo que son esas enfermedades”

Adriana



*“¿Cuáles son esas?(se describe qué son las ENF). Ah, entonces si, si tengo! Tengo cáncer de mama, diabetes tipo 2, hipotiroidismo y creo que presión alta”
Si me tengo que controlar cada tres meses en las clínicas por la obra social”*

Diana

“Asma bronquial, me tengo que controlar todos los días y tengo problemas de la presión así que voy al médico seguido porque me agito y hace un tiempo me contagie de dengue, lo que empeoro mi cuadro de asma. Así que me tiene que controlar y no me puedo enfermar, sino ya no la cuenta me dijo el médico”

En esta pregunta, se puede notar que el término de ENT no es muy conocido, las entrevistadas no reconocen las enfermedades que componen este gran grupo de riesgo. Pero si se nombran, pueden determinar si ellas mismas también padecen una o si alguien en su familia está atravesando alguna enfermedad.

De las tres entrevistadas, solo la que tiene obra social puede elegir donde puede ser atendida y el día que mejor le convenga. En el caso de las otras dos, lo estipula el centro de atención.

¿Cómo se cuida para no quedarse embarazada? ¿le ayuda que el hospital le ofrezca métodos anticonceptivos gratuitos? ¿Habla con sus hijas/los sobre las enfermedades de transmisión sexual, sobre el sexo, sobre las ENT?

Eli

“No estoy en pareja actualmente, estoy separada y no uso ningún método anticonceptivo. No hablo sobre sexo, porque son muy chiquitos todavía, no lo veo necesario pero en su momento lo haré”

Adriana

“Estoy soltera, no tengo hijos, no tengo sexo ocasional, tengo suficiente con mis asuntos, pero si estoy buscando pareja solo que no se da todavía”

Diana

“uso el método del calendario, un tiempo si usé los anticonceptivos gratuitos que dan en los hospitales porque no tenía relaciones estables y sí me ayudaba muchísimo. Y si hablo con mis hijos, no, ellos me han enseñado a mi, con la educación sexual que les dan en los colegios y por la edad mía generalmente es un tema que yo rehuía hablar, pero ellos son los que me trajeron toda la



información y están muy orientados en el tema, hablan sobre sexo enfermedades no transmisibles, transmisibles, es un tema de conversación. Sí, de hecho mi hija está en cuarto año de la secundaria y ya en tercero nos hizo participar de una de una escuela abierta donde los chicos explicaban todo. Cómo era la sexualidad, como había que protegerse. Qué tipos de enfermedades podríamos encontrar en la actualidad y fue todo un desafío para mí”

Esta pregunta está relacionada con la transmisión de información y cómo pueden transmitirla en su grupo familiar. Dos de las entrevistadas aseguraron que no hablan con sus hijos, las familias no están preparadas para enseñar de sexo, enfermedades, el cuidado del cuerpo o cómo prevenir enfermedades. Pero una de ellas pone en valor que sus hijos sí han traído el tema de la educación sexual a la casa desde la escuela, y lo importante que ha sido formarse en la ESI. Por esta razón se pone en valor el abordaje integral de estos temas que también hacen promoción en la salud a temprana edad. Esos cambios significativos que se van generando en el ámbito educativo son cambios positivos para prevención de violencia y promoción de derechos.

Si compara su cuidado de la salud de hoy con el que tenía cuando tenía 30 años o menos: ¿siente que se cuida más o se cuida menos? ¿Por qué?

Eli

“Creo que me cuido un poquito menos porque antes trabajando, con el movimiento siempre, tenía un poco más de actividad física y hoy en día no. Ha bajado porque antes no tenía hijos. Sí, sí yo creo que sí, antes me cuidaba mas y por la economía del país”

Adriana

“Y, años atrás tenía recursos económicos y como consideraba que estaba sana, no cuidaba mi salud. Ni me preocupaba eso. Sí tenía obra social pero tampoco la usaba para controlarme o hacerme chequeos”

Diana

“antes en realidad era muy de muy muy común que fuera a “Ojo de abuela” o de mamá si realmente tenías que concurrir o no al médico y podías pecar en estar transitando alguna enfermedad que fuera grave y no darte cuenta. En cambio, ahora hay más posibilidades de consultar al médico. Yo me guiaba por lo que decía mi mamá. Ahora sabes que tenes que todos los años hacerte un control



mamario, un control de ovarios, ir a la ginecóloga, bueno todo lo que nosotros ya hemos -creo que como sociedad también- hemos cambiado y nos preocupamos y los que estamos interesados nos ocupamos en ir y realizarlo. El recurso económico era casi el mismo en realidad, lo que ha cambiado es el momento, soy yo la que me administro y puedo brindarmelo. O sea todo el mundo nos ayuda que haya un hospital público ”

Las respuestas de dos de las entrevistadas dan cuenta de que no le dan el mismo mismo cuidado hoy a su salud con respecto a años anteriores. Hoy en día hay una disminución en la priorización de la salud comparado a épocas anteriores. El foco no está en el cuidado de su salud, desplazan la atención y por lo tanto generan hábitos menos saludables, como no realizar controles, lo que puede aumentar el riesgo de problemas de salud no detectados. Hay una menor conciencia sobre la salud en comparación con el pasado, tal como describe Diana

Diana, una de las entrevistas reconoce un avance en la medicina preventiva, y en la conciencia que ella tiene de realizarse controles anuales, algo que antes no estaba presente en la sociedad según su mirada.

¿Cómo describiría a alguien que tiene buena salud? ¿Qué cosas definen que una persona tenga buena salud? ¿De qué depende que alguien tenga buena salud?

Eli

“me imagino que con una buena alimentación y bueno, con ejercicio físico, de eso depende que exista la buena salud”

Adriana

“come bien, duerme bien, hace actividad física. Por ejemplo si es parte la alimentación tener el control del colesterol, de la presión exacta. Que alguien tenga buena salud depende y yo creo que puede ser algo genético, según mi punto de vista”

Diana



“vos lo notas, alguien que tiene una vida relativamente sana que no tiene vicios, podes darte cuenta de que no, no estás siendo obeso o no estás en un proceso de alguna adicción porque también lo notas cuando la persona tiene..estoy hablando de las medicamentosas. Generalmente en eso lo notas cuando hay muchas pastillas en una casa, no creo que sea lo saludable Creo que uno entiende como saludable cuando ves una vida sana entre los miembros de una familia. Depende de los hábitos que tengan al comer, sobre todo y y los hábitos de realizar ejercicios sobre todo”

Para analizar las respuestas de las entrevistas, las tres coincidieron en que buena salud es sinónimo de buena alimentación y ejercicio cotidiano. Y que las enfermedades son consecuencia de no haber cumplido esa combinación.

La salud puede ser vista como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social; que abarca no solo la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de disfrutar la vida y alcanzar el potencial personal. Tal es así que Diana señala el riesgo de la sobremedicación para conseguir el bienestar. Ella responde que el bienestar debe ser integral, mientras que las demás entrevistadas asocian la salud con una alimentación deseada y realizar ejercicio constante.

Según su punto de vista, ¿es fácil lograr que la atiendan cuando se siente mal de salud? ¿Por qué? ¿Qué cosas obstaculizan el acceso a la salud? ¿Qué cosas hacen más fácil acceder?

Eli

“sacar turnos por teléfono cuesta mucho así que es como que ha sido una mejora el whatsapp en ese en ese sentido. Pero no hay una buena atención tampoco telefónica Así que cuesta también. No, creo que no, no es fácil. En alguna urgencia, porque llevé a mi hijo que no se sentía bien, tenía un poco de fiebre y me dijeron que no, que no estaba el doctor. Así que no, tenía que ir al otro día siguiente. Lo que facilita el acceso a la salud y yo creo que sí, si dieran una mejor atención, más turnos o no sé, si hubiesen más médicos disponibles para poder atender, yo creo que sería mejor ”

Adriana



“siempre hay que esperar, últimamente no hay profesionales, entonces profesionales faltan, hay mucha demanda pero nunca me han dejado de atender. La calidad de la atención tecnológica demora un poco para conseguir los turnos”

Diana

“la verdad (es) que pasas por como un colador bastante importante hoy en día para ser atendido. Y el obstaculizador me parece que tiene que ver con la cantidad de médicos que tengan en el momento si no hay médicos que estén especializados en lo poco porque soy testigo de que hay gente que ha ido con dolor de muelas por decirte y no hay un odontólogo en el momento o sea tienen que derivarlo, ahí falta mucho”

En esta pregunta las entrevistadas cuentan sobre sus experiencias de cuando tuvieron que acudir al centro médico. Las tres detectan la falta de personal médico suficiente, y eso parece la causa de las demoras en la atención. Esta escasez de personal médico se expresa en la dificultad de cubrir turnos y horarios de trabajo. Como consecuencia la atención baja calidad, a veces hasta implica no ser atendidas, además de un aumento en el tiempo de espera, constituyendo una barrera a la accesibilidad.

**¿Cree que para los hombres es más fácil cuidar su salud que para las mujeres?
¿por qué?**

Eli

“no, yo creo que es igual, de igual manera. Tal vez ellos no piensan menos en cuidar su salud de ir al médico y eso, pero tal vez priorizan el trabajo también por ese motivo no son de hacerse muchos chequeos”

Adriana

“no no creo porque primero esto es subjetivo, los hombres concurren a consultas, pienso yo, y después como pasa del dolor o ceden las molestias deciden no ir”

Diana

“ Bien bonita esta cuestión cultural de que siempre esperar a último momento o dejar pasar algunos pequeños indicios, que estamos como que acostumbradas



a decir “bueno, no, ya se me va a pasar” y no le damos importancia. En cambio por ahí en el hombre es más factible que sienta algún dolor y diga “ay no, me voy a ir a hacer ver”

Las entrevistadas consideran que no hay indicios de que los hombres se hagan más controles o tengan más facilidad para realizar algún control médico. Pero Diana reconoce que para ella son las mujeres las que se postergan.

La relación entre género, cuidado de la salud y roles en el hogar es compleja y puede variar ampliamente dependiendo de factores culturales, socioeconómicos y personales. Entre las entrevistadas ninguna sostuvo que a los hombres les sea más fácil cuidar su salud

¿Le parece que tener hijos favorece o dificulta el cuidado de su salud y de las mujeres en general? ¿Por qué? ¿Quién lleva a sus hijos al médico?

Eli

“y puede ser que dificulte, porque la mayoría del tiempo me ocupo de ellos y no tanto pienso en salir a correr o hacer actividad física. Más bien pienso en el cuidado de ellos, el estar en la casa o tener un trabajo. Son muchas las ocupaciones que una va dejando de lado. Por ese motivo cuando tus hijos se enferman, vos no los llevas a la escuela, al médico y por ahora tengo a mi mamá que es la que me ayuda cuando estoy mal de salud”

Adriana

“Yo no tengo, pero si puede ser que dificulte, hay que atenderlos. Yo tengo que atender factores como diabetes tipo 2, tiroidismo y bueno también tengo otras hipertensión, entonces me dicen hay que prevenir. Mi familia me ayuda al cuidado de la salud o para prevenir enfermedades, en mi caso sí está el acompañamiento familiar”

Diana

“No, creo que no, pero no es lo mismo no tenerlos, algo cambia. A lo mejor es el hecho de que entran otros factores. O sea, si trabajas, si la mamá trabaja desde que nació el bebé si sigue trabajando. Después del parto o sea todo eso creo que sí iba dificultando. Pero es una cuestión ya social. Tengo el acompañamiento



familiar. Si me dan reposo lo hago, depende de las actividades que tenga que realizar. Y si puedo no hacerlo, seguramente no lo haga, no es una costumbre”

Solo dos entrevistadas son madres, las mismas respondieron que los hijos no son impedimento para las consultas, pero sí reconocen que se postergan por las tareas de cuidado. Teniendo en cuenta a la entrevistada que no es madre, ella desde su perspectiva considera que el cuidado del hogar y de los hijos hace que la salud quede relegada. Todas entienden que se priorizan las necesidades de los hijos sobre las suyas propias, lo que lleva a descuidar su salud. La falta de energía y tiempo son motivos porque el cuidado de los hijos es demandante, con variaciones según la edad. Generalmente las mujeres cumplen múltiples roles y responsabilidades dentro de la familia, lo que limita las posibilidades y el tiempo para el cuidado de la salud.

¿Qué es para usted prevenir las enfermedades no transmisibles? ¿Qué cosas cree usted que ayudan a prevenir enfermedades? ¿Considera que su familia ayuda a que usted cuide su salud para prevenir enfermedades? ¿De qué forma si y de qué forma no?

Eli

“El cuidado de nuestra alimentación y la actividad física yo creo. Y bueno, no tener ninguna adicción, de esas: fumar o tomar todo en exceso hace mal. Sí, sí, en mi casa charlamos con la familia. Mis padres ya son jubilados y sí, siempre se habla del cuidado, cuento siempre con ellos”

Adriana

“Teniendo buena actividad física se pueden prevenir muchas enfermedades. Entonces, hay que hacer ejercicio y comer bien. Mi familia siempre me está preguntando si comí bien, si fui a los controles médicos”

Diana

“Bueno es importante inculcar y tener buenos hábitos en el tiempo y mantenerlos porque por ahí suelen ser solamente por períodos y no, hay que realmente hacer



cambios. Actualmente, y a partir de la pandemia, hemos tratado en mi familia de sacarnos los azúcares, condimentar sin sal y y todo lo que no lo veía antes ahora un poco más, trato de cuidarme mucho más en las comidas”

El acompañamiento de una red familiar que haga de apoyo y contención es fundamental para las entrevistadas. En esta primera indagación, que puede tener limitaciones, aparece en ellas una red de apoyo -las madres y algún padre-, lo que también permite que puedan generar hábitos saludables para sostenerlo en el tiempo. Esto implica que reflexionan familiarmente sobre la salud, y que intentan tener tiempo disponible para ocuparse de cuidarla o acudir al médico de ser necesario.

Las entrevistadas coinciden en que llevar una alimentación saludable es parte importante para prevenir enfermedades, pero hay un mayor registro de la actividad física como reductora del riesgo de enfermedades.

Cuando conversa en grupos de mujeres (trabajo, el barrio, la escuela) ¿Conversan sobre la salud? ¿de qué aspectos? Si usted tuviera que “arreglar el sistema de salud”, ¿qué cosas cambiaría? ¿Qué cosas suyas cambiaría para cuidar mejor su salud? ¿Qué cree Ud. que necesitaría para tener mejor salud?

Eli

“sí, si hablamos, tengo una amiga que es enfermera, así que siempre nos hace algunas preguntas si no hacemos chequeos y esas cosas”

“me parece bien el sistema telefónico pero no sé si se podría cambiar a los que atienden, para que atiendan con más facilidad, porque suena suena..No sé si es que hay una sola persona o no sé, cuesta mucho para conseguir turno telefónicamente.

Adriana

“Trabajo en un hospital de niños, pero siempre estoy en contacto con gente que habla de prevención. Pero mantener informada a la gente es básico, si es importante que las campañas salgan por todos los medios de comunicación. Es principal el tema de a través de informaciones, publicaciones”

Diana

“A mi edad tengo grupo de amigos, pero te encontrarás con que ya están enfermas las personas: todas son enfermedades. Estoy en los 50 y



generalmente ya empiezan a aparecer los problemas. Habría que darle más importancia a la salud y le tendrían que dar un poco más de plata para que se puedan manejar mejor en el ámbito público, sobre todo para cuidarlo porque es muy importante”

“Agregaría además de la dieta, el poder mejorar. Una rutina que me ayude con los ejercicios, estoy cambiando mis hábitos. Sí, de hecho los estoy haciendo y me está dando resultados”

Las respuestas fueron escuetas, y parciales.

Sobre cuánto y cómo se puede cambiar el sistema de salud como lo conocemos, todas opinaron, ya que son usuarias directas de los servicios de salud. Son las que padecen los cambios o se benefician. La mala atención de los agentes de salud -por ejemplo, de quienes atienden-, la falta de financiamiento de la salud pública son barreras de acceso a una salud de calidad. Y esto es mencionado por las entrevistadas.

Las respuestas también hacen mención de los cambios personales para poder lograr tener una salud deseable.

¿Presta atención a la información sobre salud que sale en la tele, en la radio? en los afiches de los hospitales? ¿O se guía por lo que habla con sus amigas o sus familiares?

Eli

“Digamos que sí, uno recibe información de todos lados: de Instagram, de alguna red social, de YouTube y lo que ve uno en la tele. También hay programas para cuidar salud, entonces uno va recibiendo. Sí hay que chequear si está bien, no dejarse llevar por lo que uno ve en las redes sociales, pero sí uno va recibiendo de todo un poco de todos lados”

Adriana

“No, pero siempre estoy informado por los medios de comunicación, las publicaciones, dando avisos de lo que está pasando. Siempre busco información”



Diana

“es muy común ver videos cortitos que están en YouTube en tiktok. es más o menos por lo que te guías o por lo que te aconsejan amigas o familiares. Eso es lo que me ayuda a conocer información sobre salud, información especializada, sino la verdad que, de hecho, todos nos sentimos un poco el doctor chapatín o todos tenemos esa costumbre de dar soluciones mágicas a los problemas, pero no es así. También miro los afiches informativos”

Esta pregunta era importante porque vivimos en la era digital y el auge de las redes sociales, donde muchos hacen contenido de salud y los suben a las redes. Hay mucha “divulgación” -consejos, información- comunicada de forma coloquial, entendible y eso atrae la atención de distintos públicos. Eli y Diana dan importancia a la veracidad de esa información, la necesidad de chequearla. Depende de a quién escuchar para poder aprender. Las redes sociales son parte de las campañas de prevención de enfermedades ENT. Otro ámbito de información son las juntadas de amigos, de dónde se puede obtener información para hacer prevención o conocer sobre enfermedades que algunos desconocen.

Análisis de las entrevistas

Al finalizar las entrevistas y analizarlas, observamos alguna disparidad en la profundidad de las respuestas, según las entrevistadas. También notamos que, ante preguntas con múltiples interrogantes, las entrevistadas han respondido selectivamente, eligiendo cuáles responder. Esto genera algunas limitaciones en el análisis, pero son una primera referencia para conocer la problemática del acceso a la salud en las mujeres entrevistadas.

A partir de sus testimonios, observamos que cada una emplea diferentes estrategias para realizarse los controles médicos, adaptándolas a su propia realidad cotidiana.

El caso de Adriana difiere de las otras dos, ya que debe realizarse los chequeos por las ENF que padece, de manera constante. Al poseer obra social, tiene acceso a los turnos médicos para control y medicamentos. Además, no tiene hijos, y manifiesta que “sólo dedico tiempo a cuidar mi salud”. Las demás entrevistadas no tienen obra social, y utilizan alternativas para sortear las dificultades que tiene la línea 148 -donde no siempre tienen respuesta y deben llamar reiteradamente-. Diana, que después de la pandemia - como consecuencia del COVID- debe realizarse controles porque sus sistema

respiratorio e inmunológico quedó débil, se afilió a un servicio prepago de salud. Esto pone en evidencia las múltiples dificultades para acceder a la salud que enfrentan quienes sólo tienen el sistema de salud público.

Otra barrera señalada por las tres entrevistadas es la falta de personal médico para los turnos solicitados, lo que genera además mayores esperas entre un turno y otro.

También coinciden en la ausencia de personal médicos para las especialidades

Repasando los testimonios, podemos advertir los obstaculizadores en el acceso a la salud, que influyen de manera significativa en la efectividad y el alcance de las políticas públicas. Identificar ambos tipos de factores permite comprender mejor las dificultades y recursos con los que cuentan las mujeres al momento de cumplir con las condicionalidades en salud.

Existen diversos obstaculizadores al acceso adecuado a los servicios de salud. Uno de los principales obstáculos identificados tanto por gran parte de la población como por el personal de salud es la línea telefónica 148. En función de lo expuesto anteriormente y sin repetir la información ya mencionada, cabe destacar que esta línea presenta múltiples falencias que dificultan el cumplimiento de su objetivo principal: proporcionar los turnos.

Podemos observar que las estrategias empleadas por las entrevistadas son diversas, ya que buscan afrontar las múltiples barreras institucionales presentes en el centro de salud. En este contexto, entendemos las “barreras institucionales” como aquellos obstáculos estructurales, normativos y prácticos que dificultan el acceso a servicios y recursos. De acuerdo con Bourdieu (1997), las instituciones, a través de sus estructuras y mecanismos, actúan como filtros que perpetúan la exclusión y la desigualdad social, estableciendo barreras que limitan el acceso de los grupos más desfavorecidos a los recursos y oportunidades disponibles para otros sectores de la sociedad (p. 72).

Así, las entrevistadas despliegan diversas estrategias para superar los obstáculos que genera no ser atendidas en el número 148 o lidiar con la falta de profesionales. Estas estrategias no son aprobadas por el personal de los centros de atención, pero la gente las practica. Por ejemplo, una familia saca cinco turnos en un mismo día, o alguien paga a otra persona o envía a un familiar en su lugar para sacar un turno. Estas estrategias son respuestas pragmáticas a los problemas que enfrentan las mujeres, ya que permiten resolver sus necesidades sin causar mayores daños a terceros.

En términos generales, las respuestas de las entrevistadas están en sintonía con las que se desprendieron de las encuestadas, y nos permiten detectar cómo se manifiestan



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

algunos de los indicadores de la accesibilidad a la salud en esa población, que serán desarrollados en el próximo apartado.

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como objetivo realizar un acercamiento para caracterizar la accesibilidad al sistema de salud de las mujeres de 30 a 50 años que residen en Bermejo, Mendoza.

Luego de construir el marco teórico, que puso el foco en la conceptualización de accesibilidad y Enfermedades No Transmisibles, realizamos un mapeo de la conformación poblacional provincial y de la localidad, una “fotografía” con información censal y de los operativos realizados por la DEIE de Gobierno de Mendoza.

En un tercer momento, avanzamos en el propuesto trabajo de campo en esa localidad, buscando conocer los comportamientos y estrategias de las mujeres para acceder a la salud, como indagar sobre la existencia de barreras impuestas por la precariedad del sistema de salud o por otro tipo de dificultades -sociales, económicas o culturales-.

A lo largo de la investigación se hicieron visibles algunas cuestiones.

Una de las hipótesis planteadas fue que la accesibilidad al sistema de salud se relaciona con el tipo de cobertura de salud que posee la población seleccionada. Bermejo solo cuenta con un centro de salud, por esto las mujeres sin cobertura deben ir en la madrugada para conseguir turnos o pagar de forma particular por la atención sin largas esperas, mientras que las que cuentan con obra social pueden trasladarse a otras localidades para realizar sus estudios médicos.

Otra hipótesis sostenía que las mujeres que trabajan tienen menor incidencia de las ENT porque deben realizarse obligatoriamente el examen psicofísico. Este supuesto no se corroboró en trabajo de campo, porque las mujeres contestaron que no hacen los chequeos por descuido o por la espera que tienen entre los turnos, no mencionan directamente el cumplimiento laboral como impedimento.

Otro de los supuestos de nuestro trabajo, que se relacionaba con las modalidades de atención en el sistema público de salud -sistema de turnos, horarios de atención, descentralización de estudios y análisis, entre otros-, sostenía que estas modalidades dificultan el acceso a la salud. El trabajo de campo dio evidencias claras en este sentido. Respecto del sistema de turnos, muchas mencionaron imposibilidad de lograrlos a través de la línea telefónica 148 -no son atendidas-; o deben sacarlos personalmente

muy temprano. La utilización de whatsapp fue mencionada como facilitadora para la obtención de turnos, superando barreras de tiempo y movilidad.

Por otro lado también se observan dificultades en el acceso a la información de los servicios que brindan los centros asistenciales, por lo que las mujeres no pueden elegir con toda libertad cuándo ni dónde atenderse.

Una cuestión derivada es que las respuestas de las encuestadas mostrarían que en los centros asistenciales se atienden principalmente las consecuencias, porque la prevención no logra ser eficaz.

Estas deficiencias ocurren con mayor recurrencia en el sistema público de salud.

Otra de las principales barreras institucionales identificadas fue la escasez de profesionales de la salud, tanto médicos como administrativos, más fuertemente -pero no exclusivamente- en el sistema público. Este tipo de actitudes obstaculizan significativamente el acceso a la salud de la población.

En cuanto a la atención del personal administrativo, la mayoría reconoce situaciones en las que se ha sentido maltratada, lo que constituye otra barrera de accesibilidad.

Las prestaciones en salud no son un favor que el personal de salud -administrativos y médicos- están haciendo, sino un derecho de las usuarias, debiera ser subrayada e incorporada a la formación de los miembros de los equipos de salud. Por otra parte se trata de un empleo que se debe realizar correctamente, en todo caso si las condiciones de trabajo no son adecuadas, no debe descargarse las frustraciones sobre las usuarias del sistema sino con los empleadores.

Las mujeres son las que tienen que invertir su tiempo y sus cuerpos para gestionar los trámites no sólo para su atención sino también para otros/as miembros de la familia.

A lo largo del trabajo se evidenció que, aunque las mujeres adoptan diversas estrategias para intentar cuidar su salud -a través de controles, chequeos -, muchas veces deben conciliar entre las responsabilidades domésticas, laborales y la atención a la salud, lo que representa una carga considerable para ellas.

Tomando los aportes de Bourdieu, es importante entender las estrategias no como decisiones estrictamente racionales, sino como prácticas razonables, es decir, como respuestas adaptativas que surgen del habitus de los individuos. Como afirma el autor, "las estrategias no son el producto de una razón consciente y deliberada, sino de una razón práctica, de una lógica que está inscrita en las disposiciones de los agentes y que se adapta a las condiciones sociales en las que se inscriben" (Bourdieu, 1997). Las estrategias, por lo tanto, se deben entender como soluciones razonables a los problemas que los actores sociales enfrentan dentro de las restricciones y

oportunidades que el campo social ofrece. Estas estrategias no son simplemente respuestas lógicas, sino prácticas socialmente adecuadas, que emergen del habitus y se ajustan a las estructuras de poder y capital que predominan en un determinado contexto. Es por eso que, algunas de las estrategias utilizadas que aparecen como irracionales para el personal de salud, son totalmente razonables para las mujeres receptoras de la política de acuerdo con su vida cotidiana.

En este sentido creemos importante “revisar los posicionamientos teóricos, éticos y políticos del personal de salud, ya que estos influyen directamente en el acceso efectivo a los derechos, más allá de la disponibilidad de los servicios. Es decir, no sólo en términos del recurso que contribuye a la reproducción cotidiana de la existencia de las unidades domésticas sino también en el reconocimiento de sus derechos” como sostienen Aquin, Budino y Griffa (2014). Sino, esos posicionamientos se cristalizan como barreras a la accesibilidad.

En cuanto a la práctica del Trabajo Social en el ámbito de la salud, a partir de las evidencias que arroja el trabajo empírico, esta investigación nos permitió advertir la necesidad de una comprensión integral del contexto social en el que viven las mujeres sin obra social y que usan el sistema público de salud. Nuestra disciplina debería ofrecer herramientas que fortalezcan la organización comunitaria y la acción colectiva para la gestión de recursos y mejora del acceso a los servicios.

Asimismo, abogamos por una profesión que pueda superar -o al menos matizar- la hegemonía médica, tan naturalizada en el ámbito de la salud. Un abordaje transdisciplinario, no jerárquico ni sexista, desde una perspectiva bio-psico-social redundaría en beneficios para las/os usuarias/os, además de fortalecer los recursos y optimizar las respuestas del sistema de salud público.

La experiencia atravesada en el trabajo de campo y en todo el proceso de investigación ayudó a entender lo relevante de continuar con investigaciones que profundicen el protagonismo de la perspectiva de las usuarias y el rol de las organizaciones sociales en la mediación de las políticas públicas, especialmente en la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud.

Éstas deben implementar un enfoque que considere no sólo las condiciones personales y familiares, sino también el entramado de organizaciones sociales como aliadas estratégicas para garantizar un acceso equitativo y efectivo a la salud, así como el compromiso de los profesionales de la salud para mejorar ese acceso. Será necesario realizar investigaciones a mayor escala y en diversas regiones del país para obtener



una visión más amplia de los desafíos y éxitos en el cumplimiento de las condicionalidades, contribuyendo a la mejora continua de las políticas públicas.

Atravesamos un tiempo de retorno de políticas neoliberales, basadas en intereses de mercado, valores individualistas y la naturalización de las desigualdades. Creemos que es necesario gestionar cambios en los diferentes espacios para garantizar el derecho a acceder a la salud de las mujeres.

Para hacer frente a esta situación es muy importante la presencia y participación de las/os ciudadanas/os, especialmente de las mujeres a la hora de debatir el tema de promoción y prevención de enfermedades. Se trata de una problemática que involucra derechos humanos, educación, salud pública, desarrollo social y seguridad ciudadana, entre otras dimensiones. Es volver a poner la centralidad de la acción en las mujeres y los varones como sujetas/os de derecho. En esto, entendemos que la tarea más importante es “desnaturalizar” algunas prácticas, mostrar cómo afectan el derecho a la salud de las mujeres, su dignidad y autoestima, teniendo en cuenta que respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos.

Creemos que es valioso citar a Franz Hinkelammert cuando dice *“lo indispensable es inútil”*. Claramente la salud desde lo singular de las personas ocupa un lugar primordial en los imaginarios sociales, pero después de haber vivenciado una pandemia mundial, hemos olvidado los cuidados y hábitos que eran y son necesarios para mantener la estabilidad y la convivencia en sociedad.

La salud es transversal a la vida cotidiana de todas las personas. Cuando alguien se enferma en el hogar, se paraliza gran parte de la dinámica de las familias, altera su economía, paraliza el trabajo remunerado y no remunerado también. Por lo tanto acceder al derecho de gozar de buena salud también depende de políticas de un Estado de derecho que sostenga en el tiempo y en su agenda, el gasto público para financiar el sistema de salud, valorando a los profesionales de la salud -para que no tengan que emigrar por mejores sueldos-, costearo investigaciones, invirtiendo en infraestructura que asegure una salud de calidad para su población.

Como trabajadores sociales y profesionales de la salud, estamos involucrados en defender esos derechos y divulgarlos, aunque a veces se desconoce ese alcance. Pero la persistencia de los obstáculos que interfieren en acceso a la salud debe guiar la lucha por el efectivo cumplimiento del derecho a la salud en la provincia y el país, profundizando una política de salud integral y con perspectiva de género, que contemple



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

la formación de los profesionales de la salud, subrayando y asumiendo la salud como un derecho, y no como un favor, desde una perspectiva de género.

Son estas algunas de las materias que considero pendientes para que las mujeres podamos decidir más libremente sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos.

BIBLIOGRAFÍA

BELLO M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S96-S108.

BURIN, Mabel - MONCARZ, Esther - VELÁZQUEZ, Susana. 1990. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.

CARBALLEDA, A (2013) La accesibilidad y las políticas de salud en: C. Krmpotic, M. Mitjavila y MSaizar (editoras). (Sub) Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires. Miño y Dávila. Disponible en: https://www.edumargen.org/docs/2018/curso6/unid01/apunte12_01.pdf

CARCAR Benito, J (2016) Vol.26 Extraordinario XXV Congreso | COMUNICACIONES - El acceso social y equitativo a la innovación en salud dentro del derecho a la asistencia sanitaria en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6295149.pdf>

[Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud](#). I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa 1986. Disponible en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

CASAS L. (2009) Sala de Situación. La Comunicación en Epidemiología. Revista Argentina de Salud Pública 1 – Dirección de Epidemiología Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/465/395>

en:<http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/103/2013/03/Estra>

COMES Y. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Buenos Aires: Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires, vol. XIV, pp. 201-209. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019

DEIE, Encuesta de condiciones de vida. Mendoza, 2020

ESTEBAN, Mari Luz (2003). “Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución”, En Emakunde.



FEDERICI, Silvia (2004). El calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficante de sueños

FEDERICI, Silvia (2013). Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Madrid: Traficante de sueños. Bibliografía 163. Fundación Medifé Edita.

GIRON, Alicia (coord.) (2009) Género y glogabización. Buenos Aires : Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/giron/GyG.pdf>

GLASER, Barney y STRAUSS, Anselm (1967) *The discovery of Grounded Theory. Strategic for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.

GONZALEZ N. y Nin C. (2018). [Entrevista con Asa Cristina Laurell: Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud](#). *ConCienciaSocial*. Revista digital de Trabajo Social 1(2): 179-187. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19947/19629>
<https://www.cepal.org/es/eventos/seminario-internacional-desigualdades-acceso-la-salud-la-centralidad-la-atencion-primaria>

KONFINO , J., Linetzky , B., & Ferrante , D. . (2010). Evolución y estado actual de las enfermedades no transmisibles en Argentina. *Revista Argentina De Salud Pública*, 1(4), 37–39. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/429>

MOLINA C. (2024) Material de apoyo a la Unidad II Cátedra Problemática de la salud.

MOLINIER, Pascale (2012) “El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad”. En Cátedra Inaugural en Posgrados en Estudios de Género. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2 de marzo 2012. Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01075702/document>

Organización Panamericana de la salud (2012) DECLARACION DE ALMA-ATA sobre Atención Primaria de la Salud, Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2020). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



PAPERMAN, Patricia (2018) "La ética del cuidado y las voces diferentes de la investigación". Pp.211-228. En Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp). (2018). El trabajo de cuidado. Buenos Aires.

PONCE, Blanca (2015): Analisis de las accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud; estudio aplicado en los centros Regionales de referencia del Gran Resistencia. (Chaco, Argentina) UNCordoba. Facultad de Ciencias Médicas; Revista de salud N°19

RAMACCIOTTI, K. (2021). La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, 28 (1): 301-305. En: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386166331016>.

RODRIGUEZ, Rosana y Da Costa, Sofía (2019). "Descolonizar las herramientas metodológicas. Una experiencia de investigación feminista", en Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales, FCPyS, Universidad Nacional de Cuyo, Vol.6, Núm.11. Pp.13-30. Disponible en: <http://revistas.uncuyo.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/2242/1622>

Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca Vol. 22, no. 1 (ENE-MARZ., 2012). -- Bahía Blanca: Asociación Médica de Bahía Blanca (AMBB), 2004

Seminario internacional "Las desigualdades de acceso a la salud: la centralidad de la Atención Primaria de Salud para avanzar hacia la salud universal" CEPAL 2023

VASILACHIS Irene (coord.) (2006) Estrategias de investigación cualitativa. España.

WEINGAST, D (2021). Desigualdades en salud: Determinantes sociales o determinación social. En: S. Ortale y M.E. Rausky (Coords.). Desigualdad en plural: Miradas, lecturas y estudios en el Gran La Plata. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Gran La Plata; 2). En Memoria Académica. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.4773/pm.4773.pdf>