



Trabajo y sociedad

ISSN: 1514-6871

Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Instituto de Estudios para el desarrollo Social (INDES)

Cordero, Romina Andrea

Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero<sup>1</sup>

Trabajo y sociedad, vol. XXII, núm. 37, 2021, pp. 589-617

Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Instituto de Estudios para el desarrollo Social (INDES)

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387368391031>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

UNEN redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## **Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero<sup>1</sup>**

**Accessibility to health services in rural areas. A look at community strategies for self-sufficiency in Pozo del Castaño, Santiago del Estero**

**Acessibilidade aos serviços de saúde nas zonas rurais. Um olhar sobre as estratégias comunitárias de autossuficiência em Pozo Del Castaño, Santiago del Estero.**

**Romina Andrea CORDERO\*\***

Recibido 06-9-20

Revisión editorial 05- 02-21

Aprobado 20 -04-21



### **RESUMEN**

El trabajo aborda las condiciones de la accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales, tomando como *caso* la localidad de Pozo del Castaño, departamento Figueroa, provincia de Santiago del Estero. Consideramos el acceso como el encuentro entre la población rural y los agentes estatales. Debido a las características político-sociales y culturales en las que se producen esas articulaciones, adoptamos una *concepción flexible* del sistema de salud donde las acciones que tradicionalmente son circunscriptas a la esfera del Ministerio de Salud y sus dependencias, requieren del involucramiento y acción de otros actores y espacios sociales. Los siguientes interrogantes nos guiaron: ¿Qué alternativas disponen los habitantes de Pozo del Castaño para resolver problemas de salud? ¿Qué recursos y acciones realiza el sistema de salud para dar respuesta a la demanda y hacer accesible el servicio? ¿Qué relación existe entre las alternativas

<sup>1</sup> La investigación se enmarca en el Proyecto *Pi-UNSE: Territorio y territorialidad en el chaco santiagueño: Conflictos, resistencias e identidades en comunidades campesinas e indígenas. Una perspectiva histórica y antropológica*. (ILFyA-FHCSyS-UNSE). Agradezco a Cristian Jara; Fernando Longhi y Carlos Bonetti por la lectura atenta y oportunas correcciones en una versión preliminar del presente trabajo. Un especial agradecimiento a los y las pobladores/as del Castaño, por su generosidad, hospitalidad y enseñanza.

\*\* Doctoranda en Humanidades por la Universidad Nacional de Tucumán (UNT), Magister en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE). Es Licenciada en Sociología y docente investigadora en la Carrera de Lic. en Sociología y en Trabajo Social (UNSE). Su línea de investigación es la política de Atención Primaria de la Salud, y el Recurso Humano del 1er nivel de atención en contextos rural y urbano. Integra el equipo de Investigación del Instituto de Lingüística, Folklore y Antropología (ILFyA) de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud (FHCSyS-UNSE). Mail: romiperversi@yahoo.com.ar

comunitarias y la accesibilidad al servicio de salud? En contextos como el de Pozo de Castaño, las *estrategias comunitarias autosuficientes* son claves para comprender cómo, con qué alcance y a partir de qué articulaciones se resuelven los problemas de salud, se responde a la demanda de atención y se organiza el cuidado y seguimiento de la población.

**Palabras clave:** estrategias comunitarias autosuficientes, accesibilidad, servicios de salud, zonas rurales.

## ABSTRACT

The article addresses the conditions of accessibility to health services in rural areas, taking as a case the town of Pozo del Castaño, Figueroa county, province of Santiago del Estero. We consider access as then counter between the rural population and the state agents. Due to the political-social and cultural characteristics in which these articulation stake place, we adopted a flexible conception of the health system where the actions that traditionally are circumscribed to the sphere of the Ministry of Health and its dependencies, require the involvement and action of other actors and social spaces. The following questions guided us: What alternatives do the inhabitants of Pozo del Castaño have to solve health problems? What resources and actions does the health system provide to respond to the demand and make the service accessible? What is the relationship between community alternatives and accessibility to the health service? In contexts such as Pozo del Castaño, self-sufficient community strategies are key to understanding how, with and from what articulations, health problems are resolved, the demand for care is responded to, and care and follow-up of the population is organized.

**Key words:** self-sufficient community strategies, accessibility, health services, rural areas.

## RESUMO

O artigo aborda as condições de acessibilidade aos serviços de saúde nas zonas rurais, tomando como caso a localidade de Pozo del Castaño, departamento de Figueroa, província de Santiago del Estero. Consideramos o acesso como o encontro entre a população rural e os agentes do Estado. Devido às características político-sociais e culturais em que estas articulações ocorrem, adotamos uma concepção flexível do sistema de saúde onde as ações que tradicionalmente estão circunscritas à esfera do Ministério da Saúde e suas dependências, requerem o envolvimento e a ação de outros atores e espaços sociais. Que alternativas têm os habitantes de Pozo del Castaño para resolver os problemas de saúde? Que recursos e ações são necessários para o sistema de saúde responder à procura e tornar o serviço acessível? Qual é a relação entre as alternativas comunitárias e a acessibilidade ao serviço de saúde? Em contextos como Pozo del Castaño, as estratégias comunitárias autossuficientes são fundamentais para compreender como, com que alcance e a partir de que articulações, os problemas de saúde são resolvidos, a procura de cuidados é respondida, e os cuidados e acompanhamento da população são organizados.

**Palavras-chave:** estratégias comunitárias autossuficientes, acessibilidade, serviços de saúde, áreas rurais.

## SUMARIO

1. Introducción, 2. Aclaraciones preliminares y precisiones metodológicas, 3. Los servicios de salud en el medio rural, 3.1. Condiciones para la accesibilidad en el medio local, 4. Bolsones poblacionales, despojo y resistencia en el *Castaño*, 4.1. La Posta, el personal y la población a cargo, 4.2. Enfermar, vivir y curar en la comunidad: estrategias autosuficientes, 4.3. Los vínculos extracomunitarios como estrategia para mejorar la autosuficiencia, 5. A modo de cierre, 6. Referencias.

\*\*\*\*\*

### 1. Introducción

En los últimos años el estudio de las condiciones de acceso a los servicios de salud locales ubicados principalmente en zonas urbanas arrojó datos valiosos, permitiendo identificar aspectos que deben ser mejorados dado que condicionan el alcance de las acciones sanitarias, las formas de vinculación con la comunidad y la satisfacción de los usuarios. Por el contrario, es escaso el abordaje de lo que sucede en

zonas rurales de Argentina donde las características de la geografía local, la persistencia de desigualdades estructurales, así como la historia de la vinculación de la población rural con el Estado adquieren otros matices, y exigen considerar formas alternativas de abordaje y evaluación.

La concentración de los estudios sobre los grupos urbanos generó un déficit en el sub-campo de la historia social de la salud y la enfermedad en el ámbito rural. En tal sentido, los aportes que se realizaron, por lo general, ponen el acento en una mirada totalizadora de nuestro país (Carbonetti y Álvarez, 2013). Una consecuencia de esa concepción fue la comparación del espacio rural con el urbano y, en ocasiones, abordado como un todo homogéneo.

Este trabajo se propuso *caracterizar las condiciones de accesibilidad* al servicio de salud en Pozo del Castaño, localidad ubicada en el Departamento Figueroa de la provincia de Santiago del Estero. Según los resultados del Censo de Población, Hogar y Vivienda (CPHyV, INDEC, 2010) Figueroa tiene la totalidad de su población residente en áreas rurales (la mayoría se trata de población campesina), y un 42% de dicha población reside en hogares Necesidades básicas insatisfechas (NBI), además de que conforma uno de los territorios con mayor número de conflictos por la tierra.

Pozo del Castaño no es un hecho aislado, es un ejemplo más de lo que sucede en diferentes países y regiones de América Latina y da cuenta de un proceso largo que -desde la conquista de América- se legitimó a partir de discursos que establecieron distinciones entre culturas civilizadas - culturas bárbaras, centro - periferia, jerarquías raciales, naturaleza - sociedad, entre otras (Borde y Torres Tobar, 2017). La región del chaco santiagueño de nuestro país- en la que se inserta Pozo del Castaño- tiene algunos puntos de contacto con un proceso que en América Latina se caracterizó por *“el despojo territorial, a través de desplazamiento forzado, reprimarización económica, extranjerización de las tierras y privatización de los bienes comunes, ha asumido un papel destacado en los procesos de producción y acumulación capitalista y, consecuentemente, en el ordenamiento social de las sociedades”* (Ibídem: 266). Esa violencia performativa fue respondida desde el campesinado con acciones de resistencia, a la vez que alentó la revisión del aparato conceptual a partir del cual se piensa el territorio. Entonces el territorio es más que un contenedor de recursos naturales y población, no hay territorio sin sujeto político que lo constituya, estamos ante un proceso mutuamente constitutivo y constituyente (Ibídem).

En el año 2010 la comunidad de Pozo del Castaño decide cortar la Ruta Nacional 34 para dar a conocer el conflicto territorial. El enfrentamiento se origina en el año 2008 luego que una sociedad empresarial, *Carnes para todos* de origen cordobés, comprara más de 10.000 hectáreas correspondientes al Lote “CC2” a herederas de un histórico obrajero de la zona. Se trataba de un lugar, de uso común, que la comunidad utilizaba para el pastoreo de animales y en actividades como la caza y recolección de miel. Ante las acciones de cerramiento y desmonte, para fines empresariales, y la violencia ejercida contra miembros de la comunidad, los pobladores implementaron varias estrategias para visibilizar el conflicto recurriendo al Movimiento Campesino de Santiago del Estero (MOCASE<sup>2</sup>), a la Unión de Pequeños Productores del Salado Norte (UPPSAN), a investigadores de la Universidad Nacional de Santiago del Estero y a representantes del Comité de Emergencia y Mesas de Tierra, actores que contribuyeron a fortalecer la estructura organizativa de los pobladores, y aportaron con argumentos y pruebas para la gestión ante la justicia (Bonetti, 2020).

*“Uno de los principales problemas de los campesinos en las provincias del norte argentino y en particular en Santiago del Estero, es la falta de seguridad jurídica sobre la tierra que ocupan y trabajan por generaciones. La situación más extendida es la de los poseedores de tierras privadas o*

---

<sup>2</sup> Nace formalmente en 1990 en el contexto de la lucha por la tierra para detener los desalojos, un proceso organizativo que se comienza a gestar en la década anterior, se dividió en Mocase y Mocase Vía Campesina en 2001. La ruptura del MOCASE significó la conformación de dos organizaciones con claras diferencias en cuanto a la forma organizativa, las estrategias, los recursos y los grupos de apoyo. En el año 2019 anunciaron la unificación de las dos vertientes, movilizadas por objetivos comunes.

*fiscales, que no han podido acceder a las escrituras de dominio. Con frecuencia se escucha el testimonio de campesinos de edad avanzada "yo soy nacido y criado en este lugar donde se quedaron mis padres, pero no tenemos papeles de escritura"* (De Dios, 2012:117).

Ante tal circunstancia, los interrogantes que guiaron el trabajo fueron: ¿qué alternativas disponen los habitantes de Pozo del Castaño para resolver los problemas de salud? ¿Qué acciones y recursos destina el sistema de salud para atender la demanda y hacer accesible el servicio? ¿Cómo intervienen las alternativas comunitarias en las condiciones del acceso? Para responder fue necesario superar la mirada sobre la coyuntura actual para concentrarnos en la trama de relaciones sociales configurada a lo largo de décadas. Trama en la que confluyen diferentes sujetos, se juegan intereses y se disputan sentidos.

Abordamos el acceso como *una relación* que se configura a partir del contacto que se da entre *los agentes estatales*<sup>3</sup> y *la población rural*. Los primeros tienen la responsabilidad de gestionar las políticas públicas y mediar con la población, establecer prioridades, definir situaciones, caracterizar a la población y producir marcaciones en el territorio. La segunda atravesada por atributos geográficos, culturales y económicos busca resolver situaciones de la vida cotidiana (Pozzio, 2010; 2013). Si bien el concepto de población rural es polisémico, y varía según la forma en que los organismos estadísticos de cada país lo interpretan, en este trabajo lo concebimos -siguiendo los lineamientos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (1998)- como aquella población residente en localidades de menos de 2.000 habitantes<sup>4</sup>.

Optamos por pensar al sistema de salud desde una concepción amplia que recupera el señalamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la cual el sistema de salud trasciende las acciones que se encuentran bajo el control directo de un Ministerio de Salud. De esta manera su alcance y estructura contempla a otras organizaciones, instituciones y recursos que se destinan a la salud. Es todo acto en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales que buscan restablecer, mantener o promover la salud (Chiara, 2010).

Esta definición es flexible ya que habilita la posibilidad de considerar la intervención de otros sujetos, principalmente cuando la población no logra resolver los problemas a través de las políticas públicas y los *agentes estatales* que con ella se vinculan. En este marco cobran importancia formas alternativas de resolución, a las que llamaremos *estrategias comunitarias autosuficientes*. Así, cuando las comunidades desarrollan estrategias de autosuficiencia y son capaces de emplear los recursos locales, especialmente los humanos, dependen menos de los niveles superiores de decisión y mejoran la capacidad resolutoria (De Geyndt, 1983).

El desarrollo del artículo está organizado en cuatro secciones. En la primera damos cuenta de las estrategias metodológicas empleadas para aproximarnos al tema. En la segunda realizamos una caracterización de los servicios de salud en zonas rurales, señalamos algunas características de la ruralidad en la Región del Noroeste argentino (NOA<sup>5</sup>), y nos referimos al abordaje conceptual de la accesibilidad. En la tercera presentamos algunos condicionantes para el desarrollo de la vida comunitaria, como por ejemplo la defensa del territorio, el acceso a servicios, la percepción de los pobladores sobre las implicancias de la vida en la comunidad y las características de la accesibilidad a la atención de salud y las estrategias comunitarias para posibilitarla. Por último, nos cuestionamos si el fortalecimiento de la autosuficiencia comunitaria puede ser una condición de posibilidad para mejorar las acciones del servicio de salud, en el sentido que derivan en acciones de cooperación y complementación esenciales para el sostenimiento de la vida.

<sup>3</sup> Consideramos agentes de estatalidad a la agente sanitaria, enfermera y maestros de escuelas que desarrollan funciones específicas en la comunidad, en el marco de normas y funciones asignadas por el Estado.

<sup>4</sup> Fuente: Situación y Evolución Social (Síntesis N°4); INDEC.

<sup>5</sup> De acuerdo a la clasificación regional en vigencia del INDEC, la región del Noroeste Argentino está integrada por las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca.

## 2. Aclaraciones preliminares y precisiones metodológicas

La construcción y abordaje de nuestro objeto nos llevó a recurrir a diversas fuentes que aportaron a una lectura en perspectiva histórica y relacional. En las primeras fases de la investigación<sup>6</sup>, trabajamos en la consulta y sistematización de bibliografía con el fin de identificar características de la historia de la zona del Salado medio en Santiago del Estero. Nos posicionamos desde una lógica de *“entrecruzamientos que permitieron reflexionar sobre el Estado y sus agentes, así como sobre un territorio configurado dialécticamente entre los pobladores rurales, las formas de habitar los espacios y los discursos que caracterizan a estos territorios rurales del Salado”* (Barrionuevo, Amarilla y Luna, 2019: 91).

En cuanto a las estrategias metodológicas para el trabajo de campo nos apoyamos: Primero, en los registros de campo mediante la toma de fotografías y la observación de la infraestructura y recursos disponibles en la posta sanitaria. La información obtenida cumplió una función orientadora para las entrevistas realizadas a la agente sanitaria y la enfermera. Con ellas indagamos sobre algunos tópicos como: la organización del trabajo en la comunidad, recursos materiales y composición de equipo de salud, principales problemáticas que enfrenta la comunidad, formas en las que articulan el trabajo con el hospital más cercano, percepción acerca de la capacidad de respuesta ante la demanda de la comunidad. Complementamos la información sobre la situación de salud y las acciones en la comunidad con las entrevistas realizadas, por nuestros compañeros de equipo, a las maestras y el director de la Escuela número 417 Cabo Mario R. Luna. Las visitas a la comunidad de Pozo del Castaño nos aproximaron al vínculo sistema de salud-comunidad, y ayudaron a repensar las condiciones del acceso a los servicios en zonas rurales.<sup>7</sup>

La segunda estrategia consistió en caracterizar la infraestructura sanitaria del primer nivel de atención en la zona rural, para ello cruzamos los datos disponibles en las plataformas del Sistema integrado de información sanitaria argentina (SISA) y poblaciones.org<sup>8</sup>. Nos aproximamos a la situación socio-sanitaria de la comunidad de Pozo del Castaño a partir del informe de ronda sanitaria y la comparación de los datos de población de los Censos de 2001 y 2010.

Como tercera estrategia trabajamos la información surgida de los talleres<sup>9</sup> grupo focal, que realizamos en el salón comunitario junto al equipo de investigación del ILFyA. En cada encuentro, se reunieron a integrantes de la comunidad para recuperar anécdotas y fragmentos de la historia familiar y de un pasado común. Los encuentros permitieron activar la memoria respecto de prácticas relacionadas a la agricultura familiar, a la distribución de las familias en el territorio, al reconocimiento y al aprovechamiento de la flora y fauna de la zona. El intercambio entre hombres y mujeres, matizado por risas, silencios y recuerdos comunes, dio cuenta de las prácticas y saberes comunitarios. Considerar la mirada de los y las castañenses acerca de cómo es la vida en un espacio donde los caminos<sup>10</sup> muchas veces operan como barreras más que

<sup>6</sup> La investigación exploró la región del Río Salado desde un enfoque socio-antropológico e histórico, considerando una perspectiva de larga duración (Bonetti, 2019).

<sup>7</sup> Las visitas se realizaron junto al equipo de investigación del ILFyA entre los años 2018-2019. La programación se realizó de forma conjunta con los habitantes de la zona. Se estableció día y hora de los encuentros, por lo general ocurrían en el salón comunitario, cerca de la escuela y la posta sanitaria. El transporte y el chofer fueron facilitados por la FHCSyS-UNSE.

<sup>8</sup> Plataforma abierta de datos espaciales de la Argentina, desarrollada por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina (UCA) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científico y Técnicas (CONICET), disponible en [www.poblaciones.org](http://www.poblaciones.org)

<sup>9</sup> El trabajo de campo iniciado en marzo de 2018, buscó producir información que trascendiera el discurso académico a partir de un proceso reflexivo de carácter colectivo, es decir, avanzar en la identificación de usos y concepciones del espacio material y simbólico que habitan los castañenses (Bonetti, 2019).

<sup>10</sup> En época estival, cuando las precipitaciones son más abundantes los caminos se vuelven intransitables, por ese motivo las visitas se realizaban con el inicio del otoño y antes del receso escolar de invierno.

como vías de comunicación, y el acceso al servicio de agua de red, electricidad y teléfono son inexistentes, enriqueció el proceso reflexivo. En los encuentros, también, se hizo visible la percepción de la comunidad respecto de la experiencia colectiva del conflicto territorial, dimensión trabajada por otros integrantes del equipo de investigación. Pero que retomamos porque permite comprender cómo la explotación de la naturaleza y la expropiación del territorio interfieren en las posibilidades de sostener prácticas de autosuficiencia comunitaria.

Sobre la situación del conflicto Bonetti (2019) explica que se materializa en el despojo y desmonte, pero que a la vez tiene un impacto directo sobre la vida familiar y comunitaria. De allí la potencialidad de trabajar la dimensión del conflicto territorial, porque nos aproxima a una mirada sobre el uso de un territorio común, diferente a la mirada occidental y a la que tiene el Poder Judicial. Así la problemática de la tierra se inscribe en un contexto de demandas más amplio, porque no solo se trata de la lucha por la tierra ante el avance de los empresarios y otros agentes del estado, también está en juego la relación que existe entre el espacio habitado, la memoria, la historia y las condiciones de vida expresadas en el acceso a la salud, la educación, el manejo y uso de los recursos naturales y el impacto en la economía comunitaria, por contraposición a una mirada y uso que responde a las lógicas del mercado.

### **3. Los servicios de salud en el medio rural**

En Argentina la fiscalización del funcionamiento de los servicios, de los establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, así como la planificación global del sector salud, y la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, está a cargo del Ministerio de Salud de la Nación. En conjunto tienen el objetivo de implementar un Sistema Federal de Salud que sea viable socialmente. El sistema de salud se integra a partir de tres grandes subsectores: público, de seguridad social y privado, entre los que persiste una gran fragmentación y débil articulación. La fragmentación se origina por la presencia de diversas fuentes de financiamiento; la diversidad de coberturas (coseguros y copagos); los criterios manejados por los regímenes y órganos de control y fiscalización; y hacia adentro de cada subsector por fragmentaciones que son propias. En Argentina el subsector público reúne a los niveles Nacional, Provincial y Municipal y articula normativas emanadas de las distintas jurisdicciones.

Los subsectores se integran de la siguiente manera: *subsector público* por administraciones provinciales, y nacional, junto con la red de hospitales y centros de salud públicos. El *subsector de seguridad social obligatorio* por Obras Sociales (OS) nacionales y provinciales. Las provincias además cuentan con una OS provincial, y a nivel nacional el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI). Por último, el *subsector privado* reúne a profesionales que prestan servicios independientes a los afiliados de OS o al sistema privado de medicina prepaga, a establecimientos asistenciales contratados por la OS o a entidades de seguro voluntario como las empresas de medicina. Hay que destacar que en Argentina la población de escasos recursos, que en su mayoría no cuenta con los beneficios de la seguridad social, es la que utiliza con mayor frecuencia la red de hospitales y centros de salud públicos. A ellos se suman las personas que residiendo o no en el país, disponiendo o no de cobertura médica demandan atención en el sector público.

Para pensar lo que ocurre con la demanda y la oferta de servicios en zonas rurales es necesario considerar la presencia de diversos factores que intervienen potenciando o condicionando esas relaciones. Los factores geográficos, demográficos, culturales, religiosos, políticos, educativos, la cantidad de recursos asignados por el Estado a los servicios sanitarios, y la presencia de enfermedades prevalentes, son algunas de las variables que conforman una relación que de por sí es compleja (Serrano, 2015). Es por esto que las zonas rurales y la población que allí habita no deben ser abordadas desde una perspectiva que busque homogeneizarlas.

En el medio rural la disponibilidad y organización de la asistencia está sujeta a la forma que asume la estructura del servicio de salud en cada país y a la posibilidad de afrontar los costos que implica la prestación de servicios complejos. En algunas localidades solo existe medicina privada con consultorios

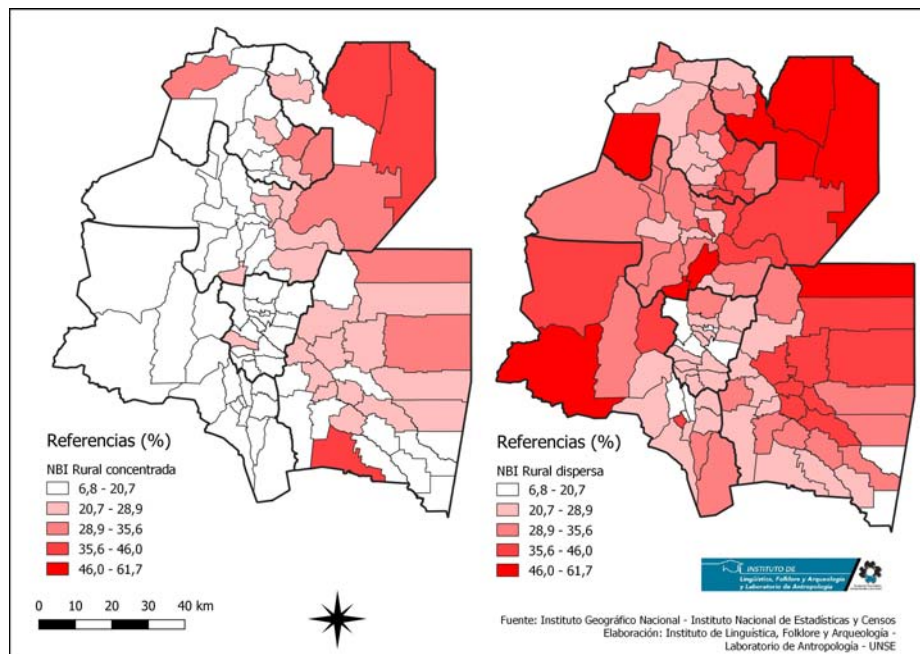
instalados en el domicilio del médico o pequeñas clínicas. En otras la asistencia es solo pública y se organiza a partir de redes integradas por Hospitales de 2° y 3° Nivel<sup>11</sup> y Centros de salud o puestos sanitarios; y otros casos donde existe una combinatoria entre lo público y lo privado. Encontraremos características diferentes según la provincia o región del país que nos dispongamos a analizar (Idem).

Para hablar de las características que asumen los servicios de salud en la NOA es preciso señalar que la región es una de las que presenta mayor proporción de población rural de la Argentina, y que esa ruralidad está atravesada por condiciones de pobreza. En 2010, la población rural del NOA era del 19%, desagregada en un 13% población dispersa y un 6% población agrupada. En algunas provincias esta proporción aumentaba notablemente, como en Santiago del Estero, con cifras del 31%, mientras que, en otras, como Salta y Jujuy la proporción era menor, con cifras del orden del 13% (Longhi, Cordero y Paolasso, 2020). En relación a la proporción de hogares con NBI, la Región NOA presenta valores del 15,6%, superior al resto del país con 9,13%. Ese porcentaje es incluso superior en algunas provincias de esa Región, por ejemplo, Salta y Santiago del Estero. Incluso algunos departamentos presentan una situación extrema respecto del NBI. Es el caso del departamento salteño de Rivadavia es del 49%, y un conjunto de departamentos de Santiago del Estero: Figueroa 37%, San Martín 35,3%, Copo 32,4% y Alberdi 30,6% (Andrada, 2014).

---

<sup>11</sup> Los niveles de atención ordenan y estratifican los recursos del sistema. El primer nivel es el más cercano a la población, busca resolver la atención básica. Es visto como “*puerta de entrada al sistema sanitario*”. Concentra actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Predominan los establecimientos de baja complejidad (el grado de *complejidad* establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización) como consultorios, policlínicas, Puestos o postas sanitarios (PS), Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), Unidades de Atención Primaria de Salud (UPAS), etc. Allí se resuelve aproximadamente 85% de los problemas prevalentes; el segundo nivel lo integran hospitales y establecimientos que prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría, y el tercer nivel se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, como patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología –son ejemplos hospitales Neumonológico, de Quemados; Centros de diálisis (Vignolo *et al.*, 2011).

**FIGURA 1: Comportamiento de las NBI para la población rural agrupada y/o dispersa del NOA. INDEC, 2010**



A las características señaladas se suman las dificultades que tiene la población para mantener un contacto periódico con los servicios de mayor complejidad, como resultado del escueto presupuesto del que disponen algunos estados provinciales, imposibilitando la cobertura de una demanda que es variable<sup>12</sup>. En consecuencia, el trabajo de promoción y prevención es un verdadero desafío, y pocas veces se sostiene. Finalmente, la asistencia desde el gobierno nacional y algunos organismos internacionales, a través de diferentes programas y créditos, es utilizada para reforzar la oferta y la capacidad de respuesta local.

En relación a la red hospitalaria se presentan algunas barreras: la distancia que separa a los hospitales de la población rural, la falta de mantenimiento de los caminos y la ausencia de vehículos y ambulancias adaptados para transitar los caminos, en conjunto reducen la posibilidad de realizar derivaciones y cumplir con la referencia y contrarreferencia<sup>13</sup>. El equipamiento de las postas y la disponibilidad de insumos suele ser inadecuado, motivo por el cual la capacidad de responder en el territorio a la demanda de atención se reduce considerablemente.

<sup>12</sup> La variación en la demanda está condicionada por el conocimiento que los pobladores tienen de sus derechos, el nivel de instrucción, la pertenencia a diferentes etnias, la disponibilidad de fuentes de información, la mayor o menor presencia del estado con acciones de promoción y prevención (Serrano, 2015).

<sup>13</sup> Para un adecuado funcionamiento de los niveles y entre niveles debe existir una adecuada referencia y contrarreferencia. La *referencia* es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad del cuidado de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria. La *contrarreferencia* es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente para su control y seguimiento necesario (Vignolo *et al.*, 2011).

### 3.1. Condiciones para la accesibilidad en el medio local

Señalamos que el sector sanitario argentino se enfrenta al desafío de planificar y ejecutar acciones en un contexto de fragmentación interna, escasez de recursos financieros, descentralización administrativa y financiera, y dificultades para llegar con insumos y recursos humanos a lugares donde la población es dispersa. La combinación de esos factores condiciona el acceso al sector de salud, a la vez que dificultan la llegada de políticas sanitarias a la comunidad, limitan las posibilidades de sostener un trabajo intersectorial, lentifican el alcance de las acciones de salud, y disminuye la *capacidad resolutive*<sup>14</sup>.

Este panorama exige la revisión de la definición clásica de Atención Primaria de la Salud<sup>15</sup> (APS), a partir de la cual el primer nivel de atención es considerado un espacio integrado, continuado, con participación social y con coordinación intersectorial (Ariovich y Jiménez, 2014). Numerosos ejemplos dan cuenta que los desafíos y dificultades que enfrentan los equipos de salud y los trabajadores que deben producir la articulación intersectorial, impiden el cumplimiento de la definición clásica de APS. De ahí la importancia de otorgar *elasticidad* al concepto de APS, ya que un enfoque más flexible previene de una mirada restringida porque habilita la consideración de una diversidad de situaciones -factores- que suelen caracterizar al primer nivel, principalmente en aquellas regiones y localidades que forman parte de los países periféricos o en vías de desarrollo (De Geyndt, 1983). En esos contextos será difícil encontrar que la APS se ajuste a los principios enunciados en Alma Ata. Será necesario pensar en la valoración de nuevas dimensiones e indicadores que nos aproximen a las formas que asume el proceso enfermedad-atención-cura y prevención.

Entonces para caracterizar la accesibilidad es necesario considerar la distancia simbólica y geográfica, los horarios de atención, las prácticas que la comunidad utiliza para la resolución de problemas, así como los recursos que están disponibles para hacer frente a las necesidades de atención (Sánchez Torres, 2015). No podemos confundir la oferta de un servicio con el hecho que la población pueda hacer uso de él.

Otros aspectos a considerar son la disponibilidad de agua para consumo humano, el medio ambiente en el que ocurre la vida, los estilos de vida-valores culturales, percepciones, creencias- y otros riesgos asociados al lugar, dado que influyen en la distribución y utilización de los bienes y servicios públicos que provee el Estado (Di Virgilio y Rodríguez, 2011, citado en Ariovich y Jiménez, 2014).

Estudiar y caracterizar las condiciones de la accesibilidad es una forma de aproximar la distancia que existe entre lo que se anuncia como política del Estado y lo que realmente sucede. “*No basta la existencia de clínicas o programas de salud si no existen las condiciones para que la persona pueda demandar el servicio*” (Sánchez Torres, 2015: 85).

A lo señalado agregaremos la tarea de evaluar la situación y disponibilidad del recurso humano<sup>16</sup>. Desde el 2007 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) observa que muchos centros de salud, sobre todo los más alejados de los centros urbanos, delegan las actividades de programación, ejecución y evaluación a trabajadores con baja cualificación. Esa realidad es un obstáculo difícil de resolver dado que los profesionales que se ubican y *desarrollan* sus actividades en otros niveles del sistema, minimizan la importancia del trabajo que tiene lugar en el primer nivel.

---

<sup>14</sup> La capacidad resolutive da cuenta de la proporción de problemas de salud que son solucionados en el centro de salud (Ariovich y Jiménez, 2014).

<sup>15</sup> Revisar la Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

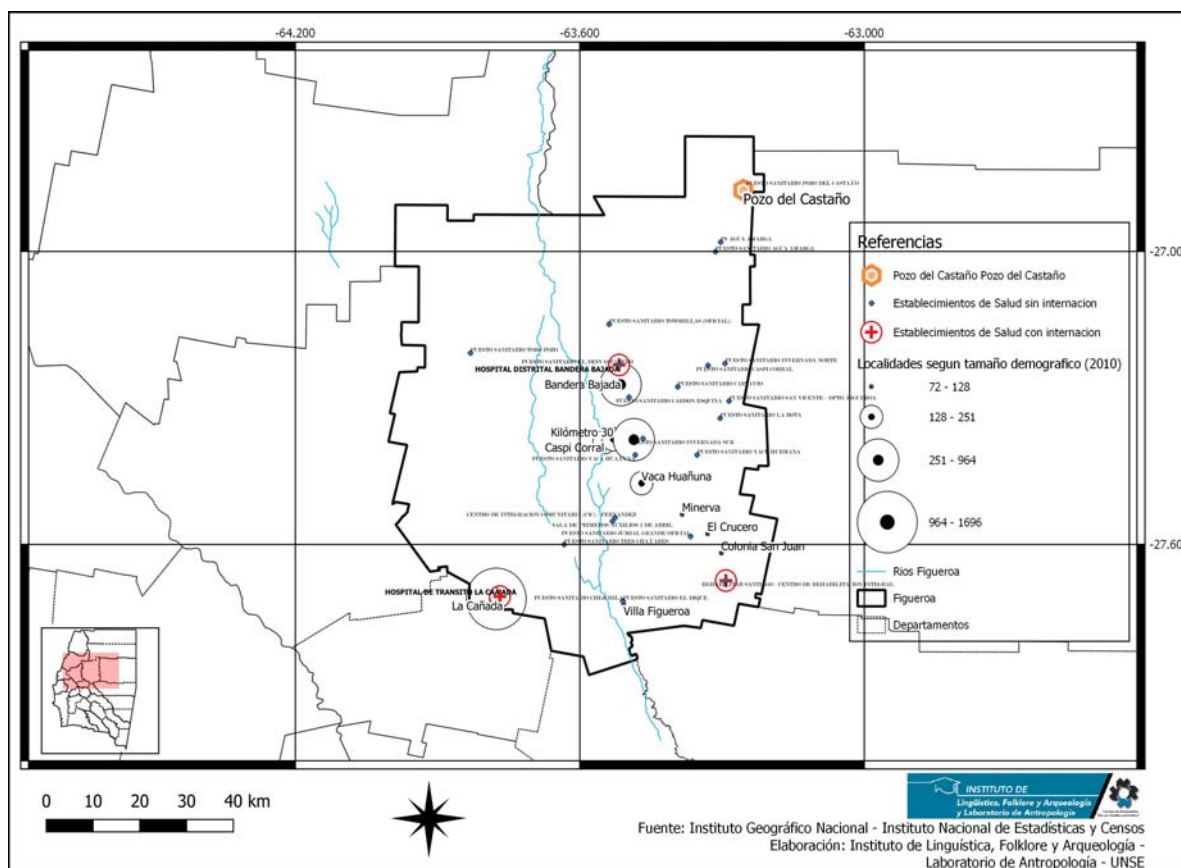
<sup>16</sup> Desde el año 2007 la OPS trabaja la renovación de la APS en Las Américas y da cuenta en sus documentos de esta dimensión.

#### 4. Bolsones poblacionales, despojo y resistencia en el Castaño

La localidad de Pozo del Castaño<sup>17</sup> se enmarca espacialmente en el departamento Figueroa, en el límite con el departamento Moreno, a unos 180 km de la Ciudad Capital de Santiago del Estero por Ruta Provincial n°5 (FIGURA 2). La localidad de Pozo se divide en cuatro sectores: al este El Retiro; Pozo del Castaño en el centro, El Calao hacia el sur y al oeste El Esquinero.

Llegar a la comunidad representa un desafío porque los caminos son de tierra y en los meses de invierno, cuando la lluvia es escasa, los bobadales de tierra blanda y suelta se transforman en obstáculos importantes para los vehículos de pequeño porte, mientras que en el verano cuando las precipitaciones aumentan se forman grandes barroales que dejan anegados los caminos (Blanco, 2014)<sup>18</sup>.

**FIGURA 2. Departamento Figueroa (Santiago del Estero). Localidades según tamaño demográfico (2010) y establecimientos de salud.**



Pozo del Castaño junto a otras localidades de la provincia, sobre todo las ubicadas en la Región chaqueña, sufre las consecuencias del avance de la frontera agropecuaria, y desde el año 2008 registra numerosos enfrentamientos entre pobladores y empresarios que intentan despojar a los campesinos de sus

<sup>17</sup> Los habitantes de la zona, sostienen que el nombre fue dado por un "toro castaño" que solía beber agua en uno de los pozos vertientes (López, 1965).

<sup>18</sup> El diccionario de la Real Academia Española de letras, trae la palabra "guadal" (de aguada). En su primera y única acepción, siempre según ese diccionario, quiere decir "extensión de tierra arenosa que, cuando llueve, se convierte en un barrizal".

tierras. Sin embargo, el conflicto tomó estado público en el año 2010 cuando la comunidad decidió cortar la Ruta Nacional 34 (Bonetti *et al.*, 2019).

*“La historia de Pozo del Castaño está atravesada por su condición geográfica y por presencia y extensión de redes familiares de la elite santiagueña de mediados del siglo XIX, como lo fueron los Taboada. Perteneciente al territorio del Gualamba, formó parte de ese espacio de ocupación y resistencia indígena durante la Colonia hasta las últimas décadas del XIX; de frontera de la Gobernación del Chaco a partir de 1884; y de estancia ganadera del departamento Figueroa a comienzos del XX. Su primera mención en la esfera oficial aparece en 1897”* (Bonetti *et al.*, 2019: 67).

Como señalamos, las lecturas en perspectiva histórica y el entrecruzamiento de diferentes fuentes sirvieron para contextualizar el abordaje de las problemáticas actuales. De modo que el conflicto territorial y la situación legal sobre la tenencia de tierras no se comprende si no es por referencia a la historia de la dinámica y evolución del mercado de tierras<sup>19</sup>, así como también por el ordenamiento legal del territorio santiagueño y de la zona del Salado medio desde la primera mitad de siglo XIX. El cambio en la forma de apropiación de tierras que tuvo como principales beneficiarios a la elite local, apoyada por el gobierno provincial, coincidieron con una política nacional de expansión de fronteras para la producción y el desarrollo económico, que también fue aprovechada por extranjeros y compradores de Buenos Aires (Ibídem, 2019).

Poco a poco los ocupantes de esas tierras -que en el siglo pasado el Estado provincial calificó como *bolsones poblacionales*<sup>20</sup>-experimentaron dificultades para sostener actividades económicas y de reproducción del grupo social. No obstante actividades como el meleo o recolección de miel, de frutos del monte, de leña, y la caza atestiguaban la ocupación y uso del territorio *“mucho antes de la presencia estatal y de la privatización de esas tierras; actividades económicas que tienen continuidad hasta el presente”* (Ibídem, 2019:69).

Es preciso mencionar que las condiciones de vulnerabilidad, materializada en la pobreza estructural y en la precariedad laboral, se acentuaron ante la imposibilidad de contar con representación legal en forma individual, o la protección del Estado provincial<sup>21</sup>. Es decir que el grueso de estas familias son poseedoras de las tierras que durante varias generaciones han ocupado, pero no tienen regularizada su situación dominial o su propiedad. Esa inseguridad jurídica no les permite acreditar la tenencia de tierra (Ledesma y Tasso, 2011, Paz, 2013).

Las disputas por la tierra, generalmente vinculada a la territorialización del agronegocio en Santiago del Estero se dio por diversos mecanismos que incluyen la adquisición de tierras por parte de empresarios e inversionistas (muchos de ellos provenientes de provincias vecinas) en el mercado inmobiliario y su incorporación a la producción capitalista, que derivaron en la transgresión de los permisos de desmonte. Otras modalidades dan cuenta de la compra y venta en el mercado inmobiliario de tierras ocupadas por poblaciones con derechos posesorios sobre ella y la apropiación ilícita de tierras fiscales y comunidades campesinas mediante la emisión de títulos de propiedad falsos. En la mayoría de los casos los desalojos violentos, impulsados por empresarios privados, se caracterizaron por la ruptura de alambres que delimitaban la tierra en posesión, desmonte y amedrentamiento de la población con fuerzas de seguridad privada contratadas por esos empresarios (Gómez, Jara, Diaz y Villalba, 2018).

<sup>19</sup> Sobre el mercado de tierras en la zona del Salado medio y Santiago del Estero, ver (Banzato y Rossi, 2010).

<sup>20</sup> La agente sanitaria de la comunidad utilizó esa expresión al recordar cómo le describieron la población que tendría a cargo desde la década de 1980.

<sup>21</sup> En el territorio rural santiagueño el sector tradicional rural está compuesto por familias de campesinos minifundistas, arrendatarios, trabajadores golondrinas, asalariados sin tierra y numerosos trabajadores en actividades rurales agropecuarias y no agropecuarias de subsistencia (Zurita, 1999).

Una variante de lo anterior son los arreglos extrajudiciales, con la promesa de la entrega de escrituras de pequeñas parcelas. Como contraparte les exigen a los campesinos que se reubiquen, situación que deriva en la resignación de los derechos posesorios adquiridos sobre la tierra que ocupaban. Para estimular el acuerdo les ofrecen trabajo, mejoras en las casas, pago de gastos de escritura, aportes para las escuelas del lugar o para los centros de salud (De Dios, 2012).

Conforme se agudizaban las situaciones de violencia en Pozo del Castaño, y la comunidad era vulnerada en sus derechos, los pobladores se organizaron para dar visibilidad a la situación. Así lograron involucrar a otros sujetos e instituciones en el reclamo de sus derechos posesorios.

*Almaraz: “Venimos trabajando con la universidad, con la Dirección de Patrimonio Cultural, con el Comité de Emergencia y el Registro de Poseedores. Ahora hemos sumado al Ministerio de Educación, y vamos tratando de involucrar a todas las instituciones del Estado para que conozcan nuestra realidad y a través de nuestra realidad se impregnen de la realidad de Santiago. Que el castaño se multiplique para todos lados”<sup>22</sup>.*

Biocca (2016) señala que en muchos casos el rol de los actores subalternos ha quedado reducido a la resistencia, mientras que en otros casos no se ha dado esa condición.

*Almaraz: “ha funcionado politizar la cuestión. Nosotros judicialmente siempre nos hemos sentido acabados. (...) Politizar, dar a conocer, reactivar constantemente el conflicto (...) visibilizar en la sociedad quién es este empresario que nos asedia”<sup>23</sup>.*

Si bien en nuestro país la Constitución Nacional y la adopción de tratados internacionales establecen los marcos normativos para regular las prácticas de origen neocolonial; la participación de los representantes de las comunidades campesinas en el análisis, planificación y toma de decisiones respecto de la situación que atraviesan es restringida. En la mayoría de los casos se reduce a una condición de recepción de acciones de corte asistencialista. Como una estrategia para superar esas limitaciones los habitantes de Pozo del Castaño y los representantes de la UPPSAN, perteneciente al MOCASE trabajan en el fortalecimiento de vínculos por fuera de sus grupos de pertenencia.

#### **4. 1. La posta, el personal y la población a cargo**

Según datos del CNPH y V (2010) relevado por el INDEC, la provincia de Santiago del Estero registra una población de 874.006 habitantes, el 2.17% de la población argentina. Del total provincial el 31.3% es población rural, que a su vez se distribuye 26.17% de forma agrupada y 74 % de manera dispersa. El departamento Figueroa cuenta con una población de 17.820 habitantes, un 2% del total provincial. Del total departamental el 76% vive en localidades rurales dispersas y el 24% en núcleos rurales concentrados. El total de hogares en el departamento es de 4084, de los cuales el 37% presenta al menos un indicador de NBI; un 90% riesgo alimentario crítico, y un 3% hacinamiento (3 o más personas viviendo por cuarto).

En el cuadro que presentamos es posible observar la evolución de ciertos indicadores, comparados para el departamento Figueroa y la localidad en estudio en el periodo 2001-2010. Se advierte que existe una disminución inter-censal de hogares con NBI para el departamento Figueroa como para la localidad de Pozo del Castaño. No obstante, otros indicadores dan cuenta de la persistencia de condiciones que influyen en detrimento de la calidad de vida de la población, como por ejemplo el acceso a agua segura, el tipo de materiales en las viviendas, el nivel de instrucción de los jefes de hogar.

---

<sup>22</sup> Red Agroforestal Chaco Argentina. Nota disponible en: [redaf.org.ar/conflicto-pozo-del-castano-como-estrategia-nos-ha-funcionado-politizar-la-cuestion/](http://redaf.org.ar/conflicto-pozo-del-castano-como-estrategia-nos-ha-funcionado-politizar-la-cuestion/). (REDAF. 21/07/2017).

<sup>23</sup> Idem.

**Cuadro 1: Indicadores poblacionales. Departamento Figueroa. Pozo del Castaño. Fuente: Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.**

Variación de Indicadores en relación al total de Hogares Censos 2001-2010		Variación inter-censal. Departamento Figueroa				Variación inter-censal. Pozo del Castaño			
		2001		2010		2001		2010	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Hogares con al menos un indicador NBI</b>		<b>1920</b>	<b>52.94</b>	<b>1510</b>	<b>36.97</b>	<b>96</b>	<b>69.57</b>	<b>73</b>	<b>45.63</b>
Disponibilidad de bienes	-Hogares con computadora	26	0.72	143	3.50	0	0	0	0
	-Hogares sin heladeras	2143	59.08	1659	40.62	94	68.12	81	50.63
Hogares con servicio doméstico retiro (con cama)	-Hogares con teléfono-celular	101	2.78	2801	68.58	0	0	63	39.38
	-Hogares con una o más personas de servicio doméstico sin retiro (con cama)	7	0.19	9	0.22	0	0	0	0
Hacinamiento	-Hogares con hacinamiento (>= 3 personas por cuarto)	759	20.93	575	14.08	37	26.81	21	13.13
Acceso a agua de red	-Hogares sin agua para beber y cocinar proveniente de red pública	3291	90.74	3073	75.24	138	100	160	100
	-Hogares sin cañería de agua en la vivienda	3386	93.36	2515	61.58	138	100	90	56.25
Disposición de Excretas	-Hogares sin sistema de botón, cadena o mochila para limpieza del inodoro.	3367	92.83	2515	61.58	137	99.28	90	56.25
	-Hogares sin cloaca	3627	100	3020	73.95	138	100	94	58.75
	-Hogares con desagüe a hoyo o pozo ciego sin cámara	65	1.79	2600	63.66	1	0.72	89	55.63
Calidad constructiva de la vivienda	-Hogares sin cobertura de techo tipo 1 (Membrana, baldosa, losa o teja)	3031	83.57	3283	80.39	138	100	156	97.50
	-Hogares sin piso tipo 1 (cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, alfombrado)	3450	95.12	3662	89.67	137	99.28	157	98.13
Acceso a teléfono de línea	-Hogares con teléfono fijo	45	1.24	67	1.64	0	0	0	0
Acceso a gas de red	-Hogares con garrafa o leña como combustible usado principalmente para cocinar	3577	98.62	4053	99.24	138	100	157	98.13
Tenencia de la vivienda	-Hogares propietarios de la vivienda	3307	91.18	3703	90.67	116	84.06	113	70.63
	-Hogares inquilinos de la vivienda	23	0.63	25	0.61	0	0	0	0
	-Hogares ni propietarios ni inquilinos	297	8.19	356	8.72	22	15.94	47	29.38
Jefatura del hogar	-Hogares con jefatura femenina	896	24.70	1298	31.78	34	24.64	54	33.75
	-Hogares con jefe nacido en países limítrofe + Perú	2	0.06	1	0.02	0	0	0	0
	-Hogares con jefes con secundaria completa o mas	126	3.47	244	5.97	3	2.17	4	2.50
	-Hogares con cónyuges con secundaria completa o mas	125	3.45	204	5.00	4	2.90	5	3.13
Nivel educativo de los Jefes	-Hogares con jefes con primaria completa o secundaria incompleto	3501	96.53	3476	85.11	2	1.45	145	90.63
	-Hogares con jefes con secundaria completa o superior incompleto	59	1.63	162	3.97	2	1.45	3	1.88
	-Hogares con jefes con universitaria completa	5	0.14	3	0.07	0	0	0	0
	-Hogares con jefes con terciaria completa	47	1.30	79	1.93	1	0.72	1	0.63

Fuente: elaboración propia.

La posta sanitaria (PS) de Pozo del Castaño se encuentra en el Departamento Figueroa, cerca del límite con el departamento Moreno, y a otras 9 PS: Caspi Corral, 481 Invernada, Invernada Sud, El Dique, San José (Figueroa), Tres Chañares, Escuela n°929 de Tusca Pozo, Vaca Huañuna y Villa Figueroa. En conjunto integran la red sanitaria provincial<sup>24</sup> junto a 57 hospitales (repartidos en tránsito, distritales y zonales), 380 Puestos Sanitarios (sin internación y de primer nivel de atención) y 37 UPAS (entre las ciudades Capital y La Banda) en conjunto suman un total de 474<sup>25</sup> establecimientos públicos de dependencia provincial.

Si bien en el departamento Figueroa cuenta con un Hospital Distrital *Bandera Bajada* y un Hospital de Tránsito *La Cañada* la distancia que separa a esos hospitales de la Posta de Pozo hace que sea más factible articular acciones con el Hospital Distrital de *Tintina* ubicado en el área operativa n° 5<sup>26</sup> del Departamento Moreno.

Según la página de SISA, Figueroa cuenta con 21<sup>27</sup> establecimientos de dependencia provincial para la categoría *sin internación y de diagnóstico y tratamiento*, una capacidad de camas instaladas de 15 camas<sup>28</sup> (7 generales, 4 pediátricas y 4 maternidad), es decir el 0,4% (una relación de 0.08 camas por habitante) sobre un total de 3406 camas que registra la provincia de Santiago del Estero. De la consulta a la categoría *Cantidad de camas habilitadas agrupadas por localidad y por categoría de camas* surge que la distribución es: 12 para el Hospital Distrital de Bandera Bajada (4 generales, 4 pediátricas y 4 maternidad) y 3 (generales) para el Hospital de Tránsito La Cañada.

La Figura 3 presenta: en el *mapa de la derecha* el área operativa n° 5 que abarca al Departamento Moreno coincidiendo con la división política de este, y toma una porción del sur del Departamento Alberti, algo del Norte del Departamento Juan Felipe Ibarra y una pequeña fracción al noreste del Departamento Figueroa, donde el Puesto Sanitario de Pozo del Castaño parece extenderse hasta tocar el Departamento Moreno. En el *mapa de la izquierda* la distribución de las zonas sanitarias a nivel provincial.

---

<sup>24</sup> Información disponible en la página del Ministerio de Salud provincia Santiago del Estero. <http://www.msaludsgo.gov.ar/web2/?cargar=articulo&id=154>.

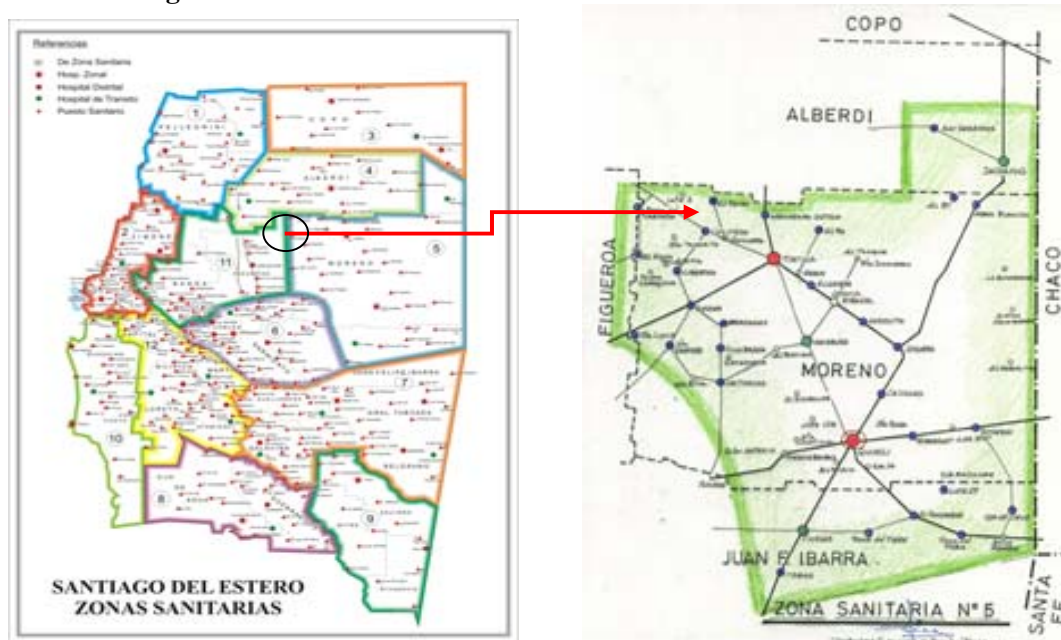
<sup>25</sup> Fuente: Sistema Integrado de Información Sanitario Argentina (SISA). Registro Federal de Establecimientos de Salud.

<sup>26</sup> Las regiones o áreas sanitarias son instancias de coordinación territorial (Moro, 2012). En Santiago del Estero las regiones sanitarias son 12.

<sup>27</sup> La consulta de la plataforma *poblaciones.org* registra 5 establecimientos más que la base de SISA. *Puesto sanitario* (dependencia provincial): Villa Figueroa; San José (Villa Figueroa); El Encanto; El Dique; Los Gómez; Tres Chañares; Sala de primeros auxilios; Centro de Integración Comunitaria (CIC) Fernández; Jumial Grande Oficial; Yacu Hurmana; Vaca Huañuna; San Vicente-Dto. Figueroa; La Bota; Invernada Sur; Invernada Norte; Caspi Corral; Cartavio; Cardon Esquina; Totorillas (oficial); El Desvastadero; Pozo del Castaño; Agua Amarga; (Centros de salud sin internación, de diagnóstico y tratamiento). Centros de salud de tratamiento (dependencia privada): Centro de Rehabilitación Integral; Chejchila; Instituto de Tratamiento y Rehabilitación Suyay Medic gamma S.R. L; Centro de día El Solar de Los Hornillos. La diferencia de los registros está asociada con la falta de actualización de la información.

<sup>28</sup> SISA: *Generales*: Comprende las camas de cuidados simples cualquiera sea el tipo de paciente, es decir clínico o quirúrgico. *Pediátricas*: Comprende las camas de cuidados simples cualquiera sea el tipo de paciente pediátrico, es decir clínico o quirúrgico. *Maternidad*: Son aquellas que específicamente son utilizadas para maternidad. Toda cama utilizada indistintamente para partos o para internación general, no debería ser contada como camas de maternidad, dado que éstas integran la categoría de camas generales.

**FIGURA 3: Mapa zonas sanitarias de Santiago del Estero. Posta pozo del Castaño en Departamento Figueroa.**



Fuente: Dirección de Atención Primaria de la Salud-Santiago del Estero.

La PS se ubica en el mismo predio que la Escuela n° 417 Cabo Mario R. Luna, el Destacamento policial n°11 y la Iglesia San Roque donde los pobladores se reúnen para la festividad del santo, cuando se realizan misas por comunión o bautismo, o para encontrarse con los misioneros, integrantes de la comunidad educativa del Colegio Cardenal Copello, que todos los años llegan desde Buenos Aires. Siguiendo a Paolasso y Longhi (2019) consideramos que ese encuentro, en un mismo espacio, es el encuentro de diferentes territorialidades locales, provinciales y de agentes particulares, que permiten la ocurrencia de diferente tipo de relaciones sociales, que pueden ser de cooperación o complementación, pero también de conflicto.

La Agente sanitaria (AS) recordaba *“Así como ustedes que vienen, han empezado a venir misioneros, dentro de eso médicos. A mí me ha servido mucho, siete años seguidos han venido misiones con médicos”* (Agente Sanitaria, 2018 en Pozo del Castaño). Lo señalado muestra cómo la vinculación con otros ‘sujetos particulares’ se constituye en una condición de posibilidad para extender lazos de sociabilidad por fuera de los límites que impone la geografía de *Pozo del Castaño*, pero fundamentalmente es la oportunidad para resolver, en el territorio que se habita, la demanda de atención médica. Desde la mirada de la AS la llegada de los misioneros es la oportunidad *para* ampliar la cobertura de salud, y la confirmación de que, sin los médicos, que llegan con los misioneros, la posibilidad de mejorar la accesibilidad a la atención de salud sería todavía más limitada.

La localidad de *Pozo del Castaño*, así como otras localidades cercanas, presenta condiciones de vida y actividades productivas que se caracterizan por la cría de animales para consumo propio y para la venta, la persistencia de tareas de obraje como el hachado, la producción de carbón vegetal y el labrado de postes que luego venden a terceros. La falta de agua hace que la siembra sea poco frecuente, por lo que las viviendas<sup>29</sup> que se encuentran más cercanas a la represa son las que pueden sostener algún tipo de cultivo. El ingreso de las familias proviene, casi exclusivamente, de lo que pueden producir, vender y de changas.

<sup>29</sup> Prevalcen las viviendas rancho.

Unos pocos pobladores tienen jubilación o pensión y además cuentan con obra social, algunos acceden a la Asignación Universal por hijo. El lugar no tiene servicio de energía eléctrica, y en pequeño porcentaje cuentan con aljibes para acumular agua de lluvia (Blanco, 2014). Como relatan sus habitantes, no hay servicio de transporte público motivo por el cual la movilidad -entrar, salir y transitar el territorio- se reduce a andar a pie, caballo, moto o en bicicleta. Los niños suelen llegar a la escuela en bicicleta.

#### 4.2. Enfermar, vivir y curar en la comunidad: estrategias autosuficientes

La AS y la enfermera llevan 36 y 35 años prestando servicio, y son el único personal de la Posta. A diferencia de otros centros de salud de primer nivel de atención, ubicados en las ciudades Capital y La Banda, no existe una coordinación ni profesionales médicos. La asignación de turnos para consulta o curaciones es una posibilidad inexistente ya que la visita de la AS o la enfermera se realiza por libre demanda, cuando la gente lo necesita.

*“Y bueno aquí la salita está a cargo de la enfermera, pero bueno, a veces ella saca licencia, por salud ¡qué sé yo! Y a mí me buscan a la noche, a la tarde, por eso tengo la llave, por si necesito algo. Y si no lo mío es dar la leche o por ahí le busco los medicamentos, que no los tienen o no los pueden comprar” (Agente sanitaria, 2018 en Pozo del Castaño).*

El trabajo del personal de salud, que además vive en la comunidad combina *conocimientos locales, saberes empíricos* aprendidos de padres y abuelos, con las instrucciones adquiridas en capacitaciones del Ministerio de Salud.

*“Han empezado a venir de atención primaria, comenzó por los años 80, les decían ‘bolsones poblacionales’ a los que vivían aquí, porque no había personal de salud y hacían operativos. Ellos [los representantes del Ministerio] me han propuesto si yo no quería ayudar y empezar a trabajar porque no había nadie aquí. Para hacer las vacunas, y había cantidad de chicos sin las vacunas. Pero hoy en día puedo decir con satisfacción que no tengo chicos sin los esquemas de vacunas completos, hoy esos chicos que yo empezado a vacunar son papás” (Agente sanitaria, 2018 en Pozo del Castaño).*

La AS tiene asignadas 94 viviendas para la visita<sup>30</sup> de terreno con un total de 439 personas<sup>31</sup>. Del informe de ronda surge que el 21% *personas* desarrollan alguna actividad laboral. De las personas que trabajan el 24% lo hace de manera estable, 9% son trabajadores golondrinas y en 67% de los casos no se especifica su condición. El 19% de la población es jubilada o pensionada, el 26% tienen obra social, y el 29% están cubiertos por Programa Sumar<sup>32</sup>. La población escolarizada es de 183 personas, un 42% del total de habitantes de Pozo del Castaño. El 8% se encuentra en el nivel inicial; 71% en la escuela primaria y un 21% en el nivel medio. La población de 21 años y más está escolarizada de la siguiente manera: 202 tienen primaria completa, 15 completaron el secundario, y 5 los estudios superiores. De un total de 8 analfabetos mayores de 21 años, 5 se encuentran estudiando. La Escuelan°417 es de plurigrado como muchas escuelas que se ubican en zona rural, por este motivo niños con diferentes edades y que cursan distintos grados suelen compartir la misma aula. Al comparar los datos consignados con la distribución de la población por grupo etario, como se muestra en el cuadro n°2, se advierten inconsistencias dado que los

<sup>30</sup> Los datos corresponden al resumen de la 2° Ronda del año 2019. El formulario 2 (F2) es el consolidado que realizan los Agentes Sanitarios sobre lo relevado en los F1, formularios en donde registran los datos de cada una de las casas que visitan durante la ronda. El F2 tiene por objeto sintetizar el estado socio-sanitario de la población relevada por ronda sanitaria cada 4 meses. Es elevado a la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

<sup>31</sup> El Formulario 2 nos aproxima parcialmente a las características socio-sanitarias de la población. Para avanzar en otras lecturas es necesario disponer de los Formularios 1 (F1) donde están los datos por familia visitada.

<sup>32</sup> El Programa Sumar es una política pública que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>.

intervalos de edad especificados en el F2 no tienen un corte coincidente con la edad prevista para cada nivel educativo.

<b>Cuadro n° 2: Población de Pozo del Castaño, por grupo etario y género. Año 2019</b>			
<b>Grupo etario</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Tot al</b>
<b>0-9 meses</b>	3	3	6
<b>7-11</b>	1	1	2
<b>1-2 años</b>	3	9	12
<b>3-5</b>	14	19	33
<b>6-10</b>	28	17	45
<b>11-20</b>	71	48 (edad fértil)	119
<b>21-45</b>	76	66	142
<b>46-64</b>	36	24	60
<b>64 a (+)</b>	8	12	20
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>199</b>	<b>439</b>
Fuente: elaboración propia en base a datos de Ronda Sanitaria.			

Como se indicó la zona a cargo de la AS tiene 94 viviendas, todas ocupadas y caracterizadas como *inconvenientes*<sup>33</sup> y con *hacinamiento crítico*, 11 son casas de material, 77 de tipo rancho, 6 no están clasificadas. Unas 30 viviendas cuentan con gas envasado y 64 utilizan leña que extraen del monte. Ninguna de las casas tiene servicio de energía eléctrica, y en general eliminan la basura mediante la quema, unos pocos la entierran o dejan sin tratamiento, es decir la tiran cerca de donde viven. La disposición de excretas se realiza en 1 de los casos por baño instalado, en 29 por letrina sanitaria, en 49 por letrina precaria y en 15 casos no tiene tratamiento. El agua para consumo y otras necesidades se obtiene mediante la recolección por aljibe, pozo o balde para 55 casos y de laguna o arroyos en los 39 restantes. En relación a la calidad del agua no se registran problemas de contaminación por arsénico. Sin embargo, no es apta para consumo humano sin antes potabilizarla. Los pobladores comparten el agua de los arroyos y el Canal de la Patria con los animales que crían y otros animales que viven en el monte, muchas veces los animales mueren en esas vertientes y sus cuerpos entran en estado de putrefacción contaminando el agua. Es una realidad que la comunidad percibe como perjudicial para el desarrollo de la vida.

*“¡Será mucho pedirle al gobierno que, así como hace cosas en la ciudad haga algo por esta comunidad! si hace un tiempo dijeron que podía llegar el tendido eléctrico, pero que era difícil porque estamos muy retirados. Ya no tenemos la mínima esperanza de que tengamos la luz eléctrica, mejores caminos, agua potable, mejoras en la salud, médico radiante ¡aunque sea una vez al mes!”<sup>34</sup>*

Se consultó a la AS cómo hacían para mejorar la calidad del agua para consumo humano. Su relato pone en diálogo los saberes médicos, los conocimientos y recursos locales y la ayuda recibida desde afuera de la comunidad. Es decir, da cuenta del encuentro de territorialidades en la comunidad, y de cómo

<sup>33</sup> El criterio empleado para clasificar vivienda inconveniente valora problemas de construcción o de saneamiento, o ambos.

<sup>34</sup> En el Marco del Voluntariado Universitario, FHCSyS. Reunión: Julio/ 2013. <https://www.youtube.com/watch?v=q1xvnD8lm8s>

las relaciones de cooperación y complementación se constituyen en una posibilidad de mejorar la calidad de vida.

*“Con el tiempo se empezó con los filtros domiciliarios, para potabilizar un poco en la casa, y así, algunos han hecho otros no. Después las pastillas potabilizadoras que les entregaba el Ministerio, que no les gusta –le cambia el sabor al agua-, y bueno, después haciendo una campaña con los chicos misioneros que vienen a la escuela. Los filtritos, no sé si por ahí va a ver en alguna casa, que por lo menos te purifica, te saca la bacteria. ¡Ahora sí, en las casas que usan, diarrea no vas a ver! Pero sí es agua del canal, y si se agarra y la toma así, está contaminada. Luis: y por ejemplo la penca ¿no la usan para depurar un poco el agua? Elvira: ¡Ah sí! para lavar, para hacerla clarita, para sacar el barro y se queda bien cristalina, bien clarita y un yuyo más que es en quichua, pero más a la penca. A la penca se la saca y se la revuelve”* (Agente Sanitaria, 2019 en Pozo del Castaño).

Cuando los malestares intestinales aparecen o se presentan cuadros respiratorios por la gripe estacional, se recurre al monte, a los saberes transmitidos, a lo que se aprendió viviendo en un diálogo permanente con el territorio. Ante la limitación de la capacidad resolutive de los servicios médicos por parte del Estado, se despliegan y refuerzan los *mecanismos de autosuficiencia* (De Geydnt, 1983).

La población recurre a los conocimientos y recursos locales y en algunos casos los articula con la medicación y prácticas que proponen los agentes estatales.

*“Me gusta capacitarme, porque yo al ser agente sanitaria no tendría que hacer enfermería, pero me toca hacer por el lugar, hasta tenemos que hacer de curanderas, por la necesidad”* (Agente Sanitaria, 2018 en Pozo del Castaño) (...) *algunos usan al vinal como té digestivo, porque hay costumbres que nos han quedado. Porque a veces uno come algo pesadito, costumbres del campo, comer muchas carnes, grasa”* (Agente Sanitaria, 2019 en Pozo del Castaño).

Tito, un poblador de la comunidad recuerda: *“Mi abuela nos hacía meliar la abeja, lo ponía dentro de tarro de noche nos hacía hacer eso, y eso después nos daba en el invierno para la gripe, nos daba maíz tostado a la noche”* (Grupo Focal, 2018 en Pozo del Castaño).

La AS reconoce que al no tener agua de calidad son frecuentes los cuadros de diarrea y problemas intestinales en verano, principalmente entre los menores y ancianos. Y enfatiza en el hecho de que la alimentación restringida no favorece la recuperación, porque para tener frutas y verduras, para sostener la huerta el agua no alcanza, y no hay posibilidad de comprar porque no tienen almacenes o verdulerías en las cercanías de la localidad.

*“Había cercos, más que la huerta había cercos, se sembraba el zapallo, la calabaza, la sandía, que el maíz. Mi papá nunca se dedicaba, así, al monte, a explotar el monte. Él para hacer los cercos, de una hectárea o sea para autoabastecerse, sembraba el maíz y el zapallo. Con el maíz criábamos los chanchos y nosotros hemos sido siete hermanos. El maíz se cosechaba y daba a los animales. Hoy la bolsa de maíz sale \$149, y si uno no hace no va a poder sembrar, hoy esas costumbres se han perdido. Por ahí, eso yo no comparto mucho, cuando te dicen el problema del agua, siempre ha sido el problema del agua como ahora, de no tener así en la casa. Siempre, yo tengo 57 años y siempre ha sido el problema”* (Agente Sanitaria, 2019 en Pozo del Castaño).

La AS parece minimizar el impacto que tiene para la vida de los castañenses la falta de agua potable, en realidad denota su anhelo por un tiempo pasado, donde los lazos se cimentaban sobre la transmisión de un saber hacer, un saber usar, un diálogo permanente con la naturaleza. Los recuerdos y experiencias compartidas por los pobladores de Pozo, en un taller realizado con la comunidad en el año 2018, nos aproximaron a las percepciones que tienen sobre su situación:

Pocho: *“la única actividad productiva que hemos abandonado ha sido la siembra. ¡No puede ser que nos vengan a vender lechuga de Tintina! (...) las debilidades que tenemos en la comunidad, que es el agua, los caminos y salud.*

Marta: *“para eso necesitamos desde una comisión municipal, que no te falte agua que es lo primero, si vos no tienes agua no tienes una gallina, no tienes nada. (...) que no te falte agua para tener una huerta, y que diciendo sí tenemos que hacer un cerco y sembrar. Yo viviendo aquí en el castaño si haría una huerta, yo podría traer de la represa pública pero allá donde vivo no tengo, si tuviera si la haría.*

Gonzalo: *“con el discurso nuestros hijos no calman la sed, no podemos criar a nuestros animales, en caso de emergencias no podemos salir, nos morimos en el camino. (AS): nuestros antepasados tenían sus cercos, cosechaban, sembraban, ahora ya se ha perdido todo eso.*

Pocho: *“hay que recuperar todas esas costumbres. Cada familia pueda tener su huerta en su patio, busquemos los recursos, que nos den una mano. También hay saberes comunes, pero hay que complementar con el INTA. Es una cuestión compleja, pero ahí hay que luchar y acompañar para que haya otros técnicos comprometidos que nos pueden ayudar con la parte social también. Nosotros tenemos que producir alimentos sanos, a eso tenemos que apuntar. Empezar a articular con la comunidad, para eso estamos.*

Marta: *“si no estás cerca de la represa, si no tenés para tomar en tu pileta, no vas a tener para las plantas y mucho menos si estás lejos del canal” (Grupo focal, 2018 en Pozo del Castaño).*

Lo que se podría interpretar como hábitos de alimentación poco saludables, y que la AS asocia con la pérdida de algunas costumbres, o Marta con falta de gestión desde la Municipalidad, mientras que Gonzalo señala el hecho de que no se pasa de la palabra al acto, tiene una relación directa con los recursos disponibles del lugar en el que se vive. Pero también con la persistencia histórica de desigualdades que condicionan la reproducción de la vida social. Sobre todo, cuando los más jóvenes se van en busca de trabajo o mejores condiciones de vida. Sostener o recuperar la huerta puede ser una posibilidad para transmitir un conocimiento, fortalecer el sentimiento de pertenencia con el lugar que se habita, pero en otros casos, y sobre todo para los más jóvenes, es visto como un condicionante para salir de la comunidad en busca de posibilidades.

Clara: *“criar nuestros hijos, acompañarlos y en el caso personal tratar de que ellos estudien, cosa que yo no he tenido la oportunidad de hacerlo. Tengo hasta séptimo grado. Pero ella, mi hija ha terminado la secundaria, Diego también y Roger también. Siempre luchando para que mis hijos no sufran todo lo que nosotros hemos sufrido. Para que puedan educarse y tengan algo digno, cosas que nosotros no hemos tenido acceso a nada, prácticamente a nada. Si comíamos bien, era como que nos daba lo mismo, si había bien y sino bueno” (Grupo focal, 2018 en Pozo del Castaño).*

La problemática del agua también es de larga data. Fue luego de uno de los encuentros en el Salón Comunitario que nos invitaron a conocerla laguna natural y un pozo que -según explicaron- había sido construido por *antiguos pobladores* que pasaban por allí en época de la meleada. Contaban que los meleros se abastecían en los bebederos para luego seguir su camino. Si bien algunos miembros de la comunidad recordaron que representantes de la UNSE y de algún organismo del Estado provincial habían evaluado y calificado el agua como apta para consumo, también indicaron que faltaba infraestructura para evitar que el agua del pozo se mezclara con la de la laguna.

Bonetti *et al.*, (2019) marcan que una mensura de 1897 describe la dificultad para obtener agua en la región chaqueña donde se ubica Pozo del Castaño, y que en las depresiones naturales del suelo se depositaba el agua de lluvia que luego era aprovechada por los meleros<sup>35</sup>. Los meleros ahondaban los pozos para asegurarse disponibilidad de agua cuando pasaban por el lugar, el agua era descripta como

---

<sup>35</sup> Esos meleros eran los *antiguos pobladores* a los que refieren nuestros entrevistados.

desabrida y de difícil acceso ya que estaba disponible a los 17 *mtrs.* de profundidad. Quedaba como única opción el mantenimiento de un sudadero que conservaba el agua durante todo el año.

Otros datos que ayudan a entender la persistencia histórica de condiciones de vulnerabilidad social surgen del trabajo realizado durante la vigilancia entomológica<sup>36</sup>. Principalmente para enfermedades vectoriales: chagas<sup>37</sup> y dengue. En el caso del chagas se informa que de las 94 viviendas controladas se registraron 2 casos positivos en la observación peri domiciliaria y que 20 personas refirieron ser chagácicos. Se desconoce el grupo etario al que pertenecen los enfermos, así como las *acciones* implementadas para su seguimiento y tratamiento, y el trabajo que se *realiza* para eliminar al vector transmisor, la vinchuca. Igual de significativo es el dato relacionado con las viviendas que presentan riesgo de Dengue, ya que, si bien se informa que las acciones de educación sanitaria son *realizadas* en las 94 viviendas asignadas, en todos los casos existe alguna característica que puede propiciar la propagación del mosquito aumentando el riesgo de contraer la enfermedad.

<b>HACRE</b>	0	<b>Chagas</b>	20
<b>ETS</b>	0	<b>Dengue</b>	0
<b>Epoc-Asma</b>	2	<b>Diabetes</b>	13
<b>Alcoholismo</b>	1	<b>Obesidad</b>	13
<b>Drogadicción</b>	0	<b>Odontología</b>	186
<b>Tabaquismo</b>	2	<b>Celiaquía</b>	0
<b>Hipo e hipertiroidismo</b>	5	<b>Otras</b>	10
<b>HTA</b>	35	---	---
<b>Fuente: elaboración propia en base a datos de Ronda Sanitaria.</b>			

Dado que en Pozo no hay luz eléctrica la agente sanitaria planifica estratégicamente la búsqueda de las vacunas. Al regresar del Hospital de Tintina, donde le entregan las dosis que necesita, las aplica en el momento para evitar que pierdan la cadena de frío. De la planificación participa la Escuela, los maestros que envían la notita a los papás de los niños que deben ser vacunados, para que ese día no falten al colegio.

Así se ponen en marcha las *estrategias de autosuficiencia*. Recuperando a Chiara (2010) el sistema de salud se extiende más allá de su infraestructura y de las incumbencias de su personal, otros sujetos colaboran y articulan esfuerzos para prevenir, recuperar y promover la salud.

*“Visito las casas y por ahí en un día tengo que hacer la vacunación porque no puedo tener aquí la vacuna muchos días, y los cito, pero veo este chiquito no me ha venido y tengo que ir a la casa. Siempre dando recomendaciones sobre la salud, insistiendo. El calendario de vacunación lo tengo por las familias, se que familias tienen tantos chicos y bueno. Cuando están en la escuela, vienen los chicos y tengo buena relación con el maestro, y yo me paso a la escuela y les digo, están estos*

<sup>36</sup> Control destinado a conocer la distribución geográfica de un vector como, por ejemplo: mosquito, vinchuca, garrapatas, etc.

<sup>37</sup> En el año 2012 una comisión internacional y la Secretaria Técnica de OPS, en el marco de INCOSUR-Chagas, visitó la Provincia de Santiago del Estero para evaluar la Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas en los Departamentos. de Aguirre, Belgrano, Mitre y Rivadavia. Ese año declararon la interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma infestans*, para esos departamentos. En una conversación mantenida con personal del Ministerio de Salud provincial se consultó sobre este punto y la respuesta fue *“tenemos algo que es peor que la circulación del vector, tenemos Chagas congénito”*.

*chicos que se tienen que vacunar y el maestro ahí nomás les dice, vayan a la sala con Elvira que tienen que vacunarse. Lo que si me facilita mucho la Escuela es para el control de crecimiento de ellos, el peso, tomarles la talla. Eso hago, estamos armando las historias clínicas y estamos con el programa de Sumar que vienen con todo eso. En planillas blancas que lo hago yo nomás para que ellos lo carguen porque aquí no hay sistema porque no tenemos luz” (Agente Sanitaria, 2019 en Pozo del Castaño).*

Con un dejo de nostalgia la AS comentaba que a la posta llegaba una obstetra, y realizaba el control de embarazadas y mujeres en edad fértil, pero en el año 2016 el programa se discontinuó y las mujeres de la comunidad se quedaron sin la posibilidad de recibir atención donde habitan. Le preguntamos ¿cómo hacían antes, cuando las mujeres iban a tener familia? “*Antes estaban las mujeres que atendían los partos, yo lo sé por mi mamá, porque ella era una de las que atendía (...) planificación de estudios era más fácil*” (Agente Sanitaria, 2019 en Pozo del Castaño). Preguntamos ¿cómo resolvían los controles desde que la obstetra no está? y explicó que ella realizaba el seguimiento<sup>38</sup>, pero que para un mejor control las mujeres debían trasladarse a unos 70 km. de la comunidad, hasta el Hospital de Tintina. Aunque no sucedía con frecuencia porque no todas contaban con medios de movilidad. Señaló que cuando se aproxima la fecha de parto las mujeres se trasladan con anticipación al hospital y esperan ahí el momento de parir. Si bien pueden pedir una ambulancia, los caminos son complicados y no siempre llega a tiempo. Desde Tintina hasta la localidad puede demorar una hora y media para entrar y otro tanto para salir. En esos casos cuando las mujeres no llegan al hospital, porque el parto se adelanta o no hay medio de movilidad, una señora de la comunidad se encarga de ayudarlas. En una entrevista con la enfermera recordó que le había tocado hacer partos en la comunidad.

#### **4.3. Los vínculos extracomunitarios como estrategia para mejorar la autosuficiencia**

Desde el año 2012 la llegada de agentes externos a la comunidad representó la posibilidad de atenuar el impacto que la persistencia histórica de la desigualdad tiene sobre la vida de los castañenses. No solo porque el Estado no llega con políticas focalizadas e integrales, sino porque en las últimas décadas se profundizaron los conflictos territoriales que corren y expropián a los campesinos de su territorio, del espacio social, simbólico y material en el que construyen la vida familiar y comunitaria. El modelo extractivista genera riesgos y costos ambientales, pero también profundiza las desigualdades y asimetrías sociales (Krapovickas, Mikkelsen y Garay, 2019). Y en contextos rurales como el de Pozo del Castaño esto significa arrebatar a la comunidad toda posibilidad de desarrollo, de poner en práctica la autosuficiencia comunitaria.

No obstante, los pobladores encontraron formas alternativas para resolver problemas. Ejemplo de ello son: el trabajo realizado junto a los estudiantes y profesionales de la UNSE<sup>39</sup> en el marco del Proyecto de voluntariado *La salud en manos del pueblo*, y las convivencias anuales con los misioneros de Buenos Aires. Se capacitó a mujeres de la comunidad como *agentes promotoras de salud* con el objetivo<sup>40</sup> de que reforzaran el trabajo de la agente sanitaria y la enfermera. El trabajo de capacitación buscó: integrar saberes, recuperando la centralidad de los conocimientos y recursos locales, y producir articulaciones con otros organismos del Estado e instituciones educativas. También se sumaron instituciones como la UPPSAN, la Municipalidad de Tintina, la Comisión Municipal y el MOCASE (Blanco, 2014). El trabajo busco producir reflexiones sobre las dificultades para acceder a la atención de salud, el lugar de las mujeres en lo social y familiar y su escasa participación en las reuniones por los desalojos.

<sup>38</sup> La AS tiene 118 mujeres en edad fértil de las cuales 81 son población objetivo para la realización de PAP.

<sup>39</sup> Experiencia de voluntariado universitario que se extendió hasta el 2014.

<sup>40</sup> La capacitación recibida es algo reconocido y valorado por la comunidad. Sin embargo, no pudieron conseguir que el Ministerio de Salud incorporara a las mujeres para reforzar el trabajo territorial. La UNSE a través del PECUNSE otorgó las certificaciones.

Desde el 2014 también llegan los estudiantes de 4° y 5° año del Colegio Cardenal Copello<sup>41</sup> que visitan la comunidad y conviven durante una semana con los pobladores. La misión forma parte de un proyecto institucional<sup>42</sup> que tiene por lema *una escuela en salida*. La visita se realiza entre los meses de julio-agosto y se alojan en la Escuela n° 417 Cabo Mario Ramón Luna, o en la Capilla que se ubica en diagonal a la Escuela, dentro del mismo predio. Cuando regresan a Buenos Aires comparten con la comunidad educativa las experiencias, en sus relatos<sup>43</sup> refieren a las condiciones de vida. Suelen enfatizar en la falta de agua potable e incluso en la dificultad para acceder al agua que proviene del Canal de la Patria. Señalan que los aljibes peri-domiciliarios son un recurso indispensable, porque juntan agua para consumo familiar y para dar a los animales que crían.

En el año 2016 desarrollaron un proyecto para mejorar la calidad de agua para consumo, y donaron una purificadora a los pobladores.

*“El proyecto “Agua Segura”<sup>44</sup> comenzó luego de ver las condiciones insalubres del agua de Pozo, a un profesor de la Institución se le ocurrió que los misioneros podríamos hacer algo para mejorar esta situación. (...) consiguió que una empresa facilitara un filtro potabilizador de agua de gran tamaño, que llevamos a Añatuya para dejarlo en la Escuela de Pozo. El 27 de Julio invitamos a las familias de la comunidad a la escuela para presentarles el filtro y enseñarles su modalidad de uso. Colaboraron varios misioneros que habían ido a capacitarse a la empresa en Buenos Aires”<sup>45</sup>.*



La ausencia de otros servicios como la luz eléctrica suele asombrar a quienes llegan por primera vez. En las publicaciones de la revista suelen destacar que: unos pocos habitantes cuentan con dos horas diarias de luz que provee un generador, no disponen de comunicación, ni de médicos, existen dificultades para

<sup>41</sup> Desde el año 1998 llegan misioneros a la comunidad, primero provenientes de la parroquia San Juan Bautista vinculados con la Diócesis de Añatuya, posteriormente del Colegio Copello y de la parroquia de San Antonio.

<sup>42</sup> Explicaba el Pbro. Daniel Alejandro Cutri en la publicación de la Rev. Voz Menesiana del año 2017, el lema de los Hermanos Menesianos *mis escuelas ha sido fundada para dar a conocer a Jesucristo* implica salir de las aulas, no limitarse a la enseñanza y ejercer la caridad. Imágenes de las actividades evangelizadoras disponibles en: <https://www.youtube.com/watch?v=fEx9ACH-8vk>

<sup>43</sup> Tomamos como relatos las publicaciones realizadas en la revista Voz Menesiana (2014, 2015, 2016 y 2017).

<sup>44</sup> Video del proyecto disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=UEqZBAfuFI>

<sup>45</sup> Revista Menesiana, (2016: 8). <https://www.colegiocopello.com.ar/>

mantener el aseo personal, y que las posibilidades para entrar o salir del lugar están sujetas a las condiciones del tiempo.

En Pozo la lluvia puede anegar los caminos, pero también es la posibilidad de tener agua para las plantas y los animales.

*“La lluvia es una bendición, pero también un problema, el agua hace falta, pero a veces los caminos no se pueden recorrer. ¿Se acuerdan cuando han venido a capacitarnos, y justo ha llovido y los tuvieron que sacar con tractor? Estaban sin señal, sin poder comunicarse, con sus familias. ¡Y sí, es lo mismo que nos pasa aquí a todos!”<sup>46</sup>*

Como señalamos en la publicación de Voz Menesiana los misioneros comparten sus percepciones y vivencias. Los extractos que siguen dan cuenta de eso:

*“Tal vez sea exagerado llamarlo pueblo, no es más que un pequeño caserío en el que viven unas pocas familias. Además de algunas casas de adobe, Pozo del Castaño tiene una escuela a la que concurren los chicos del pueblo y de las zonas aledañas. Uno de estos chicos se llama Víctor. Víctor tiene once años. Se levanta muy temprano. Se lava con agua que saca de un pozo vecino. El agua es bastante turbia, las impurezas se ven a simple vista. Pero es la única agua que cuenta (...) Luego, camina quince minutos hasta la escuela, donde va a desayunar y a encontrarse con sus amigos. A jugar y, por supuesto, también a aprender”<sup>47</sup>*

*“En Pozo las personas son sencillas, portadores del verdadero valor por la vida, con actitud humilde y generosa. Durante esas llegadas los misioneros aprovechan para compartir charlas [que generalmente transmiten la palabra del evangelio], entregar estampitas, agua bendita y diferentes regalos. Todas acciones que tienen por objetivo poner en práctica la caridad. El viaje a Pozo es largo: se hace en dos etapas, la primera por ruta y la segunda por camino de tierra. Nos llevó más de un día llegar allá”<sup>48</sup>.*

Los habitantes de Pozo saben que la llegada de los misioneros es con fines evangelizadores<sup>49</sup>, pero también saben que con ellos llegan *donaciones, medicamentos*. Refería la enfermera que para pedir medicamentos deben trasladarse hasta el Hospital de Tintina y que muchas veces *ni ahí tienen*.

*“En la sala nunca hay nada, ni medicamentos, siempre estamos corriendo peligro que nos muerda la víbora, no contamos con el antídoto. La posta está cerrada casi todo el año, solo contamos con el agente sanitario que hace lo que puede. Por eso es importante que vengan a capacitarnos”<sup>50</sup>.*

A los temas de salud se suele agregar la preocupación por la educación, sobre todo entre las mujeres de la comunidad.

*“No podemos conseguir que den becas, albergues para que sigan estudiando, nos quejamos que los jóvenes se van a temprana edad. Se van a las grandes ciudades de Buenos Aires, pero no les*

---

<sup>46</sup> En el Marco del Voluntariado Universitario, FHSCyS. Reunión: Jullio2013. <https://www.youtube.com/watch?v=q1xvnD8lm8s>

<sup>47</sup> Revista Menesiana, (2014: 11). <https://www.colegiocopello.com.ar/>

<sup>48</sup> *Ibíd*em (2016: 7).

<sup>49</sup> Hicimos clases de Catequesis, jugamos con ellos, cantamos, bailamos. Luego, todos juntos visitamos a las familias de la zona, que nos recibían cálidamente. Cuando nos veían llegar, acercaban las sillas para conversar, y nos convidaban cosas ricas que habían preparado. Por último, al caer la tarde asistíamos a Misa (Revista Menesiana, 2016: 7).

<sup>50</sup> Taller de mujeres de la comunidad. <https://www.youtube.com/watch?v=q1xvnD8lm8s>.

*podemos conseguir ningún beneficio. ¡Mírenme a mí, con la edad que tengo me gustaría saber que mis nietos van a gozar de algún beneficio, nosotros también somos santiagueños!*<sup>51</sup>.



Misión Pozo del Castaño 2018. Fuente: <http://www.colegiocopello.com.ar>

El director de la Escuela recordó que la llegada de los misioneros y de la gente de la universidad representa una oportunidad para fortalecer los lazos comunitarios, porque los chicos se encariñan con los misioneros, los esperan y comparten con ellos. La comunidad sabe que van a venir, aunque lamentan que sea una vez al año *¡es muy difícil para ellos quedarse aquí y poder llegar!*

## 5. A modo de cierre

En este trabajo nos aproximamos a lo que sucede con el acceso a la atención de la salud en una localidad rural de la provincia de Santiago del Estero. Si bien no es nuestra intención realizar generalizaciones a partir de un caso, consideramos que lo realizado aporta a la comprensión de las formas que asume el encuentro entre el sistema de salud y la población rural. Por otra parte, se espera que el trabajo sirva para revisar afirmaciones respecto de que: los equipos mejor constituidos deben ubicarse en centros de salud orientados a la atención de patologías complejas y con capacidad de internación. Cercanos a los conglomerados urbanos densamente poblados y con demanda más intensa. O aquella que señala que el trabajo en las zonas rurales es sinónimo de aislamiento social y escasas posibilidades para el desarrollo profesional. Percepción que desalienta a los médicos, recién egresados, para vincularse profesionalmente con las comunidades rurales. Como resultado se da una vinculación sistema de salud-comunidad rural a partir de acciones mínimas, que pueden incluir la atención de la madre y el niño, el control de algunas enfermedades transmisibles, acciones de saneamiento básico, consejería de alimentación y, cuando los médicos llegan, atención médica elemental.

A lo anterior se suma el hecho de que en las zonas rurales los *saberes*<sup>52</sup> locales tienen una fuerte presencia al punto que se considera que algunas enfermedades menores tienen causas naturales. Muchas dolencias se tratan intrafamiliarmente elaborando remedios caseros o utilizando yerbas medicinales que son preparadas siguiendo las indicaciones de sanadores, componedores de huesos, curanderos y hechiceros que ponen en práctica los conocimientos que les fueron transmitidos (De Geyndt, 1983).

<sup>51</sup> En el Marco del Voluntariado Universitario, FHSCyS. Reunión: Julio/ 2013. <https://www.youtube.com/watch?v=q1xvnD8lm8s>

<sup>52</sup> Al referirnos a “saberes” consideramos las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos. Consideramos los saberes y formas de la atención no biomédicas que operan en una sociedad (Menéndez, 2009)

Como mostramos la posta sanitaria de Pozo del Castaño cuenta con una infraestructura mínima y está a cargo de un auxiliar de enfermería y un agente sanitario, único vínculo con los servicios de salud en muchos kilómetros. El trabajo que allí se realiza requiere del sostenimiento de los lazos de cooperación, principalmente porque la comunidad no dispone de servicios esenciales como agua potable, luz eléctrica o teléfono. Así, la persistencia histórica de estos limitantes redefine las prioridades de quienes habitan Pozo del Castaño, y las preocupaciones no pasan por el tiempo que se demoran para conseguir un turno y ser atendidos, o enfermarse coincidiendo con la visita de algún médico a la comunidad. Recibir atención ante una dolencia o enfermedad o acudir a una consulta para un control o seguimiento del estado de salud son necesidades que parecieran ocupar un segundo lugar cuando manifiestan su preocupación por la falta de agua, la ausencia de caminos transitables, y las acciones de extrema violencia mediante las cuales intentan expropiarlos del territorio.

Desde la mirada de los *agentes estatales* el cuidado de la salud de la población y la atención de las urgencias frente a la enfermedad son posibles gracias a la articulación de las acciones desplegadas por diferentes sujetos e instituciones. Así el alcance de las acciones realizadas por la enfermera y la agente sanitaria, o la infraestructura de la posta sanitaria no son temas que emerjan entre las reflexiones de los pobladores. Por el contrario, es valorada toda acción que vincula a los habitantes y propicia el sostenimiento de lazos de cooperación interna, así como la posibilidad de extender relaciones por fuera de Pozo incorporando a otros sujetos y organismos.

Como señalamos, en lugares como Pozo del Castaño que el servicio de salud sea accesible dependerá del alcance y estructura de otras organizaciones, instituciones y recursos que se destinan o reorientan a la salud. Así el cuidado de la salud representará la articulación de todo acto en el ámbito de la salud personal -y comunitaria-, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales que busquen restablecer, mantener o promover la salud (Chiara, 2010). De este modo, cuando la población no logra resolver los problemas a través de las políticas públicas y los *agentes estatales* que con ella se vinculan, cobran importancia las *estrategias comunitarias autosuficientes* (De Geyndt, 1983).

Cuando una dolencia o problema de salud se presenta los pobladores saben que accederán a un examen clínico si, ese día, coincide con la visita del médico. La atención, en la mayoría de los casos dependerá de la enfermera o la agente sanitaria –que conocen a la población- y son las que realizarán recomendaciones apoyándose en su conocimiento de las enfermedades prevalentes en la zona, y *como estrategia de autosuficiencia* se utilizan los recursos naturales, y el manejo de la medicina local. Es habitual que recurran a la flora y fauna del monte. En otros casos las prescripciones de la medicina formal se acompañan con las indicaciones de algún curandero o sanador de la zona. Si por el contrario, estas acciones no son suficientes y, se debe salir en busca de atención en el hospital, se recurre a los pobladores que disponen de algún vehículo como camioneta o moto.

Las estrategias de cooperación y los lazos comunitarios son claves para resolver la urgencia. Es el caso de las mujeres que se encuentran próximas a parir, será la planificación en relación al tiempo de gestación que lleva la embarazada el criterio para decidir cuándo llamar a la ambulancia, o recurrir a los vecinos con medio de movilidad para salir de la comunidad e instalarse en las cercanías del hospital. Sin embargo, a veces el parto se adelanta y, como señalaba la enfermera, se resuelve en la comunidad con alguna partera local. Por la distancia y las condiciones de los caminos depender del afuera no es la primera opción.

También resulta estratégica la planificación y articulación con la Escuela, los maestros son aliados claves para extender las acciones de promoción de salud y consejería. Ellos colaboran para que la población estudiantil mantenga el calendario de vacunación completo y actualizado. Por lo tanto, lugar social del maestro en la comunidad opera como elemento disuasivo entre las familias, a la vez que legitima el rol de la agente sanitaria. Cuando las familias no responden el maestro envía la notita y así se realizan los controles de peso y talla y se completa el calendario de vacunación.

Los agentes estatales, que están representados en la escuela y la posta, reconocen el vínculo con los misioneros de Buenos Aires como una alianza estratégica, porque permite resolver necesidades. Para la

Escuela la llegada de los misioneros es la posibilidad de refaccionar y mantener la infraestructura, pero también de extender los vínculos de los niños por fuera de *Pozo*. Mientras que para la Iglesia es la posibilidad de acercar el evangelio hasta el hogar de los pobladores, ya que los misioneros además de alojarse en la Capilla que está frente a la Escuela y al costado de la posta, recorren la comunidad. ¿Qué posibilidades tiene la comunidad de Pozo del Castaño para resolver los problemas de salud?, ¿cómo resuelve la demanda de atención el personal de la posta sanitaria? y ¿A partir de que actores y acciones se garantiza el acceso a la atención de salud? No es posible responder a estas preguntas sin considerar las estrategias de autosuficiencia comunitaria.

Finalmente, el estudio presentado se espera que contribuya al debate respecto del aporte que las Ciencias Sociales y la Sociología, en particular, pueden realizar para mejorar la comprensión acerca de cómo se presenta la relación entre las condiciones de vida, las conductas individuales y colectivas, y los factores que inciden en las posibilidades de enfermar o sanar. El trabajo realizado da cuenta de las limitaciones que, todavía, persisten respecto de la forma de planificar, orientar y vincular las políticas de salud con poblaciones históricamente postergadas en su derecho a condiciones de vida dignas. Y es por ello que adquiere especial relevancia contar con trabajos que aporten al conocimiento acerca de cómo se materializa la provisión de un servicio, que utilización hace de él la población y en qué medida resuelve la demanda de atención. Comprender las particularidades de la vida cotidiana, entender la relación dialéctica que existe entre la manifestación psico-física de la enfermedad y las condiciones materiales de la existencia, es un insumo necesario para repensar el lugar desde el cual se produce la vinculación con la población.

## 6. Referencias bibliográficas

- Andrada, Marcos (2014). "Niveles de mortalidad y vulnerabilidad social en el noroeste argentino. 2001-2010". En: *Revista de Salud Pública*, N° XVIII. 2, junio- 2014. pp.42-53.
- Banzato, Guillermo; Rossi, María Cecilia (2010). El mercado de tierras en las fronteras interiores argentinas. La expansión territorial de Buenos Aires y Santiago del Estero en la segunda mitad del siglo XIX. *América latina en la historia económica*, (34): 7-34. Consulta 30 diciembre 2019, [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.5403/pr.5403.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5403/pr.5403.pdf)
- Blanco, Ziomara Alhona (2014). La salud en manos del pueblo. Una experiencia de voluntariado universitario. *Tesis de Licenciatura en Trabajo Social*. FCSyS-UNSE. [Repositorio coordinación](#).
- Biocca, M. (2016). Más allá de las letras de sangre y fuego. Trayectorias de desposesión en Chaco, Argentina. *Población & Sociedad revista de estudios sociales*. Vol. 23, No 2.
- Bonetti, Carlos (2020). "Memoria, historia e identidad en el contexto de conflictos territoriales: El caso de Pozo del Castaño, Santiago del Estero". En: *Revista del CISEN Tramas/Maepova*, N°8 (1). pp. 51-65.
- Bonetti, Carlos; Garay, Luis y Maldonado, Noemí (2016). "De pueblos de indios a tierras privadas: una aproximación a la problemática de posesión y privatización de las tierras en dos pueblos de Santiago del Estero durante siglo XIX". En *Revista Indoamérica*.
- Bonetti, Carlos (2016). *Memorias y alteridades indias. Discursos y marcas indígenas en zonas rurales de Santiago del Estero*. Humanitas: San Miguel de Tucumán.
- \_\_\_\_\_. *et. al* (2019). Tierras y territorios en el chaco santiagueño: antropología de los conflictos del campesinado en Pozo del Castaño. Ed. Bellas Alas Editorial. Santiago del Estero.
- \_\_\_\_\_. *et.al* (2019) "Historia de la tenencia y posesión territorial en el Gualamba y Pozo del Castaño". En: Bonetti, Carlos [comp.] (2019). *Tierras y territorios en el chaco santiagueño: antropología de los conflictos del campesinado en Pozo del Castaño*. Bellas Alas Editorial. Santiago del Estero. pp.51-90.
- Carbonetti, Adrian y Álvarez, Adriana (2013) *Fragmentos de la historia de la salud en la Argentina rural*. 1ª ed. Villa María: Eduvim.
- Chiara, Magdalena. *et. al* (2010). *Accesibilidad a la atención de salud en el Municipio de San Fernando*. 1ª ed. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

- De Dios, Rubén (2010a). “Los campesinos santiagueños y su lucha por una sociedad diferente”. En: Brenda Pereyra y Pablo Vommaro [comp] *Movimientos Sociales y derechos Humanos en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS, pp. 25-46.
- \_\_\_\_\_ (2010b). “Lineamientos para una política de reforma agraria en Santiago del Estero”. Ponencia presentada en las Jornadas Bicentenario de la Revolución de Mayo. Santiago del Estero: Universidad Nacional de Santiago del Estero
- \_\_\_\_\_ (2012). “Ordenamiento territorial e inclusión social en Santiago del Estero”. En Revista Realidad Económica, número 268, Buenos Aires. Editorial IADE. pp. 115-127.
- De Geyndt, Willy (1983). *Atención Primaria de la Salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias*. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS): 94, mayo, 1983. En línea: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17066>.
- Di Lullo, Orestes (2000 [1929]). *La Medicina popular de Santiago del Estero. La alimentación popular de Santiago del Estero*. Ed. Fundación Cultural. Franco Rossi Casa Editorial.
- Echeverri, Oscar y De Salazar, Ligia (1980). “La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud”. En *Educación. Médica Salud*, Vol. 14, N° 1.
- Gancedo, Alejandro (1885). “Memoria descriptiva de la provincia de Santiago del Estero,” *Biblioteca Digital*, consulta 30 de diciembre de 2019, <http://www.bibliotecadigital.gob.ar/items/show/1276>.
- Gómez A., Jara C., Díaz M. y Villalba A. (2018). “Contracercar, producir y resistir. La defensa de los bienes comunes en dos comunidades campesinas (Argentina)”. En: *Eutopia*. N°13, junio 2018; pp. 137-155.
- Hutchinson, Thomas (1945) *Buenos Aires y otras provincias argentinas*. Colección Viajeros por América, Vol. II- III. Buenos Aires: Ed. Huarpes.
- Krapovickas, Julieta, Mikkelsen, Claudia y Garay, Ana (2019). “Lo rural fragmentado. Evidencias en el NOA y en la región pampeana”. En: Paolasso, Pablo, Longhi, Fernando y Velázquez, G [Coord.] *Desigualdades y fragmentación territorial en la Argentina durante la primera década del siglo XXI*. 1ª. ed. Buenos Aires: 2019.
- Ledesma, Reinaldo, Paz, Jorge y Tasso, Alberto (2011). *Trabajo rural estacional en Santiago del Estero*. OIT. Programa CEA. ARGENTINA. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) Buenos Aires: OIT, 2011.
- Longhi, Fernando, Cordero, Laura y Paolasso, Pablo (2020). “Pobreza y desnutrición infantil en la ruralidad del noroeste argentino. Una mirada integradora”. En: *Una mirada histórica al bienestar rural argentino: debates y propuestas de análisis*. Lugar: Buenos Aires; Año: 2020; pp. 253 – 284.
- López- Vidal, Emilio (1967). *Atención de la salud de la población rural dispersa*. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana.
- López, José (2003). Tierra y trabajo en Pozo Castaño. Formas de subsunción del trabajo por el capital en una comunidad rural de Santiago del Estero. Tesis de Licenciatura. FFyL-UBA. [repositorio.filo.uba.ar](http://repositorio.filo.uba.ar)
- Menéndez, Eduardo (2009). “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones”. En: Menéndez, Eduardo (2009) *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. – 1ª ed.- Buenos Aires: Lugar Editorial. pp. 25-70.
- Oddo, Vicente (1970). “Dr. Antenor Alvarez. Vida y obra de un médico santiagueño”. Santiago del Estero. Talleres Gráfico Amoroso.1970.
- Paolasso, Pablo y Longhi, Fernando (2019). “Territorio, brechas, fragmentación y desigualdad territorial. Su aplicación al devenir del territorio argentino”. En: Paolasso, Pablo; Longhi, Fernando y Velázquez, G [Coord.] *Desigualdades y fragmentación territorial en la Argentina durante la primera década del siglo XXI*. 1ª. ed. Buenos Aires: 2019.
- Paz, Raúl (2013). “Explotaciones sin límites definidos y desarrollo rural en Santiago del Estero: Hacia un ordenamiento territorial”. En: *Revista Realidad Económica*. 277: pp.109-128.

- Pozzio, María (2010). “De soldados a espías. Resignificación y conflictos en torno de la definición de Atención Primaria de la Salud en la implementación de las políticas públicas en una ciudad bonaerense (2004-2007)”. En: Bohoslavsky, E y Soprano, G (2010) *Un estado con rostro humano: funcionarios e instituciones estatales en Argentina: 1880 a la actualidad*. 1era ed. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Ríos, R (1947). “Los gobiernos no cuidaron el patrimonio del Estado y algunos gobernantes enajenaron las tierras fiscales en beneficio personal. Antecedentes sobre la venta de grandes extensiones de tierras públicas”. En: *Revista de la Junta de Estudios Históricos de Santiago del Estero*. Año V. Número 15-18.
- Rossi, Cecilia (2013). “Deuda pública, bancos, tierras fiscales y Sindicato. Cuestiones de tierras de la frontera Chaco-santiagueña entre dos siglos: 1890-1910”. En: *Tierras rurales. Políticas, transacciones y mercados en Argentina, 1870-1915*. Prohistoria ediciones, Rosario. pp.177-197.
- Sánchez Torres, Diana (2015). “Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud”. En *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. año 2017;55(1):82-9.
- Serrano, Arturo (2015). *La medicina rural en el siglo XXI: una aproximación y principios de abordaje*. 1ª ed. 1ª reimp-Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Tasso, Alberto (2007). *Ferrocarril, quebracho y alfalfa. Un ciclo de agricultura capitalista en Santiago del Estero, 1870-1940*. Alción: Córdoba.
- Tenti, María M (2009). “Proyectos modernizadores y elites regionales La consolidación del estado santiagueño (1903-1916)”. En: *Revista Trabajo y Sociedad Sociología del trabajo*. Nº 14, vol. XIII, verano 2010, Santiago del Estero.
- Togo, José, Garay, Luis y Bonetti, Carlos (2009). “Linajes y poder en los pueblos de indios del siglo XVIII en Santiago del Estero”. En: *Revista Indoamérica*, 3, pp.53-74.
- Vignolo, Julio. *et al.* (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”. En: *Arch. Med Int* [online]. 2011, vol.33, n.1, pp.7-11.
- Zakus, David (1988). “La participación comunitaria en 105 programas de atención primaria a la salud en el Tercer Mundo”. En: *Salud Pública México*. 30:151-174.
- Zurita, Carlos V. (1999) *El trabajo en una sociedad tradicional*. (Tesis Doctoral, Universidad Católica Argentina) PROIT, Facultad de Humanidades, Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas, UNSE, Santiago del Estero.

### Fuentes web

- Ministerio de Salud provincia Santiago del Estero. [http://www.msaludsgo.gov.ar/web2/?\\_cargar=articulo&id=154](http://www.msaludsgo.gov.ar/web2/?_cargar=articulo&id=154).
- Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>

### Videos

- <https://poblaciones.org/>
- Sin Agua- Canal de la Patria- Departamento Moreno- Santiago del Estero <https://www.youtube.com/watch?v=Yn0bo7cHGm4>
- Voluntariado universitario- Carreras de salud 2012- Pozo del Castaño <https://www.youtube.com/watch?v=q1xvnD8lm8s>
- Taller de mujeres de la comunidad. <https://www.youtube.com/watch?v=q1xvnD8lm8s>.

### Notas periodísticas

- REDAF (2017) *Conflicto Pozo del Castaño: “Como estrategia nos ha funcionado politizar la cuestión”*. Recuperado de: <http://redaf.org.ar/conflicto-pozo-del-castano-como-estrategia-nos-ha-funcionado-politizar-la-cuestion/>

**Documentos digitales**

Revista Voz Menesiana. Publicación de la Asociación del Colegio Cardenal Copello. Diciembre 2014.  
www.aacc.org.ar Registro de la Propiedad Intelectual N° 118. 926.

Revista Voz Menesiana. Publicación de la Asociación del Colegio Cardenal Copello. Diciembre 2015.  
www.aacc.org.ar Registro de la Propiedad Intelectual N° 118. 926.

Revista Voz Menesiana. Publicación de la Asociación del Colegio Cardenal Copello. Diciembre 2016.  
www.aacc.org.ar Registro de la Propiedad Intelectual N° 118. 926.

Revista Voz Menesiana. Publicación de la Asociación del Colegio Cardenal Copello. Diciembre 2017.  
www.aacc.org.ar Registro de la Propiedad Intelectual N° 118. 926.

**Fuentes estadísticas**

Censo Nacional de Población, Vivienda y Hábitat (2001; 2010). [http:// www. indec.gob.ar/](http://www.indec.gob.ar/)

**Entrevistas**

Entrevista a Agente Sanitaria en Pozo del Castaño, 2019.

Entrevista a Agente Sanitaria y Enfermera en Pozo del Castaño, 24/08/18. Entrevista grupo focal en Pozo del Castaño, 24/08/2018