

Organización sanitaria y situación de salud en Santiago del Estero*

Health organization and health situation in Santiago del Estero

NADIA HOYOS *

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Santiago del Estero,
Argentina

HORACIO PEREYRA **

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de San Martín, Argentina

LAURENCIA SILVETI ***


Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Santiago del Estero,
Argentina


RESUMEN. El objetivo de este artículo es describir y caracterizar el sistema de salud de la provincia de Santiago del Estero. Para ello, sistematizamos datos de la composición y distribución de establecimientos y de situación de salud sobre temas específicos que interpelan la capacidad de respuesta institucional y las políticas sanitarias provinciales. Asimismo, construimos un corpus documental de información sanitaria disponible en páginas web oficiales del Ministerio de Salud provincial, informes institucionales, censos nacionales y literatura científica relativa al tema. A partir de ello, identificamos instituciones clasificadas por nivel de atención y zona geográfica, programas de salud disponibles y datos estadísticos de situación de salud. Articulamos estos datos con información recabada en entrevistas a referentes estatales. El análisis permite reconocer una configuración de políticas sanitarias que se orienta desde organismos internacionales y busca dar respuesta sanitaria adecuada a partir de la distribución de centros de salud. Sin embargo, estos hechos, por sí solos, no logran garantizar el acceso a personal y servicios de salud principalmente según zona geográfica, edad y género.


PALABRAS CLAVE: sistema de salud; servicios de salud; política de salud

ABSTRACT. The aim of this article is to describe and characterise the health system in the province of Santiago del Estero. To this end, we systematized data on the composition and distribution of health facilities and health status on specific issues that challenge the institutional response capacity and provincial health policies. We also built a documentary corpus of health information available on official websites of the Provincial Ministry of Health, institutional reports, national censuses and scientific literature on the subject. From this, we identified institutions classified by level of care and geographical area, available health programmes and statistical data on health status. We articulated these data with information gathered in interviews with state referents. The analysis allows us to recognise a configuration of health policies that is guided by international organisations and seeks to provide an adequate health response based on the distribution of health centers. However, these facts alone do not guarantee access to health personnel and services, mainly according to geographical area, age and gender.

KEY WORDS: health Systems; health Services; health Policy

* Becaria doctoral del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social- Universidad Nacional de Santiago del Estero- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INDES-UNSE-CONICET). E-mail: nadahoyosts@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0000-4992-1386>

** Becario doctoral de la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (IDAES- UNSAM)-Instituto de Estudios para el Desarrollo Social- Universidad Nacional de Santiago del Estero- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INDES-UNSE-CONICET). E-mail: munayruray@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-4122-9306>

*** Becaria doctoral del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social- Universidad Nacional de Santiago del Estero- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INDES-UNSE-CONICET). E-mail: laurenciasilveti@gmail.com  <http://orcid.org/0000-0001-6284-9788>

● Este trabajo surge a partir del Proyecto de Investigación de Unidades Ejecutoras (PUE 2020-2025) “Configuración de las desigualdades en Santiago del Estero desde finales del s. XIX. Temporalidades, emergencias y estatalidades” del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (UNSE/CONICET).

Introducción

En este trabajo describimos y caracterizamos información relativa a la configuración del sistema de salud de la provincia de Santiago del Estero. Para ello, sistematizamos datos de la composición y distribución de establecimientos sanitarios y sobre situación de salud en temáticas vinculadas a organización sanitaria, salud socioambiental y salud en infancias y adolescencias en la provincia de Santiago del Estero.

La pregunta que guía este estudio es ¿cómo se configura el sistema de salud en la provincia de Santiago del Estero y qué situación de salud refleja? Partimos del supuesto de que la organización sanitaria provincial se orienta a producir una distribución adecuada de centros de salud, sin embargo, esto por sí solo no logra garantizar el acceso a personal y servicios de salud, principalmente en torno a género, edad y zona geográfica, como se refleja en trabajos previos de las autoras (Silveti *et al.*, 2024).

El interés por realizar esta descripción y caracterización surge de dos procesos que implican a las autoras de este trabajo. Por un lado, respecto de datos emergentes de las investigaciones propias sobre dinámicas sociosanitarias de la provincia (entre otras: Silveti, 2021; Pereyra, 2020; Canevari *et al.*, 2023). Por otro lado, de la identificación de dificultades en el acceso a información sanitaria (políticas y estadísticas). Esto último contrasta con la Ley Nacional N° 27275 de Derecho de acceso a la información pública. Esto se torna relevante, además, dado que esta información permite contextualizar y profundizar análisis de investigaciones sanitarias locales en general y, particularmente, en temas específicos como género, salud socioambiental, infancias y adolescencias, entre otras.

Como establece el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2011), el estado de salud de la población de un país no depende solamente de sus oportunidades de acceso a los servicios médicos, del modelo de prevención y atención de enfermedades, o de la arquitectura institucional y el financiamiento del sistema de salud. Existen otros factores que trascienden lo mencionado pero que tienen una gran incidencia y que hacen, por ejemplo, a la infraestructura de vivienda, al acceso al agua potable, saneamiento y a las posibilidades de nutrición. Éstas, a su vez, dependen -entre otros determinantes- del acceso a la educación, las oportunidades de empleo decente, de la distribución del ingreso y de la dinámica de crecimiento de la economía. La salud, entonces, no es una dimensión aislada sino un aspecto esencial del proceso más general del desarrollo estructural de un país.

Existen diversos estudios sobre sistemas de salud de diferentes países de Latinoamérica. Estos se enfocan principalmente en sistematizar datos descriptivos sobre la estructura y organización de servicios y personal de salud, cobertura, presupuesto, gobernanza y dinámicas de financiamiento. Algunos de estos trabajos suman a ello condiciones de salud, articulaciones entre lo público y lo privado, entre lo estatal y las organizaciones sociales, las reformas e innovaciones, las perspectivas subyacentes y los desafíos. Ésos últimos versan principalmente en lograr universalidad y eficiencia y reflexionar sobre el lugar de las personas usuarias en la formulación e implementación de las políticas sanitarias (entre otros: Belló *et al.*, 2011; Domínguez-Alonso y Zacea, 2011; Becerril-Montekio *et al.*, 2011; Lucio *et al.*, 2011; Guerrero *et al.*, 2011). Respecto de antecedentes científicos sobre sistema de salud provincial no se encontraron estudios exhaustivos, pero si identificamos análisis que permiten contrastar o ampliar informaciones relativas a la organización sanitaria local (Cordero, 2021; Schmidt *et al.*, 2022; Mancini, 2014).

Nuestro enfoque teórico se orienta desde la Salud Colectiva latinoamericana (Silva Paim y Almeida Filho, 1999). Esta perspectiva permite aproximar comprensiones en torno a los límites de lo biológico y de lo social, focalizando, entre otras dimensiones, en la organización de los servicios de salud y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En este marco, tomamos como categoría central la definición de sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024) establece que se trata de un conjunto de bloques fundamenta-

les que operan de manera interrelacionada para mejorar la salud de la población, disminuir las brechas en salud y alcanzar la protección social. La Organización Panamericana de la Salud [OPS] aporta una definición que advierte que un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (s/f). Por último, de acuerdo con el informe de Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina [DEIS] (2022), un sistema de salud hace referencia no sólo a la atención médica, sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, entre otras.

Respecto del concepto de accesibilidad a la salud, retomamos lo que establece la OMS-OPS (2014) en relación con la categoría de acceso universal. Ésta se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud determinados a nivel nacional de manera equitativa. Esto implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna a servicios integrales de salud determinados a nivel nacional que sean adecuados, oportunos y de calidad. Involucra también tener en cuenta las necesidades de las poblaciones en torno a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, con servicios que no les expongan a dificultades financieras, en particular, los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con perspectiva multisectorial, que atienda a los determinantes sociales y propicie el compromiso de toda la sociedad para promover bienestar.

En cuanto al escenario de este trabajo, cabe referir que Argentina como país federal se configura como territorio heterogéneo, diferenciado por aspectos ambientales, sanitarios, culturales, económicos, etc. El noroeste como mosaico de esos aspectos, presenta sus propias especificidades. Ubicada en esa región del país, la provincia de Santiago del Estero para el censo del año 2022 cuenta con 1.060.906 habitantes, distribuida en 27 departamentos. La mayor parte de la población reside en la ciudad Capital y La Banda, sin embargo, posee una de las tasas más elevadas de población rural del país (31 %), en su mayoría dispersa (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2010).

Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas representan el 17,6 %, duplicando la media nacional (9,1 %) (INDEC, 2010), sumado a que integra el grupo de provincias de menor Índice de Desarrollo Humano¹ [IDH] calculado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Argentina para el año 2022. Respecto de los indicadores de salud, vinculados con la esperanza de vida, este informe describe que los escenarios mejor posicionados son Neuquén, CABA, Tierra del Fuego, Río Negro y Mendoza (con valores entre 0,908 y 0,919); mientras que Chaco, Formosa, Misiones, Santiago del Estero y Corrientes presentan los valores más bajos (entre 0,870 y 0,880).

En cuanto a los hogares con red de cloacas del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda, estos representan el 53,4% en relación a una media nacional de 70% del análisis de 31 aglomerados urbanos. En este sentido, se sitúa entre las cuatro provincias con peores indicadores respecto de cloacas, agua potable y energía (INDEC, 2022). Sobre el índice de pobreza en el primer semestre de 2023, Santiago del Estero se ubica entre las provincias con conglomerados urbanos con niveles más altos de pobreza (64%) (INDEC, 2024).

El sistema de salud provincial sigue la lógica del sistema nacional que se orienta desde la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y presenta tres subsistemas: público, privado y de la

¹ Los IDH son indicadores que tienen en cuenta tres dimensiones: vida larga y saludable, acceso a la educación y nivel de vida decente. Nos interesa introducir los IDH porque los sistemas de salud son parte fundamental del bienestar de las poblaciones.

seguridad social, constituidos por centros de salud. Éstos se clasifican por zonas sanitarias y nivel de atención y se diferencian en sus prestaciones y funciones (Rovere, 2016; Vignolo *et al.*, 2011). En cuanto a políticas públicas en salud locales, en el marco del Plan Estratégico Provincial 2023-2030 (Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero, 2023) se plantea que, a partir de la constitución de una mesa provincial de salud, se trabaja en torno a “Una Salud” (OMS, 2023a) como enfoque integral para abordar las amenazas desde la interfaz entre diferentes especies (seres humanos, animales y vegetales). Para ello, se plantea como objetivo general fomentar la coordinación y la colaboración entre los diferentes marcos de gobernanza de los programas de salud humana, animal, vegetal y medioambiental con el propósito de mejorar la promoción, la prevención y la preparación para los retos actuales y futuros de la salud.

En ese sentido, en el informe mencionado, se identifica que, en un primer análisis de la situación de salud, uno de los mayores obstáculos para fijar la línea de base en los distintos temas es la gran fragmentación de servicios lo que, sumado a los diferentes recursos tecnológicos y humanos en la provincia, genera información despereja y difícil de analizar en el curso del tiempo. Por ello, se considera necesario contar con una herramienta que incluya a todas las instituciones vinculadas a la salud del sector estatal, privado, universitario, gremial, etc., que permita generar y analizar las políticas necesarias para que la información que se obtenga sea acorde a los objetivos. Esta herramienta es la constitución de un consejo que, presidido por el Ministerio de Salud provincial, tenga como principal función el análisis de todos los aspectos de la salud humana y la interacción con los ministerios responsables de la salud animal, vegetal y el medio ambiente.

Estrategia metodológica

En el presente estudio adoptamos un enfoque cualitativo-exploratorio (Minayo, 2009). Esta cualidad exploratoria por los escasos antecedentes encontrados en la literatura científica que indaguen sobre el sistema de salud en Santiago del Estero, nos obligó a crear estrategias metodológicas para cubrir los “huecos” en el conocimiento. Realizamos triangulación (Gallart, 1992) de fuentes primarias y secundarias y expresamos geoespacialmente la información resultante.

Trabajamos con informes técnicos elaborados por *think tanks*. Estos son internacionales, nacionales y provinciales. En torno a los primeros, elaboramos un corpus total de cuatro (uno del PNUD, uno de la OMS y dos de la OPS), sobre los informes nacionales fueron tres (dos del Ministerio de Salud de Nación y uno del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia -ENIA-) y uno a nivel provincial (Informe de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero).

El Ministerio de Salud provincial no provee un repositorio formal público sanitario (digital o físico), lo cual hubiese enriquecido nuestra investigación. Una estrategia empleada para acceder a fuentes secundarias locales fue la presentación de notas en la cartera sanitaria. La solicitud se enmarcó en la Ley N° 27.275 de Acceso a la Información Pública, sin embargo, no tuvimos respuestas favorables. Hubo dilatación por parte del organismo por el circuito burocrático, que implica presentación de nota por mesa de entradas, creación de expediente, seguimiento y consultas permanentes sin respuestas o rechazadas.

Este panorama pudo ser revertido, en parte, empleando múltiples estrategias. Una de ellas fue la demanda por medios digitales y encuentros presenciales a burócratas de la calle. Éstos son agentes estatales, que trabajan en el primer contacto directo entre la institución y las demandas ciudadanas y, al ser discrecionales, resuelven solicitudes de información en general. Esto los posiciona como centrales para mejorar el acceso a la información pública (Hupe y Hill, 2007). Otra estrategia fue reconstruir mapas, a partir de sistemas de información geográfica (SIG) en el Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, donde se asienta el Proyecto de Unidad Ejecutora que sustenta este trabajo. Además, articulamos a todo lo anterior fuentes primarias por medio de en-

trevistas, principalmente a un referente de un programa provincial sanitario.

Respecto de los indicadores de situación de salud que retomamos, seleccionamos aquellos que se vinculan a los temas de investigación de las autoras y que, además, configuran aspectos considerados como relevantes en el Plan Estratégico Provincial (Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero, 2023). Éstos, a su vez, actúan como orientadores de los modos en que la organización sanitaria analizada refleja jerarquización de diferencias entre distintos grupos sociales.

Resultados

Composición de fuerza laboral

Para comenzar, describimos la composición de la fuerza laboral provincial, entendiendo que se trata de un elemento fundamental de la planificación sanitaria para garantizar el desarrollo de la capacidad de respuesta sanitaria nacional. Sin embargo, se observa un vacío en el uso de definiciones normalizadas y una disponibilidad limitada de datos respecto de la cuantificación de la fuerza laboral en salud y de la evaluación de sus competencias, incluso en países de ingreso alto (OMS, 2023b).

La meta de la OMS para 2030 es contar con 44,5 profesionales (personal médico, de enfermería y partería) cada 10.000 habitantes. Para alcanzar el objetivo deseable de 80% en el índice de cobertura efectiva para la salud universal, se estimó que se necesitarían al menos 20,7 profesionales médicos cada 10.000 habitantes, 70,6 profesionales de enfermería y partería cada 10.000 habitantes, 8,2 profesionales odontológicos cada 10.000 habitantes y 9,4 profesionales farmacéuticos cada 10.000 habitante. Esto significa que entre 66% y 93,9% de los países de América Latina y el Caribe no habrían alcanzado los umbrales mínimos en el 2019 y que existiría un déficit de alrededor de 2 millones de profesionales de la salud en la Región para el 2030 (OPS-OMS, 2023).

Los datos oficiales de la capacidad prestacional del sistema de salud provincial en sus tres subsistemas (público, privado y de la seguridad social) da cuenta de un total de 14.765 profesionales matriculados, aunque no se informa en qué ámbito se desempeñan. Este total se encuentra diferenciado por las profesiones de medicina (2.866), enfermería (495), auxiliar en enfermería (6.012), psicología (844), licenciatura en enfermería (76) y otros (4.432). Por cada 10 mil habitantes, la provincia cuenta con 15,05 médicos, medida deficiente en relación con los indicadores propuestos por la OMS (2023). Respecto de especialidades médicas críticas (específicas en atención hospitalaria del segundo y tercer nivel de atención) cada 10 mil habitantes, la provincia cuenta con anestesiología, 0,49; clínica médica, 0,13; medicina general y/o medicina de familia, 0,05; pediatría, 0,18; terapia intensiva, 0,04; tocoginecología, 0,07. Respecto de enfermería, cada 10 mil habitantes, la provincia cuenta con un total de 36,10 -en relación con el 70,6 indicado por la OMS- y de parteros/as, un total de 2,48 (DEIS, 2022).

Esta información estadística es una referencia a la hora de comparar la fuerza laboral en salud por cantidad de habitantes entre provincias y países. Sin embargo, requiere de mayores precisiones respecto de su distribución geográfica para comprender en qué grado se constituye efectivamente la disponibilidad de personal de salud para las diferentes poblaciones locales. Esta información no se encuentra disponible en fuentes oficiales. Por el contrario, en trabajos previos de las autoras, identificamos que todos los establecimientos sanitarios tienen una distribución heterogénea de personal, que concentra su fuerza laboral en hospitales del conglomerado urbano, y deja a los establecimientos del interior² y del primer nivel de atención con escasos recursos relati-

² Nos adecuamos a esta nominación homogeneizante, que es la que utiliza el Ministerio de Salud Provincial. Sin embargo, advertimos que es una categoría que merece revisiones más profundas.

vos, principalmente, a personal de salud (Silveti y Llanos Paz, 2021).

De acuerdo con el informe del análisis de distribución geográfica de médicos especialistas (Navarro Pérez *et al.*, 2015) en base a las tasas nacionales, Santiago del Estero es la provincia con peores cifras de especialistas en clínica médica del país (7,5% cada 100.000 habitantes). Asimismo, en las demás especialidades, como pediatría, neonatología, medicina general, cirugía general, terapia intensiva, terapia intensiva infantil, Santiago del Estero se integra a las 5 provincias de peores indicadores.

Tabla 1. Distribución de profesionales en clínica médica

Provincia	Especialistas Asignados totales		EA 23≤ edad<65 años	
	Nº de especialistas	Tasa x100.000 hab	Nº de especialistas	Tasa x100.000 hab
CABA	4.278	140,30	3.805	124,79
Tierra del Fuego	66	44,55	63	42,53
Mendoza	943	50,60	727	39,01
Neuquén	199	32,60	193	31,62
San Juan	215	29,44	211	28,89
Santa Cruz	84	26,97	84	26,97
La Rioja	103	28,41	96	26,48
Chubut	150	26,96	134	24,09
Entre Ríos	317	24,23	270	20,64
Córdoba	761	21,57	726	20,57
Buenos Aires	3.663	22,23	3.272	19,86
La Pampa	68	20,01	61	17,95
Río Negro	126	18,29	121	17,56
Corrientes	186	17,55	182	17,17
Chaco	194	17,16	184	16,27
Catamarca	68	17,30	60	15,26
Tucumán	252	16,03	232	14,76
Salta	178	13,54	171	13,01
Santa Fe	458	13,59	421	12,49
Jujuy	97	13,49	82	11,41
Misiones	105	8,94	97	8,26
Formosa	46	8,02	46	8,02
San Luis	33	7,02	33	7,02
Santiago del Estero	69	7,52	57	6,21

EA: Especialista Asignado según domicilio electoral en su defecto fiscal y en su defecto provincia de matriculación más reciente.

Fuente: Navarro Pérez *et al.*, 2015

Distribución de Establecimientos, Zonas y Corredores Sanitarios Provinciales

A continuación, describimos la distribución de establecimientos, zonas y corredores sanitarios provinciales. Como mencionamos anteriormente, la provincia se encuentra dividida en 27 departamentos y sus principales centros urbanos son Santiago del Estero Capital - La Banda, Termas de Río Hondo, Frías y Añatuya. De acuerdo con el informe de Perfil Sanitario Provincial los departamen-

tos con mayor concentración de establecimientos son el de Capital y el de Banda, que en su conjunto alcanzan un 35,6 % del total de los establecimientos de salud de la provincia (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

De acuerdo con el Plan Estratégico provincial (2023) el sistema de salud cuenta con un total de 869 establecimientos de salud, de los cuales un 25% es de financiamiento privado y un 75% de financiamiento público. Por otra parte, del total de dichos centros de salud, 123 son establecimientos con internación (Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero, 2023).

Estos datos, basados en el Perfil Sanitario Provincial citado por el Plan Estratégico mencionado (2023) identifican establecimientos sanitarios estatales en todos los departamentos provinciales. A ello se suman 15 departamentos que cuentan con establecimientos de atención privada.

En la siguiente tabla, se encuentra detallada la cantidad de establecimientos por departamento:

Tabla 2. Distribución de establecimientos

Departamento	Establecimiento Público	Establecimiento Privado	Total por Departamento
Aguirre	8	0	8
Alberdi	20	0	20
Atamisqui	21	0	21
Avellaneda	16	0	16
Banda	55	19	74
Belgrano	9	1	10
Capital	69	146	235
Choya	28	12	40
Copé	31	0	31
Figueroa	23	1	24
General Taboada	28	10	38
Guasayán	12	0	12
Jiménez	17	1	18
Juan F. Ibarra	27	2	29
Loreto	24	1	25
Mitre	2	0	2
Moreno	45	7	52
Ojo de Agua	26	1	27
Pellegrini	24	1	25
Quebrachos	15	0	15
Río Hondo	42	9	51
Rivadavia	6	0	6
Robles	28	2	30
Salavina	23	0	23
San Martín	18	1	19
Sarmiento	5	0	5
Silipica	13	0	13
Total provincial	655	214	869

Fuente de datos: Perfil sanitario Sgo del Est. SISA abril 2022.

La Zona Sanitaria representa el nivel de regionalización intermedia que integra y coordina un conjunto de áreas y programas relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados de salud. Cada una de estas, articula el funcionamiento de sus recursos a través de un Hospital de Cabecera (zonal) el cual es responsable de coordinar y articular los hospitales del área (Gobierno de Río Negro, s/f). En Santiago del Estero la norma técnica de este tipo de organización sanitaria data del año 1996 (Entrevista personal en funciones jerárquicas, Ministerio de Salud de la Provincia, 24 de febrero de 2023).

De acuerdo con la entrevista realizada a personal en funciones jerárquicas del Ministerio de Salud provincial (febrero, 2023), Santiago del Estero cuenta con 7 zonas sanitarias (ver gráfico

5 “Zonas Sanitarias”). Según datos oficiales del Ministerio de Salud de la provincia (2021) existen 11 Hospitales Zonales a la fecha distribuidos en las localidades de: Añatuya, Campo Gallo, Fernández, Frías, Loreto, Ojo de Agua, Monte Quemado, Pinto, Termas de Río Hondo, Nueva Esperanza y Quimilí. En cuanto a los Hospitales Distritales y de Tránsito cuentan con 14 y 20 establecimientos respectivamente, distribuidos en el territorio provincial. A continuación, se describe según la entrevista, la composición de los tipos de atención hospitalaria en el interior provincial (hospitales zonales, distritales y de tránsito) y del primer nivel (postas sanitarias).

Los hospitales zonales se planifican como una planta administrativa-médica, que consta de un director, un vicedirector -en algunos casos- personal administrativo y de atención. Se cuenta con instalación sanitaria para el desarrollo de procesos quirúrgicos, procesos clínicos de adultos/as y niños/as, procesos obstétricos para la atención de embarazo, parto y puerperio, atención del/la recién nacido/a y las derivaciones de urgencias. Contarían, además con algunas especialidades particulares asociadas a la demanda de la población como cardiología, ginecología, entre otros.

Los hospitales distritales son de complejidad intermedia, sus dimensiones son mayores a las de hospitales de tránsito y cuentan con área de internación (entre 4 a 8 camas para hombres y mujeres). Suele tener una capacidad instalada de un laboratorio mínimo y de algunos equipos de complejidad, como de radiología y ecografía, incorporados en estos últimos años en algunos centros. Estos hospitales tendrían guardias de 24 horas y ambulancia para derivaciones. Respecto de su planta administrativa-médica, cuenta con director, personal administrativo y médico en especialidades básicas.

Los hospitales de tránsito tienen personal médico único, que puede estar acompañado por algunos enfermeros y agentes sanitarios que realizan trabajo territorial en articulación con las postas sanitarias. Su reducida planta administrativa-médica se configura en una carga subjetiva y laboral importante para el personal. Asimismo, en la entrevista se hace referencia a que el personal médico de estos hospitales ejerce su rol las 24 horas en tanto residen en las inmediaciones de la misma institución, lo cual configura esta carga subjetiva y laboral excesiva mencionada. Las demandas que llegan a este tipo de establecimientos forman parte de una red de derivación constituida por hospitales distritales en primer término, zonal en segundo término o bien, hospitales de cabecera provinciales, según complejidad.

El otro recurso importante en relación a la organización de los servicios de salud son los corredores sanitarios. Los mismos representan “los caminos trazados” desde el Ministerio de Salud para las derivaciones de las distintas instituciones sanitarias teniendo en cuenta la red vial que unen distintas ciudades. De esta manera la provincia cuenta con dos corredores, este y oeste, que toman como referencia las rutas nacionales n° 34 y n° 9 respectivamente y se trazan teniendo como destino los tres hospitales centrales en la provincia: el CISB (Centro Integral de Salud Banda), el Hospital Regional “Ramón Carrillo” y el Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón” (Cepsi).

En ese sentido, el CISB gestiona el corredor este de la provincia y el Hospital Regional, el oeste. Ambos corredores derivan al Cepsi en caso de población menor de 18 años. De esta manera, los hospitales que están del lado este (desde los establecimientos ubicados entre Monte Quemado y Selva) por la ruta nacional N° 34, son derivados al CISB. Este centro, de acuerdo a la demanda, definirá si puede responder o deriva al Hospital Regional o al Cepsi. Del lado oeste, las demandas son recibidas por el Hospital Regional, que posee el nivel más alto y no cuenta con red de derivación a nivel provincial, pero sí a nivel nacional. Este establecimiento, asimismo, cuenta con los servicios de urgencia de mayor equipamiento, de maternidad y neonatología de mayor complejidad y de terapia intensiva más grande de la provincia.

Ciudad Capital y La Banda: expresión de la Concentración del Sistema y los Servicios

De acuerdo a lo que venimos desarrollando, identificamos una concentración de servicios y personal de salud en el conglomerado urbano Capital-La Banda. Éste último cuenta con siete

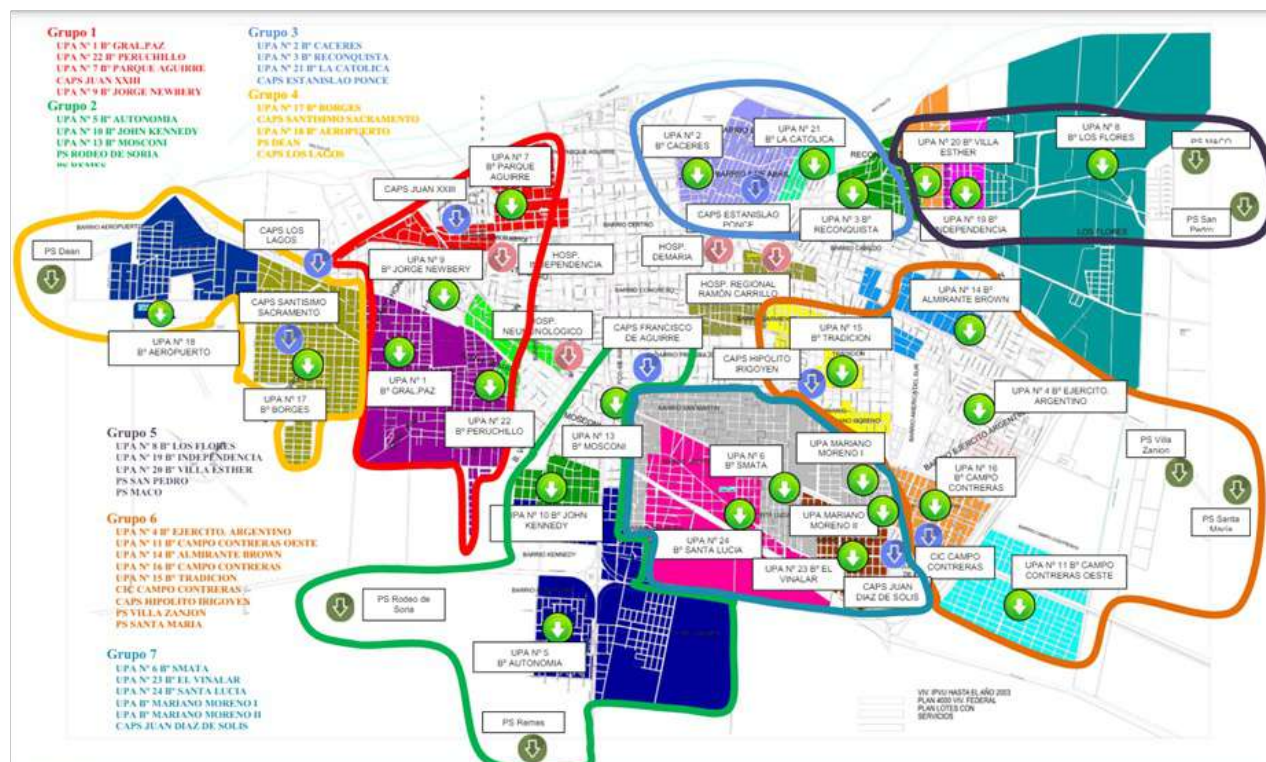
hospitales en Capital y uno en La Banda. Si bien, los mapas que exponemos aquí permiten reconocer una aparente distribución adecuada de establecimientos, sin embargo, en trabajos previos identificamos que el funcionamiento efectivo de los establecimientos, más allá de su distribución geográfica, se encuentra concentrado en el conglomerado urbano y todo se deriva a centros localizados allí (Silveti y Llanos Paz, 2021). En el siguiente gráfico se muestra la distribución de dichos establecimientos.

Gráfico 1. Establecimientos de atención hospitalaria en el Conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda (Maldonado, 2024)



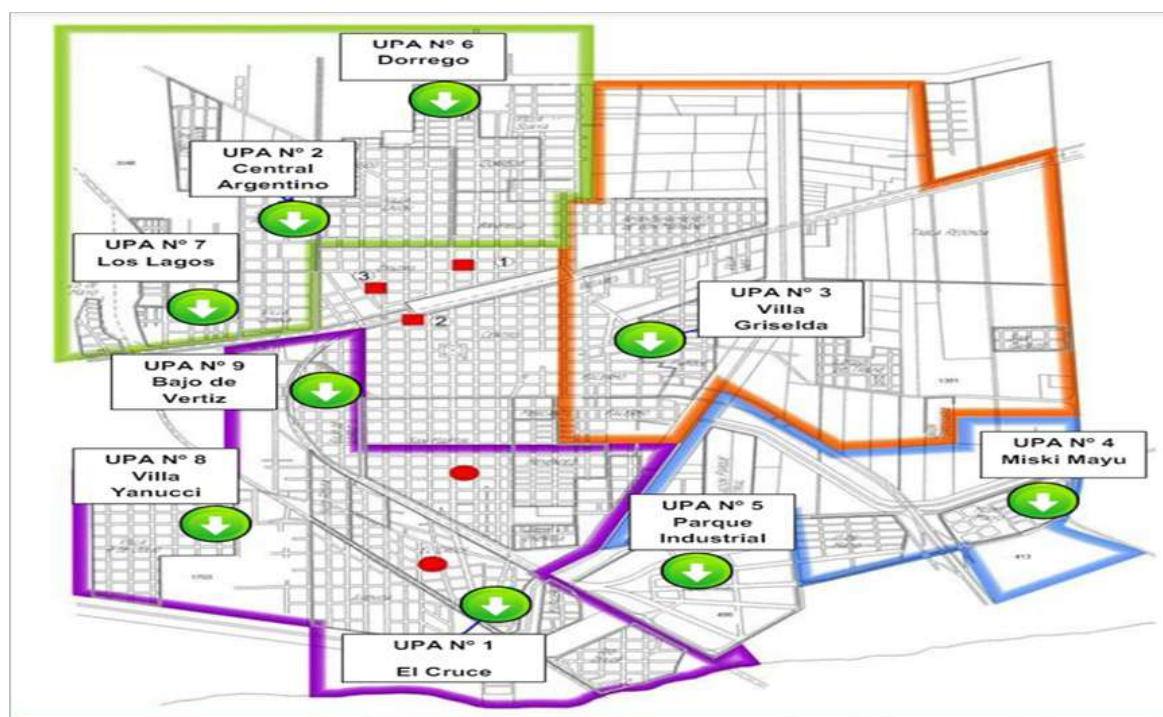
Asimismo, el departamento Capital, además de una distribución densa de centros de atención hospitalaria, cuenta con centros del primer nivel de atención de dependencia provincial y municipal, que se distribuyen en distintos barrios de la ciudad:

Gráfico 2. “Cartografía algunos centros 1er nivel 24-23 MSalProv” (página web Ministerio de Salud provincial).



En la localidad de La Banda, los centros de salud del primer nivel de dependencia provincial y municipal, se distribuyen del siguiente modo:

Gráfico 3. “Cartografía 1er nivel Banda” (página web Ministerio de Salud provincial, s/f).



Entre los servicios que se encuentran comprendidos en los centros del primer nivel de atención de Capital-La Banda, se encuentran:

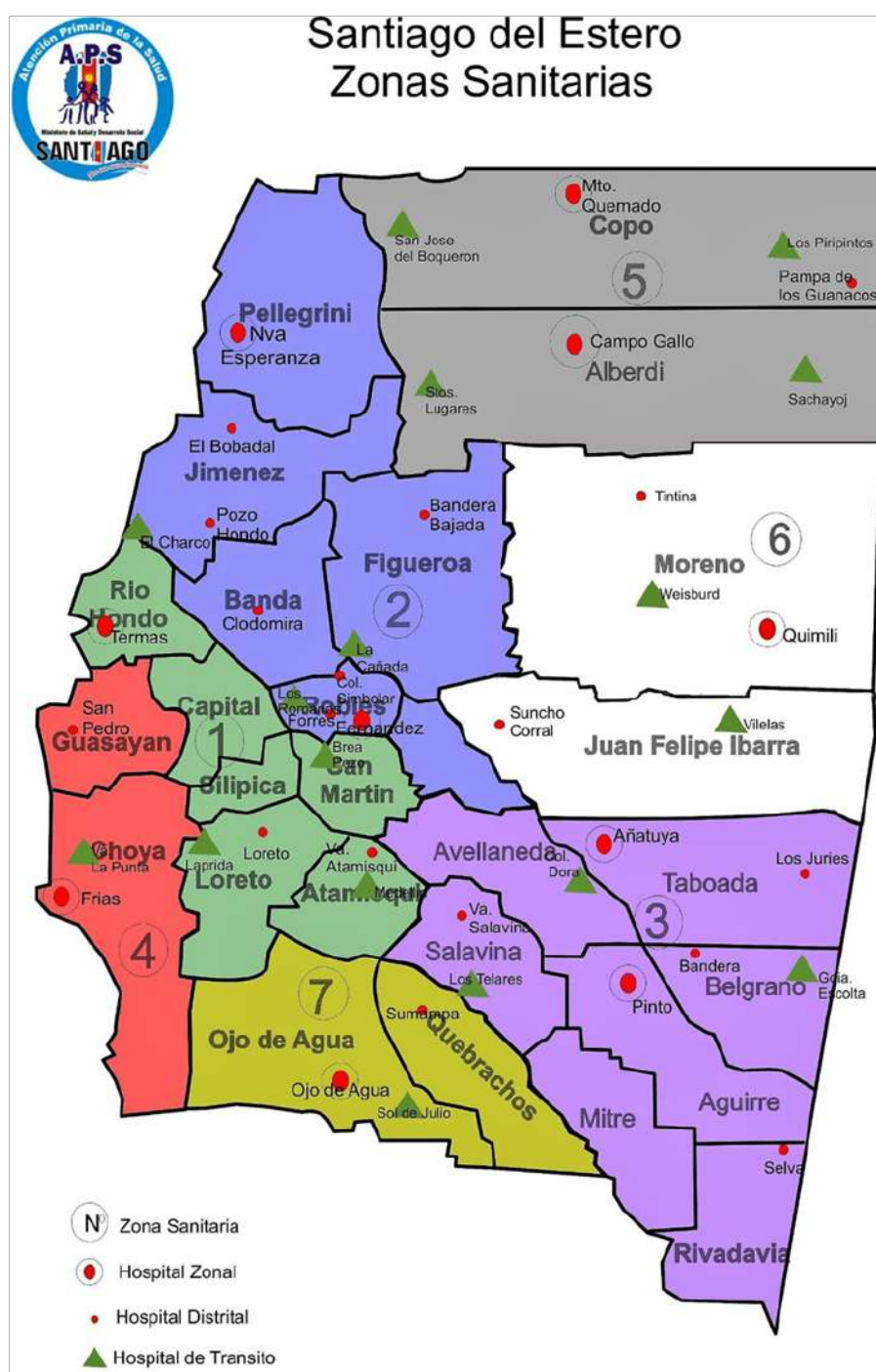
Gráfico 4. “Servicios” (primer nivel de atención Capital-La Banda, página web Ministerio de Salud provincial)



A pesar de la aparente distribución de oferta de servicios sanitarios del primer nivel de atención, no todos los centros cuentan con estos servicios y tampoco lo hacen de forma permanente (Silveti y Llanos Paz, 2021).

Distribución de Establecimientos de Salud Pública en el Interior Provincial

En el siguiente gráfico se refleja cómo se distribuyen los establecimientos de atención hospitalaria mencionados anteriormente (11 hospitales zonales, 14 distritales y 20 de tránsito).

Gráfico 5. Mapa de zonas sanitarias (Ministerio de Salud provincial, 2018)³

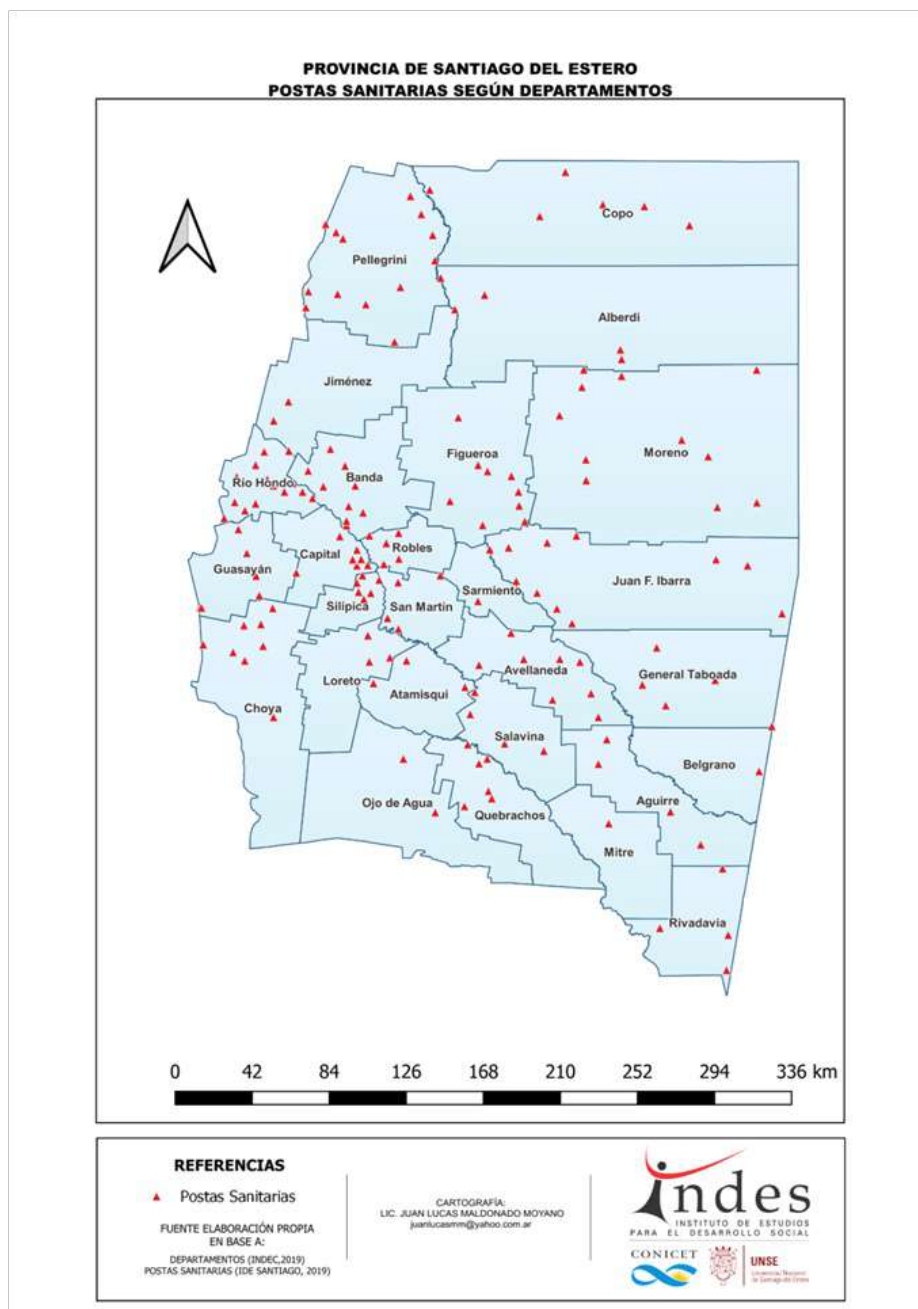
Si bien este gráfico representa una distribución de centros de atención hospitalaria del segundo nivel en todo el territorio provincial, identificamos que el desempeño del personal de salud, los recursos y su valoración es desigual. Esto refleja una configuración centro-periferia, que además de centralizar la respuesta sanitaria en hospitales, marca diferencias significativas entre la atención hospitalaria del conglomerado urbano Capital-La Banda y el interior (Silveti y Llanos Paz, 2021).

Respecto de la distribución de establecimientos del primer nivel de atención del interior

³ Este mapa hemos obtenido mediante correo personal (Pereyra, 2018). No se encuentra disponible como información que brinda el sitio web del Ministerio de Salud de la provincia.

(de tipo postas sanitarias), detallamos el siguiente mapa:

Gráfico 6. Distribución de postas sanitarias (Maldonado, 2024)



En relación con las postas sanitarias la provincia cuenta con más de 400 establecimientos que son designados como oficiales provinciales y también hay otras postas que pertenecen a comisiones municipales o de algunas ONGs. De acuerdo con la entrevista realizada a personal en funciones jerárquicas del Ministerio de Salud provincial:

“Una posta es una pequeña institución en un paraje determinado que está a cargo de un agente sanitario o de una enfermera. Su función consiste en el control de los factores de riesgo de la población a través de un censo, a través de una cartografía y a través de la aplicación de acciones específicas como la vacunación y el control de peso y talla de los niños. Ello con el objetivo de construir un perfil de la población, desde la mirada socio sanitaria y de salud” (febrero 2023).

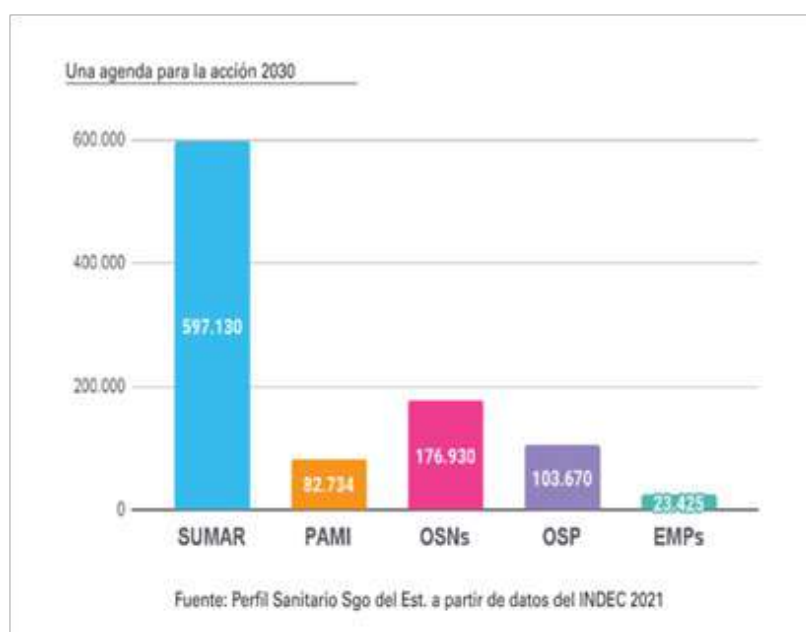
Con lo expuesto, entendemos que la amplia extensión territorial y dispersión poblacional en las zonas rurales en el interior provincial no se encuentra comprendida entre políticas de acceso sanitario y esto configura obstáculos para la atención, produciendo lo que algunos autores denominan vulnerabilidad sanitaria (Rosati *et al.*, 2020). El índice de vulnerabilidad sanitaria permite, entre otras cosas, reflejar los itinerarios (distancia y tiempo) que realizan las personas desde sus hogares para llegar a establecimientos sanitarios y efectores de salud (Rosati *et al.*, 2020). Este índice incluye, no solo las distancias y tiempos, sino los tipos de condiciones viales que son necesarias recorrer para llegar a establecimientos de salud y los tipos de transporte disponibles. En Santiago del Estero, la mayor parte de los caminos del interior no tienen mantenimiento y son frecuentemente intransitables. Además, la red de transportes pública y privada y sus costos deja muchas zonas sin posibilidad de acceder a ello (Cordero, 2021; Canevari, 2011; Silveti y Llanos Paz, 2021; Silveti *et al.*, 2024).

Algunos Datos de Cobertura Sanitaria Provincial

La cobertura de la salud de la población representa un aspecto relevante al momento de caracterizar el sistema de salud. En este sentido los planes y programas se constituyen en el nexo entre la población y el sistema de salud.

De acuerdo con el informe provincial de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la provincia (2023), el 60,7% de las personas que cuentan con cobertura de salud corresponde al Programa estatal nacional Sumar, el resto de la población accede a servicios y personal de salud por medio del PAMI, obras sociales, etc. 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. Sumar tiene como antecedente al Plan Nacer que se inició en 2004 en las provincias del norte argentino y en 2007 se extendió al resto del país para brindar cobertura de salud a la población materno-infantil sin obra social. A continuación, mostramos un gráfico con estos datos.

Gráfico 7. Cobertura de salud en la provincia



Respecto de población sin cobertura de salud, de acuerdo con datos del censo 2022 (que trabaja sobre una población total que no incluye a personas que viven en situación de calle) en la provincia de Santiago del Estero, el 56,03% no cuenta con cobertura -no tiene obra social, prepaga ni plan estatal- (INDEC, 2022).

Advertimos que existe una disparidad de datos que aparecen en el informe provincial (que toma estadísticas nacionales de 2021) y las estadísticas nacionales del Censo 2022. Sin embargo, no logramos acceder a mayores informaciones.

Indicadores de Situación de Salud Provincial

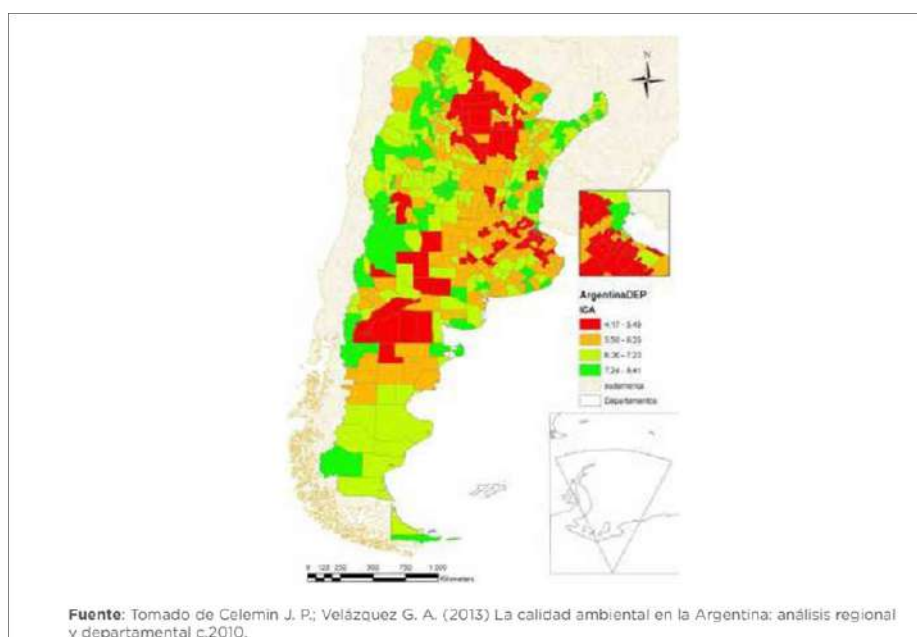
Este apartado focaliza en algunos indicadores de situación de salud relevados por el INDEC y la DEIS, en relación con indicadores que consideramos potenciales para reflejar la situación de salud (salud socioambiental, mortalidad infantil y materna, y partos y nacimientos en adolescentes).

Relaciones entre salud y ambiente

De acuerdo con el informe de Análisis de situación de salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación, 2018), los departamentos más afectados respecto del Índice de Calidad Ambiental pertenecen a provincias como Formosa, Chaco o Santiago del Estero, como lo muestra el gráfico 8. Este Índice se propone dimensionar la magnitud de algunos problemas ambientales que afectan el bienestar de la población y, por otra parte, una cuantificación de la percepción en el caso de elementos subjetivos como la valoración de los recursos escénicos o de los elementos de esparcimiento (Celemín y Velázquez, 2015).

La amplitud del territorio santiagueño y la población rural dispersa, ubica a la provincia ante el desafío de cubrir y tener registrado el Índice de Calidad Ambiental. El Ministerio de Salud provincial posee un área de salud ambiental, sin embargo, en una entrevista como parte de un trabajo previo (Schmidt *et al.*, 2018), esta área se ocupa solamente de contextos urbanos. Esto refleja que el organismo deja de lado a la gran población rural dispersa que vive en estos territorios y que, en los últimos años debido a la expansión de la frontera agroexportadora, ha venido sufriendo el deterioro de la calidad ambiental de sus territorios, debido a la pérdida de bosques nativos y la aplicación de agroquímicos para la producción del agronegocio. El gráfico que colocamos en esta sección muestra que los territorios más deteriorados de la provincia se encuentran en la zona oeste, donde la frontera agrícola ha venido avanzando con la deforestación y donde justamente es zona rural con población dispersa.

Gráfico 8. Índice de Calidad Ambiental



Mortalidad materna e infantil

La información sobre mortalidad es fundamental para evaluar los programas de salud y definir acciones o estrategias. La información sobre mortalidad, natalidad y movimiento migratorio constituyen un eje fundamental en el estudio de la dinámica demográfica de una población. Junto con la información proveniente de los censos de población proporcionan, además, los datos básicos para estimar la esperanza de vida y elaborar otros indicadores relevantes sociodemográficos y de salud (OPS, 2017).

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad posneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año. La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. Se expresa habitualmente cada mil nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

En 2022, la tasa de mortalidad infantil de la provincia fue de 9 y la media nacional fue de 8,4 (DEIS, 2022). Mientras que la razón de mortalidad materna en la provincia fue de 8,6 en relación con una media nacional de 3,4, como se muestra en la tabla 3, una de las estadísticas más elevadas del país, junto a la provincia de Chaco.

Tabla 3. Indicadores de mortalidad materna e infantil (DEIS, 2022)

JURISDICCION DE RESIDENCIA	TASA DE NATALIDAD	TASA DE NUPCIALIDAD	TASA DE MORTALIDAD		RAZON DE MORT. MATERNA	TASA DE MORT. PERINATAL
			GENERAL	INFANTIL		
REPUBLICA ARGENTINA	10,7	3,0	8,6	8,4	3,4	11,1
Ciud. Aut. de Buenos Aires	8,0	4,4	10,8	6,0	1,2	6,1
Buenos Aires	9,7	3,2	8,8	7,9	2,9	10,3
Partidos del Aglom. GBA	9,5		8,0	7,9	3,3	9,7
Catamarca	11,3	2,3	7,5	5,9	4,2	10,2
Córdoba	10,8	2,6	9,3	7,5	3,4	10,5
Corrientes	12,6	1,9	7,9	13,6	6,9	17,7
Chaco	14,7	3,2	8,1	10,9	8,3	12,5
Chubut	9,6	2,5	6,5	8,4	3,2	10,3
Entre Ríos	10,7	2,5	9,1	10,8	2,6	16,6
Formosa	13,8	2,1	7,6	15,1	5,9	16,8
Jujuy	9,9	2,2	6,9	7,9	2,6	12,6
La Pampa	9,6	1,4	8,1	6,9	--	8,5
La Rioja	10,9	1,8	6,9	10,7	6,8	13,3
Mendoza	10,5	2,7	8,1	6,7	1,4	8,9
Misiones	15,2	3,7	7,3	8,2	1,5	13,2
Neuquén	11,0	3,4	6,1	4,4	1,3	7,3
Río Negro	10,5	3,2	7,1	8,2	5,0	11,0
Salta	12,8	2,2	6,5	8,9	5,3	10,4
San Juan	13,1	2,5	7,8	8,3	1,9	12,5
San Luis	10,7	2,2	7,6	8,5	1,8	12,1
Santa Cruz	9,5	3,0	5,1	9,8	5,5	9,8
Santa Fe	11,5	3,0	9,7	8,3	4,1	10,3
Santiago del Estero	11,7	1,5	7,2	9,0	8,6	8,3
Tucumán	11,9	2,6	7,9	11,0	2,9	12,8
Tierra del Fuego	8,5	3,3	4,2	3,9	--	5,2

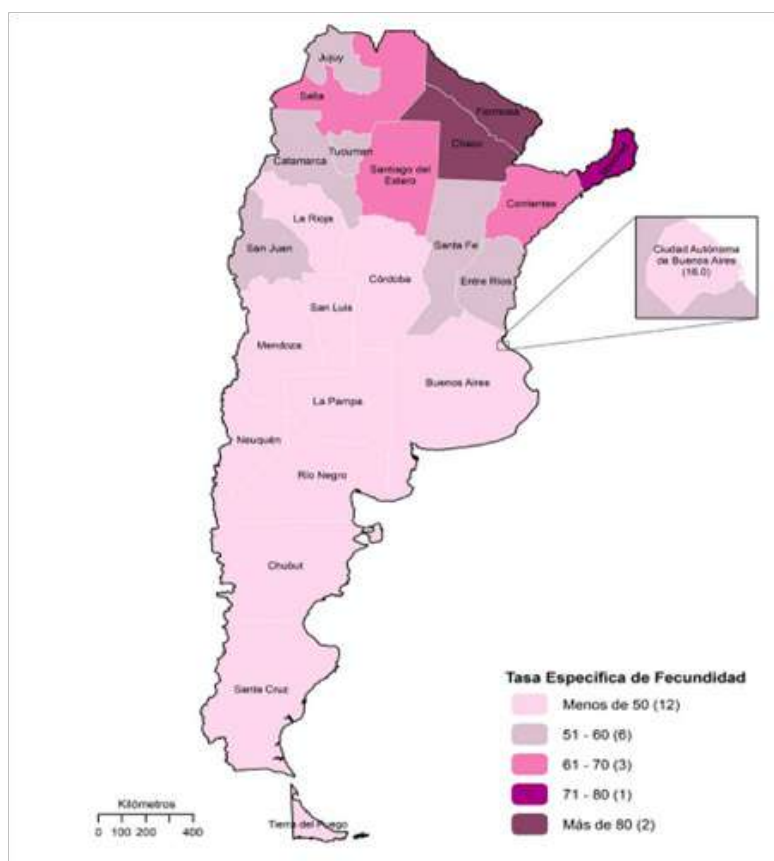
Partos y nacimientos

En general suelen emplearse dos indicadores para dar cuenta de la evolución del embarazo en la adolescencia: la tasa específica de fecundidad adolescente y el porcentaje de nacimientos en madres menores de 20 años respecto del total de nacimientos. El porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes pone en relación el comportamiento reproductivo de las adolescentes con el de los demás grupos de edad. La tasa de fecundidad adolescente, por su parte, pone en relación la cantidad de nacidos vivos de mujeres de 19 años y menos con la cantidad total de mujeres de 10 a 19 años, en el mismo lugar geográfico y año. La tasa de fecundidad adolescente se suele presentar también desagregada en tasa de fecundidad adolescente temprana (de mujeres de 10 a 14 años) y tasa de fecundidad adolescente tardía (de mujeres de 15 a 19 años) (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2022).

El embarazo en la adolescencia tiene profundos efectos en la trayectoria de vida. Además, tiene una relación de mutua implicación con las desigualdades sociales, en tanto deriva de ellas y al mismo tiempo tiende a profundizarlas (Del Cid *et al.*, 2022). El impacto del embarazo en la adolescencia tiene consecuencias directas para las adolescentes en tanto incide profundamente en las posibilidades de desarrollo educativo, laboral y personal de las adolescentes y jóvenes (Plan ENIA, 2019).

Para 2018 en Argentina, las tasas más altas de fecundidad adolescente se concentraron en las provincias más pobres, destacando Chaco y Formosa, dos territorios que históricamente experimentaron altos niveles de marginación. En un segundo grupo, destacan Misiones, Corrientes, Santiago del Estero y Salta, donde residen sectores de población con vulnerabilidades profundas (Del Cid *et al.*, 2022).

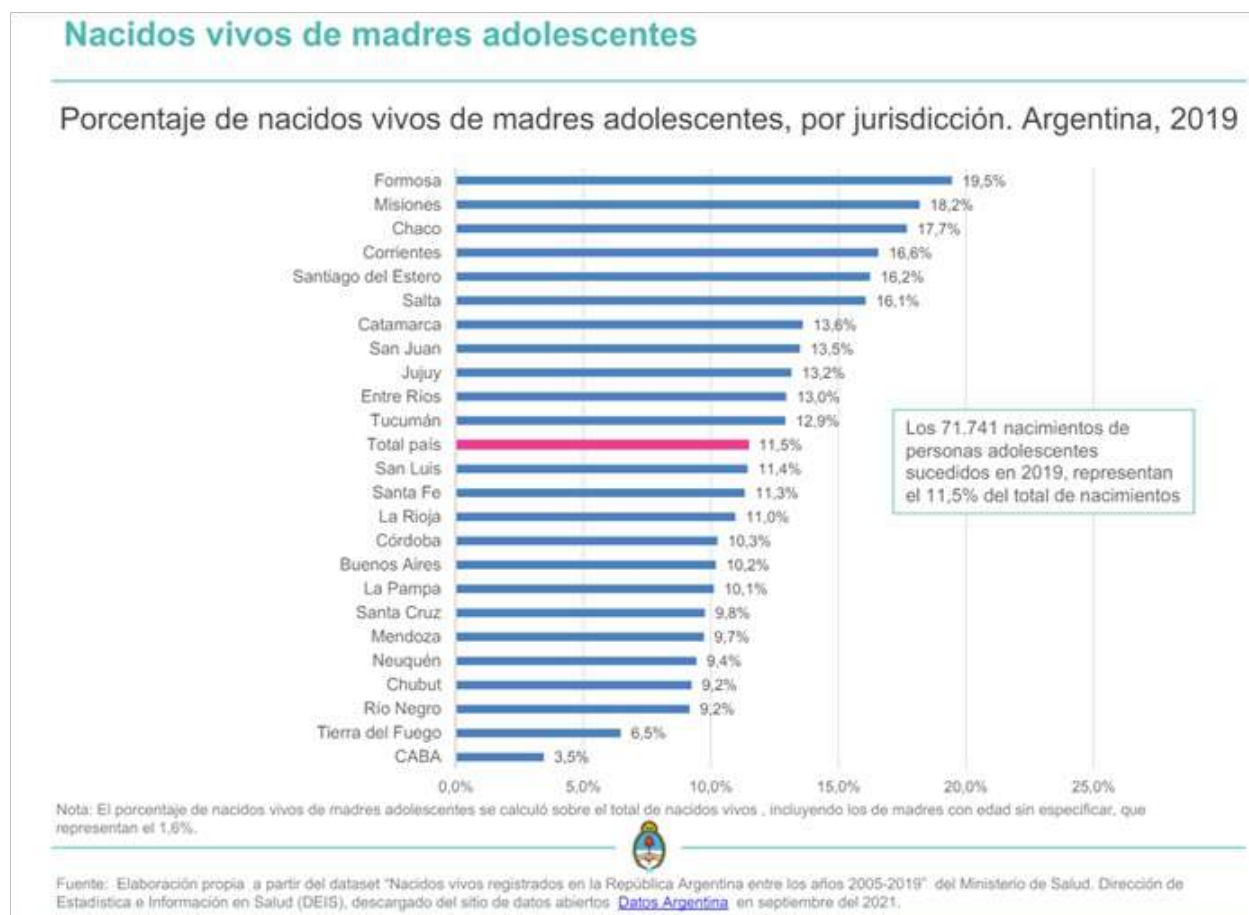
Gráfico 9. Tasa específica de fecundidad



Fuente: Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2018)

Por otro lado, respecto del indicador de nacidos vivos, de acuerdo con el gráfico 10, del total de nacimientos ocurridos en 2019, las provincias con el mayor registro de nacimientos de adolescentes fueron: Formosa (19, 5%), Misiones (18, 2%), Chaco (17, 7%), Corrientes (16, 6%) y Santiago del Estero (16,2%). Ello ante un porcentaje nacional del 11, 5% (Dirección Nacional de Población, 2021 en base a Ministerio de Salud, DEIS, 2019).

Gráfico 10. Partos y nacimientos en adolescencias



En 2017 comienza a implementarse en Argentina, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA), constituyéndose en la primera política pública que se plantea una intervención integral e intersectorial en el tema. Esta política interministerial, con enfoque de derechos, de género y de equidad social se implementó de manera focalizada en 12 provincias del país con las tasas más altas de fecundidad adolescente, incluida Santiago del Estero, específicamente en cuatro departamentos de mayor concentración poblacional: Capital, Banda, Río Hondo y Robles. Su implementación local desde 2018 a 2023 ha generado un descenso pronunciado del embarazo no intencional adolescente. Los resultados del Censo 2022 coinciden en los impactos de reducción del 50% en la cantidad de adolescentes con hijos/as (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, 2024).

Consideraciones Finales

En este trabajo sistematizamos información en torno a la organización sanitaria y la situación de salud de la provincia de Santiago del Estero. Esta descripción y caracterización contemporánea permitió resolver (dentro de lo posible) la falta de acceso a datos públicos que permitan contex-

tualizar investigaciones en salud local. A partir de allí, buscamos dar cuenta de las distancias que existen entre las políticas sanitarias de distribución de establecimientos y servicios de salud que, a pesar de ser aparentemente adecuada, no logra mejorar indicadores de situación de salud en aspectos críticos como cobertura, mortalidad infantil, embarazo adolescente y calidad ambiental.

En relación a los datos estadísticos, resaltamos que ha significado una limitación para el trabajo la inexistencia y/o no disponibilidad constante de una base de datos y cartografías de información pública sanitaria a nivel provincial. La página oficial del organismo público sanitario provincial no contiene actualizaciones en cuanto a la organización sanitaria en general. Por otro lado y vinculado a los obstáculos en el acceso a los datos oficiales locales, existen ciertas barreras burocráticas para el acceso a la información pública sanitaria, tales como el pedido de cumplimiento de requisitos formales al presentar un pedido de información pública, los circuitos que debe seguir el trámite en tanto se debe presentar como expediente, la dilatación, no respuesta o rechazo institucional, la imposibilidad de acceder a normativas que se mencionan en entrevistas, entre otras.

Para concluir, destacamos algunos de los aspectos presentados. Por un lado, la aparente distribución de establecimientos de salud en toda la geografía provincial como lo muestran los gráficos no condice con la situación de salud descripta. El análisis de esta distribución edilicia no da cuenta de las prestaciones y usos que efectivamente se realizan ni de la distribución de fuerza laboral sanitaria, que brindaría mayores precisiones acerca de la centralización de servicios sanitarios en el conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda.

De este modo, este trabajo nos permite aproximarnos a una hipótesis acerca de la relación entre la organización sanitaria provincial y la situación de salud: a pesar de que existe una distribución geográfica de centros de salud (edificios) de diferentes niveles, el acceso a personal y servicios no es correlativa, dado que no existe infraestructura de caminos, transporte y personal de salud suficiente en cantidad y calidad, ni recursos materiales para garantizar el acceso a personal y servicios de salud a toda la población.

Por otro lado, consideramos importante resaltar que, en el Plan Estratégico Provincial mencionado, se sostiene una lógica de dependencia epistemológica y política con los lineamientos de Organismos Internacionales, al alinearse discursivamente con la propuesta de “Una Salud”, como principio rector de implementación de nuevas políticas sanitarias. Es llamativo que esta respuesta se ubica en primer lugar en el apartado de Salud del Plan Estratégico, dejando en segundo lugar el análisis de problemáticas locales situadas. Esta lógica, que parte de establecer una respuesta basada en producciones extranjeras antes de analizar los problemas de los territorios, produce desarticulaciones entre territorios y políticas y subordinación de la producción de conocimientos locales, dinámica histórica y estructural en países denominados del Sur Global (Basile y Feo, 2022). De acuerdo a las políticas diagramadas en el Plan Estratégico Provincial, se ve reflejado cómo dinámicas globales de organismos internacionales y países del Norte Global impregnan las políticas sanitarias locales. Mientras que la agenda sanitaria local está interesada por abrazar lineamientos de organismos internacionales, la población de la provincia debe lidiar con la falta de accesibilidad básica al sistema de salud, reflejado en la situación de salud descripta.

Bibliografía

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Red de Acceso al Aborto Seguro, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (2024). Informe: Plan ENIA en riesgo. Razones para sostener una política pública clave para revertir la reproducción intergeneracional de la pobreza. 19 de septiembre. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4780>

Basile, G., & Feo-Istúriz, O. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de

- salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2).
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. D. D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53, s132-s142.
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53(supl. 2), s96-s109.
- Canevari, C.; Hoyos, N.; Isac, R. y Domínguez, B. (2023). Los derechos sexuales y (no) reproductivos en suspenso en territorios rurales y urbanos de Santiago del Estero, Argentina. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.*; 12(4), 85-102. <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1025>
- Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.C
- Celemín, J. P., & Velázquez, G. Á. (2015). Elaboración y aplicación de un índice de calidad ambiental para la región del nordeste argentino, 2010. *Economía, sociedad y territorio*, 15(47), 123-151.
- Cordero, R. A. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero. *Trabajo y sociedad*, 22(37), 589-617.
- Cuadernillo Perfil Sanitario Provincial Santiago del Estero- Ministerio de Salud de la Nación- (2022). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/perfil-sanitario-provincial-santiago-del-estero>
- Del Cid, J., Flamand, L. y Olmeda, J. (2022). Embarazo en la adolescencia desde una perspectiva de derechos. Diagnóstico e intervenciones públicas en América Latina y el Caribe. En *Informe Danzar en las brumas: Géneros y juventudes en entornos desiguales en América Latina y el Caribe*. Unesco, Colegio de México, Clacso. <http://danzarenlasbrumas.org/wp-content/uploads/2022/03/InformeGyJ-DanzarBrumas-vpreprint.pdf>
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud [DEIS] (2022). Estadísticas Vitales-Información Básica. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_66_anuario_vitales_2022_3.pdf
- Domínguez-Alonso, E., & Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud pública de México*, 53, s168-s176.
- Gallart, M. (1992). La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. En F. Forni, MA Gallart & I. Vasilachis (eds.), *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación* (pp. 107-152). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. Argentina.
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. D., Buss, P. M., Fleury, S., Gadelha, C. A. G., Galvão, L. A. & Santos, R. F. D. (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saude publica*, 35, e00012219.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53, s144-s155.
- Hupe, P., & Hill, M. (2007). Street-Level bureaucracy and public accountability. *Public administration*, 85(2), 279-299.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INDEC- (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC- (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC- (2024). Encuestas Permanentes de Hogares primer semestre de 2023. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud pública de México*, 53, s177-s187.

- Maldonado, J. (2024). Hospitales en conglomerado santiago y banda. Provincia de Santiago Del Estero. Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (UNSE/CONICET). Comunicación personal, mayo.
- Mancini, M. (2014). Régimen político, gestión estatal e implementación de políticas a nivel subnacional. El caso de Santiago del Estero, Argentina. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 9(15), 151-176.
- Minayo, M. C. D. S. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. 334 págs. Lugar.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018) Análisis de situación de salud: República Argentina, https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacin_de_salud_-_republica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2021) Natalidad y mortalidad infantil Argentina – Año 2021. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). Perfil sanitario provincial Santiago del Estero. Noviembre.
- Ministerio de Salud de Santiago del Estero (2021). Hospitales del Interior. <https://msaludsgo.gov.ar/web/hospitales-del-interior/>
- oNavarro Pérez P., Gómez, M., Villegas, P., Garrido, C., & Martin, N. L. (2015). *Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina*. Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2017). Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos_esp-web.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2023). Política sobre el personal de salud 2023: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. <https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin>
- Organización Mundial de la Salud (2023a). Una sola salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>
- Organización Mundial de la Salud (2023b). Capacidad del personal nacional para realizar las funciones esenciales de salud pública, con atención a la preparación y respuesta ante emergencias: hoja de ruta para armonizar las contribuciones de la OMS y los asociados. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365750/9789240067912-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
- Pereyra, H. (2020). "Vivo aquí ¿qué quieren que haga?": dinámicas socio-sanitarias con mujeres madres en la interfase urbano-rural. *Teoría e Cultura*, 15(1).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ar/El-sistema-de-salud-argentino----pnud-ops-cepal-version-final.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2022). Mapa de Desarrollo Humano en Argentina. Serie políticas para la recuperación. Número 4. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-11/PNUD_ElMapaDelDesarrollo_FINAL_1.pdf
- Rosati, G. F., Olego, T. A., & Vazquez Brust, H. A. (2020). Vulnerabilidad sanitaria 2010-2018.
- Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como campo; Tensiones, estrategias

- y opacidades. *Debate Público*, 6(12).
- Schmidt, M. A., Tobías, M., Merlinsky, M. G., & Toledo López, V. B. (2022). Conflictos por el agua y el uso de agroquímicos en Salta y Santiago del Estero, Argentina: un análisis desde la ecología política *Agua y Territorio*, 21. <https://doi.org/10.17561/at.21.5889>
- Schmidt, M., Grinberg, E., Langbehn, L., Álvarez, A., Pereyra, H., Toledo López, V., & Ceirano, V. (2018). Riesgos e impactos socio-sanitarios de las fumigaciones con agroquímicos en las provincias de Salta, Santiago del Estero y Santa Fe. *Informe final presentado a la Convocatoria a Becas de Investigación SALUD INVESTIGA Dr. Abraam Sonis*.
- Secretaría de Ciencia y Tecnología de Santiago del Estero (2023) Plan Estratégico de Ciencia, Innovación y Tecnología: Santiago del Estero, 2023-2030. <https://www.unse.edu.ar/images/secyt/SICIyT/Plan%20Estrategico%20de%20Ciencia%20Innovacion%20y%20Tecnologia%20SDE2023-2030.pdf>
- Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (2022). Indicadores de niñez y adolescencia Fecundidad adolescente. Argentina 2019 Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-fecundidad_adolescente-arg2019_25_abr_2022.pdf
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2019). Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. 1a ed adaptada Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Libro digital. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files>
- Silva Paim J. y Almeida Filho N. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad. Méd. Soc.* 75: 5-30. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6060>
- Silveti, L. (2019) Nuevas preguntas para viejos problemas. Genealogía del Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón”, Santiago del Estero. [Tesis de Maestría]. Facultad de Humanidades, Cs. Sociales y de la Salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero
- Silveti, L. y Llanos Paz, R. (2021) Informe Técnico. Eje Salud. Proyecto de Investigación “Identificación de estrategias y dispositivos institucionales y comunitarios significativos para mitigar los efectos sociales del aislamiento social preventivo obligatorio en los territorios”. Programa de articulación y fortalecimiento COVID-19 07/2020 al 06/2021 MinCyT. SDE01.
- Silveti, L. L., Pereyra, H., Hoyos, N. P., & Santillán, S. D. (2024). ¿Silenciar, problematizar o condenar? Análisis de noticias digitales sobre situaciones sociosanitarias en el interior de Santiago del Estero, Argentina. *Dixit*, 38.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.

Fecha de Recepción: 15 de octubre 2024
Recibido con correcciones: 13 de diciembre de 2024
Fecha de Aceptación: 22 de diciembre de 2024