

Estrategias usadas en la atención de la salud sexual de poblaciones rurales de bajos ingresos

Strategies Used in Sexual Health Care for Low-Income Rural Populations

Estratégias utilizadas na atenção à saúde sexual de populações rurais de baixa renda

Valeria Laura González-Cowes, PhD^{1*}

Fernando Pablo Landini, PhD²

Recibido: 21 de junio de 2022 • **Aceptado:** 10 de julio de 2023

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12079>

Para citar este artículo: González-Cowes VL, Landini FP. Estrategias usadas en la atención de la salud sexual de poblaciones rurales de bajos ingresos. Rev Cienc Salud. 2023;22(1):1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12079>

Resumen

Introducción: en la ejecución de políticas públicas de salud sexual, resultan cruciales las estrategias utilizadas en la construcción de la relación agente de salud-usuario. En la literatura son pocos los artículos que exploran las estrategias que utilizan los agentes de salud para interactuar con pobladores rurales al abordar estas problemáticas. Este artículo se propone describir y comprender las estrategias que utilizan los agentes de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva de pobladores rurales de bajos ingresos. Para ello, se conceptualiza la relación médico-paciente como una interfaz social, es decir, como un espacio de articulación entre los mundos de sentido de los actores involucrados. **Materiales y métodos:** se desarrolló un estudio de carácter exploratorio-descriptivo de tipo transversal. Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a agentes del sistema de salud, y su análisis se hizo desde un enfoque cualitativo. **Resultados:** los agentes de salud utilizan un amplio repertorio de estrategias para abordar la salud sexual de los pobladores rurales. Se identificaron y caracterizaron dos tipos de estrategias (dialógicas y monológicas), con sus respectivos subtipos. **Conclusión:** el estudio visibiliza las estrategias dialógicas como modo alternativo de relación médico-paciente, en contraste con estrategias tradicionales, de tipo monológico. Además, contribuye a la

- 1 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) e Instituto de Estudios Geográficos Guillermo Röhmeder, Universidad Nacional de Tucumán (Argentina).
- 2 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) e Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad de la Cuenca del Plata (Argentina).

Valeria Laura González-Cowes, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9881-4314>

Fernando Pablo Landini, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5322-2921>

* Autora de correspondencia: valeria.gonzalezcowes@gmail.com

formación de los agentes de salud, y en la conformación de los equipos que abordan la salud sexual y reproductiva en contextos rurales.

Palabras clave: relaciones médico-paciente; salud sexual y reproductiva; poblaciones rurales; accesibilidad a los servicios de salud; equidad en salud.

Abstract

Introduction: The strategies used for constructing health agent-user relationship are crucial for executing public policies on sexual health. In the literature, few articles explore the strategies used by health agents to interact with rural residents when addressing these problems. We aimed to describe and understand these strategies used by health agents for sexual health care in low-income rural residents. To achieve this, the doctor-patient relationship is assumed to be a social interface and a space of articulation between the worlds of meaning of the actors involved. *Materials and methods:* An exploratory, descriptive, and cross-sectional study was developed. Overall, 21 semistructured interviews were conducted with health agents, and the results were qualitatively analyzed. *Results:* Health agents use a wide repertoire of strategies to address the sexual health of rural residents. Two types of strategies (dialogical and monological) and their respective subtypes were identified and characterized. *Conclusion:* Dialogic strategies are an alternative to the doctor-patient relationship and are contradictory to the traditional monological strategies. They impact the training of health agents and the formation of teams that address sexual and reproductive health in rural settings.

Keywords: Physician-patient relations; sexual and reproductive health; rural populations; health services accessibility; health equity.

Resumo

Introdução: na execução das políticas públicas de saúde sexual, as estratégias utilizadas na construção da relação agente de saúde-usuário são cruciais. Na literatura são escassos os artigos que exploram as estratégias utilizadas pelos agentes de saúde para interagir com os moradores rurais na abordagem desses problemas. Este estudo se propõe a descrever e compreender as estratégias utilizadas pelos agentes de saúde na atenção à saúde sexual e reprodutiva de moradores rurais de baixa renda. Para isso, a relação médico-paciente é conceituada como interface social, ou seja, como espaço de articulação entre os mundos de sentido dos atores envolvidos. *Materiais e métodos:* foi desenvolvido um estudo transversal exploratório-descritivo. Foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas com agentes do sistema de saúde e sua análise foi feita a partir de uma abordagem qualitativa. *Resultados:* os agentes de saúde utilizam um amplo repertório de estratégias para abordar a saúde sexual dos residentes rurais. Dois tipos de estratégias (dialógicas e monológicas) foram identificadas e caracterizadas, com seus respectivos subtipos. *Conclusão:* este estudo torna visíveis as estratégias dialógicas como modo alternativo de relação médico-paciente, em contraste com as estratégias tradicionais de tipo monológico. Além disso, contribui para a formação de agentes de saúde e na formação de equipes que abordem saúde sexual e reprodutiva em contextos rurais.

Palavras-chave: relações médico-paciente; saúde sexual e reprodutiva; populações rurais; acessibilidade aos serviços de saúde; equidade em saúde.

Introducción

Una de las metas propuestas para alcanzar el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible implica garantizar, para 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR), lo que requiere integrarlos en las estrategias y los programas nacionales (1). Aunque claramente deseable, el acceso a la atención de SSyR es un proceso complejo y que conlleva varias etapas en las que pueden presentarse barreras, particularmente para aquellos grupos con mayores desventajas sociales (2,3).

En la implementación local de políticas públicas relacionadas con la atención de la SSyR, resulta crucial el espacio social de interacción entre los agentes del sistema de salud y los destinatarios de los servicios. En primer lugar, porque dicha interacción es la puerta de acceso a la atención especializada, a información y a recursos asociados con la SSyR, y, en segundo lugar, porque la relación entre estos dos actores es en sí misma una herramienta de intervención que puede favorecer o dificultar el acceso de los destinatarios a su SSyR (4,5). Finalmente, resulta de interés su estudio por el papel de mediación entre los recursos sanitarios dispuestos y los resultados locales de la implementación de políticas en SSyR (6).

Desde una perspectiva general, esta relación se inserta en lo que los autores denominan *relación médico-paciente*, y puede definirse como una relación interpersonal y profesional cuyo objeto es la gestión de la salud (7). Diversos autores coinciden en señalar que la relación médico-paciente es compleja, asimétrica en términos de conocimientos y socialmente heterogénea (6,8,9).

En la literatura especializada es frecuente encontrar artículos que abordan la relación médico-paciente desde el estudio de las características generales que asume este espacio microsocio (10,11). Según el grado de asimetría en la relación y el tipo de participación del paciente, las descripciones tienden a organizarse sobre un eje con dos modelos relacionales opuestos: el modelo paternalista y el modelo centrado en el paciente. El modelo paternalista se sustenta en una visión biologista, individualista y pragmática de la atención de la salud (12). En este modelo, el foco está en el tratamiento de la enfermedad. Se asume que el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad en razón de su enfermedad y de carencia de conocimientos médicos, por lo que el rol del profesional consiste en actuar por el mejor interés del paciente usando como criterio objetivo su conocimiento experto. De este modo, la dinámica de la relación médico-paciente se centra en el profesional, quien se asume como poseedor de los conocimientos apropiados y de los recursos técnicos necesarios para mejorar el estado de salud de las personas. Entre tanto, se espera que el paciente asuma una posición pasiva y receptora de las indicaciones médicas (7,10,13).

Por su parte, el modelo centrado en el paciente se apoya en una perspectiva biopsicosocial que apunta a comprender al paciente como un sujeto autónomo, singular y dentro de un contexto particular. Además, este modelo reconoce que en el contexto de la atención de salud

existe una influencia mutua entre el profesional y el paciente, que es necesario considerar (10). Aquí la interacción está centrada en reconocer las necesidades, preferencias y contexto de vida del paciente, por lo que se propicia un espacio de escucha y reflexión donde se propone un vínculo de colaboración. Dentro de esta perspectiva, la dinámica de la relación médico-paciente resulta más horizontal y democrática, pues el paciente participa activamente en el proceso de toma de decisiones sobre las intervenciones que se van a llevar a cabo en relación con su salud. El reconocimiento de la autonomía del paciente y de sus necesidades e intereses propicia un mayor grado de empatía del profesional y mayor responsabilidad del paciente en el cuidado de su salud (13,14).

Los modelos brevemente reseñados aquí son modelos ideales que delinean características estereotípicas de la relación médico-paciente y, con base en ellos, la producción académica ha promovido reflexiones e indicaciones acerca de cómo debería ser ese tipo de relación (15). En el ámbito de la atención de la SSyR, las recomendaciones que se hacen en el ámbito internacional hacen hincapié en la trascendencia de implementar el modelo centrado en el paciente, debido a que este promueve tanto el intercambio de conocimientos sobre el cuidado de la SSyR como la puesta en funcionamiento de un proceso colaborativo de apoyo a la toma de decisiones en el que las personas participan activamente (16-18). En ese sentido, algunas investigaciones exploraron en este contexto el aspecto comunicacional de la relación médico-paciente, analizaron las características del intercambio entre los actores o mostraron inquietud sobre el impacto de las creencias y actitudes de los agentes de salud en las formas de abordaje de temas relacionados con la SSyR (19-21). Sin embargo, es mucho menos frecuente encontrar trabajos académicos que exploren cómo se configura específicamente esa relación, en términos de los tipos de acciones y estrategias específicas que implementan los agentes del sistema de salud en la atención de la SSyR. La escasez de trabajos acerca de la relación médico-paciente es aún mayor cuando se trata de explorar cómo interactúan los agentes de salud y poblaciones rurales de bajos ingresos al abordar problemáticas de SSyR (22).

Ahora bien, un modo de profundizar en la comprensión de las estrategias que utilizan los agentes del sistema de salud es abordar la relación médico-paciente como una interfaz social (23). Esto supone asumir, por un lado, el carácter local y situado de la implementación de dichas estrategias; por otro, la confluencia en el espacio microsocioal de la relación médico-paciente de actores provenientes de distintos mundos sociales (24). Cada uno de estos actores dará significados potencialmente disímiles a su experiencia asociada con la SSyR y con los otros actores con quienes interactúan en la relación médico-paciente, teniendo como referencia un conjunto de representaciones, concepciones, valores y respuestas emocionales distintas (5). Estos repertorios culturales resultan en filtros de interpretación y, a su vez, funcionan como guías para que los actores implementen estrategias “prácticas”, en el doble sentido de implícitas y adaptadas a las urgencias de la acción (25,26). Al hablar de estrategias

se hace referencia a un conjunto sistemático y persistente en el tiempo de prácticas que los actores sociales llevan adelante para mantener o mejorar su posición social o para maximizar su acceso a beneficios materiales o simbólicos, siempre en el contexto de las restricciones de la estructura social en la que interactúan (26,27).

Partiendo de comprender la relación médico-paciente como un espacio de articulación entre los mundos de sentido de los actores involucrados, este estudio se propuso describir y comprender las estrategias que utilizan los agentes del sistema de salud en la atención de la SSyR de pobladores rurales pertenecientes a sectores de bajos ingresos.

Materiales y métodos

Conviene señalar que este estudio se da en el marco de una investigación más amplia, orientada a identificar factores psicosociales y culturales que participan en la interfaz de atención de la SSyR en contextos rurales. Para alcanzar el objetivo, este estudio partió desde un enfoque cualitativo y tuvo un carácter exploratorio-descriptivo de tipo transversal. Las actividades de investigación se realizaron en los parajes rurales de Cerro López, Colonia Caa Guazú y Dos Arroyos, todos pertenecientes al municipio de Dos Arroyos, departamento Leandro N. Alem, provincia de Misiones (Argentina), y en los parajes rurales de Agua Dulce, Árbol Solo, El Naranjito, Las Cejas, La Tala y San Miguel, pertenecientes a la comuna de Ranchillos, departamento Cruz Alta, y a la comuna de Agua Dulce y La Soledad, departamento de Leales, provincia de Tucumán (Argentina). Los criterios utilizados para seleccionar los territorios estudiados fueron: a) su carácter rural, b) la existencia de vínculos previos con agentes del sistema de salud de las zonas seleccionadas y c) la existencia de un apoyo institucional local correspondiente al área de salud que facilitara el acceso a los sujetos para ser entrevistados.

La muestra fue intencional e incluyó a 15 profesionales de la salud y a 6 agentes sociosanitarios. En la tabla 1 se resume la cantidad de entrevistas a profesionales y agentes sociosanitarios por territorio.

Tabla 1. Distribución de las entrevistas según el tipo de agentes del sistema de salud y los territorios estudiados

Territorio	Profesionales	Agentes sociosanitarios	Total
Misiones	9	2	11
Tucumán	6	4	10
Total	15	6	21

En total, se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a agentes del sistema público de salud, cuyas tareas involucraban la atención de problemáticas vinculadas con la SSyR de pobladores rurales de bajos ingresos. Dichas entrevistas se organizaron según diferentes ejes

de indagación, de los cuales los siguientes aportaron información para alcanzar el objetivo propuesto en este trabajo:

1. Actividades llevadas a cabo dentro de su función como agentes de salud en el contexto de la SSyR.
2. Descripciones que caracterizan la interacción y comunicación habituales entre los entrevistados y los pobladores rurales en el contexto de la atención de la SSyR.
3. Descripciones sobre las formas de interacción y comunicación habituales entre entrevistados y pobladores rurales que facilitan o dificultan el acceso de los habitantes de las comunidades rurales al sistema de salud en el área de la SSyR.

El análisis de los datos siguió los lineamientos de análisis propuestos por Taylor y Bogdan (28), que buscan comprender el fenómeno estudiado desde la perspectiva de los propios actores. Se utilizó el *software* ATLAS.ti para el trabajo de codificación y categorización de los fragmentos de entrevista. De manera esquemática, pueden identificarse tres tipos de ciclos de codificación utilizados en este proceso:

1. Inicialmente, una codificación a base de códigos libres orientados por los ejes de indagación propuestos para las entrevistas (29).
2. A continuación, se revisaron sistemáticamente los fragmentos referidos a cada código. Se identificaron características semejantes entre los códigos para, luego, reagruparlos a fin de generar subcategorías y categorías, o nuevos códigos cuando fue preciso.
3. Seguidamente, se realizó un proceso de codificación axial, para identificar cómo se relacionan las categorías y subcategorías entre sí (30).

Por último, mediante un análisis cuantitativo-descriptivo para cada categoría y subcategoría relevante, se estimaron incidencias relativas de cada dato de interés. Con ese fin, se utilizó la siguiente secuencia de trabajo.

En primer lugar, se usó la función de ATLAS.ti *code-primary-documents-table*, que muestra la cantidad de fragmentos de entrevista que incluye cada código. Al combinar esta función con el uso de filtros, fue posible distinguir la cantidad de fragmentos por código y por tipo de agente de salud. Seguidamente, estos resultados fueron exportados como planillas de cálculo para estimar la incidencia relativa de cada categoría o subcategoría dentro de los ejes temáticos que interesaba analizar.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Colegio de Psicólogos de la provincia de Misiones, Argentina (proyecto del Registro Nacional de Investigaciones en Salud IS000369). Para las entrevistas se diseñó y utilizó un protocolo de consentimiento informado. A fin de mantener la confidencialidad, se optó por identificar a los entrevistados con un código cuya primera letra identificaba al tipo de actor entrevistado (*P* refiere a profesionales, y *ASS*, a los agentes sociosanitarios), seguido por el número identificador del

entrevistado y, finalmente, la letra que señala la provincia en la que se realizó la entrevista (*M* identifica a Misiones, y *T*, a Tucumán). Cuando se mencionaron personas, lugares o instituciones, se les asignaron seudónimos.

Resultados

A fin de contextualizar los resultados, se indica que en las zonas estudiadas solo hay Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que prestan servicios ambulatorios de medicina general y materno-infantil, así como servicios de enfermería. Tienen como objetivo la promoción y vigilancia de la salud y la prevención de la enfermedad. Están distantes a 25 km y a 42 km, según el caso, de una ciudad con servicios de salud de mayor nivel de complejidad. En ambas zonas, los servicios de transporte público circulan con poca frecuencia y por puntos distantes a los domicilios de los pobladores. En las zonas estudiadas en Tucumán, el sistema sanitario local tiene una mayor presencia territorial, y una mayor oferta de agentes y de horarios de atención que su contraparte en Misiones.

Como resultado del análisis de las entrevistas, se identificaron 10 estrategias que los agentes del sistema de salud utilizan en la comunicación e interacción con pobladores rurales en el contexto de la atención de la SSyR. Cada una de estas estrategias fue representada por un código en la unidad hermenéutica. A continuación, estos códigos se agruparon en dos categorías generales, tras reconocerse la existencia de patrones distintivos de interacción o comunicación entre agentes del sistema de salud y pobladores rurales. De tal modo, surgieron dos categorías: estrategias dialógicas y estrategias monológicas, cada una de ellas, a su vez, con subtipos específicos. Si bien se siguió un criterio empírico en la construcción de estas categorías, *a posteriori* se vinculó con investigaciones que siguen criterios similares (31-33). Consecuentemente, se propuso considerar como estrategias dialógicas aquellas que involucraran al menos uno de los siguientes factores: 1) la consideración de la perspectiva del otro, 2) el cuidado centrado en las preferencias o necesidades del paciente y 3) la habilidad para ponerse en el lugar del consultante. Siguiendo estos criterios, se identificaron 6 subtipos de estrategias dialógicas.

Por otra parte, se distinguieron como estrategias monológicas aquellas centradas en la transferencia del conocimiento y de tecnologías de la ciencia médica. En ellas resulta central la visión médica sobre las problemáticas abordadas, de tal forma que el vínculo comunicativo termina adquiriendo una estructura unidireccional, al centrarse en la exposición de ideas y recomendaciones por parte del profesional y al esperarse que quienes consultan adopten una posición pasiva de escucha y acatamiento. En esta investigación se identificaron 4 subtipos de estrategias monológicas usadas por los entrevistados.

Considerando la proporción en que se mencionaron cada una de las estrategias, la distribución entre ambos tipos parece llegar casi a un equilibrio, aun cuando es levemente mayor la proporción de estrategias dialógicas (56%), en comparación con las estrategias monológicas (44%). Conviene destacar que ambos tipos de estrategias aparecen mencionadas al menos una vez en todas las entrevistas, excepto en una. Es decir, los agentes de salud entrevistados, en su conjunto, tienden a utilizar ambos tipos de estrategias.

Ahora bien, cabe preguntarse cuáles son y cómo se distribuyen proporcionalmente cada subtipo de estrategias dialógicas y monológicas sobre el total de estrategias de cada tipo. A continuación, se presenta el análisis respecto a las estrategias dialógicas. La figura 1 muestra cuál es el peso relativo de cada subtipo de estrategia dialógica sobre el total de menciones referidas a este tipo de estrategias.

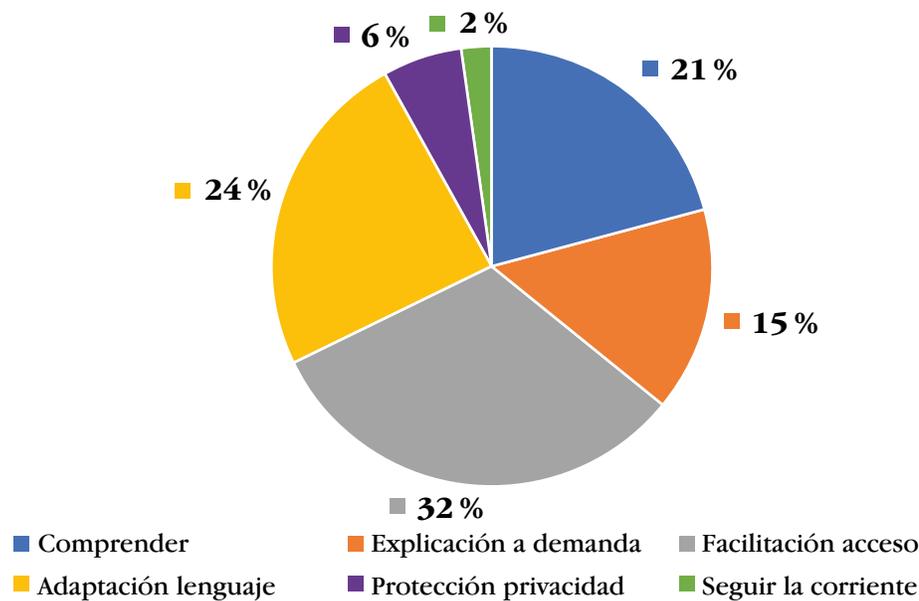


Figura 1. Distribución porcentual de los subtipos de estrategias dialógicas usadas por los agentes de salud

De acuerdo con la proporción en que las estrategias se mencionaron y siguiendo el orden decreciente de estas proporciones, se analiza cada uno de los subtipos de estrategia dialógica identificado:

1) *Facilitación del acceso geográfico, administrativo o económico.* Se trata de acciones que llevan adelante los agentes del sistema de salud para facilitarles a los pobladores el acceso tanto a la atención en SSyR como a insumos específicos, como métodos anticonceptivos. Por ejemplo, una médica comentaba que para facilitar que las mujeres embarazadas hicieran todos los estudios complementarios requeridos, ella llevaba una “cajita de laboratorio y le sacaba la sangre, [volvía al hospital en la ciudad] le sacaba los turnos de ecografía. Entonces

[las usuarias] se movían allá no más; no es que tenían que venir a sacar turno, buscar su laboratorio, llevar, traer” (P10M).

En otras ocasiones, este tipo de acciones se relacionan con gestiones que exceden su responsabilidad laboral, para que en los CAPS haya insumos y los pobladores puedan acceder a ellos gratuitamente. Así, una agente sociosanitaria contaba que, a raíz de una inquietud personal, solicitó permiso a su superior y este la autorizó a retirar mensualmente anticonceptivos de la farmacia oficial del sistema provincial de salud para proveer al CAPS.

2) *Adaptación del lenguaje y las expresiones.* Se trata de acciones cuya intención es traducir recomendaciones o explicaciones de carácter médico utilizando un lenguaje o estilo que les resulte más familiar a los pobladores. También involucra el aprendizaje por parte del agente de salud de modismos y formas de expresión locales que facilitan la atención en materia de SSyR. El objetivo es conseguir un punto de entendimiento con los usuarios. Un entrevistado, al comentar cuál era su estrategia para ajustar el vocabulario médico y ajustarse al vocabulario local, señalaba “no le hablo con términos médicos... Le digo ‘vos tenés tal problema, que pasa así’. Le dibujo si hay que dibujarle y le voy explicando de la manera más vulgar, que ellas lo puedan entender” (P3T). Es decir, en este tipo de estrategias hay un esfuerzo por parte de los agentes de salud para acortar la distancia entre los mundos de sentido de actores socialmente diversos.

3) *Comprender al otro.* Esta estrategia busca entender lo que piensan o sienten los pobladores, lo que implica hacer preguntas cuando el agente de salud no entiende las razones por las que un usuario se comporta, dice o piensa diferente a lo prescrito por el modelo médico. De tal modo, un médico comentaba que entre las razones que movieron al equipo de salud a colocar un dispensador de preservativos en el exterior del CAPS estaba el haber percibido que los adolescentes varones sentían vergüenza de solicitarlos al personal de salud. Entonces, “para que los jóvenes no tengan vergüenza, porque... no se arriman a pedirlos a los preservativos... les he dicho a las chicas que lo pongan afuera para que el que lo necesite venga y se lo lleve” (P31T).

4) *Explicación a demanda.* Implica iniciar conversaciones y ofrecer explicaciones sobre temas médicos relacionados con SSyR en respuesta a pedidos explícitos por parte de los pacientes. Esto incluye abordar dudas que se les presentan a los pobladores durante las consultas y los controles prenatales, explicar procesos fisiológicos del ciclo menstrual, los cambios del cuerpo durante el embarazo o aclarar cuál es el uso correcto de métodos anticonceptivos. Con relación a la solicitud de explicaciones sobre el uso de anticonceptivos, una agente sociosanitaria comentaba que algunas adolescentes buscan encontrarse con ella para que les explique “el tema de los días [del ciclo menstrual], cómo se tienen que cuidar, cómo tienen que empezar a tomar la pastilla” (ASS14T). Resulta interesante destacar que estas estrategias aparecen cuando los usuarios piden información o explicaciones, bajo el supuesto de que los agentes del sistema de salud son poseedores de un conocimiento especializado en SSyR.

5) *Protección de la intimidad y la privacidad*. Se trata de estrategias que buscan resguardar la intimidad y la situación particular de los pacientes en el contexto de la atención de la SSyR. De tal modo, una agente sociosanitaria comentaba que el resguardar la intimidad de las personas que consultan favorece el acercamiento a los agentes de salud, y que, por el contrario, la falta de privacidad y la no confidencialidad lo desalientan. Destacando las características de la zona, señalaba que “al ser pueblo chico, infierno grande... La enfermera, [si] venía una adolescente y retiraba anticonceptivos... iba y le contaba a la otra persona. Y es algo que cuando yo llegué, las cosas empezaron a quedar acá, en el CAPS” (ASC14T).

Este subtipo de estrategia fue mencionado en una proporción notablemente mayor por los agentes sociosanitarios, en comparación con los profesionales entrevistados. Es posible pensar que esto se debe a que en el trabajo de los agentes sociosanitarios es fundamental la construcción de un vínculo de confianza con los usuarios. Según Jardim y Lancman, este vínculo, y la credibilidad del agente, son los que hacen posible la concretización de su trabajo pues facilitan que los pobladores lo reciban, le abran sus casas y le cuenten sus dificultades (34). Una de las formas en las que estos agentes construyen credibilidad y confianza es manteniendo la confidencialidad, es decir, asegurando a los vecinos que la información que le brindan solo se usará con fines sanitarios y que no será divulgada entre los otros pobladores.

6) *Seguir la corriente*. Estas estrategias buscan a evitar la confrontación del agente de salud con algún valor, creencia o costumbre de los pacientes asociada con la SSyR, aun cuando la identifiquen como inadecuada. Durante una entrevista, una profesional venía comentando sobre las razones culturales que favorecen que las pobladoras tengan hijos año tras año, o que tengan su primer bebé a edades tempranas, y señaló que “es normal para ellos que a los 15, 16 años estén teniendo hijos, pero ¿cómo le cambias? Uno no puede meterse... tiene que atenderle..., sugerirle que espacien por ahí los nacimientos..., darles todas las armas” (P22M). Es decir, la entrevistada identificó una diferencia entre las prácticas socioculturales que los pobladores llevan adelante asociadas con la gestación y los cánones que tiene el equipo de salud sobre las prácticas consideradas apropiadas en la materia. Si bien esta divergencia es calificada de manera negativa, la profesional identifica un límite en su espacio de maniobra, en cuanto ese límite es el modo de pensar del otro y su autonomía a la hora de tomar decisiones.

En términos generales, los subtipos de estrategias dialógicas 1) a 5) parecen perseguir la finalidad de acortar la brecha entre los usuarios y el sistema de salud, acercando a los pobladores a la lógica médica o a sus requerimientos, y consecuentemente atrayéndolos hacia el sistema de salud. Para ello, los agentes del sistema de salud consideran las preferencias, las problemáticas o los modos de comprender de los pobladores a la hora de darles respuesta a sus requerimientos, de modo tal que los comportamientos de los usuarios se adecúen a las soluciones propuestas por el sistema de salud.

Con relación a las estrategias monológicas, en la figura 2 se muestra la distribución porcentual de cada subtipo de estrategia monológica sobre la base del total de menciones referidas a las estrategias monológicas identificadas.

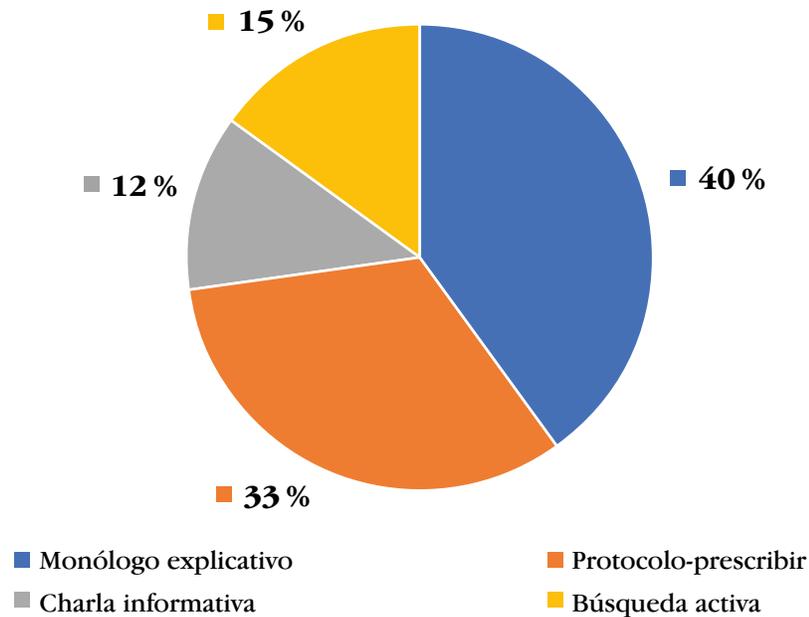


Figura 2. Distribución porcentual de subtipos de estrategias monológicas usadas por los agentes de salud

1) *Monólogo explicativo*. Incluye acciones como exhortar, explicar o aconsejar sobre temas de SSyR sin que haya una inquietud específica al respecto por parte del poblador. Puntualmente, se trata de acciones que tienden a transmitir información de carácter médico y a persuadir para que se adopten ciertas prácticas relacionadas con la SSyR. La estrategia supone que transmitir la información, por sí misma, conseguirá estimular prácticas en SSyR consideradas adecuadas por los agentes del sistema de salud. En términos prácticos, esto se traduce en “se explica, se explica y se explica” (P10M). En el contexto de una entrevista en la que una profesional comentaba sobre la adherencia de los pacientes a los controles de PAP, la entrevistada manifestaba: “capaz que lo que estoy diciendo no es lo que le está interesando, pero no me preguntan nada, entonces yo consejo, aconsejaría, aconsejaría” (P2T). En esta cita, la entrevistada señala que transmite información porque de algún modo supone que los usuarios la necesitan, pero tomando conciencia de que no tiene claridad acerca de los intereses que estos tienen sobre el tema.

2) *Seguir el protocolo-prescribir*. Estas estrategias implican el seguimiento de un protocolo de atención o entrega de una prescripción que no considera las circunstancias de vida particulares del paciente que se está atendiendo. Muchas veces estos protocolos o procedimientos más o menos estandarizados no necesariamente se adecúan al contexto o situación particular en los que deben aplicarse. A veces, el seguir cierto procedimiento se relaciona más con las condiciones

laborales de los agentes del sistema de salud que con las necesidades reales de atención de los pacientes, como se muestra en el siguiente ejemplo:

No se programa la cesárea porque yo tengo miedo en el [hospital] público. En el [hospital] público todo el mundo que va y que esté en condiciones de tener su parto vaginal, va a parto vaginal. Si en el momento se complica por alguna situación, va a cesárea... de urgencia. (P2T)

En cuanto a las prescripciones de medicamentos o de análisis complementarios, estas aparecen en las entrevistas más vinculadas a los controles prenatales y al suministro de métodos anticonceptivos, como puede verse en el siguiente ejemplo, en el cual una de las profesionales comentaba sobre las recomendaciones que suele dar durante un control prenatal tras proveer a la paciente de los medicamentos que menciona: “siempre se hace consejería, en cuanto a la toma del hierro y el ácido fólico, las vitaminas...” (P16T).

3) *Búsqueda activa de los pobladores en sus domicilios.* Aquí se incluyen visitas a las casas de los pobladores por parte de agentes de salud que, generalmente, están relacionadas con actividades de promoción de la SSyR o la provisión de cuidados médicos. Estas visitas domiciliarias apuntan a identificar situaciones de riesgo de salud o a procurar que los usuarios se adhieran a recomendaciones y pautas conductuales sugeridas por los agentes del sistema de salud. En el caso de las personas gestantes, las visitas domiciliarias suelen asociarse con lo que los agentes de salud llaman *captar a la embarazada*, es decir, identificar mujeres que cursan el primer trimestre del embarazo e invitarlas a que concurran al centro de salud para que realicen los controles prenatales correspondientes: “cuando vemos que alguna embarazada no está concurriendo a las consultas, nosotros tratamos de visitar” (ASS30M). La visita busca que retomen los controles y conocer los motivos por los que la paciente no ha podido realizarse los estudios o continuar asistiendo al centro de salud.

Una tercera razón para este tipo de visitas es dar un seguimiento más cercano a pobladores cuyas circunstancias de vida los colocan en una situación de mayor vulnerabilidad sanitaria. Por último, las visitas domiciliarias también persiguen atender urgencias, como un trabajo de parto avanzado, o brindar asesoramiento personalizado en temas referidos a la SSyR.

Resulta oportuno destacar que este subtipo de estrategia fue mencionado en una proporción notablemente mayor por los agentes sociosanitarios, en comparación con los profesionales del sistema de salud de entrevistados. Esto puede explicarse por el hecho de que en el trabajo cotidiano de los agentes sociosanitarios “salir a terreno” es una de sus principales actividades; mientras que los profesionales del equipo de salud solo en circunstancias muy específicas, como una urgencia, acuden al domicilio de sus pacientes.

4) *Charla informativa.* Se trata de actividades que buscan transferir información de carácter médico sobre temas de SSyR con la expectativa de que esta transferencia favorezca

la adopción de prácticas de cuidado consideradas adecuadas por el equipo de salud. Lo que distingue las acciones de este subtipo de estrategia es que estos procesos de transmisión de información son dirigidos a un conjunto de personas que comparten un espacio, en lugar de hacerse de manera individual. En general, se trata de “charlas” en las cuales un miembro del equipo de salud brinda información científica sobre métodos anticonceptivos, cuidados del cuerpo, prevención de infecciones de transmisión sexual o características diferenciales del cuerpo de mujeres y varones, haciendo foco en el sistema reproductor. Estas charlas informativas suelen realizarse en las salas de espera de los servicios de salud o en las escuelas, con alumnos de los últimos años del nivel primario o alumnos del nivel secundario.

Tanto el primer como el segundo subtipo de estrategias monológicas analizados, pueden pensarse como respuestas vinculadas con las expectativas que los agentes de salud les atribuyen a sus pacientes con respecto a la atención sanitaria. Algunos investigadores han identificado que entre estas expectativas se encuentran la de recibir información sobre temas de salud, ser derivados a un especialista o recibir una prescripción médica (35).

En términos generales, puede señalarse que los agentes del sistema de salud, cuando emplean estrategias monológicas como las descritas en los puntos 1), 2) y 4), estarían respondiendo a expectativas asociadas con el rol, según el cual el médico es un proveedor de conocimientos científicos relacionados con la salud, además de un prestador de servicios de salud (36). En el caso de los agentes sociosanitarios, sobre todo en lo que se refiere a la búsqueda activa de los pobladores en sus domicilios, es una de las actividades que se le requiere desde el sistema de salud, puesto que provee al resto del equipo de un mayor conocimiento de la realidad socioeconómica, ambiental y cultural de los usuarios y sus familias (37).

Conclusión

En esta investigación se identificó que los entrevistados comparten numerosas estrategias para tratar con los pobladores rurales a los que asisten en materia de SSyR (38). Muñoz Martínez (38) y Freijomil-Vázquez et al. (39) han identificado algunas de las estrategias que se describen en este estudio, particularmente aquellas orientadas a explicar lo que el agente de salud supone que el paciente necesita saber, o a promover la adopción de prácticas convencionales de cuidado de la SSyR. No obstante, en este estudio fue posible describir un repertorio más vasto de estrategias que efectivamente utilizan los agentes del sistema de salud en este ámbito. Además, mientras otras investigaciones estudiaron las estrategias que emplean los agentes de salud para abordar problemáticas específicas de SSyR, como infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana o cánceres ginecológicos, este estudio se enfocó en describir las estrategias utilizadas para abordar un rango más amplio de situaciones asociadas con la SSyR (16,40,41).

A raíz del análisis de este repertorio, se pudo distinguir y caracterizar dos tipos generales de estrategias y sus respectivos subtipos. Las estrategias dialógicas tienen en común el intento de aproximar las perspectivas de actores provenientes de diferentes mundos de sentido, así como facilitar el acceso a los beneficios de la atención de la SSyR (5,23). La mayor parte de estas estrategias apuntan a ponerse en el lugar del paciente, a considerar sus circunstancias de vida o a ofrecer un cuidado sensible a ellas, aunque esto se da siempre dentro del margen de maniobra que les permite el sistema de salud. Estos márgenes están acotados tanto por la disponibilidad de recursos materiales en los servicios como por las funciones, tareas y responsabilidades establecidas por la institución para cada tipo de agente. Ahora bien, la consideración de la perspectiva del paciente se presenta en distintos grados, que van desde la identificación de motivaciones, saberes y prácticas de cuidado de la SSyR distintas a las de la perspectiva médica, pasando por la tolerancia de estas, hasta un reconocimiento pragmático de ellas. Con la implementación de tales estrategias, los entrevistados buscan, en algunos casos, disminuir el impacto que tiene en los pobladores rurales la existencia de barreras geográficas, administrativas y económicas en el acceso al sistema de salud (41-43). En otros casos, el objetivo está puesto en facilitarles a los pobladores acceso psicosociocultural a los beneficios que ofrece el entrar en contacto con el sistema de salud a través de sus agentes (44). Es decir, buscan solucionar la falta de acople entre sus propios marcos de sentido y los de los pobladores rurales a los que asisten.

El segundo tipo, identificado como estrategias monológicas, responde a expectativas provistas por el modelo biomédico; es decir, a lo que social e institucionalmente se espera de los distintos tipos de agentes de salud. Desde el modelo de la biomedicina, el saber sobre el padecimiento del otro está altamente profesionalizado, y son los expertos de la medicina quienes están socialmente legitimados y habilitados para administrar las tecnologías de la salud (45). En consecuencia, la implementación de estrategias basadas en dicho modelo termina proponiendo una relación médico-paciente asimétrica y de subordinación, donde las perspectivas y dificultades particulares de los pobladores no son tomadas legítimamente en consideración, y de ese modo se pierde la oportunidad de generar conjuntamente recomendaciones adaptadas a las circunstancias vitales y culturales de los destinatarios de los programas de SSyR (45).

En el plano conceptual, la principal contribución de este estudio es la visibilización de las estrategias dialógicas como modo alternativo de relación paciente-agente de salud, en contraste con estrategias de tipo monológico. En particular, el rol de consejería que se espera que ejerzan los agentes del sistema de salud en el ámbito de la SSyR muestra la limitación de estrategias prescriptivas o unidireccionales en el trabajo, e invita a implementar estrategias que se centren en la comprensión de la perspectiva subjetiva y el contexto de vida de los usuarios.

También cabe remarcar que la descripción y categorización dada por esta investigación conlleva implicaciones prácticas, al menos en dos ámbitos. Primero, en la formación de los agentes del sistema de salud, puesto que provee insumos para facilitar el reconocimiento de las estrategias empleadas en respuesta a la demanda de los pobladores rurales, para evaluar su impacto en el acceso a la SSyR y, eventualmente, para promover la ampliación del repertorio de estrategias que faciliten el acceso de poblaciones rurales de bajos ingresos a la SSyR. En segundo lugar, esta investigación visibiliza la potencialidad de los agentes sociosanitarios como mediadores que manipulan, simultáneamente, factores sociales y elementos técnicos para asociar las heterogeneidades presentes en la relación médico-paciente. En consecuencia, tiene implicancia en la conformación de los equipos que abordan la SSyR en contextos rurales.

Por último, aun cuando los resultados de este estudio no son generalizables por las características de la muestra, sí invitan a considerar su potencialidad para explorar la incidencia de estas estrategias en el acceso a la SSyR en entornos diferentes, como los urbanos económicamente desfavorecidos, o que involucren a actores provenientes de culturas diversas, como las de ciertos grupos migrantes o las de miembros de pueblos originarios o tradicionales.

Contribución de los autores

Valeria Laura González-Cowes se desempeñó en el trabajo de campo, análisis de los datos e interpretación. Estas tareas fueron supervisadas y orientadas por Fernando Pablo Landini, quien también aportó activamente a la interpretación y discusión de los datos. Valeria Laura González-Cowes trabajó en la elaboración y en la redacción final del artículo, mientras que fue responsabilidad de Fernando Pablo Landini la revisión crítica de todo el manuscrito. Ambos autores participaron en la formulación de los objetivos de la investigación, la adquisición de fondos, así como en la gestión y coordinación de las actividades correspondientes. La versión final para publicar fue aprobada por ambos autores.

Financiamiento

Esta investigación se realizó con el financiamiento de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación (República de Argentina).

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
2. Bedoya Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2019;18(36):1-28. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.rmep>
3. Lenta MM, Longo RG, Zaldúa G. Interrupción legal del embarazo: nudos críticos de las intervenciones de psicólogas/os en consejerías de salud sexual y reproductiva. *Anu Investig*. 2018;25:95-104.
4. Vaca DJG, Vaca DIG, Zabala ODE, Abarca JMH. La relación médico-paciente en la actualidad: una revisión. *Pol Con*. 2022;7(4):8. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i4.3873>
5. González Cowes VL, Landini FP. Adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social. *Cien Saude Colet*. 2018;23(8):2741-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.12932016>
6. Turabian JL. Doctor-Patient relationship epidemiology and its implications on public health. *Epidemol Int J*. 2018;2(3):1-6.
7. Escobar YNV, Fong EJA, Terazón MO, Alcaraz AM, García CME. La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia? *Rev Cubana med*. 2019;58(1):1-15.
8. Freijomil-Vázquez C, Gastaldo D, Coronado C, Movilla-Fernández MJ. Asymmetric power relations in gynaecological consultations for cervical cancer prevention: biomedical and gender issues. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:7850. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157850>
9. Sierra Ariza SP, Lancheros Bernal AR. Competencias transversales en la formación de los profesionales médicos: una revisión. *Rev Salud Bosque*. 2020;10(2). <https://doi.org/10.18270/rsb.v10i2.2983>
10. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007;5(1):57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2006.01.005>
11. Petracci M, Schwarz PK, Sanchez Antelo VIM, Mendes Diz AM. Doctor-patient relationships amid changes in contemporary society: a view from the health communication field. *Health Sociol Rev*. 2017;26(3):266-79. <https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1373031>
12. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect*. 2020;16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
13. Harbishettar V, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(4):776-81. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_96_19

14. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017;63(4):555-64. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v63i2029>
15. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos.* Madrid: Triacastela; 1999. p. 109-126.
16. Mgopa LR, Rosser BRS, Ross MW, Lukumay GG, Mohammed I, Massae AF, et al. Cultural and clinical challenges in sexual health care provision to men who have sex with men in Tanzania: a qualitative study of health professionals' experiences and health students' perspectives. *BMC Public Health.* 2021;21:676. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10696-x>
17. Gigliola Cannoni T, González MI, Conejero C, Merino MP, Schulin-Zeuthen C. Sexualidad en la adolescente: consejería. *Rev Med Clin Conde.* 2015;26(1):81-7. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.008>
18. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldo A, Kingsberg SA, Larkin L, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(5):842-56. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.009>
19. Schaller S, Traeen B, Lundin Kvaem I. Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. *Int J Sex Health.* 2020;32:2:65-80. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1745348>
20. Yeckting Vilela F. Situación de riesgo y salud de los adolescentes en el Valle de los Ríos Apurímac Ene y Mantaro en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(2):273-9. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2867>
21. Rodríguez-Burbano AY, Galván-Canchila DM, de Diego-Cordero R. Knowledge attitudes and practices towards sexual and reproductive health and rights of girls among Colombian healthcare professionals. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:12295. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912295>
22. D'Amore E, González Cowes V, Logiovine S. Reflexiones y aportes de la psicología para pensar el proceso de salud-enfermedad-atención en el ámbito rural. En: Landini F, editor. *Hacia una psicología rural latinoamericana.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso; 2015. p. 269-82.
23. Long N. Acercando las fronteras entre la antropología y la psicología para comprender las dinámicas de desarrollo rural. En: Landini FP, editor. *Hacia una psicología rural latinoamericana.* Buenos Aires: Clacso; 2015. p. 77-96.
24. Geertz C. *Conocimiento local: ensayo sobre la interpretación de las culturas.* Barcelona: Paidós; 1994.
25. Landini FP, Long NE, Leeuwis C, Murtagh S. Theoretical guidelines for a psychology of rural development. *Cuad Desarro Rural.* 2014;11(74):125-47. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.CRD11-74.tgpr>

26. Wilkins A. Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu. *RAS*. 2004;2(3):118-30.
27. Landini FP. Racionalidad económica campesina. *Mundo Agrar*. 2011;12(23).
28. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987.
29. Bonilla-García MÁ, López-Suárez AD. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de Moebios*. 2016;57:305-15. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300006>
30. San Martín Cantero D. Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *REDIE*. 2014;16(1):104-22.
31. Alcorta-Garza A, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Soler-González J, Roig H, Vivanco L. Cross-validation of the Spanish HP-version of the Jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Front Psychol*. 2016;7:1002. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01002>
32. Escalera AN, Espinoza LASO, Ortiz MDCG, Castolo MC. Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica. *Rev CONAMED*. 2017;22(3):110-9.
33. Covvey JR, Kamal KM, Gorse EE, Mehta Z., Dhumal T., Heidari, et al. Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature. *Support Care Cancer*. 2019;27:1613-37. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04675-7>
34. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(28):123-35. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100011>
35. Marroquín Rivera A, Botero Bermúdez M, Gómez-Restrepo C. Una revisión temática de las expectativas de los pacientes frente a las conductas del médico. *Univ Med*. 2020;61(3):91-103. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-3.expe>
36. Zaldívar F, Torres López T, Aldrete Rodríguez M. Imagen social de los médicos. En: Torres López T, editora. *Imágenes y realidades sobre los profesionales en ciencias de la salud*. Jalisco: Amate; 2007. p. 141-64.
37. de Alencar OM, Paiva de Abreu LD, Ferreira da Silva MR, Pereira TM, de Sá Barreto Marinho MNA. Conocimiento y prácticas de los agentes de salud comunitarios en el contexto de la promoción de la salud: una revisión integradora. *Enferm Glob*. 2020;19(59):626-57. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411151>
38. Muñoz Martínez R. Atención médica, adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral y discriminación: algunas problemáticas en la atención a personas que viven con VIH-sida, desde una perspectiva antropológica. *PyF*. 2014;9(17):95-115. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2014.17.65>
39. Freijomil-Vázquez C, Gastaldo D, Coronado C, Movilla-Fernández MJ. Asymmetric power relations in gynaecological consultations for cervical cancer prevention: biomedical and gender issues. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:7850. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157850>

40. Smith AK, Newman CE, Haire B, Holt M. Prescribing as affective clinical practice: Transformations in sexual health consultations through HIV pre-exposure prophylaxis. *Sociol Health Illn.* 2022;44(7):1182-1200. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13502>
41. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;165(1):77-84. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6>
42. Cordero RA. Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales: una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño Santiago del Estero. *Trab Soc.* 2021;22(37):589-617.
43. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anu Investig.* 2007;14:201-9.
44. Landini F, Cowes VG, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saude Publica.* 2014;30:231-44. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
45. Menéndez EL. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet.* 2003;8(1):185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>