CACHI-LLEGO

PERCEPCIÓN Y GRADO DE ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE CACHIRULO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE CONFLUENCIA DEL HOSPITAL DR. SEGUNDO TALADRIZ TOAY - LA PAMPA.

¿LOS POBLADORES DE CACHIRULO SIENTEN QUE SON VÍCTIMAS DE LAS BARRERAS DE ACCESIBILIDAD?

AUTORES:

CASSULLO Natalia Vanesa

DNI: 29.323.473

Médica Generalista

ROSA Noelia Carolina

DNI: 29.283.435

Médica

LUGAR: Hospital Dr. Segundo Taladriz, Toay, La Pampa.

Dirección: San Luis 1170, CP: 6303, TE: 02954 - 492005, mail:noeliarosa@gmail.com

FECHA DE REALIZACIÓN: Marzo - Octubre 2022.

Trabajo Inédito.

Trabajo de investigación con enfoque mixto (cuali-cuantitativo) con categoría de gestión/administración de servicios de salud.

Al equipo de investigación lo conformamos 2 médicas generalistas con contrato full time en Salud Pública de la Provincia de La Pampa.

Nos desempeñamos en consultorio general y guardia del Hospital Dr. Segundo Taladriz de la localidad de Toay (LP).

Realizamos la Carrera de Medicina en la UNC y la Residencia en Medicina General en el Hospital Dr. Lucio Molas de la localidad de Santa Rosa (LP).

RESUMEN

“CACHI-LLEGO”. PERCEPCIÓN Y GRADO DE ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE CACHIRULO PERTENECIENTE AL ÁREA DE CONFLUENCIA DEL HOSPITAL DR SEGUNDO TALADRIZ TOAY-LA PAMPA
CASSULLO, Natalia V; ROSA, Noelia C
Hospital “Dr Segundo Taladriz” San Luis 1170; Toay, La Pampa; CP: 6303. 02954 - 492005; noeliarosa82@gmail.com
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON ENFOQUE MIXTO (CUALI-CUANTITATIVO)
TRABAJO INÉDITO
GESTIÓN/ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Entendiendo a la accesibilidad, como la relación entre los servicios de salud y los usuarios y considerando la salud como derecho fundamental, se plantea la necesidad de comprender la dinámica de los elementos implicados en el acceso a la asistencia sanitaria y determinar el papel de la gestión para mejorar el acceso. Por esto, es que nos proponemos conocer los determinantes que vulneran el derecho a la salud en la población de Cachirulo y que nos permita planificar estrategias que lo garanticen. Con tal fin, realizamos una encuesta semi-estructurada para: A) Evaluar la percepción de los usuarios sobre la utilización, accesibilidad y calidad de los servicios. B) Evaluar la utilización real y accesibilidad a los servicios que garanticen el derecho a la salud. Resultados: La mayoría de los pobladores de Cachirulo, considera que su derecho a la salud se encuentra garantizado, mientras que al preguntar sobre propuestas para mejorar el acceso a la salud, todos coinciden en la necesidad de un centro de salud con atencion de enfermeria en forma diaria y que la mayor dificultad se encuentra en el camino intransitable y la escasa presencia de vehículos.

Conclusión: La percepción y el grado de accesibilidad que tiene la población de Cachirulo al sistema de Salud no coinciden. Se trata de una población vulnerabilizada que desconoce sus derechos humanos fundamentales y tiende a no reclamarlos. Propuestas: Mejorar las condiciones de accesibilidad.
Desigualdad; Accesibilidad; Vulnerabilidad; Derechos; Salud.

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad al sistema de salud es uno de los principios fundamentales de la Atención Primaria de la Salud. Sin embargo, existen diversas barreras que dificultan el acceso de la población al sistema sanitario, sean éstas geográficas, administrativas, económicas y/o culturales (1).

El presente trabajo surge de una investigación realizada en la localidad de Cachirulo, departamento de Toay, provincia de La Pampa; la misma es llevada a cabo por médicas generalistas con contrato full time en Salud Pública de dicha provincia. Nos desempeñamos en consultorios externos y guardia del Hospital Dr. Segundo Taladriz de la localidad de Toay. Dicho hospital es Nivel 4 de complejidad, se encuentra ubicado al sudoeste a 11 km de la ciudad Capital y a 11 km al norte de la localidad de Cachirulo.

Nuestro nosocomio se encuentra a 14,4 km hacia el sudoeste del hospital de referencia de mayor complejidad en la provincia (Nivel 8, Hosp Dr. Lucio Molas), el cual se encuentra en la capital pampeana.

En el hospital Dr. Segundo Taladriz se realiza una asistencia sanitaria básica, principalmente asistencia pediátrica, medicina general, clínica médica, gineco-obstetricia, nutrición, servicio social y psicología; además contamos con internación de clínica médica, pediatría y gineco-obstetricia de baja complejidad. Se realiza atención semanal de especialistas lineales como Gastroenterología, Neumonología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cardiología y cada 15 días Neurología. Presenta además, Vacunatorio, Farmacia, servicio de Odontología, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes (que incluye radiología y ecografía) y Kinesiología. Se ofrece a la comunidad guardias médicas generales, atención de enfermería y chóferes de ambulancia de 24hs, todos los días del año, con acceso activo y pasivo de laboratorio, radiología, psicología y administración. La institución tiene a disposición 2 ambulancias equipadas para dar respuesta a emergencias, y un utilitario.

A partir de Marzo del año 2022 comenzamos a concurrir a la localidad de Cachirulo por encontrarse en un área geográficamente delimitada y pertenecer al área de confluencia del Hospital Dr Segundo Taladriz.

La decisión fue tomada por médicas generales del Hospital Dr Segundo Taladriz, que observaron los problemas de traslado de los pacientes hasta la localidad de Toay, para recibir atención y/o concurrir a controles médicos habituales, ya que el camino es de arena fina y

dependiendo de las cuestiones climáticas, se hace intransitable. Si bien la distancia no es mucha, las características del camino la hacen compleja.

Fue así, que se presentó el proyecto al director de la institución Dr Jorja Jorge, el cual consiste en brindar atención de salud en forma mensual. Se estableció contacto con la directora de la escuela N° 29 de Cachirulo, Norma Alvarez Muñoz, quien nos brinda la dirección para usar de consultorio. A la población, más allá de saber que se concurre el primer miércoles de cada mes, se les envía un recordatorio mediante la aplicación de WhatsApp. El horario de atención se realiza de 9 a 12hs, ya que es el horario permitido por coincidir con el horario escolar.

El equipo que asiste es un médico general, con un administrativo y un/a enfermero/a, los cuales son trasladados en ambulancia. Se llevan los elementos necesarios para la atención médica, control de enfermería, un ECG y medicación básica de guardia que se pueda requerir de manera inmediata en la atención, así como elementos de primeros auxilios.

Cuando se regresa al nosocomio, se da la lista de pacientes a quienes se les solicitó análisis de laboratorio, interconsultas con odontología o especialistas del segundo nivel, estudios de imágenes; y el personal de dicho servicio otorga turnos programados en acuerdo con cada paciente. En caso de recetas de medicación crónica, se realiza receta digital (mediante el Sistema Informático de Administración Hospitalaria del Gobierno de La Pampa), la cual puede ser retirada, con su número de documento, en el establecimiento de lunes a viernes de 8 a 22hs.

En una de las oportunidades en las que se iba a hacer atención médica, el día previo durante la madrugada llovió escasos milímetros que alcanzaron para dejar el camino en fatales condiciones, tal es así que la ambulancia en la que nos trasladabamos quedó atascada en el barro y el personal de bomberos que nos fue a socorrer, quedó en las mismas condiciones que nosotros.

Todo lo expuesto, nos llevó a realizarnos la pregunta, ¿los pobladores de Cachirulo sienten que son víctimas de las barreras de accesibilidad?.

Hay diferentes enfoques que se le dan al concepto acceso. Mientras algunos se centran en las características de la población, otros lo hacen en las características de la oferta de servicios de salud, o bien combinan ambas perspectivas. Por otro lado, hay diferencias en el alcance que se le da al concepto. En el sentido más acotado, el acceso refiere al proceso

que va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, analizando los factores que obstaculizan o facilitan la obtención de la atención. En el sentido más amplio, el acceso también abarca las necesidades de salud, la percepción diferencial de necesidades, el deseo de la atención y el proceso de toma de decisiones como antecedentes a la búsqueda de la atención, así como la continuidad y los resultados luego del contacto inicial.

Los alcances que se le dan al concepto acceso sirven para clasificar a los distintos modelos teóricos que abordan esta temática. Entre los que sostienen el alcance acotado, varios autores coinciden en analizar la accesibilidad como un atributo de la oferta de los servicios, pero no simplemente como la disponibilidad de estos, sino en tanto la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población. Si bien es una característica de los servicios, con aspectos que facilitan o limitan el uso potencial, asume un significado cuando entra en relación con las necesidades y capacidades de la población. Es decir, que el acceso es entendido a partir del grado de ajuste entre las características de la población y los recursos del sistema. La capacidad de producir servicios, a diferencia de las capacidades de la población (como el tiempo y el dinero), pueden ser modificadas en el corto plazo. Es por ello que definir al acceso como un atributo de los servicios, enfatiza el hecho de que estos deberían responder a las características de la población, para asegurar la capacidad de las personas de usar los servicios cuando se enfrentan a una necesidad de salud.

La accesibilidad es una función de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de atención, generados por la organización de los servicios de salud (obstáculos) y las capacidades o recursos de la población para superar esos obstáculos, en el contexto de los recursos disponibles en una zona. Existen tres dimensiones a partir de las cuales se relacionan los obstáculos del sistema y las capacidades o recursos de la población. La ecológica, que relaciona a los problemas que surgen por la ubicación de los lugares de atención, con los recursos de tiempo y transporte de los usuarios. La financiera, que vincula los costos en la obtención de la atención con la capacidad financiera de los usuarios. Y la organizacional, que en los obstáculos incluye las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera, mientras que en las capacidades incluye la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras. La distancia, los costos o los tiempos de demora que implican la atención por sí mismos no dan cuenta de la accesibilidad, sino que lo hace cuando se los pone en relación con el ingreso o el tiempo disponible de una población. Es por ello que

distintas relaciones entre las capacidades de la población y los obstáculos generados por el sistema son posibles para un mismo nivel de accesibilidad.

En los modelos teóricos que sostienen el alcance amplio del término, incorporan como parte del acceso a los determinantes de las necesidades de salud y las percepciones diferenciales de los sujetos ante los cuidados (información, creencias y concepciones de salud, confianza en el sistema médico y tolerancia a los malestares), así como las experiencias previas y los circuitos de retroalimentación que tienen estas con las futuras utilizaciones de los servicios. Muchos sostienen que la utilización de los servicios de salud es función de tres factores. Uno de ellos son los predisponentes, existentes previo al surgimiento del problema y que disponen anticipadamente a la utilización de los servicios. Aquí se encuentran los factores demográficos (sexo y edad), los de la estructura social (el nivel educativo, la clase social y la etnia, que están asociados con el estatus social y con un acceso a recursos y habilidades diferenciales para afrontar problemas), y los de información, creencias y concepciones de salud (actitudes y conocimientos sobre la salud y los servicios de salud). Un segundo grupo de factores son los capacitantes, que dan cuenta de los medios disponibles para obtener atención de salud a nivel comunitario (disponibilidad de los servicios) e individual (los medios y el conocimiento para utilizar el servicio, como dinero, seguro de salud, los tiempos de espera, etc.). Por último, el tercer grupo de factores son las necesidades de salud, en tanto condiciones de salud percibidas por las personas, entendiendo que tanto las condiciones de salud como las percepciones están fuertemente influenciadas por la estructura social y las creencias en salud.

A su vez, se definen dos dimensiones del acceso: el acceso potencial (la presencia de recursos que habilitan a utilizar los servicios) y el acceso realizado (la utilización de los servicios). El acceso potencial está determinado por los factores capacitantes, que como dijimos más arriba, son un subconjunto de los factores que determinan el acceso realizado (utilización). A partir de ello se plantea que hay equidad en el acceso a los servicios de salud cuando su utilización se explica por factores demográficos y de necesidades de salud. En cambio, hay inequidad cuando la utilización se explica por la estructura social, la información, creencias y concepciones de salud o distintos recursos habilitantes.

Existen múltiples influencias entre el uso del servicio de salud y el estado de salud (el sistema de salud impacta en el estado de salud de la población y éste en la utilización de los servicios, a la vez que los resultados de experiencias previas impactan en futuras

utilizaciones) e incorpora el concepto de acceso efectivo (la utilización del servicio que mejora la salud) y acceso eficiente (relación entre el nivel cambio en la salud y el volumen del servicio utilizado). En esta visión ampliada de acceso, se incluye la posibilidad de elegir servicios aceptables y efectivos, ya que la oportunidad de utilizar solo servicios de pobre calidad es visto como una restricción en el acceso.

Por otro lado, en el alcance amplio del concepto hay algunos que resaltan la importancia de los factores comunitarios o contextuales en determinantes del acceso como complemento de los individuales. Esto no sólo por la disponibilidad de servicios, sino también porque hay aspectos ambientales, sociales, culturales, económicos y físicos que influencian en el acceso a los servicios. Además, hay quienes enmarcados en la salud colectiva latinoamericana proponen incluir la conciencia sanitaria, en tanto una dimensión política del acceso, que implica la conciencia de que la salud es un derecho de las personas y un interés de la comunidad. El acceso no considera solo la entrada a un sistema preexistente, sino que entiende que este se construye de forma dinámica con participación de la ciudadanía y el control social sobre el sistema. El acceso es propuesto también como un componente cognoscitivo a partir del cual la población comprende la determinación social del Proceso de Salud Enfermedad Atención/ Cuidado.

La forma de operacionalizar el concepto de acceso, es la utilización de los servicios en un período determinado teniendo en cuenta que esta no se explica solo por la accesibilidad, sino que también está mediada por otros factores como las necesidades de salud y factores demográficos. A partir de un metaanálisis sobre estudios de acceso y utilización de servicios de salud, encontraron que la consulta con el médico durante el último año es el indicador más utilizado para medir el acceso a los servicios de salud.

Entre los factores demográficos que explican parte de la utilización no vinculados con el acceso, las edades extremas (niños y adultos mayores) y ser mujer (las mayores diferencias con los hombres se encuentran en las edades reproductivas), son los predictores más importantes para el uso de los servicios de salud. La edad y el sexo influyen en la utilización de los servicios por factores biológicos, pero también porque son mediadores sociales, culturales y económicos de la experiencia de los sujetos en la sociedad.

Con relación a la edad, la población joven además de tener una menor carga de morbilidad, tiende a no priorizar el cuidado de la salud vinculado con la percepción de una menor vulnerabilidad; mientras que lo opuesto ocurre con relación a los niños y ancianos.

Las personas más jóvenes tienen mejores estados de salud, declaran tener menos enfermedades de tratamiento prolongado, consultan menos los servicios de salud, y cuando lo hacen, en mayor proporción es por motivos curativos.

Por otro lado, en relación a las diferencias de género, existen tres hipótesis explicativas complementarias sobre el por qué la mayor utilización por parte de las mujeres no está asociado con un privilegio social. La primera plantea que existe una necesidad objetiva diferencial de utilización de los servicios debido a las funciones reproductivas de las mujeres y porque están expuestas a mayores tasas de morbilidad y discapacidad que los hombres. La segunda sostiene que por la socialización de género, las expectativas culturales y los ejercicios concretos de las mujeres del rol de "cuidadoras" de la salud, hace que estén más familiarizadas con el reconocimiento de los síntomas y predispuestas a la búsqueda de atención. Además, distintas investigaciones han encontrado que los hombres tienden a ver a la enfermedad y a la atención como símbolos de debilidad. La tercera hipótesis plantea que hay factores institucionales que favorecen la mayor utilización de los servicios de salud asociado con la medicalización de procesos biológicos de las mujeres, con el subsidio a ciertos servicios y por las ineficiencias generadas en la atención producto de la fragmentación de la organización. También se ha señalado que las mujeres utilizan los servicios en mayor proporción de forma preventiva, mientras que los hombres lo hacen más frecuentemente de forma curativa. Por todo lo anterior entendemos que el género y la edad, además de ser factores demográficos, deben ser consideradas variables vinculadas con la estructura social para explicar el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Con relación a las necesidades de salud, las mismas suelen ser medidas a partir de la morbilidad referida o la autopercepción del estado general de salud, y están fuertemente asociadas con la utilización de los servicios. Los indicadores de autopercepción de salud y autorreporte de morbilidades o incapacidades llevan aparejado el problema de que pueden existir diferencias sistemáticas en la forma en que los distintos grupos sociales interpretan esas preguntas y de que existen percepciones diferenciales entre grupos sociales ante un mismo daño orgánico. En este sentido, se ha comprobado que los sectores estructuralmente desfavorecidos tienden a percibir (y por lo tanto a reportar en las encuestas) malestares cuando se trata de casos más severos. Sin embargo, estudios epidemiológicos han demostrado que la autopercepción reportada de la salud puede servir como un buen predictor del estado de salud de la población y de su morbimortalidad.

En cuanto a los factores socioeconómicos, varios estudios sostienen que la clase social, el nivel educativo y el ingreso inciden fuertemente en las consultas, aunque según el sistema de salud los hallazgos son diversos. Dado que los sectores socialmente más desfavorecidos tienen mayores cargas de morbilidad y un peor estado de salud autorreportado, tienden a utilizar más los servicios en aquellos sistemas donde la accesibilidad al sistema de salud les es favorable (por ejemplo, en países donde hay un sistema universal de salud y se promueven políticas para favorecer el acceso a los sectores postergados). En cambio, en otros países en los que el sistema no corrige las desigualdades de recursos para acceder a los servicios, o incluso las aumenta, puede suceder la situación inversa. Es por ello que las diferencias en la utilización de los servicios entre distintos grupos sociales puede estar mostrando el efecto del sistema de salud, ya que en aquellos que se contempla la mayor necesidad de los grupos menos favorecidos, estos tienden a usar más los servicios. En todos los casos, los sectores estructuralmente privilegiados tienden a realizar de forma más frecuente consultas de tipo preventiva, tanto en lo referente a la consulta con profesionales de la salud como en los estudios de diagnóstico, mientras que los sectores desfavorecidos tienen más dificultades en reconocer y darle importancia a los síntomas de distintas enfermedades y, debido a la mayor frecuencia con que realizan un uso “intensivo” del cuerpo, tienden a soportar un mayor grado de malestar antes de realizar la consulta, a punto tal que en muchas ocasiones se retrasa hasta que las dolencias impidan la continuidad de la vida cotidiana. Además, en muchas ocasiones la atención de la salud queda en un lugar subalterno con relación a la necesidad de garantizar la supervivencia diaria, teniendo estos sectores menos flexibilidad para dejar de cumplir actividades como ir al trabajo, la realización del trabajo doméstico o el cuidado de los hijos. Si bien la falta de tiempo para el cuidado de la salud afecta más a los sectores populares, también es un limitante importante en sectores medios. Por otro lado, el mayor soporte social y poseer un seguro de salud, asociados con la posición social de los sujetos, también son predictores de la utilización de los distintos servicios.

Entre los factores del sistema de salud que explican la utilización, se encuentran la distancia y la existencia de los recursos (lugares donde no hay una “razonable” red de atención y/o tienen dificultades para la accesibilidad física), las formas de financiamiento y los tipos cobertura de salud. También el período de espera para acceder a un turno, el

tiempo y costo de viaje, el tiempo transcurrido en la sala de espera e interrupciones en la prestación de los servicios son factores predictores de la utilización.

Cabe destacar también que los factores que determinan la utilización tienen distinto peso en los diferentes servicios de salud (médico, odontólogo, psicólogo, hospitalizaciones, etc.) y los motivos del uso (preventivos, curativos o de rehabilitación), por lo que es recomendable analizarlo por separado. Por ejemplo, en servicios de salud dental, considerados como servicios con un mayor carácter discrecional que la consulta con el médico y las hospitalizaciones, van a tener más peso que en estos últimos los factores habilitantes, la estructura social y las creencias en salud. (2)

La APS plantea diversos principios que proporcionan la base para las políticas de salud, estos son: universalidad, equidad, participación activa de la comunidad, intersectorialidad y accesibilidad al sistema de salud. Ahora bien, estos principios fueron reafirmados y ampliados por la Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, incorporando los siguientes: dar respuesta a las necesidades de la población, la orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuenta de los gobiernos, justicia social y sostenibilidad (OPS/OMS, 2007) (1).

Considerando la salud como derecho fundamental, se plantea la necesidad de comprender la dinámica de los elementos implicados en el acceso a la asistencia sanitaria (tales como las desigualdades y la equidad en salud, la vulnerabilización de ciertos grupos, los factores determinantes de su salud y las dimensiones del acceso a los servicios) y determinar el papel de la gestión para mejorar el acceso. Como aspectos cruciales se identifican: la disponibilidad de evidencia sobre desigualdad en el acceso, el liderazgo local efectivo, la identificación de una intervención apropiada, el control y evaluación de gestión e impacto y la identificación de recursos adicionales que contribuyan a eliminar la exclusión. Para lograr las mejoras en el acceso, es preciso comprender que quienes prestan la atención directa a los usuarios y los propios pacientes son elementos clave a considerar en la dinámica de la atención y esto requiere a su vez del compromiso de las autoridades sanitarias, considerando el derecho a la salud como un tema transversal de las intervenciones destinadas a incrementar el acceso a los servicios.(3)

El acceso universal a la salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y accesibles.(4)

Este derecho humano fundamental y clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales, puede abordarse desde la perspectiva social, económica y ética. Según lo cual los bienes, servicios y oportunidades de salud deben ser distribuidos de modo tal que una cantidad suficiente de personas alcance y conserve un estado de salud que permita generar y mantener el tejido social y la plataforma productiva. Sin embargo, para que las condiciones mencionadas contribuyan a la cohesión social y al desarrollo humano de los países, el acceso a la salud no solo debe involucrar a un número crítico de personas, sino que además debe ser equitativa.

Es precisamente considerando la relación existente entre la accesibilidad a los servicios y el derecho a la salud, que se plantea la necesidad de conocer cuál es el papel de los responsables de la gestión de los servicios en el acceso a los mismos, para esto es necesario primeramente comprender conceptos tales como las desigualdades y la equidad en salud, la vulnerabilización de ciertos grupos sociales, los factores determinantes de su salud y las dimensiones del acceso a los servicios.

DESIGUALDAD: El concepto de desigualdades en salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad de la población, los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja.

VULNERABILIDAD: La vulnerabilidad es definida como un proceso dinámico establecido por la interacción de problemas de desarrollo, incapacidades personales, estatus social desventajoso, contactos y apoyos interpersonales inadecuados, ambiente y vecindarios degradantes y las complejas interacciones de estos factores sobre el curso de la vida.

Así, el análisis de las condiciones de las víctimas de los desastres naturales, las situaciones de marginalidad y delincuencia, la discriminación racial o de género, la exclusión social y los problemas de salud mental entre otros; llevan a la afirmación de que existen “espacios de vulnerabilidad”, que exponen a las personas a mayores riesgos, a situaciones de falta de poder o control, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias, y por tanto, a la desprotección. Va más allá de la pobreza, aunque es sin duda en condiciones de pobreza donde la vulnerabilidad se presenta más cotidiana y crudamente. La noción de vulnerabilidad puede aplicarse a individuos, a grupos sociales o a sociedades; puede obedecer a contextos nacionales y se puede aplicar en el ámbito internacional, así hay naciones que por ser más pobres y menos integradas son más vulnerables.

La inequidad en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiesta en la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. Lo que representa la negación del derecho a la salud para estas personas.

En este sentido el término "poblaciones vulnerabilizadas" se usa preferiblemente en lugar de grupos o poblaciones vulnerables. La razón de ser de este concepto es que ningún ser humano, ni grupo poblacional es vulnerable por naturaleza. Son las condiciones y factores de exclusión o discriminación, lo que hacen que muchas personas y grupos de personas vivan en situación de vulnerabilidad y de bajo disfrute de los derechos humanos. Por esto, el término adecuado es personas o grupos vulnerabilizados o en situación de vulnerabilidad. Estas son todas aquellas poblaciones que por el estigma y la discriminación, viven en una situación de desigualdad, y de acuerdo a esto todas las personas pueden ser vulnerabilizadas en algún momento (3).

Los derechos humanos son atributos inherentes a la dignidad humana que tienen protección jurídica. Son derechos innatos a todos los seres humanos, son los mismos para todas las personas y sin discriminación alguna. Estos derechos están interrelacionados y son interdependientes e indivisibles, y están plasmados en los tratados internacionales de derechos humanos, algunos de los cuales gozan de jerarquía constitucional en la Argentina, desde la reforma de 1994. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los Estados de tomar medidas en determinadas situaciones o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

Es necesario tener en cuenta que no todas las sociedades discriminan a las mismas personas. Asimismo, van surgiendo nuevos grupos objeto de alguna forma de discriminación que antes no existían; por ejemplo, las personas portadoras de VIH/sida. Por esta razón, la identificación de los grupos en situación de vulnerabilidad varía en cada sociedad y en cada momento histórico; y también, en este sentido, cada Estado debe definir, para su país, las políticas de inclusión apropiadas que le garanticen el ejercicio pleno de todos sus derechos. El proceso de desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos, a fin de brindar una mayor protección a estos grupos, ha aprobado tratados y otros instrumentos internacionales específicos que han sido ampliamente ratificados por los Estados. Entre ellos,

pueden destacarse aquellos instrumentos que refieren a la situación de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, las personas con discapacidad, los migrantes, los refugiados, los pueblos originarios, personas adultas mayores, entre otras. Es imprescindible, también, hacer presente la situación de pobreza como un determinante fundamental de la vulnerabilidad social, aun cuando "los pobres", como grupo humano, no sean objeto de tratados específicos internacionales. La pobreza, que incluye a la mayoría de la población mundial, es el principal factor de vulnerabilidad social y suma negativamente al resto de los condicionamientos que impiden el goce de derechos.

Al respecto, es importante señalar que la vulnerabilidad acarrea situaciones de discriminación estructural, exclusión y marginación, que fraccionan y anulan el conjunto de derechos y garantías fundamentales, en base a características constitutivas de la identidad de una persona que, en su mayoría, representan circunstancias y rasgos permanentes de las personas, de los cuales éstas no pueden prescindir por voluntad propia a riesgo de perder su identidad. Las personas que padecen las enormes desventajas señaladas conforman los grupos cuya identidad está dada por compartir las características que representan la causa de desigualdades estructurales. Estas personas han estado históricamente sometidas como grupo a patrones de valoración cultural. Esta conformación de los grupos vulnerables no sólo se ha dado de manera histórica y social, sino que también se ha convertido en una nueva herramienta en el campo jurídico que ha permitido la promoción y protección de los derechos fundamentales a colectivos enteros, más allá de las individualidades que los componen. La pertenencia a un grupo en situación de vulnerabilidad puede traer aparejada la obstaculización o limitación en el efectivo goce y ejercicio de los derechos fundamentales, así como también la posibilidad efectiva de acceder a la justicia. Esto ha sido receptado por las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, que reconocieron que "se consideran en condición de vulnerabilidad aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico (…) Podrán constituir causas de vulnerabilidad, entre otras, las siguientes: la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la victimización, la migración y el desplazamiento interno, la pobreza, el género y la privación de libertad". Es así que la evolución del derecho internacional de los derechos humanos ha permitido visibilizar

la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran estos colectivos y hacer que su protección cobre una relevancia especial y sea amparada de manera específica en los distintos instrumentos internacionales de protección de estos derechos. Esta protección normativa y judicial más profunda ha llevado a la elaboración doctrinaria y jurisprudencial que brinda herramientas para diseñar estrategias que permitan generar un contexto más favorable para revertir estas situaciones de inequidad. En el proceso de visibilización de estos grupos, debe destacarse el papel que cumplen las organizaciones y los movimientos sociales que expresan sus necesidades y demandas específicas y ejercen una presión dinámica en la ampliación del campo de protección de los derechos humanos y en el control activo de su cumplimiento por parte de los Estados. De esta manera, el Estado tiene la obligación de visibilizar los distintos grupos que se encuentran sujetos a estas situaciones y producir las políticas públicas adecuadas para superarlas. De manera similar, es función del Estado el desarrollo de políticas públicas que prevean la construcción de situaciones de vulnerabilidad para evitar el ingreso a ellas de otros grupos humanos en el futuro. En el caso de la Argentina, la Asignación Universal por Hijo para Protección Social es un ejemplo de este tipo de políticas públicas. Para esto, es necesario analizar las condiciones históricas, sociales, políticas, culturales y económicas estructurales que envuelven la vida de las personas que habitan cada una de las categorías, desde un enfoque transversal que permita al Estado diseñar y ejecutar políticas que atraviesen los diferentes grupos a los que puede pertenecer una misma persona. En definitiva, el enfoque que la Secretaría de Derechos Humanos le ha dado al trabajo en la promoción y protección de los derechos de estos grupos ha sido integral y transversal, y sigue los lineamientos planteados por los sistemas internacionales de protección de derechos humanos, desde una clara recuperación de la política como el conjunto de decisiones y acciones transformadoras de la vida social. En esta misma línea, este organismo ha buscado difundir los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos específicos de cada uno de los grupos en situación de vulnerabilidad, con el propósito de promover el empoderamiento ciudadano para su exigibilidad. También se dieron a conocer los aportes del Sistema Interamericano de Derechos Humanos sobre los problemas regionales para establecer estándares y principios de actuación de los Estados en la formulación de políticas públicas .

Así, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, a través de algunas de sus sentencias, ha procurado afirmar la existencia de deberes de acción positiva y no sólo de

obligaciones negativas de los Estados. La justificación de la obligación de los Estados de la región de adoptar medidas de acción positiva se encuentra en el reconocimiento de las situaciones de inequidad y desventaja estructural que padecen ciertos sectores sociales privados del acceso o ejercicio de sus derechos básicos. La evolución que ha tenido el derecho internacional de los derechos humanos lleva a plantear el avance desde un concepto de igualdad formal, entendida como no discriminación, hacia un concepto de igualdad sustantivo, entendiendo como protección de derechos de dichos grupos (5).

En general, hay muchas dificultades de acceso a los servicios de salud y seguimiento de los tratamientos, por diversas razones: carencia de carnét de salud (en parte por problemas en los empadronamientos); desconocimiento del sistema (también uso incorrecto); miedo debido a la situación de irregularidad (junto a carencia de redes de apoyo); movilidad o desplazamiento; diferentes formas de percibir y en los usos en relación con la salud (incluye la percepción de la salud como algo secundario, frente al trabajo y la vivienda); problemas de comunicación (explicación y diagnóstico) médico/ paciente (idioma, analfabetismo, distancia en roles de género, prejuicios, diferencias de conceptualización e interpretación o, directamente discriminación) (3).

MATERIAL HISTÓRICO

Cachirulo fue fundado el 9 de marzo de 1901 por el vasco - francés Pedro Phagouapé.

En 1907 se creó la actual Escuela Nº 29 que tuvo lugar en la Biblioteca "Belisario Roldán", en este tiempo; Cachirulo también tuvo registro civil, correo y hasta un destacamento policial. Existieron además almacenes de ramos generales, regentados por españoles. Otras fuentes dan cuenta de que la estación de trenes se instaló en 1910 y tuvo el nombre de José Ingenieros. Su apertura tuvo mucha repercusión y hasta suele consignarse ese año de 1910, como el año de la fundación del pueblo. La explicación del término Cachirulo ofrece, por lo menos, cinco versiones. Una habla de "médano pastoso" y traduce "cachi" como pastoso y "lo" como médano. Otra, en cambio, dice que Cachirulo habría sido el sobrenombre de Carlos María Campos, hermano de Manuel Jorge Campos. También se menciona a un miembro de la familia Luro, apodado "Cachi" por lo que el "Cachi Luro" se habría transformado, con el tiempo en Cachirulo. Una cuarta versión asevera que le decían así a un ingeniero que construyó la línea del ferrocarril, el apodo del hombre, que habría pasado por el pago cuando los bosques de caldén aún eran espesos y habría terminado dándole el nombre al pueblo (6).

Cachirulo es un pueblo fantasma que alguna vez se irguió floreciente a la vera del ex Ferrocarril General Sarmiento, hasta que sus habitantes lo abandonaron sin pena ni gloria cuando iniciaron el éxodo inexorable hacia centros urbanos más grandes.

Aquí, a escasos 20 kilómetros de Santa Rosa, florecieron durante décadas las chacras de colonos inmigrantes. Por entonces el tren pasaba periódicamente con su carga de granos y animales. Los días se sucedían felices, pero la decadencia del ferrocarril y la recurrente crisis de los sectores productivos condenaron al pueblo a una inexorable desaparición.

Los vecinos no resistieron el embate de la modernidad y debieron dejar atrás sus casas, veredas, esquinas, huertas, galpones, patios, una plaza y el pequeño cementerio.

Renacer: El cuarto de siglo transcurrido desde entonces se encargó de borrar aquellas huellas. Crecieron inmensos árboles y yuyales, cayeron los techos, se derrumbaron las paredes, y el pueblo adoptó esta identidad fantasma, interrumpida de tanto en tanto por la visita de algún vagabundo o la llegada de algún curioso.

Sin embargo, después de tanto olvido, un nuevo soplo de vida se exhibe repentinamente y otros rostros se adivinan en las ruinas abandonadas. Aunque no son ya los prósperos chacareros: son familias enteras de los sectores desplazados por la crisis, que huyen de los centros urbanos y llegan aquí en búsqueda de un horizonte menos ingrato (7) (8).

Pero en los últimos tiempos, familias de pampeanos pauperizados encontraron en las casas muertas un nuevo sitio de esperanza, donde sobreviven con una economía básica de subsistencia. Son la otra cara de una provincia próspera; una muestra de los desplazados por la recesión.

La hoy pequeñísima localidad se resiste a ser un manojo de tristeza que produce el abandono. Y lo hace, en parte con las posibilidades que le da la Escuela 29 donde asisten los pocos niños de las poquísimas familias que permanecen en Cachirulo. Esta escuela fue inaugurada el 17 de mayo de 1907 por el inspector nacional de las escuelas Mariano Arancibia que entregó la dirección al maestro Luis Funes, quien posteriormente la cedió a Manuel Lorenzo Jarrin. En 1955 la escuela se trasladó desde el galpón del ferrocarril donde funcionaba desde el 11 de junio de 1949, a un local de material y adobe (8).

Sobre el número de habitantes, el antecedente escrito más antiguo que pudo recogerse indica que en Cachirulo llegaron a vivir 30 familias, unas 240 personas y transmisiones orales dicen, que sumado el campo, la cantidad orilló las mil. Según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, proporcionado por la Dirección de Estadística y Censos del Ministerio de la Producción, la cantidad de habitantes de Cachirulo era de 40 personas. Aún pendientes los datos del Indec 2022. Durante los censos nacionales del 1991 y 2001 fue considerada como población rural dispersa (9).

OBJETIVO GENERAL

Conocer los determinantes que vulneran el derecho a la salud en la población de Cachirulo y planificar estrategias que lo garanticen.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

* Evaluar la necesidad de reformas centradas en la salud de las personas y encaminadas a mejorar la accesibilidad, la cobertura, la protección social en salud, el nivel de calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

* Conocer y evaluar la percepción de la población en cuanto al acceso al servicio de salud y compararlo con la oferta de salud por parte del Hospital Dr. Segundo Taladriz.

* Evaluar aspectos interpersonales del cuidado, la capacidad de percibir la necesidad y comprender la situación de enfermedad en que el paciente se encuentra.

* Elaborar un plan de estrategias para garantizar el derecho de todo individuo a disfrutar de los estándares de salud más altos que sea posible y condiciones de acceso iniciales al ejercicio del derecho a la salud para todos.

MATERIALES Y MÉTODOS

ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO. Con utilización de encuesta semi-estructurada para:

A) Evaluar la percepción de los usuarios sobre la utilización, accesibilidad y calidad de los servicios.

B) Evaluar la utilización real y accesibilidad a los servicios que garanticen el derecho a la salud.

Para la colecta de datos se utilizó un cuestionario semi-estructurado con informaciones sobre la utilización de los servicios de salud, perfil de los usuarios (nivel de educación, APP (antecedentes personales patológicos), toma de medicación, último control de salud - odontológico, clínico, pediátrico, ginecológico -, métodos complementarios actualizados, vacunación actualizada) y su percepción sobre la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios prestados.

Para evaluar la accesibilidad se tuvo en cuenta: A) *accesibilidad socio-organizacional*, relacionada con los aspectos de funcionamiento de los servicios que interfieren en la relación entre los usuarios y los servicios. B) *accesibilidad geográfica*, relacionada con la distribución espacial de los recursos, la existencia de transporte y la localización de las unidades de salud (tiempo necesario para llegar a la unidad de salud y medio utilizado para llegar a la unidad de salud).

¿Tuvo alguna vez necesidad de asistencia médica de urgencia y no pudo resolverla? ¿Cómo sorteó esa dificultad?

¿Considera que su derecho a la salud se encuentra garantizado? ¿Tiene alguna propuesta?

CUESTIONES ÉTICAS

Esta investigación cuali-cuantitativa, estará guiada bajo los postulados de la declaración de Helsinki, en uno de sus principios dice: ”La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”. El cual es la finalidad de este estudio, analizar el grado de percepción y accesibilidad que presenta esta población a los servicios de salud, y dilucidar si consideran si su derecho a la salud está siendo vulnerado por las barreras geográficas, principalmente y la forma de sortearla de manera conjunta.

Se le solicitará a los entrevistados, la firma de un consentimiento informado que nos avale a la utilización de la información brindada, resguardando su identidad y el carácter voluntario de su participación. Además, de la correspondiente autorización por parte del Comité de Capacitación y Docencia (CCD) de nuestro nosocomio.

ANÁLISIS DE DATOS

De acuerdo a nuestra investigación, ya que no contamos con datos del censo 2022, actualmente residen en el lugar 15 familias de manera permanente que hacen una población total de 66 habitantes y 8 familias que solo concurren los fines de semana (estas últimas familias se dejaron fuera de la investigación ya que residen la mayor parte del año en otras localidades aledañas).

A la escuela primaria y educación inicial (Imagen 1), concurren 17 niños de entre 4 y 12 años, y un total de 12 adolescentes son trasladados diariamente hasta la localidad de Toay para concurrir al colegio secundario.

Imagen 1

En su mayoría las mujeres son amas de casa y pensionadas, mientras que los hombres se dedican a trabajos rurales, horticultores, albañiles y jornaleros. La mayor parte de la población adulta refiere saber leer y escribir, y haber realizado educación primaria incompleta y no contar con obra social.

La localidad de Cachirulo cuenta en su mayoría con casa de ladrillo y adobe sin revoque interior ni exterior, con piso de tierra y en algunos casos contrapiso. El pueblo convive con animales de chacra y domésticos (chanchos, gansos, ovejas, gallinas, perros y gatos), los cuales se pueden ver libremente en las calles (imagen 2, 3 y 4). No llega el gas natural ni el agua de red. Utilizan agua de pozo y pozos ciegos para residuos cloacales. No cuentan con recolección de residuos, cada vecino quema sus desechos o los entierra.

Una vecina de la localidad relata:

> *"Antes quemaba los residuos en frente a mi casa pero el pediatra me aconsejo que la enterrara alejada a mi domicilio, porque eso hace mal a la salud".*

“Gracias a las docentes que se quejaron ahora vienen una vez al mes, de la Municipalidad de Toay, a buscar la chatarra más grande, y el pueblo está más ordenado”.

Imagen 2

Imagen 3

Imagen 4

El principal obstáculo referido por los habitantes de esta localidad, es el camino de acceso, (Cuadro 1) el cual no se encuentra en buenas condiciones la mayor parte del año (Imagen 5 y 6). El siguiente fragmento de entrevista muestra la percepción de los habitantes de cachirulo respecto a la accesibilidad:

“cuando no llueve por muchos tiempo, la calle se hace un guadal y cuando llueve mucho se hace un jabón y las ruedas de los autos resbalan”;

“después de la lluvia a veces pasan la champion que rompe la piedra y hace que se genere más tierra blanda como un talco”;

“cuando lo riegan más seguido es cuando el camino esta lindo”;

“si lo asfaltaran sería lo ideal”;

“ni los taxis vienen a veces, los autos no pueden pasar, tenes que tener camioneta”.

Imagen 5

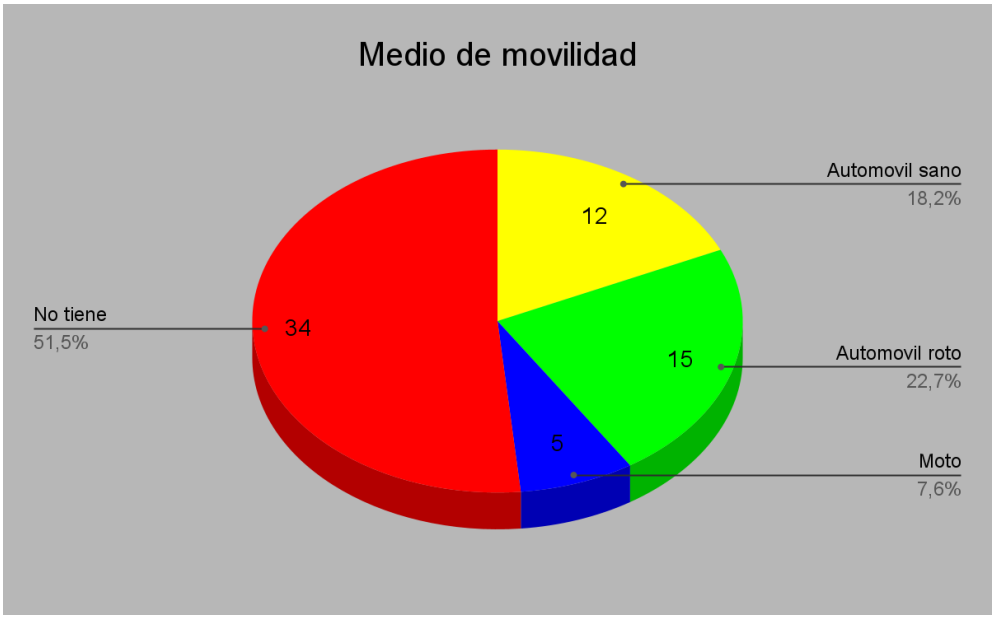
Imagen 6

Cuadro 1

Si bien la distancia a la Localidad de Toay es relativamente corta, se requiere de medio de movilidad. Mediante la encuesta se evidenció que la mayor parte de las familias que habitan Cachirulo, no cuentan con medio de transporte o aquellos que lo tienen se encuentran rotos en su mayoría por el desgaste que genera en los mismos las condiciones del camino (Cuadro 2).

Si bien las emergencias son escasas, debido a que se trata de una población pequeña, cuando han necesitado una atención de este tipo recurren a la solidaridad de vecinos o familiares con medios de movilidad.

"Hace poco se descompuso del corazón un vecino y necesitamos llamar la ambulancia, no se que paso que no podíamos comunicarnos con el hospital y llamamos a otro vecino que nos ayudó a llevarlo en la camioneta"



Cuadro 2

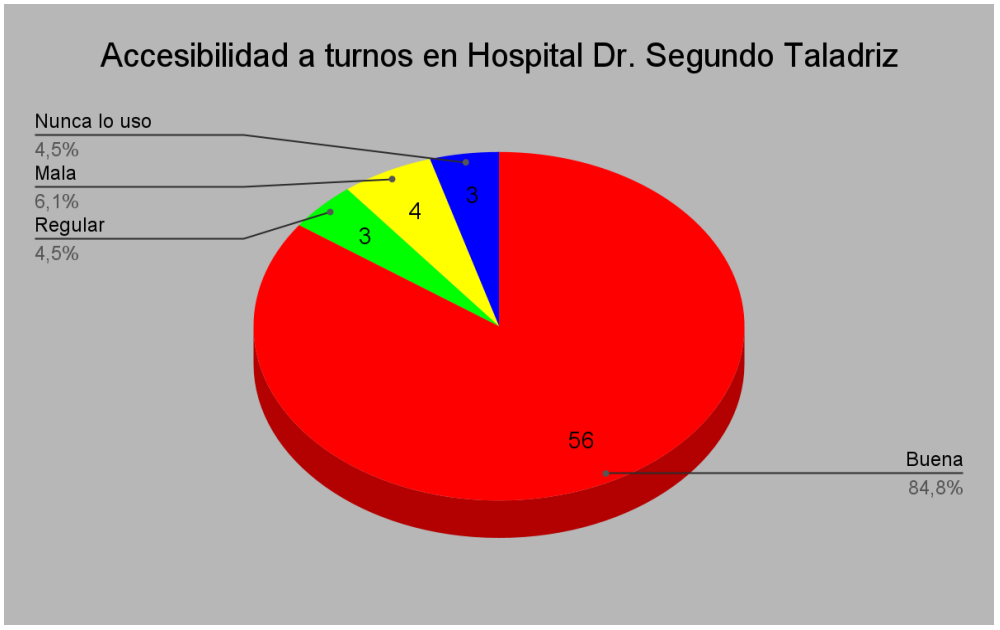
Respecto al acceso a turnos en el hospital no manifiestan problemas actualmente (Cuadro 3), ya que desde que el hospital comenzó a concurrir a la localidad en forma mensual, una de las administrativas accedió a dar su numero de telefono para que mediante la aplicación de WhatsApp se le envie un mensaje el día previo, pudiendo así otorgar turnos programados. Pudimos notar que una gran parte de la población tiene controles actualizados en el último año (cuadro 4), los cuales fueron realizados por el médico que se acercó a la localidad o fueron turnos con los especialistas facilitados por la administrativa.

"Antes teníamos que ir de madrugada al hospital para sacar turno, tipo 5 de la mañana y si el turno era más tarde nos volvíamos y hacíamos dos viajes de ida y vuelta. Ahora nos dicen directamente a que hora es el turno y hacemos un solo viaje".

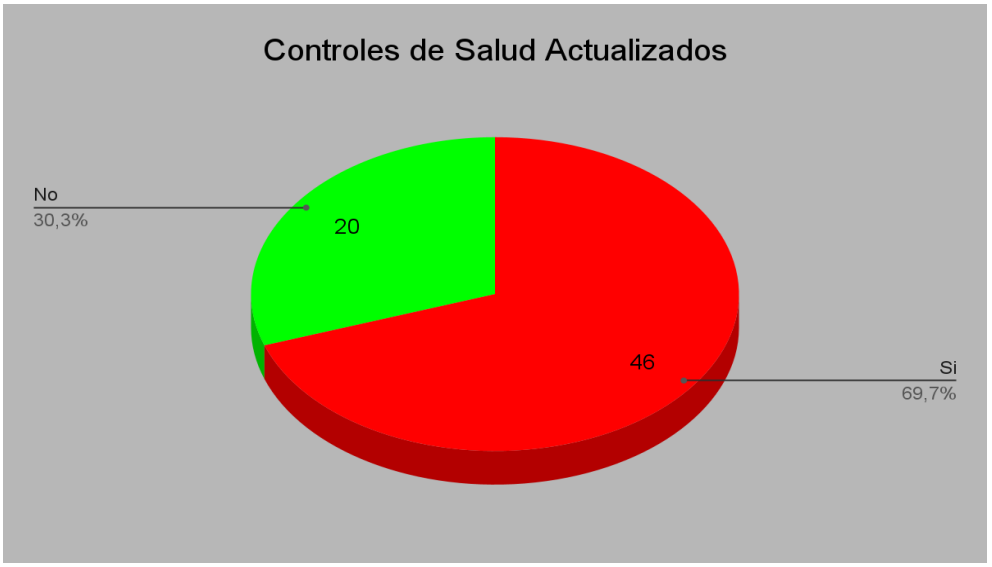
"Antes, con el tema del obstetra, estuve como dos semanas para conseguir un turno y enterarme que estaba embarazada";

"Muchas veces nos ha pasado de ir a la madrugada, esperar, y cuando nos llegaba el momento de sacar un turno, no había más… a volver al otro día…";

"Hoy le escribí a Silvia porque el bebe estuvo toda la noche con fiebre, y me consiguió un turno para el pediatra… estamos muy agradecidos con ella…"



Cuadro 3



Cuadro 4

Del total de la población de Cachirulo que cuenta con 66 habitantes, el 65.2% considera que su derecho a la salud se encuentra garantizado (cuadro 5), mientras que al preguntar sobre propuestas para mejorar el acceso a la salud, todos coinciden en la

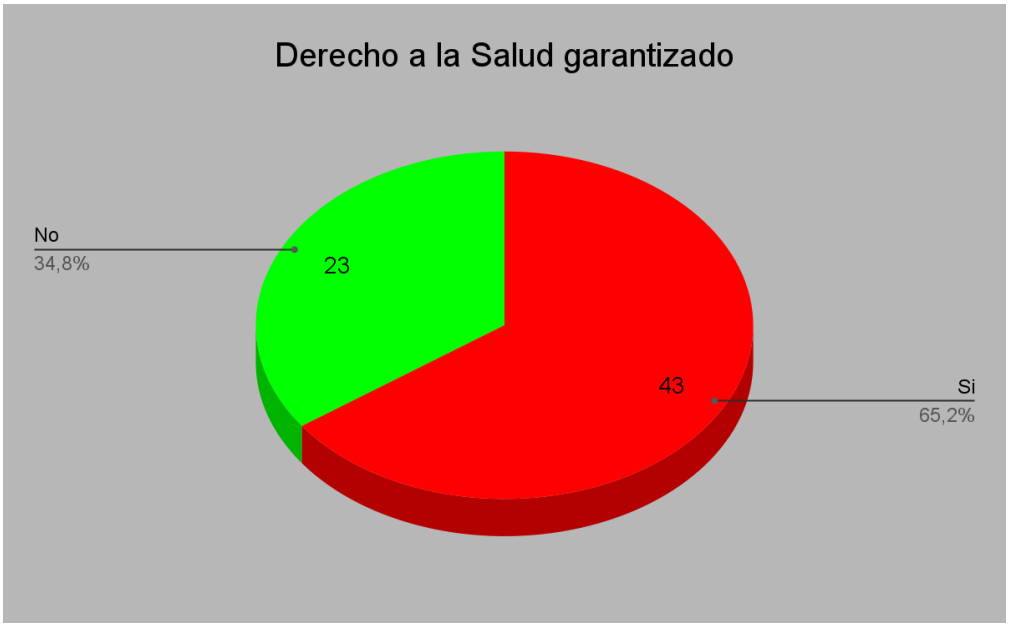
necesidad de un centro de salud que brinde atención de enfermería en forma diaria, que realice controles de signos vitales, curaciones, nebulizaciones, colocación de inyectables, y cuente con medicación básica ante la urgencia, y que la concurrencia del médico siga siendo en forma mensual o cada 15 días.

"Necesitamos una salita donde se pueda tomar la temperatura, la presión, realizar curaciones",

"en una salita se podría nebulizar, colocar inyectables que a veces nos dan por varios días, dar medicación como el ibuprofeno para los chicos, tener oxígeno…";

"otra cosa que sería muy útil es un transporte o una ambulancia".

Además manifestaron como propuesta la realización de cursos de RCP para en casos de emergencias poder dar respuesta mientras se logra la llegada de la atención médica. Otra propuesta fue mejorar el camino mediante el asfaltado de la calle, o el mantenimiento con riego diario.



Cuadro 5

CONCLUSIONES

La percepción y el grado de accesibilidad que tiene la población de Cachirulo al Sistema de Salud no coinciden, ya que en su mayoría perciben que su derecho a la Salud se encuentra garantizado; pero al momento de profundizar sobre el tema, se encuentran con un grave problema de accesibilidad geográfica, ya que la mayoría coincide en el mal estado del camino la mayor parte del año. Sumado a que muy pocos vecinos son los que cuentan con medio de movilidad apto para el traslado, ya que en su mayoría están rotos, debido a los bajos recursos y al camino intransitable. Además, coincidieron de que actualmente están pudiendo acceder a turnos programados, debido a la solidaridad de algunos pocos que facilitan su acceso, pero no existen políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población de Cachirulo.

Coincidimos en que se trata de una población vulnerabilizada que desconoce sus derechos humanos fundamentales y tiende a no reclamarlos. Sumado a que en su mayoría son habitantes jóvenes, con baja morbilidad, que no priorizan la salud y consultan ante la necesidad de atención por enfermedad.

PROPUESTA

* Poner a la luz los datos recabados en dicho trabajo, para que lleve a acciones concretas sobre esta comunidad desde los decisores políticos tanto municipales como sanitarios.

* Continuar llevando las actividades del nosocomio a esta población a través de los diferentes actores del equipo de salud, y continuar brindando líneas de promoción, atención, prevención; reforzar la acción comunitaria y recuperación de la salud.

* Ofrecer herramientas a través de las nuevas tecnologías (teléfono, whatsapp, etc), que acerquen la población y faciliten el acceso a los turnos programados y a corto plazo para especialistas lineales, y acceso a métodos complementarios con los que cuenta el nosocomio (radiografias, ecografias, videocolonoscopias, etc).

BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.aacademica.org/000-072/282.pdf
2. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151022054933/dji41.pdf
3. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300010
4. https://www.paho.org/es/temas/salud-universal
5. http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos_vulnerables.pdf
6. http://www.pampadiario.com/single-post.php?id=25357La Aldea, recorriendo todos los caminos: Cachirulo 28 DE OCTUBRE, 2019
7. https://www.lanacion.com.ar/sociedad/un-pueblo-fantasma-que-resucito-nid6168/
8. http://www.soydetoay.com.ar/toay/archiv_imag/cachirulo/funda_cion.htm
9. https://es.wikipedia.org/wiki/Cachirulo_(La_Pampa)

ANEXO

1) **ENCUESTAS:**

JEFE DE FAMILIA

- Apellido y Nombre:
- Edad: DNI: Teléfono:
- ¿Sabe leer y escribir?:
- Nivel educacional:
- Act laboral:
- Obra Social:
- APP:

*DBT *HTA *DISLIPEMIA *OBESIDAD

*TABAQUISMO *CANCER *HIPOTIROIDISMO *OTROS

- ¿Se realizan controles periódicos?
  - ☐ SI, ¿En dónde?
  - ☐ NO, ¿Por qué?:

- Controles médicos en el último año (verificados en HC digital de Salud Pública):

  * Ginecologico: (PAP-mammografia):
  * Clínico: (LABORATORIO -RX TÓRAX-ECG):
  * Interconsultas 2do nivel:
  * Otros:
  * Vacunación:
    - ☐ Completa
    - ☐ En curso
    - ☐ Incompleta

- Accesibilidad socio-organizacional:

* ¿Cómo percibe la accesibilidad al momento de adquirir un turno?

☐ Buena

☐ Regular, ¿Por qué?

☐ Mala, ¿Por qué?

*¿Qué opina sobre la calidad de atención del Hospital de Toay?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Mala, ¿Por qué?

- Accesibilidad geográfica:

*¿Tiene vehículo propio?

- ☐ SI
- ☐ NO — ¿En que se moviliza para acceder a la atención médica?

*¿Considera que el camino de acceso al hospital, se encuentra transitable la mayor parte del año?

- ☐ SI
- ☐ NO

*¿Alguna vez necesitó atención médica de urgencia? ¿Cómo la consiguió? Cuánto demoro en tener atención?

- ¿Considera que su derecho a la salud se encuentra garantizado?

- ☐ SI
- ☐ NO

- ¿Tiene alguna propuesta para mejorar las condiciones de salud personal y de la población?

- ¿Considera que la concurrencia del personal de salud a la localidad en forma mensual es suficiente?

- ☐ SI
- ☐ NO, ¿Por qué?

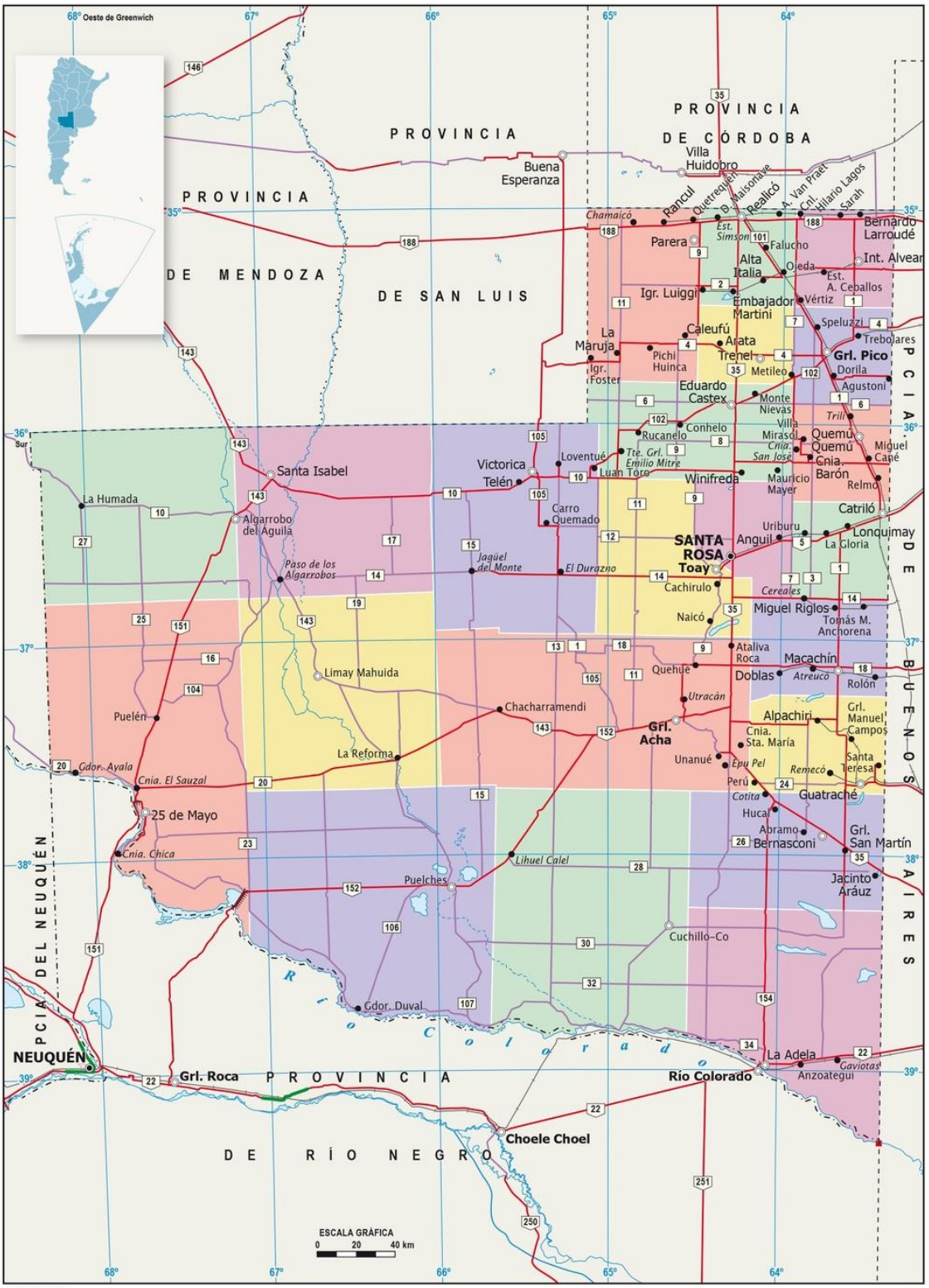
- ¿Cómo diría qué influye esta atención mensual en la salud de la población?

- FAMILIOGRAMA

NIÑOS

- Apellido y Nombre:
- Edad: DNI:
- ¿Sabe leer y escribir?
- Nivel educacional:
- Act física/recreativa extracurricular:
- Obra Social:
- APP:
- Control de niño sano en el último año:
  - ☐ SI, ¿donde?
  - ☐ NO, ¿Por qué?
- Vacunación
  - ☐ Completa
  - ☐ Incompleta

2) MAPAS:

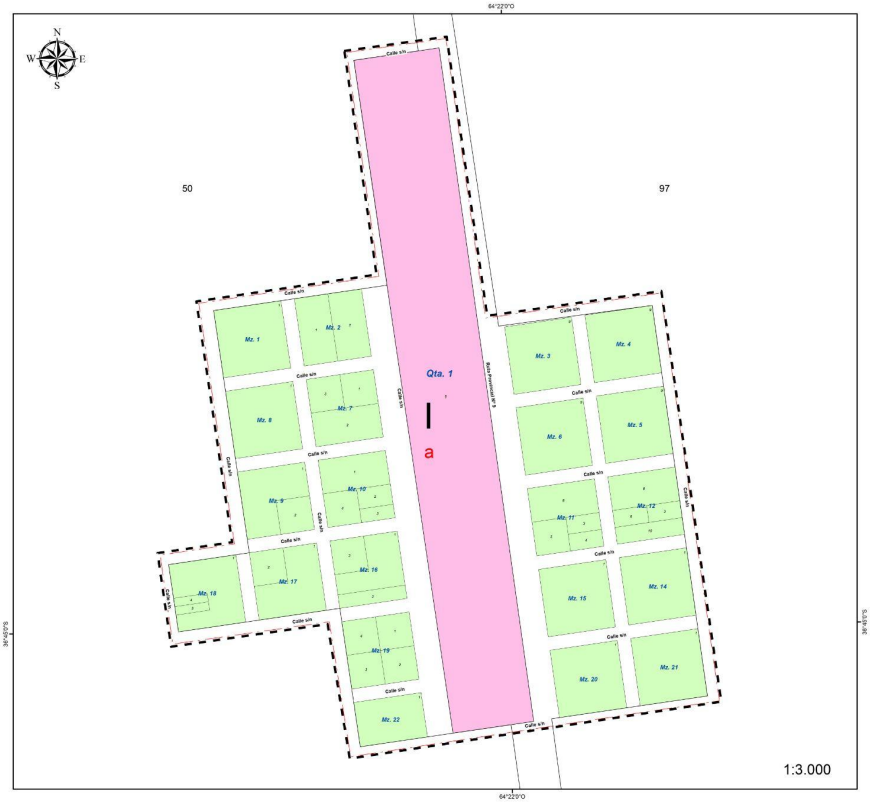

68° Oeste de Greenwich
PROVINCIA
PROVINCIA
DE MENDOZA
DE SAN LUIS
PROVINCIA
DE CÓRDOBA
PROVINCIA
DE BUENOS AIRES
PROVINCIA DEL NEUQUÉN
PROVINCIA
DE RÍO NEGRO
Buena Esperanza
Villa Huidobro
Rancul
Quetrequén
Realicó
Chamaicó
Parera
Falucho
Alta Italia
Oeda
Bernardo Larroudé
Int. Alvear
Igr. Luiggi
Embajador Martini
Vértiz
Speluzzi
Caleufú
Arata
La Maruja
Pichi Huinca
Trenel
Metileo
Gral. Pico
Dorila
Agustoni
Eduardo Castex
Monte Nievas
Conhelo
Rucanelo
Villa Mirasol
Quemú Quemú
Cnia. San José
Miguel Cané
Santa Isabel
Victorica
Loventué
Tte. Grl. Emilio Mitre
Luan Toro
Winifreda
Mauricio Mayer
Cnia. Barón
Relmo
Telén
Carro Quemado
La Humada
Algarrobo del Aguila
Catriló
Uriburu
Anguil
Lonquimay
La Gloria
SANTA ROSA
Toay
Paso de los Algarrobos
Jaguel del Monte
El Durazno
Cachirulo
Cereales
Naicó
Miguel Riglos
Tomás M. Anchorena
Ataliva Roca
Macachín
Quehué
Doblas
Atreucó
Rolón
Limay Mahuida
Utracán
Chacharramendi
Alpachiri
Grl. Manuel Campos
Puelén
Grl. Acha
Cnia. Sta. María
La Reforma
Unanué
Epu Pel
Santa Teresa
Gdor. Ayala
Cnia. El Sauzal
Remecó
Perú
Guatraché
25 de Mayo
Cotita
Hucal
Abramo
Grl. San Martín
Cnia. Chica
Bernasconi
Lihuel Calel
Jacinto Aráuz
Puelches
Cuchillo-Co
Río Colorado
Gdor. Duval
NEUQUÉN
Grl. Roca
La Adela
Gaviotas
Anzoategui
Río Colorado
Choele Choel
ESCALA GRÁFICA
0 20 40 km
Es propiedad Ley 11.723
EDICIÓN SEPTIEMBRE 2016
Provincia de LA PAMPA
Mapa Político
IGN

Gobierno de La Pampa

Dirección General de Catastro
Subsecretaría de Ingresos Públicos
Ministerio de Hacienda y Finanzas
Departamento Geodesia

PLANO DE LOCALIDAD

045 - Cachirulo



REFERENCIAS

- RIVADAVIA CALLES
- a RADIOS
- II CIRCUNSCRIPCIONES
- MANZANAS
- QUINTAS
- PARCELAS RURALES

DEPARTAMENTO DE GEODESIA

ACTUALIZADO : JUNIO 2019

3) CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: "PERCEPCIÓN Y GRADO DE ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE CACHIRULO PERTENECIENTE AL ÁREA DE CONFLUENCIA DEL HOSPITAL DR. SEGUNDO TALADRIZ TOAY - LA PAMPA.

¿LOS POBLADORES DE CACHIRULOS SIENTEN QUE SON VÍCTIMAS DE LAS BARRERAS DE ACCESIBILIDAD?"

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que considere necesarias para entender el propósito de dicha investigación.

El método a implementar serán los relatos de vida, con acceso a cada historia clínica digital de los participantes. Estos relatos de vida serán obtenidos mediante una encuesta, la cual permite una expresión en amplitud y sin sesgos del sentir individual respecto de un tema en particular. Sus datos personales no serán publicados en esta investigación.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar de este estudio.

Su participación y la de sus vecinos es parte de una contribución solidaria que hará posible comprender las barreras que ustedes consideran que existen en el acceso a los servicios de Salud.

……..