

# Proyecto HACIA LA SALUD UNIVERSAL DE LA POBLACIÓN DEL GRAN CHACO SURAMERICANO 2016-2019

Resultados del componente Salud Materno infantil

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ARGENTINA



Proyecto  
HACIA LA SALUD UNIVERSAL  
DE LA POBLACIÓN DEL GRAN  
CHACO SURAMERICANO  
2016-2019

Resultados del componente  
Salud Materno infantil



**ARGENTINA**

Proyecto Hacia la salud universal de la población del Gran Chaco Suramericano 2016 – 2019. Resultados del componente salud materno infantil

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

OPS/ARG/20-0002

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# ÍNDICE

<b>Resumen del proyecto</b>	vii
<b>Introducción</b>	1
<b>Proyecto Hacia la salud universal de la población del Gran Chaco Suramericano 2016-2019</b>	
Antecedentes y justificación	3
Marco conceptual	4
Situación geo-demográfica y de salud	5
<b>El Proyecto en Argentina</b>	7
<b>La provincia de Salta, el Chaco salteño y sus características</b>	11
Indicadores sociodemográficos y sanitarios del Chaco salteño	13
Indicadores de salud materno infantil	23
<b>La atención primaria de salud (APS)</b>	40
Áreas operativas de los departamentos Rivadavia y San Martín	43
Estrategias de APS de la provincia: MELON y UROCs	57
<b>Voces del Chaco salteño</b>	63
<b>Conclusión</b>	83
<b>Anexos</b>	
Capacitaciones	85
Taller de salud comunitaria e interculturalidad	90
Talleres para validación de la herramienta para promover el parto culturalmente seguro de las mujeres indígenas	96
Provisión de simuladores de parto, emergencia obstétrica y anticoncepción intrauterina	109
Célula de Información y Coordinación de Organizaciones no Gubernamentales (CICONG)	110
Plan operativo anual inter países 2019: “Avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano”	111





# RESUMEN DEL PROYECTO

El proyecto Hacia la Salud Universal de la Población del Gran Chaco Suramericano 2016-2019 involucró a cuatro países: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia (Bolivia), Brasil y Paraguay. Se implementó en municipios muy cercanos al corredor fronterizo entre Argentina, Bolivia y Paraguay, durante 2016-2019, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se trató de un plan transnacional estratégico, alineado con las políticas nacionales de salud de cada país y los mandatos de la OPS, potenciando las fortalezas entre países en respuesta a las demandas de los Estados miembros, buscando la convergencia programática con el Plan Estratégico 2014-2019 “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El mismo se llevó adelante teniendo en cuenta la complejidad y heterogeneidad del territorio, donde los determinantes sociales y ambientales impactan en la salud y enfermedad de estas poblaciones, principalmente en los pueblos y naciones indígenas originarias campesinas del Gran Chaco Suramericano, donde existen demandas crecientes de participación en los espacios de tomas de decisiones estratégicas. Entre otras situaciones adversas, en la región del Gran Chaco se evidencia un limitado acceso a servicios básicos de agua potable, saneamiento, salud y educación; las vías terrestres se encuentran en condiciones precarias, los medios de comunicación son escasos y existen grandes dificultades para acceder a fuentes de empleo-ingreso. Las mismas condiciones en las cuales viven, profundizan su exclusión reduciendo los espacios de oportunidad. El proyecto reconoció el desafío de estos escenarios adversos y, a través de sus estrategias y acciones, buscó constituir un puente de inclusión entre el Estado y la sociedad.

Se incentivaron la cooperación entre países y las alianzas horizontales (Cooperación Sur-Sur y cooperación triangular), optimizando las capacidades existentes, las buenas prácticas y experiencias de los países. Entre las mismas, pueden señalarse en **Argentina** dos estrategias diseñadas por la provincia de Salta y aplicadas en el marco de la atención primaria de la salud: MELON y UROCS. En el primer caso, se trata de un abordaje integral para el control prenatal efectivo y eficiente. Las siglas de MELON provienen de las profesiones que atienden a la paciente en su control prenatal, en los distintos niveles de asistencia que se brindan en la provincia: Medicina, Enfermería, Laboratorio, Odontología y Nutrición. En el caso de UROCS, la experiencia se refiere al fortalecimiento de Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias. El Ministerio de Salud Pública facilita que familias

líderes en los parajes puedan actuar como el primer centro de ayuda a sus vecinos y poblaciones cercanas para generar la referencia del niño/a afectado/a al sistema de salud, sin demoras innecesarias. En **Bolivia**, por su parte, desde el año 2009 se acumulan experiencias novedosas pertinentes a partir de la nueva Constitución del Estado Plurinacional donde son priorizadas la Medicina Tradicional y la Salud Intercultural, fortaleciendo la institucionalidad del Estado a favor de los pueblos originarios, con la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional que por ley le asigna prioridad al diálogo y a la medicina tradicional, en complemento con la medicina occidental. En **Paraguay**, con el Plan de Salud Integral “Ñamopu’ã Ñande Chaco Tesãirã” (Levantemos la salud de nuestro Chaco) 2015-2030, se propuso un proyecto social sostenible para “Avanzar hacia el acceso universal y la cobertura universal en salud para todos los chaqueños”.

El presente informe describe las líneas de acción en Argentina y profundiza sobre los resultados de implementación del proyecto en el área materno-infantil. En el área seleccionada, Chaco salteño, se brindó cooperación técnica al Ministerio de Salud Pública provincial a fin de promover acciones para la reducción de la mortalidad materno-infantil, el fortalecimiento de redes y servicios de salud integrados e integrales, el abordaje de determinantes ambientales como agua y saneamiento, la gestión de riesgos, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información para la toma de decisiones oportunas.



# INTRODUCCIÓN

El objetivo primordial de esta publicación es poner en valor la implementación de un proyecto de salud materno-infantil en el Chaco salteño y dar cuenta de sus resultados en esta amplia región del norte de la República Argentina. La recopilación también tiene como propósito identificar las asignaturas pendientes y remarcar la importancia de llevar a cabo un trabajo continuo en zonas particularmente castigadas por la desigualdad para avanzar hacia la concreción del objetivo de no dejar a nadie atrás en materia de salud.

La iniciativa formó parte del proyecto “Hacia la Salud Universal de la Población del Gran Chaco Suramericano 2016-2019”, que se implementó durante ese periodo en municipios cercanos al corredor fronterizo entre Argentina, Bolivia y Paraguay con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

En estas páginas no solo aparecen reportes técnicos e información estadística de relevancia para el análisis y la toma de decisiones, sino también las experiencias compartidas y el aprendizaje mutuo reflejado en la palabra de integrantes de los equipos de salud y de sus destinatarios, los habitantes de esta vasta zona de la provincia de Salta, muchos de los cuales pertenecen a diferentes pueblos originarios.

Agradecemos a la provincia de Salta por su disponibilidad para el trabajo conjunto y su apertura para compartir la información. Las líneas de acción implementadas en los departamentos salteños de Rivadavia y San Martín involucran a todos los sectores sociales y los actores institucionales en el propósito de contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil en una región que, al igual que el resto del Gran Chaco Suramericano, requiere compromiso, esfuerzo y una tarea sostenida en el tiempo para alcanzar el objetivo de la salud universal de la población.

**Maureen Birmingham**

Representante de la OPS/OMS en Argentina



- PROYECTO: HACIA LA
- **SALUD UNIVERSAL**
- DEL GRAN CHACO SURAMERICANO
- 2016-2019
- 

## Antecedentes y justificación

La protección de las poblaciones del Gran Chaco Suramericano que se encuentran en condiciones de pobreza requiere abordar los determinantes sociales de la salud y, de manera especial, las variables relacionadas con la exclusión social. Esta dimensión fue fundamental para el proyecto dado que en la población indígena u originaria implicada se identifican brechas geográficas y culturales para acceder a servicios de salud. Estas brechas son acentuadas por el propio sistema, que no adapta sus servicios asistenciales a los hábitos de vida y necesidades de la población de las comunidades que habitan el territorio.

Los problemas de salud que afectan a mujeres, niñas, niños y personas mayores cobran especial relevancia. Las consecuencias visibles son una morbilidad y mortalidad materna e infantil incrementadas, una menor esperanza de vida que la media poblacional nacional e indicadores sanitarios menos alentadores en términos generales. Entre los problemas que aquejan a estas poblaciones se destacan: los trastornos de la nutrición, el limitado acceso al agua segura y las enfermedades relacionadas con la pobreza estructural.

La malnutrición materno-infantil se impone como resultado de un conjunto de determinantes sociales que desembocan en una falta de acceso a una alimentación balanceada, conocimientos y prácticas inexactas en relación con el control prenatal, la discontinuación de la lactancia materna, la alimentación complementaria y la preparación inadecuada de los alimentos, además de la falta de higiene al momento de manipular los mismos. En cuanto a la lactancia materna, es destacable notar que las mujeres de las comunidades originarias amamantan con buena adherencia; sin embargo, el problema de la malnutrición adquiere mayor importancia cuando se suspende el amamantamiento del lactante porque nace un nuevo niño (período intergenésico muy corto) o por alguna otra razón.

El acceso limitado al agua de calidad y los hábitos higiénicos inadecuados, se asocian a la situación de salud-enfermedad de niños y niñas, facilitando la contaminación de los alimentos, parasitosis y diarreas que no solamente disminuyen la absorción de nutrientes e impactan negativamente en el crecimiento y desarrollo integral de infantes y adolescentes, sino que en el primer caso, sobre todo, puede llevar a la muerte.



El Gran Chaco Suramericano es un espacio geopoblacional donde los determinantes sociales y ambientales impactan directamente en la salud y enfermedad de sus poblaciones, principalmente de los pueblos indígenas u originarios, pero también de campesinos o criollos. La situación de vulnerabilidad e inequidad en el acceso y cobertura de servicios de salud de estas poblaciones, así como la falta de pertinencia cultural de programas y servicios de salud, crea necesidades específicas. Una de ellas es generar competencias en el sector de la salud para incorporar el tema de la interculturalidad en los diálogos y en las interacciones de los programas que recibe la comunidad. Por estas razones, los sistemas de provisión de servicios de salud deben funcionar desde la perspectiva de equidad y derechos humanos, con un enfoque intercultural, de género y participación social.

Los países deben velar por la inclusión, el acceso universal a servicios de salud culturalmente aceptables, la recolección de datos específicos (desagregados por sexo, etnicidad y grupos de población) para la adecuada toma de decisiones y el ejercicio de ciudadanía total de estos grupos, incluido el control social. Las intervenciones de salud deben responder a las características particulares de cada grupo de población y considerar las condiciones deficitarias de nutrición, higiene de alimentos, acceso al agua segura y al saneamiento básico (que incluye el manejo ambiental de las excretas, las aguas residuales domésticas y los residuos sólidos domésticos). Además, se debe atender a las características ambientales en el contexto del territorio chaqueño, ampliamente afectado por condiciones asociadas con el cambio climático y los desastres recurrentes, tales como inundaciones y sequías.

El proyecto “Hacia la Salud Universal de la Población del Gran Chaco Suramericano 2016-2019”, como una iniciativa interpaíses, buscó responder a las necesidades de salud de la región del Gran Chaco Suramericano y mantenerse a la vez alineado con las políticas nacionales y subnacionales de los países, además de converger con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Si bien priorizó la reducción de la mortalidad materno-infantil, tuvo un abordaje integral a través de un enfoque interprogramático que permitiera su sostenibilidad. El proyecto se desarrolló con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en ámbitos territoriales priorizados por los países, en municipios seleccionados, muy cercanos al corredor fronterizo entre Argentina, Bolivia y Paraguay.

## Marco conceptual

El proyecto se planificó en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia para el acceso y la cobertura universal de salud de OPS/OMS. Asimismo, fue implementado en línea con las políticas nacionales, provinciales y municipales de salud de cada país, con la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 y con el Plan Estratégico OPS 2014-2019.

## Del proyecto Hacia la Salud Universal en el Gran Chaco Suramericano con los siguientes ODS



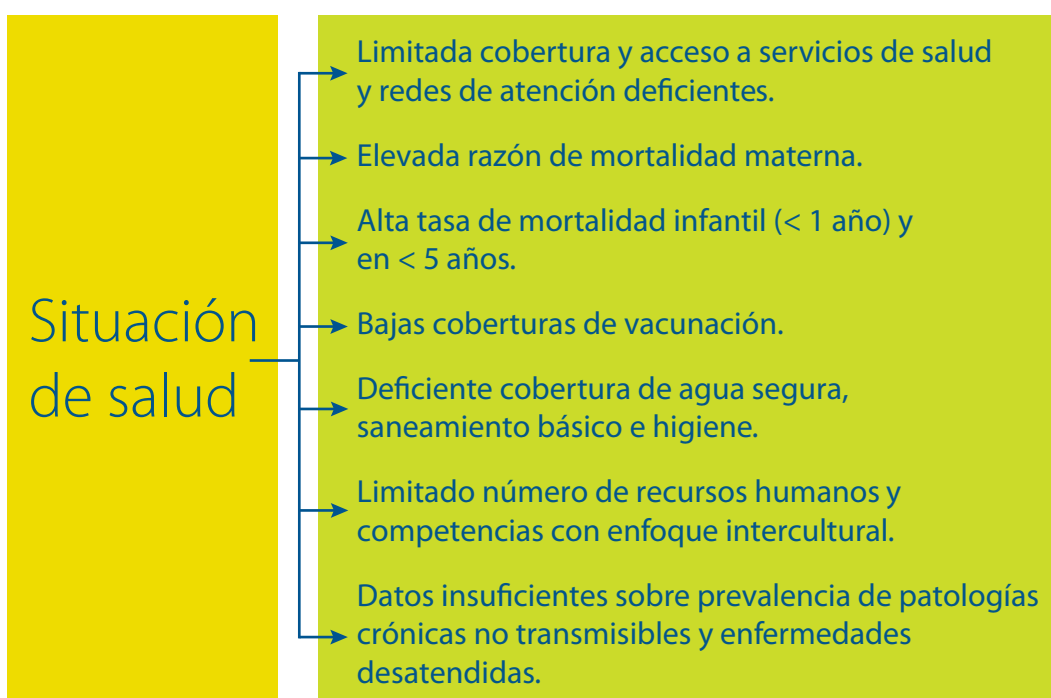
## Situación geo-demográfica y de salud

En la región del Gran Chaco Suramericano viven aproximadamente siete millones de personas y los datos indican que cerca del 8% de esta población es indígena, de las cuales: 40.000 son paraguayos de 13 etnias diferentes; 75.000 son indígenas bolivianos de cinco grupos distintos; y en Argentina viven entre 160.000 y 250.000 indígenas de al menos nueve etnias diferenciadas. Se constituye en un mosaico de culturas indígenas, donde históricamente han confluído pueblos de diversos orígenes por procesos migratorios. Su población se distribuye de forma muy heterogénea y ésto se relaciona, fundamentalmente, con la disponibilidad de agua. La población se circunscribe en una realidad fronteriza donde los determinantes sociales y ambientales impactan en la salud y enfermedad, siendo los pueblos y naciones indígenas originarias y campesinas del Gran Chaco Suramericano los más afectados.

**Figura 1.** Mapa del Gran Chaco Suramericano







# • EL PROYECTO EN • ARGENTINA • •

## Antecedentes

El Gran Chaco Argentino involucra a trece provincias, entre ellas la totalidad de Chaco, Formosa y Santiago del Estero, y parte de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, La Rioja, Catamarca, San Juan, San Luis, Córdoba, Santa Fe y Corrientes.

En Argentina esta etapa del proyecto se desarrolló en los departamentos Rivadavia y San Martín de la provincia de Salta, cuya población aproximada asciende a 187.267 habitantes (Censo 2010), de los cuales la población indígena, perteneciente a ocho grupos étnicos (Chulupí, Chané, Chorote-Nivaclé, Kolla, Guaraní, Tapiete, Toba- Q´om y Wichi) representa el 31,5% (59.019 habitantes). Las características sociodemográficas y sanitarias de la región se describen en el próximo apartado.

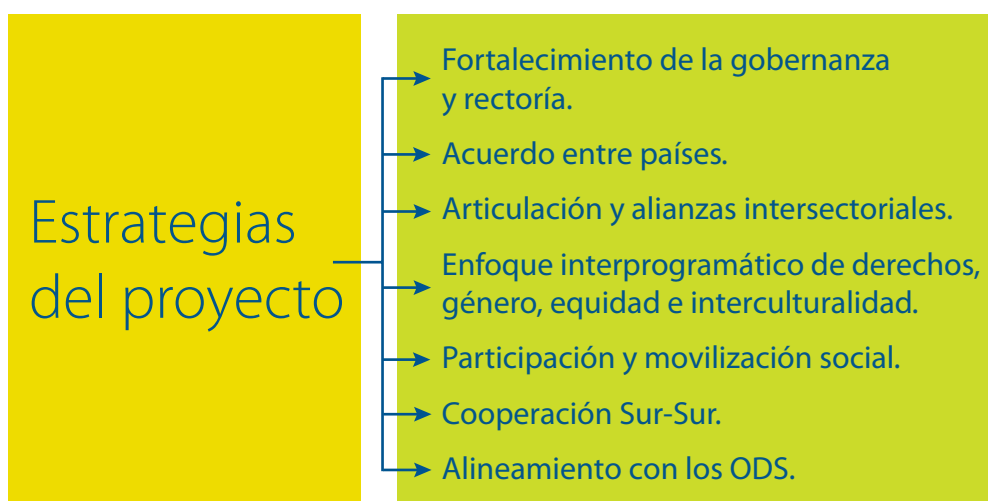
El proyecto fue diseñado con objetivos de corto, mediano y largo plazo, para los cuales se establecieron sus respectivos indicadores, medios de monitoreo y verificación, y se priorizó la participación de todos los sectores y actores sociales, reconociendo y respetando la cosmovisión de los pueblos originarios. Se construyeron mecanismos de coordinación y rectoría, en articulación con sectores institucionales del Ministerio de Salud Pública Provincial de Salta y con la sociedad civil, para el control de la gestión y el empoderamiento social propuesto. El proyecto fue implementado a través de la estructura gubernamental del Ministerio y el posicionamiento de las autoridades permitió el fortalecimiento de la gobernanza para las decisiones estratégicas, incluyendo a funcionarios locales en la gestión y el seguimiento de las actividades.

Se elaboró un Plan Operativo Anual con la participación del Coordinador Regional del proyecto, los puntos focales del Ministerio de Salud Pública de Salta y los puntos focales de salud familiar, etnicidad y salud ambiental de la OPS/OMS. Se desarrolló una línea de base y se realizó un encuentro con los líderes y mujeres de los pueblos originarios de los ámbitos de intervención del proyecto, con el propósito de constituir un acercamiento que permita construir sostenibilidad.

El Ministerio de Salud Pública de Salta, a través de la Subsecretaría de Medicina Social, y la OPS/OMS fueron responsables del monitoreo técnico de las actividades relacionadas con el objetivo y de la gestión de la información a nivel nacional y local.

El fin del propósito fue avanzar hacia la salud universal de la población en los de-

partamentos Rivadavia y San Martín de la provincia de Salta como parte del Gran Chaco Suramericano. Y el propósito principal, contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil en los departamentos Rivadavia y San Martín, priorizando a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.



## Resultados esperados

Los resultados esperados (RE) del proyecto pueden clasificarse en 6 dimensiones:

- **RE1:** Población materno infantil del ámbito del proyecto accediendo a servicios de atención integral de salud con enfoque de curso de vida, derechos, género e interculturalidad.
- **RE2:** Redes interfronterizas, integradas e integrales de servicios de salud fortalecidas.
- **RE3:** Recursos humanos con competencias en atención integral de la salud con enfoque de derechos, género, equidad e interculturalidad fortalecidos.
- **RE4:** Comunidades saludables con énfasis en agua, saneamiento, seguridad alimentaria y nutricional con capacidad fortalecida para la reducción de riesgos.
- **RE5:** Sistema integral de vigilancia epidemiológica y monitoreo local fortalecidos con intercambio de información estratégica en los tres niveles de gestión y entre países.
- **RE6:** Intercambio de experiencias, buenas prácticas, lecciones aprendidas y gestión del conocimiento, en el marco de la cooperación Sur-Sur.

En este primer informe, se describirán las acciones desarrolladas en los departamentos Rivadavia y San Martín de la provincia de Salta, Argentina, con el fin de alcanzar los objetivos detallados en la dimensión del resultado esperado número 1 (RE1) mencionado anteriormente.

Algunos de los indicadores seleccionados para el monitoreo y la evaluación de acciones y resultados fueron:

1. Evolución de la razón de mortalidad materna.
2. Evolución de la tasa de mortalidad infantil.
3. Proporción de niños menores de un año con cobertura para la DPT3 (vacuna contra la difteria, tétanos, pertussis).
4. Proporción de partos realizados en instituciones que cumplen con las Condiciones Obstétricas y neonatales esenciales (CONE).
5. Adecuación cultural de los servicios que atienden partos y poseen demanda de poblaciones indígenas.
6. Proporción de agentes sanitarios y supervisores intermedios de atención primaria participando de actividades de capacitación.
7. Proporción de enfermeras y licenciadas de obstetricia (parteras) de hospitales locales y centros de salud participando de actividades de capacitación.

Los equipos técnicos de OPS/OMS acompañaron al Ministerio de Salud Pública de la Provincia en diferentes actividades planificadas entre las cuales pueden distinguirse:

1. Actividades que contribuyen a la reducción de la muerte materna y neonatal en los ámbitos del proyecto. Participación en la capacitación del personal de salud en emergencias obstétricas y en reanimación cardiopulmonar (RCP) neonatal.
2. Visitas de asistencia técnica a todos los hospitales de los departamentos Rivadavia y San Martín para evaluar cumplimiento de las CONE y resultados perinatales.
3. Participación en las actividades de capacitación y supervisión implementadas por el Ministerio de Salud Pública referidas a la atención primaria, con énfasis en la salud materno-infantil. Extensión de las actividades grupales de capacitación a localidades alejadas con el fin de facilitar la concurrencia del personal (Santa Victoria Este, Morillo, Embarcación y Tartagal).
4. Participación en actividades de capacitación en nuevas técnicas anticonceptivas (implantes).
5. Participación en actividades de capacitación para personal de atención primaria de salud (APS) referidas a enfermedades transmitidas por mosquitos.
6. Participación en actividades de capacitación referidas al manejo del agua en el primer nivel de atención.
7. Contribución al fortalecimiento del programa MELON en el área operativa de Embarcación.
8. Contribución con la mejoría de la atención de partos inesperados por parte de enfermeras y agentes sanitarios de establecimientos alejados mediante programa de simulación.
9. Participación activa en las capacitaciones brindadas a los efectores de salud de ambos departamentos en las “campañas de verano “ y “campañas de invierno” junto con la Fundación Garrahan, incorporando la alta tecnología a través de la simulación, por primera vez en la historia de estas capacitaciones: hidratación de emergencia en niños deshidratados, simulación de accesos intravasculares

- e intraóseos. Utilización de la sonda orogástrica, colocación y fijación mediante técnicas de simulación. Determinación de volúmenes en la hidratación de emergencia.
10. Contribución con la mejoría en la detección y tratamiento inicial de niños con enfermedad respiratoria, utilizando técnicas de simulación.
  11. Validación de la herramienta de parto culturalmente respetado.
  12. Desarrollo de diálogos de saberes entre la comunidad y efectores para desarrollar y fortalecer la pertinencia e integración cultural de la atención.

En la sección anexos se presenta un detalle que contiene las principales características de las actividades de capacitación brindadas durante el proyecto. Además, se agrega el reporte de un taller de interculturalidad realizado en Tartagal en abril de 2017, la validación de la herramienta parto culturalmente respetado, la Célula de Información y Coordinación de 141 Organizaciones no Gubernamentales (CICONG) y por último, el Plan operativo anual inter países 2019: “avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano”.



# • LA PROVINCIA DE SALTA, • EL CHACO SALTEÑO • Y SUS CARACTERÍSTICAS

Según datos de la gobernación de la provincia, Salta, ubicada al Noroeste de la República Argentina, posee una superficie de 155.488 km<sup>2</sup> (4,1% del total nacional) con diferentes geografías, desde *la aridez del desierto puneño al oeste hasta el verde exuberante de la selva al este, pasando por valles y quebradas pronunciadas en el centro de la provincia.*

Limita con tres países: Chile, Bolivia y Paraguay, dos de los cuales forman parte del Proyecto Gran Chaco Suramericano. Asimismo, limita con seis provincias argentinas: Jujuy, Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Tucumán y Catamarca. Se encuentra a 1.616 Km. de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (capital de la República Argentina).

El territorio de la provincia de Salta está dividido en 23 departamentos, siendo el más extenso el de Rivadavia (25.740 km<sup>2</sup>) y el menos extenso Cerrillos (525 km<sup>2</sup>).

Para el Proyecto del Gran Chaco Suramericano, en Argentina se seleccionó a los departamentos de Rivadavia y San Martín, fronterizos con Bolivia y Paraguay.

El proyecto en Argentina se llevó adelante teniendo en cuenta la complejidad y heterogeneidad del territorio, donde los determinantes sociales y ambientales impactan en la salud y enfermedad de estas poblaciones, principalmente en los pueblos y naciones indígenas originarias campesinas del Gran Chaco Suramericano, donde existen demandas crecientes de participación en los espacios de tomas de decisiones estratégicas. Entre otras situaciones adversas, en la región del Chaco se evidencia un limitado acceso a servicios básicos de agua potable, saneamiento, salud y educación; las vías terrestres se encuentran en condiciones precarias, los medios de comunicación son escasos y existen grandes dificultades para acceder a fuentes de empleo-ingreso. Las mismas condiciones en las cuales viven, profundizan su exclusión reduciendo los espacios de oportunidad. El proyecto reconoció el desafío de estos escenarios a diversos y, a través de sus estrategias y acciones, buscó constituir un puente de inclusión entre el Estado y la sociedad.

**Figura 2.** Mapa de la provincia de Salta



## Departamento General José de San Martín

El Departamento San Martín, lindante con Bolivia, con 16.257 km<sup>2</sup>, tiene 156.910 habitantes (de los cuales más del 85% residen en áreas urbanas) distribuidos en 6 municipios, siendo el más numeroso el de Tartagal, con 47.000 habitantes. Está integrado por 24 localidades y 19 parajes. Tiene hospitales en Tartagal (nivel perinatal IIIa), General Mosconi (nivel perinatal I-II), Salvador Mazza (nivel perinatal I-II), Aguaray (nivel perinatal I-II) y Embarcación (nivel perinatal II).

**Figura 3.** Mapa del departamento San Martín con sus municipios



## Departamento Rivadavia

El Departamento Rivadavia, lindante con Bolivia y Paraguay, con casi 26.000 km<sup>2</sup>, tiene 33.357 habitantes distribuidos en 10 localidades y 27 parajes. Posee hospitales en Morillo (nivel perinatal I-II) y Santa Victoria Este (nivel perinatal I-II).

**Figura 4:** Mapa del departamento Rivadavia con sus municipios



## Indicadores sociodemográficos y sanitarios del Chaco salteño

El programa Sala de Situación del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta publica periódicamente sus datos en la página web: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/>. Según su informe 2017, correspondiente al año 2015, la población total del Gran Chaco ascendía a 205.788 personas.

## Población originaria en el Chaco salteño

El 6,6% de la población de la provincia de Salta se reconoce originaria (79.204 personas sobre un total de 1.202.754 habitantes), este porcentaje casi triplica la media nacional de 2,4%. El 24,9% de esos 79.204 habitantes se autorreconoció del pueblo Wichi. La condición de hacinamiento de la población originaria es 2,5 veces mayor que la de la población no originaria.<sup>1</sup>

La información detallada de población surge de la cobertura de APS. Por este motivo se conoce la población originaria del sector y la distribución de pueblos si hubiera más de un pueblo en el sector, pero no el detalle de cada uno en estos sectores mixtos. Cuando el sector es completamente Wichi o Guaraní, Chané, etc., se consigna el número exacto.



Viviendas en comunidades de la etnia wichi

**Tabla 1.** Distribución de la población originaria por departamento y área operativa.

Departamento	Área operativa	Población originaria	Guaraní	Wichi	Otras (aproximados)
San Martín	Embarcación	8.308	1.839	6.085	Kolla: 384
	General Mosconi	3.334		2.943	Chulupí-Nivaculé: 658
	Tartagal	14.704	8.961	3.545	Kolla: 222 Chorote: 650 Toba: 883 Tapieté: 443
	Aguaray	6.350	3.917	226	Chané: 2.207
	Salvador Mazza	4.992	4.773	97	Kolla: 122
<b>Total</b>		<b>37.688</b>	<b>19.490</b>	<b>12.896</b>	<b>5.569</b>
Rivadavia	Santa Victoria Este	8.103		4.736	Chorote: 2.752 Chulupí-Nivaculé: 270 Toba: 262 Tapieté: 83
	Alto La Sierra	2.154		2.154	
	La Unión	1.603		1.603	
	Morillo	3.489		3.489	
	Rivadavia Banda Sur	1.206		1.206	
<b>Total</b>		<b>16.555</b>		<b>13.188</b>	<b>3.367</b>

Fuente: Programa Sanitario de Relaciones Interculturales, Dirección de APS, Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

1 - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Pueblos originarios. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-21-99> [consulta 15 de noviembre de 2019].

**Tabla 2.** Información comparativa de los departamentos Rivadavia y San Martín

Provincia Salta	Depto. Rivadavia		Depto. San Martín	
Superficie total 155.488 km <sup>2</sup>	25.951 km <sup>2</sup>		16.257 km <sup>2</sup>	
Población total 1.214.441 habitantes, (79.204 población indígena)	30.357 habitantes	30,38% Población urbana	156.910 habitantes	85,85% Población urbana
		69,62% Población rural		14,15% Población rural
Número y nombre de municipios	(3): Sta. Victoria Este, Rivadavia Banda Norte y Rivadavia Banda Sur		(6): Salvador Mazza, Aguaray, Tartagal, Gral. Mosconi, Gral. Ballivián y Embarcación	
Grupos étnicos en dichos territorios	(5): Wichi, Chorote, Nivacé-Chulupí, Toba, Tapieté		(8): Wichi, Chané, Chorote, Nivacé-Chulupí, Toba, Tapieté, Guaraní y Kolla	
Número de escuelas a nivel municipal	131 incluyendo primarios, secundarios, técnicos y terciarios		170 incluyendo primarios, secundarios, técnicos y terciarios	
Programas nacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo Social de la Nación.</li> <li>Programa Médicos Comunitarios</li> <li>Programas de ANSES, Agua (Recursos Hídricos Prov.+INAI)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo Social de la Nación</li> <li>Programa Médicos Comunitarios</li> <li>Programas de ANSES, Agua (Recursos Hídricos Prov.+INAI)</li> </ul>	

Fuente: Argentina. Ministerio de Economía de la Provincia de Salta. Anuario Estadístico de la Provincia de Salta: anuario estadístico 2018: avance 2019. Salta: el Ministerio; 2019. [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://estadisticas.salta.gov.ar/web/archivos/anuarios/anuario2018-2019/ANUARIO%202019%20-%20WEB.pdf>

**Tabla 3.** Datos demográficos de los departamentos salteños. Se destacan los de General San Martín y Rivadavia.

Departamentos	1	2a	2b	3	4
Total provincia	1.333.365	49,48	50,52	28.124	31,17
Anta	63.830	51,18	48,82	1.313	32,65
Cachi	7.580	50,78	49,22	160	35,77
Cafayate	17.172	50,30	49,70	370	31,32
Capital	589.696	48,28	51,73	13.334	27,73
Cerrillos	42.617	50,61	49,39	908	34,15
Chicoana	22.863	50,14	49,86	416	31,80
Gral. Güemes	51.763	50,14	49,86	1.065	30,24
<b>Gral. San Martín</b>	<b>172.700</b>	<b>50,29</b>	<b>49,71</b>	<b>4.367</b>	<b>35,00</b>
Guachipas	3.276	50,21	49,79	70	30,72
Iruya	5.959	48,46	51,54	101	40,02
La Caldera	9.242	51,15	48,85	173	29,56
La Candelaria	6.146	51,81	48,19	93	32,77
La Pompa	1.776	48,93	51,07	34	37,51
La Viña	7.849	49,88	50,12	150	31,01
Los Andes	6.506	52,38	47,62	173	39,23
Metán	42.507	50,18	49,82	821	28,99
Molinos	5.872	49,11	50,89	113	38,45
Orán	152.304	50,54	49,46	3.599	34,91
<b>Rivadavia</b>	<b>33.088</b>	<b>52,19</b>	<b>47,81</b>	<b>1.110</b>	<b>40,96</b>
Rosario de la Frontera	30.534	49,15	50,85	555	30,07



Rosario de Lerma	42.726	49,96	50,04	893	32,05
San Carlos	7.136	50,45	49,55	142	35,00
Santa Victoria	10.223	48,31	51,69	168	41,37
<b>1.</b> Población total, ambos sexos. Provincia de Salta. Estimación a partir de censo 2010. INDEC. <b>2a.</b> Pordentaje población varones. Provincia de Salta. Estimación a partir de censo 2010. INDEC. <b>2b.</b> Pordentaje población mujeres. Provincia de Salta. Estimación a partir de censo 2010. INDEC. <b>3.</b> Número de nacidos vivos. Año 2015. Programa de estadística. Ministerio de Salud Pública de Salta.. <b>4.</b> Pordentaje de población menores de 15 años. Censo Nacional 2010.					

Fuente: Subsecretaría de Medicina Social del Ministerio de Salud Pública de Salta.

## Necesidades básicas insatisfechas (NBI), agua segura y manejo de excretas en el Chaco salteño

La mayor proporción de viviendas con agua segura se concentra en los municipios con mayor cantidad de habitantes de centros urbanos, mientras que en los municipios con mayor proporción de la población rural es deficitaria, especialmente en Santa Victoria Este, Alto La Sierra, Rivadavia Banda Sur, La Unión y en menor proporción en Morillo y Embarcación.

Según el censo del año 2010, en el Chaco salteño casi el 40% de la población tiene las necesidades básicas insatisfechas (NBI). En el Departamento General San Martín, el porcentaje de hogares con NBI es de 26,1%, mientras que en el Departamento Rivadavia asciende a 49,1%.

**Tabla 4.** Indicadores seleccionados

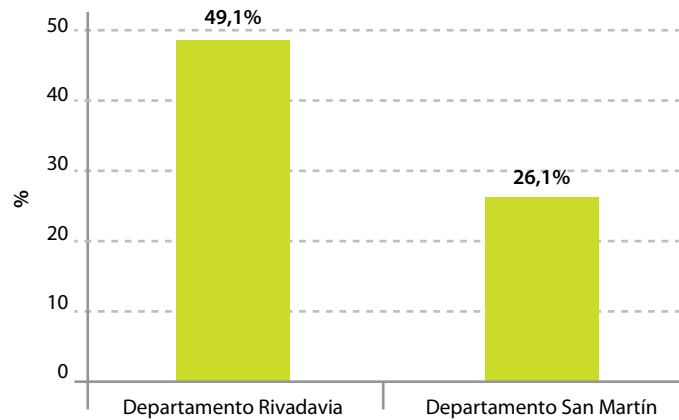
Indicador	Salta **	República Argentina**
Porcentaje de población con NBI *	Total prov. 23,7%	12,5%
	Área urbana: 16,9%**	
	Área rural: 36,6%	
Porcentaje de población de 10 o más años de edad en condición de analfabetismo	3,1%***	1,9%
Porcentaje de cobertura de hogares con agua potable	91,2%	83,9%
Porcentaje de cobertura de hogares con desagüe cloacal	62,1%	53,1%

\* Argentina. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Necesidades básicas insatisfechas (NBI): información censal del año 2010 (versión ampliada con datos departamentales). Buenos Aires: el Ministerio; 2014. Disponible en: <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf> [citado 15 de noviembre de 2019].

\*\* Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Necesidades básicas insatisfechas. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-47-156> [consulta 15 de noviembre de 2019].

\*\*\* Dirección General de Estadísticas y Censo. Gobierno de Salta. Educación. Disponible en: <http://estadisticas.salta.gov.ar/web/level3/2/3/129/103/null> [consulta 15 de noviembre de 2019].

**Gráfico 1.** Porcentaje de hogares con NBI en los departamentos de Rivadavia y San Martín



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135> [consulta 15 de noviembre de 2019].

De acuerdo con la metodología censal adoptada por el INDEC, se consideran hogares con NBI a aquellos que presentan al menos una de las siguientes características:

- **Vivienda inconveniente (NBI 1):** es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento o rancho.
- **Carencias sanitarias (NBI 2):** incluye a los hogares que no poseen retrete.
- **Condiciones de hacinamiento (NBI 3):** es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Técnicamente se considera que existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto.
- **Inasistencia escolar (NBI 4):** hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- **Capacidad de subsistencia (NBI 5):** incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria.

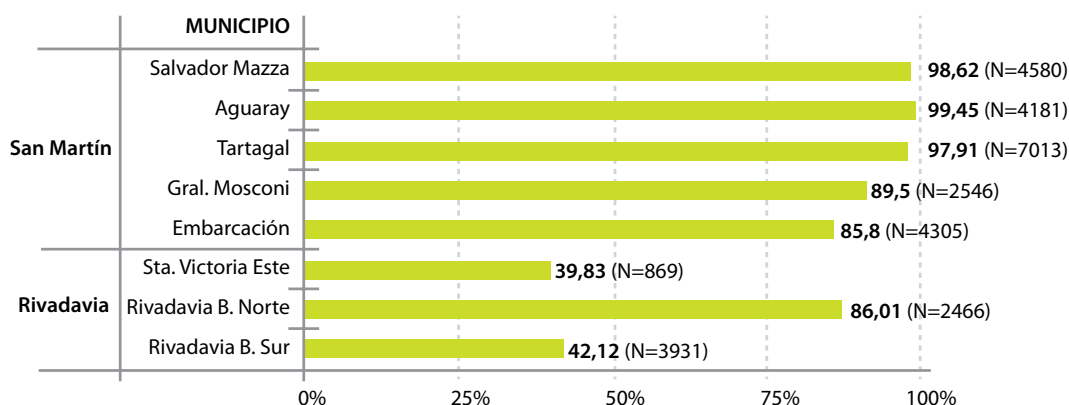
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

**Tabla 5.** Indicadores socioeconómicos por departamento

Departamentos	1	2	3	4	5	6
Anta	27,8	6,2	3,3	2,9	85,66	33,08
Cachi	21,6	4,0	1,1	2,9	62,01	25,89
Cafayate	19,4	2,5	1,0	1,5	90,97	78,36
Capital	12,8	1,3	0,5	0,8	97,46	81,36
Cerrillos	23,7	2,5	1,0	1,5	82,52	40,88
Chicoana	20,1	2,5	1,2	1,3	85,49	24,18
Gral. Güemes	15,8	3,4	1,3	2,1	94,44	44,77
<b>Gral. San Martín</b>	<b>26,1</b>	<b>5,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,8</b>	<b>93,12</b>	<b>44,32</b>
Guachipas	27,9	4,1	1,9	2,2	62,69	44,92
Iruya	28,0	9,4	2,1	7,3	60,97	13,63
La Caldera	15,2	2,3	1,1	1,2	79,21	0
La Candelaria	12,7	3,3	1,8	1,5	79,51	4,01
La Pompa	25,1	7,7	2,2	5,5	47,75	0
La Viña	22,3	3,3	1,5	1,9	80,95	17,54
Los Andes	27,0	5,5	1,5	4,0	83,84	37,44
Metán	18,4	3,1	1,7	1,4	91,70	65,37
Molinos	26,7	5,7	1,6	4,1	91,70	65,37
Orán	30,2	4,4	1,9	2,5	90,75	60,83
<b>Rivadavia</b>	<b>49,1</b>	<b>10,9</b>	<b>4,7</b>	<b>6,1</b>	<b>53,34</b>	<b>0</b>
Rosario de la Frontera	17,8	3,3	1,6	1,7	87,62	63,43
Rosario de Lerma	18,1	2,7	1,0	1,7	85,12	32,97
San Carlos	23,1	5,9	1,7	4,2	64,04	47,15
Santa Victoria	24,2	14,5	3,8	10,7	46,40	16,69

1. % de población con NBI. Censo Nacional 2010.  
 2. % de población con 10 o más años en condiciones de analfabetismo, la misma incluye a las personas en situación de calle. Censo Nacional 2010.  
 3. % de población con 10 o más años en condiciones de analfabetismo. Varones. Censo Nacional 2010.  
 4. % de población con 10 o más años en condiciones de analfabetismo. Mujeres. Censo Nacional 2010.  
 5. % de hogares con agua corriente. Censo Nacional 2010.  
 6. % de hogares con desagües cloacales. Censo Nacional 2010.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135> [consulta 15 de noviembre de 2019].

**Gráfico 2:** porcentaje y número de familias con agua segura por municipio

Fuente: 4° Ronda APS, 2019, Ministerio de Salud Pública de Salta

El agua insegura en poblaciones alejadas puede obtenerse de “pozos” o lagunas que quedan una vez que se retiran las aguas de inundación, de mangueras provenientes de las escuelas, con funcionamiento intermitente y conservada en recipientes inadecuados, de tanques llenados por camiones cisterna que también se fraccionan en recipientes inadecuados como latas de pinturas, combustibles, envases de agroquímicos, recipientes sin tapa, entre otros.

La procedencia de las muertes por diarrea o desnutrición en niños menores de 5 años se corresponde con las áreas donde hay mayor proporción de agua insegura.



Consumo de agua insegura en parajes como Los Baldes, San Patricio (comunidades wichis) y La Salvación (utilización de filtros inadecuados en población criolla).

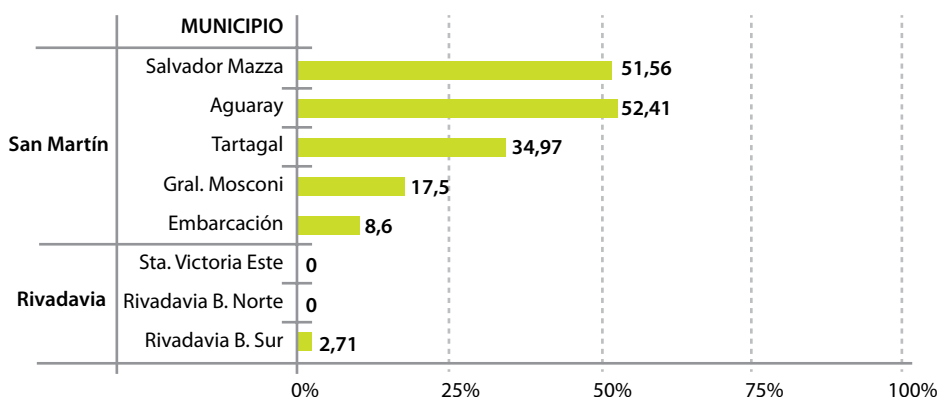
**Tabla 6.** Disposición de excretas según tipo de sistema utilizado.  
Departamentos San Martín y Rivadavia.

Localidad	Familias			Población total "N"	Familias según sistema de eliminación de excretas						
	Total	Originarias	Rurales		Cloaca	Pozo ciego			Letrinas		
						Total	Trat	No trat.	Total	Trat	No trat.
<b>Departamento de San Martín</b>											
Salvador Mazza	5.361	1.042	164	19.740	2.769	213	68	145	996	815	181
Aguaray	4.308	1.191	955	17.849	2.258	827	702	125	1.048	937	111
Tartagal	7.461	3.216	532	33.601	2.609	1.144	711	433	3.115	1.582	1.533
Gral. Mosconi	3.240	659	108	11.938	557	965	837	128	800	480	320
Embarcación	5.664	2.370	487	23.858	487	1.616	1.218	398	2.529	1.393	1.136
<b>TOTAL</b>	<b>26.034</b>			<b>106.986</b>	<b>8.680</b>	<b>4.765</b>			<b>8.488</b>		
<b>Departamento de Rivadavia</b>											
Santa Victoria Este	3.726	2.307	948	16.792	0	473	320	153	2.658	1.357	1.301
Rivadavia Banda Norte	2.890	722	777	11.236	0	1.302	1.067	235	1.268	871	397
Rivadavia Banda Sur	2.878	552	1.087	10.953	78	681	129	652	1.661	193	1.468
<b>TOTAL</b>	<b>9.494</b>			<b>38.981</b>	<b>78</b>	<b>2.456</b>			<b>5.587</b>		

Fuente: 4° Ronda APS, 2019, Ministerio de Salud Pública de Salta

El 24,65% de las familias que viven en los departamentos San Martín y Rivadavia dispone de cloacas. Los municipios Santa Victoria Este y Rivadavia Banda Norte no disponen de cloacas, a la vez que en Rivadavia Banda Sur un 0,8% de las familias las tiene en la localidad de La Unión. De las 7.221 familias de ambos departamentos que utilizan pozos ciegos, el 31,5% de los mismos carece de tratamiento. Entre las 14.075 familias de ambos departamentos que utilizan letrinas, el 46% de las mismas carece de tratamiento.

**Gráfico 3.** Porcentaje de familias con cloacas por municipio.  
Departamentos San Martín y Rivadavia.



Fuente: 4° Ronda APS, 2019, Ministerio de Salud Pública de Salta

## Índices de calidad de vida (ICV) y de desarrollo humano (IDH)

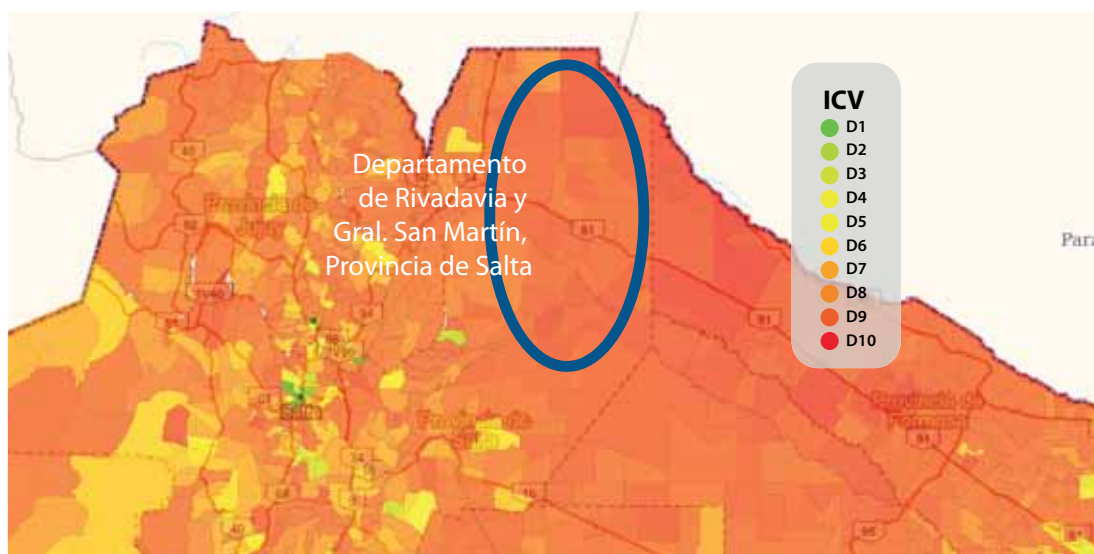
Argentina es un país con inequidades. Los datos a continuación muestran indicadores muy diferentes para las distintas regiones.

Los promedios nacionales ocultan inequidades, y el área del Gran Chaco Suramericano no es la excepción. Según el informe de la DEIS 2017, el índice de desarrollo humano 2011, PNUD (2013) era 0,848 para el país y 0,832 para la provincia de Salta.

En el año 2019 el Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales (IGEHCS, CONICET-UNCPBA) publica el “Índice de calidad de vida” (ICV). El ICV se basa en dos grandes grupos de indicadores: los socioeconómicos -educación, salud y vivienda-, que representan el 60% del puntaje (con 20% cada uno) y los ambientales, que representan el 40% restante. Dentro de los indicadores socioeconómicos están considerados la tasa de mortalidad infantil, la población sin obra social, sin inodoro y en situación de hacinamiento. Las ambientales, por su parte, comprenden los recursos recreativos y problemas como el uso de plaguicidas en agricultura, industria y minería, contaminación, inseguridad, asentamientos precarios, basurales, sismicidad y vulcanismo, inundabilidad y discomfort climático.

En el informe del año 2019 del CONICET, los departamentos Rivadavia y San Martín de la provincia de Salta se encuentran en el 9° y 10° percentiles inferiores en la medición de la calidad de vida.



**Figura 5.** Índice de calidad de vida en el Chaco salteño.

Fuente: CONICET. Mapa del Índice de Calidad de Vida (ICV). Disponible en: <https://icv.conicet.gov.ar/> [consulta 15 de noviembre de 2019]

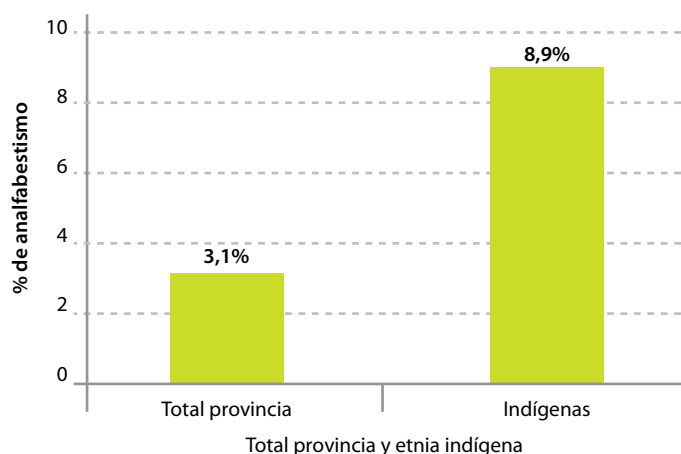
Nota: Escala del ICV: en rojo el 10% de los radios censales con peor calidad de vida; en ocre y verde claro, las situaciones intermedias y en verde oscuro el 10% con mejor calidad de vida.

## Analfabetismo

El 8,9% de la población originaria de la provincia de Salta es analfabeta (tres veces más que la no originaria).

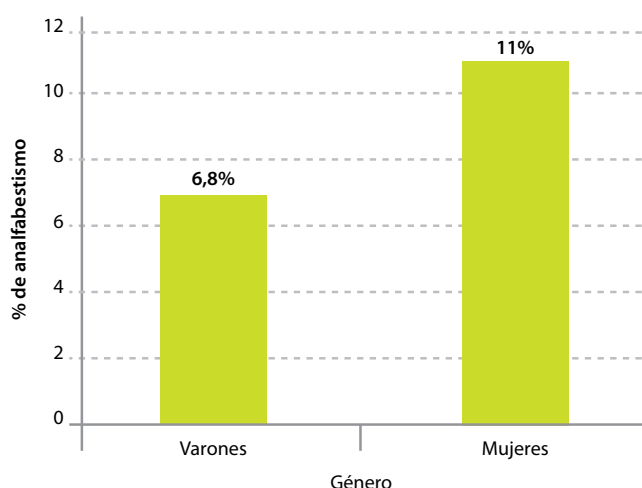
**Figura 6.** Porcentaje de analfabetismo por departamento.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135> [consulta 15 de noviembre de 2019]

**Gráfico 4.** Tasa de analfabetismo, total provincia de Salta y población indígena.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135> [consulta 15 de noviembre de 2019] y la Secretaría de Medicina Social del Ministerio de Salud Pública de Salta.

Dentro de los pueblos indígenas, la proporción de analfabetismo en las mujeres es casi el triple que en los varones.

**Gráfico 5.** Tasa de analfabetismo en poblaciones indígenas de Salta según género.

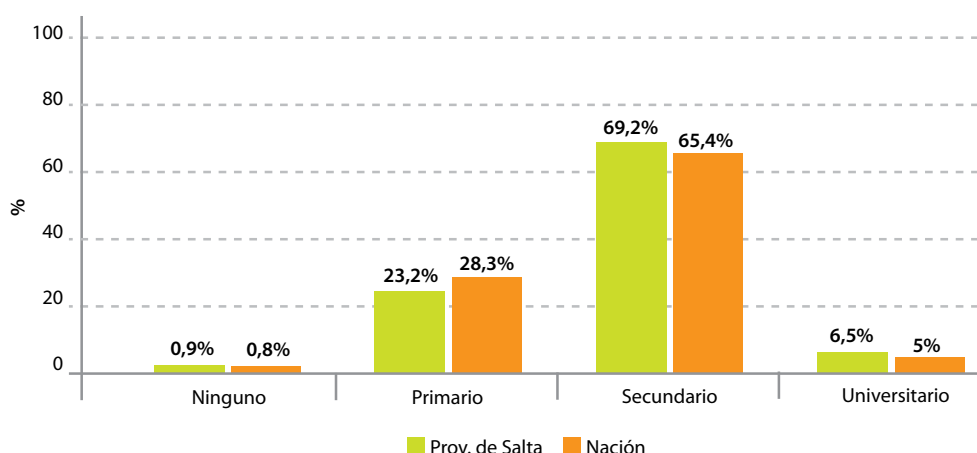
Fuente: Censo 2010, INDEC.

En el censo del año 2010 se detectó que el 3,14% de la población de 10 años y más era analfabeta; un porcentaje algo menor con respecto a la cifra del año 2001 (4,7%). Los valores extremos se presentaban en el departamento Capital con el menor porcentaje de 1,3 % de analfabetos y el mayor, en el departamento de Santa Victoria, con 14,5 % de la población con la condición analfabetismo. En el área del proyecto Gran Chaco, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente forma: 10,8% (2384 personas, 1.037 varones y 1347 mujeres) en el departamento de Rivadavia y 5% (5993 personas: 2.556 varones y 3437 mujeres) en el departamento General de San Martín.<sup>2</sup>

2 - Salta (prov.). Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros de la Provincia de Salta. Anuario estadístico año 2016: avance 2017 provincia de Salta. Salta: el Ministerio; 2017. Disponible en: <http://estadisticas.salta.gov.ar/web/archivos/anuarios/anuario2016-2017/anuario2016-2017v2.pdf> [consulta 15 de noviembre de 2019].

El Sistema Informático Perinatal (SIP) permite acceder a información más actualizada y específica de analfabetismo entre las parturientas. Del total de nacimientos registrados en el SIP durante 2018, en la provincia de Salta, el 8,8% de las mujeres indígenas carecía de instrucción formal, mientras que las etnias blanca y mestiza presentaron una proporción de analfabetismo del 0,4% cada una.

**Gráfico 6.** Nacimientos registrados en SIP 2018, según “Nivel de instrucción de la madre” - Total provincia de Salta, comparativo con Nación



Fuente: Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Datos de 2017. Disponible en: [www.deis.msal.gov.ar](http://www.deis.msal.gov.ar) [consulta 15 de noviembre de 2019]

## Indicadores de salud materno infantil

Como puede observarse en las tablas a continuación, en el año 2015 la provincia de Salta tenía indicadores de mortalidad, tanto materna como infantil, por encima de la media nacional.

**Tabla 7.** Indicadores seleccionados provincia de Salta comparados con la media nacional, año 2015.

Indicador	Salta	República Argentina
Cantidad de nacidos vivos (nv)	28.379	770.040
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	21,3%	17,9%
Porcentaje de nacidos vivos (nv) ocurridos en establecimientos asistenciales con relación al total de nv (por 1.000 nv)	99,5	99,7
Porcentaje de muy bajo peso al nacer < 1.500 grs. (MBPN)	1,2	1,1
<b>Porcentaje de bajo peso al nacer &lt; 2.500 grs. (BPN)</b>	<b>7,2%</b>	<b>7,2%</b>
<b>Porcentaje de nv de madres menores de 15 años</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,4%</b>
<b>Porcentaje de nv de madres menores de 20 años</b>	<b>19,8%</b>	<b>14,7%</b>
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nv)	11,8	9,7
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nv)	7,8	6,6
Tasa de mortalidad postneonatal (por 1.000 nv)	4	3,1
Tasa de mortalidad 1 a 4 años (por 1.000 niños de 1 a 4 años)	0,6	0,4
<b>Razón de mortalidad materna (por 10.000 nv)</b>	<b>8,17</b>	<b>3,9</b>

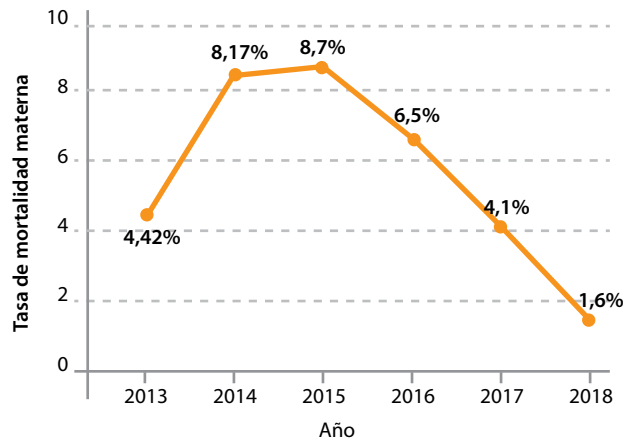
Fuente: Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G): indicadores básicos 2018. República Argentina. Buenos Aires: el Ministerio; 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001616cnc-anuario-sip-2018.pdf> [consulta 15 de noviembre de 2019].

**Tabla 8.** Indicadores generales de la provincia de Salta. Año 2015

Población total, ambos sexos 2015. Dirección de Estadísticas de Poblaciones. INDEC.	1.333.365
Población total, varones 2014. Dirección de Estadísticas de Poblaciones. INDEC.	659.702
Población total, mujeres 2014. Dirección de Estadísticas de Poblaciones. INDEC.	673.663
Esperanza de vida al nacer en 2010-2015 (en años) Ambos sexos. INDEC.	76,13 años
Esperanza de vida al nacer en 2010-2015 (en años) Mujeres. INDEC.	79,95 años
Esperanza de vida al nacer en 2010-2015 (en años) Varones. INDEC.	72,45 años
Índice de desarrollo humano, 2015.	0,827*
Tasa de desocupación estimada al 2° trimestre de 2016.	8,9**
Tasa de empleo estimada al 2° trimestre de 2016.	6,2**
Tasa de actividad estimada al 2° trimestre de 2016.	38,2**
Tasa bruta de natalidad, 2015 (por mil habitantes).	21,3***
Tasa bruta de mortalidad general, 2015 (por mil habitantes).	5,7***
<b>Tasa de mortalidad infantil, 2015 (por mil nacidos vivos).</b>	<b>11,56***</b>
<b>Tasa de mortalidad de menores de 5 años, 2015 (por mil).</b>	<b>13,15***</b>
Número de defunciones registradas de niños menores de 5 años por difteria (2013).	0****
Número de defunciones registradas de niños menores de 5 años por tos ferina (2013).	0****
Número de defunciones registradas de niños menores de 5 años por tétanos (2013).	0****
Número de defunciones registradas de sarampión.	0****
<b>Razón de mortalidad materna, 2015 (por 10.000 nacidos vivos).</b>	<b>8,17***</b>
Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de 2.500 gr. como mínimo. Año 2015.	6,0***
Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer menor a 1.500 gr. Año 2015.	1,2***
Porcentaje de cobertura con Pentavalente en menores de un año. Año 2015.	95,5*****
Porcentaje de cobertura de vacuna antipoliomelítica oral en < de un año. Año 2015.	94,4*****
Porcentaje de cobertura de BCG en recién nacidos. Año 2015.	101*****
Porcentaje de cobertura de vacuna Triple Viral en niños de un año. Año 2015.	102,9*****
Médicos cada 1.000 habitantes. Subsector público. Año 2015.	1,4*****
Profesionales de la salud no médicos cada 1.000 habitantes. Año 2015.	1,1*****
Enfermeros cada 1.000 hab. (incluye profesionales y licenciados). Subsector salud. Año 2015.	2,6*****
Odontólogos cada 10.000 habitantes. Subsector salud. Años 2015.	4,8*****
Agentes sanitarios cada 1.000 habitantes. Año 2015.	1,1*****
* Fuente: INDEC. Encuesta anual de hogares urbanos (EAHU). 4° trimestre 2013. ** Fuente: Informe sobre desarrollo humano 2013. *** Fuente: Estadística de salud. Ministerio de Salud Pública de Salta. **** Fuente: Programa de inmunizaciones, APS. Ministerio de Salud Pública de Salta. ***** Fuente: Programa APS. Ministerio de Salud Pública de Salta. ***** Fuente: Programa de vigilancia epidemiológica. Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública de Salta. ***** Fuente: Ministerio de Salud Pública de Salta.	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135> [consulta 15 de noviembre de 2019] y la Secretaría de Medicina Social del Ministerio de Salud Pública de Salta.

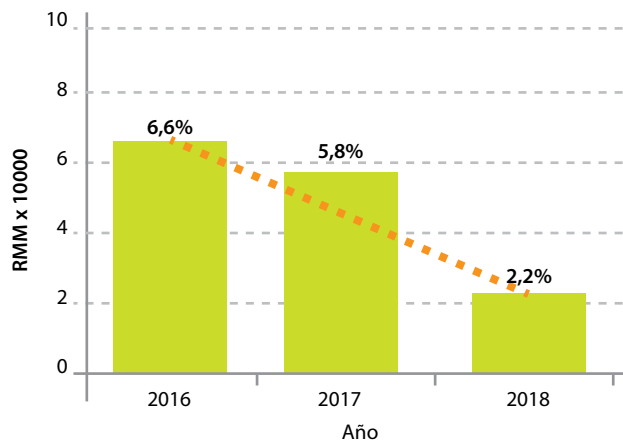
**Gráfico 7.** Evolución de la razón de mortalidad materna por 10.000 RNV en Salta (2013-2018)



Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

El descenso de la razón de la mortalidad materna también se registró en los departamentos Rivadavia y San Martín entre los años 2016 y 2018.

**Gráfico 8.** Razón de mortalidad materna por 10.000 RNV en departamentos Rivadavia y San Martín de Salta (2016-2018)



Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

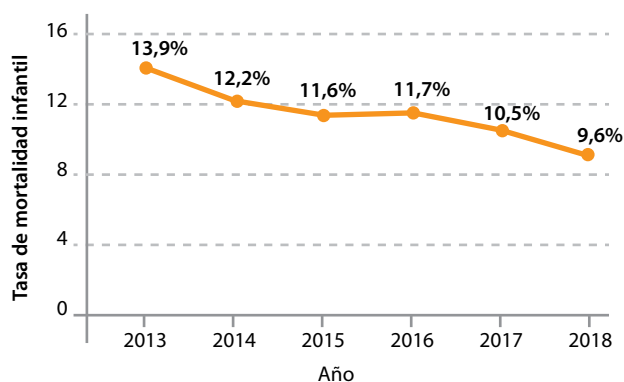
Se observa, en el período 2013-2018, una evolución favorable de los indicadores, con el sostenido descenso de la mortalidad infantil.

**Tabla 9.** Indicadores de natalidad y mortalidad infantil por departamento

D departamentos	1	2	3	4	5
Total provincia	21,09	11,6	325	7,72	3,84
Anta	20,57	10,7	14	7,62	3,05
Cachi	21,11	12,5	2	12,50	-
Cafayate	24,55	8,1	3	9,00	8,11
Capital	19,22	11,3	128	9,61	2,29
Cerrillos	21,31	7,7	7	9,71	1,10
Chicoana	18,02	14,06	6	9,39	4,85
Gral. Güemes	20,57	14,1	15	6,18	4,69
<b>Gral. San Martín</b>	<b>25,29</b>	<b>11,5</b>	<b>50</b>	<b>14,29</b>	<b>5,27</b>
Guachipas	21,37	14,3	1	-	-
Iruya	16,95	9,9	1	-	9,90
La Caldera	18,72	-	-	-	-
La Candelaria	15,13	-	-	-	-
La Pompa	19,14	58,8	2	-	58,82
La Viña	19,11	6,7	1	5,78	6,67
Los Andes	26,59	17,3	3	6,09	11,56
Metán	19,31	8,5	7	8,85	2,44
Molinos	19,24	8,9	1	8,34	-
Orán	23,63	14,5	52	4,50	6,11
<b>Rivadavia</b>	<b>33,55</b>	<b>8,1</b>	<b>9</b>	<b>9,01</b>	<b>3,60</b>
Rosario de la Frontera	18,18	16,2	9	8,96	7,21
Rosario de Lerma	20,90	10,1	9	-	1,12
San Carlos	19,90	14,1	2	-	14,08
Santa Victoria	16,43	17,9	3	-	17,86

1. Tasa bruta de natalidad (por 1.000 hab.). Año 2015.  
 2. Tasa de mortalidad infantil expresada por 1.000 nacidos vivos. Año 2015.  
 3. Número de defunciones de menores de 1 año. Año 2015  
 4. Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos). Año 2015.  
 5. Tasa de mortalidad posneonatal (por 1.000 nacidos vivos). Año 2015.

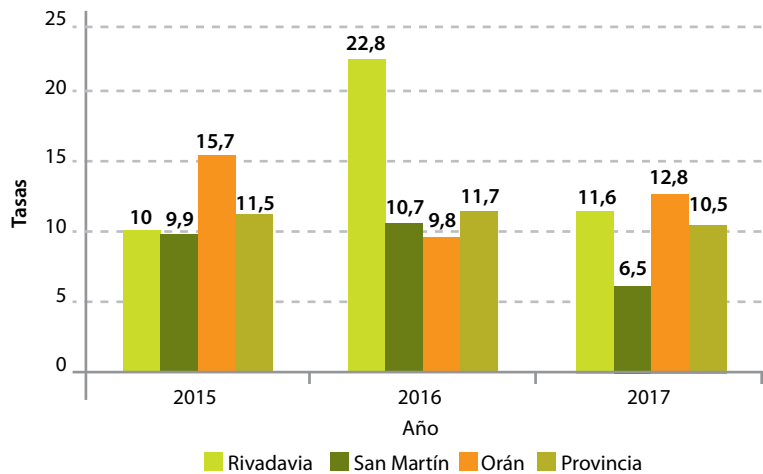
Fuente: Estadísticas vitales 2015. Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta.  
 DEIS anuario 2013, datos nacionales.

**Gráfico 9** Evolución de la tasa de mortalidad infantil en Salta (2013-2018)

Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

Cuando consideramos la mortalidad infantil en los departamentos Rivadavia y San Martín, se observa que en 2017 el departamento Rivadavia tuvo una mortalidad infantil superior a la media provincial, mientras que en el departamento San Martín fue inferior.

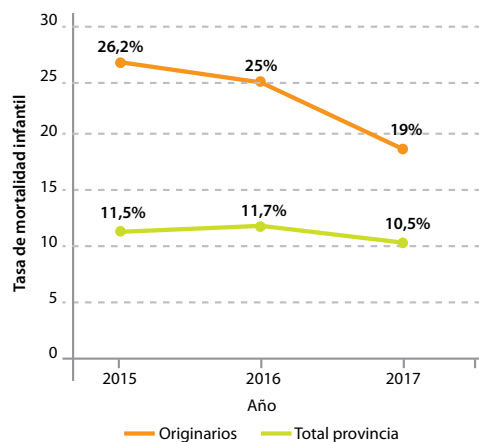
**Gráfico 10.** Tasa de mortalidad infantil comparativa. Departamentos Rivadavia, San Martín, Orán y Provincia.



Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

La mortalidad infantil (MI) específica de los pueblos originarios de la provincia casi duplica la tasa de mortalidad infantil provincial (que incluye la mortalidad de niños de pueblos no originarios y originarios).

**Gráfico 11.** Comparación entre tasas de mortalidad infantil de la provincia y tasas de mortalidad en pueblos originarios de Salta. Período 2015-2017.

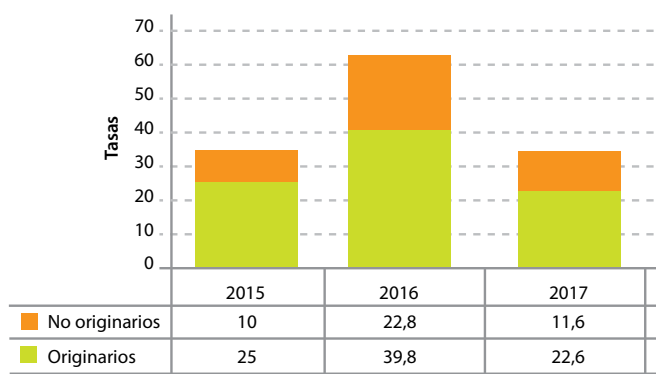


Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

Esta diferencia de tasas entre la mortalidad infantil de pueblos originarios y no originarios se mantiene en los departamentos Rivadavia y San Martín.

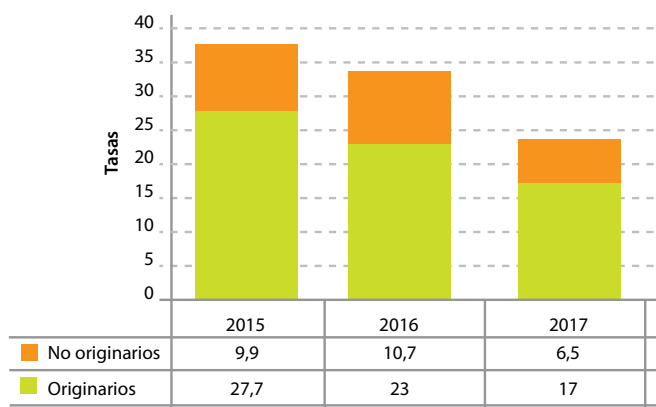


**Gráfico 12.** Comparación entre tasas de mortalidad infantil en el departamento Rivadavia, entre pueblos originarios y no originarios de Salta. Período 2015-2017.



Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

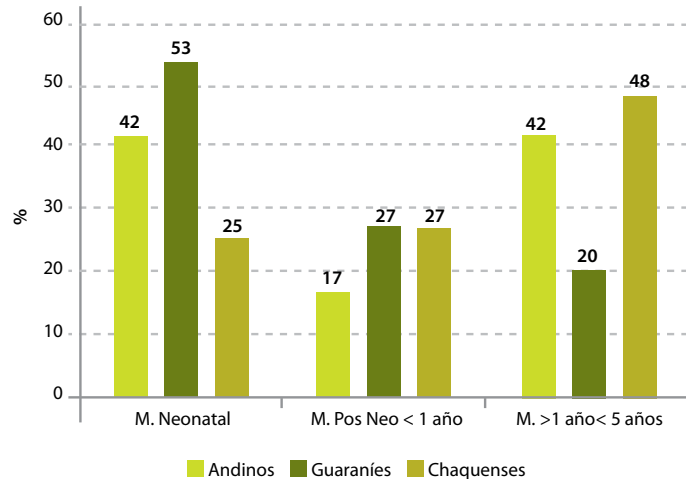
**Gráfico 13.** Comparación entre tasas de mortalidad infantil en el departamento San Martín, entre pueblos originarios y no originarios de Salta. Período 2015-2017.



Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

Dentro de la población originaria, se observa que aquella caracterizada como “chaquense”, que habita en el noreste de la provincia, tiene una mayor proporción de fallecidos entre 1 y 5 años que los pueblos guaraníes.

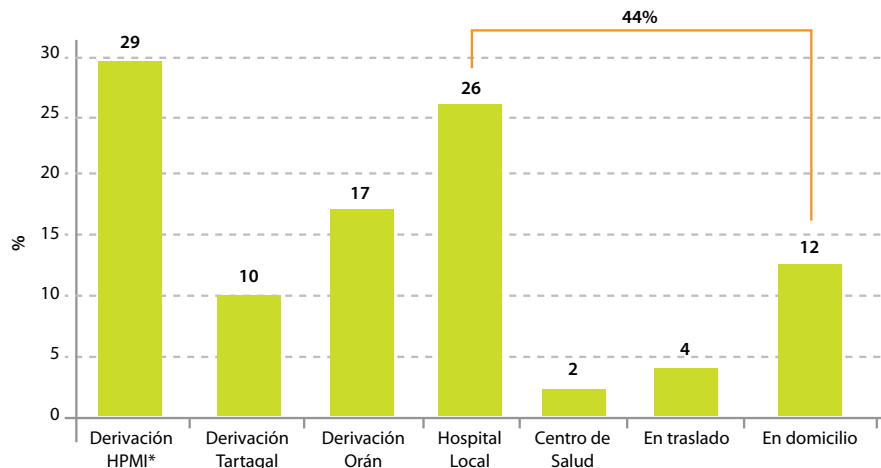
**Gráfico 14.** Muertes neonatales, postneonatales y de 1-5 años en pueblos originarios. Distribución por edad y etnia.



Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

En los pueblos originarios, el 44% de los fallecimientos infantiles se producen fuera de los hospitales con servicio de pediatría o terapia intensiva pediátrica: el 12% ocurren en el domicilio, el 4% durante el traslado, el 2% en un centro de salud y el 26% en el hospital local. Esta realidad, observada a partir de la información producida por la Dirección de Atención Primaria de la Salud (APS) del Ministerio de Salud Pública Provincial, subraya la importancia de la prevención en el caso de los niños de los pueblos originarios, así como la necesidad de llevar a cada paraje en donde viven la posibilidad de iniciar la rehidratación oral en forma precoz (desarrollo del programa UROC) y de intensificar la capacitación del personal de enfermería y médicos generalistas de los centros de salud y hospitales base en las técnicas de hidratación oportuna.

**Gráfico 15.** Lugar en que se produce la defunción en niños originarios. Departamentos San Martín y Rivadavia.



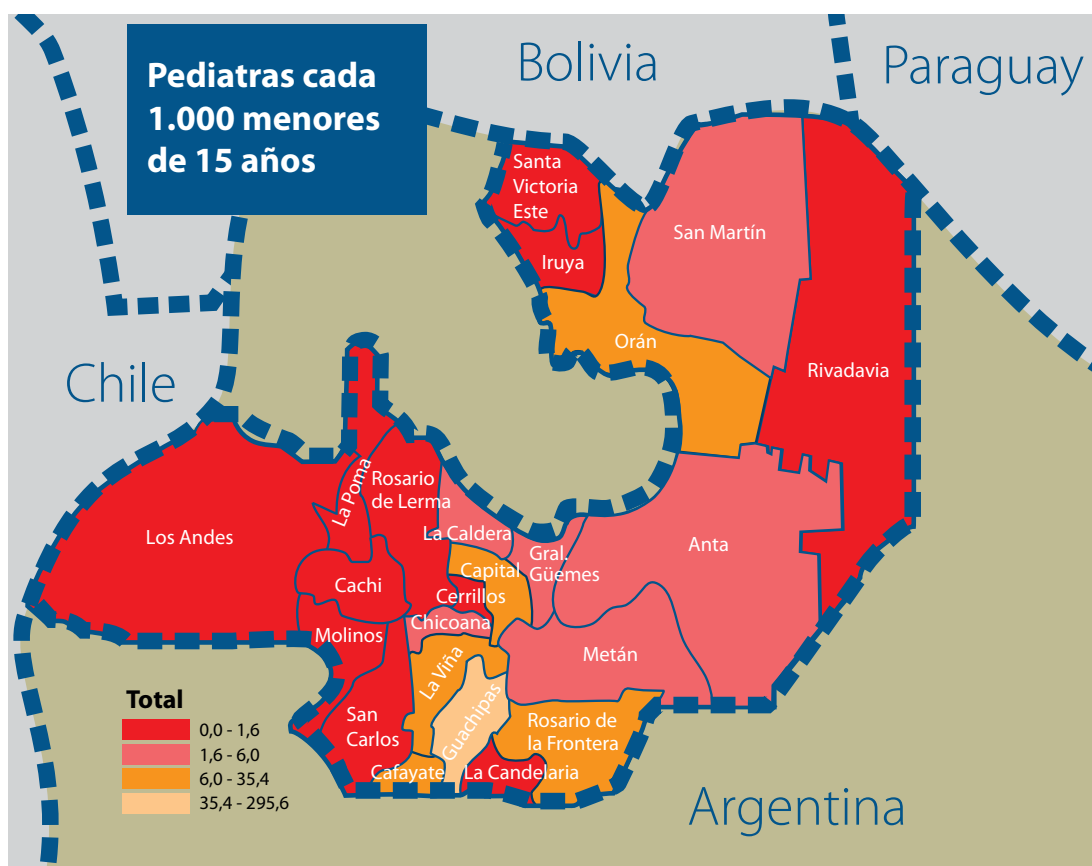
Fuente: Programa de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

\*Hospital Público Maternoinfantil

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), en el año 2014, Salta tenía 0,25 pediatras cada 1.000 menores de 15 años, siendo la media nacional de 1,35 pediatras cada 1.000 y la mayor proporción en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-CABA (6,96/1000 menores de 15 años). Salta, la provincia con menor proporción de pediatras por niños menores de 15 años, se encontraba en el cuartil más bajo junto a Formosa (0,41) Santiago del Estero (0,51), San Luis (0,57), Misiones (0,72) y Santa Fe (0,74).<sup>3</sup>

Asimismo, la tasa de profesionales médicos por 1000 habitantes en la provincia de Salta, según datos del observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud<sup>4</sup> es de 2,23 comparado con 3,6 de media nacional y 15,83 de CABA. De forma similar, la cantidad de enfermeros en Salta es: licenciados 866, auxiliares 1030 y técnicos 2304, siendo la tasa por 1000 habitantes también inferior (licenciados: 0,64, auxiliares: 0,76 y técnicos 1,7) a la media nacional (4,34).

**Figura 7.** Proporción de pediatras cada 1.000 niños menores de 15 años en Salta.



Fuente: SAP, Salta, 2017.

3 - Sociedad Argentina de Pediatría. Observatorio. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/observatorio.php?indicador=35> [consulta 15 de noviembre de 2019]

4 - Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Datos sobre fuerza de trabajo. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo> [consulta 15 de noviembre de 2019]

## Situación Nutricional Infantil

En los departamentos Rivadavia y San Martín de Salta, son los agentes sanitarios quienes llevan el registro permanente del crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 5, años de sus áreas operativas.

Para reducir los errores en el llenado de las planillas reciben regularmente capacitación y evaluaciones. Cabe aclarar que estas capacitaciones continuas se retomaron a partir del inicio del trabajo junto al Proyecto Hacia la Salud Universal de la Población del Gran Chaco Suramericano de la OPS/OMS porque NO se venían realizando desde 2012.

La situación de niñas y niños en cuanto a deshidratación y diarreas en el área del Chaco salteño se basa en que:

- la mayoría de las comunidades no tienen acceso al agua potable, y algunas no tienen acceso al agua.
- las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en la zona: 38,96% de la población.
- falta de acceso a los servicios de salud: obstáculos culturales, limitación en el idioma, falta de recursos humanos y discriminación del sistema de salud hacia las comunidades originarias.
- las comunidades se encuentran aisladas geográficamente, alejadas de los grandes centros urbanos.
- hay gran prevalencia de parasitosis intestinales, especialmente en niños de 0 a 6 años, poliparasitados, por falta de acceso al agua segura con la consiguiente malabsorción de nutrientes.

Quienes no tienen agua la colectan de madrejones del río, utilizando bidones muchas veces contaminados por agrotóxicos de las fincas colindantes. Otras comunidades tienen motores para extraer agua de pozos, pero casi siempre tienen la dificultad de no contar con combustible para hacerlos funcionar. Se registra a su vez, la existencia de agua contaminada asociada a la presencia de arsénico y elevada salinidad.

En esta problemática hay que considerar a las escuelas que sufren la falta de agua segura para cocinarles a los niños, quienes almuerzan y meriendan en los establecimientos y muchas veces reciben esta única comida en el día.

En muchos parajes, el consumo de proteínas de origen animal se dificulta por la falta de energía eléctrica para conservar la cadena de frío. Además, de enero a marzo, las lluvias complican la asistencia a la emergencia en la provincia, dado que los ríos Bermejo y Pilcomayo aumentan su caudal normal, provocando inundaciones. En estos casos, las familias de los parajes cercanos deben trasladarse a otros lugares sin sus pertenencias,



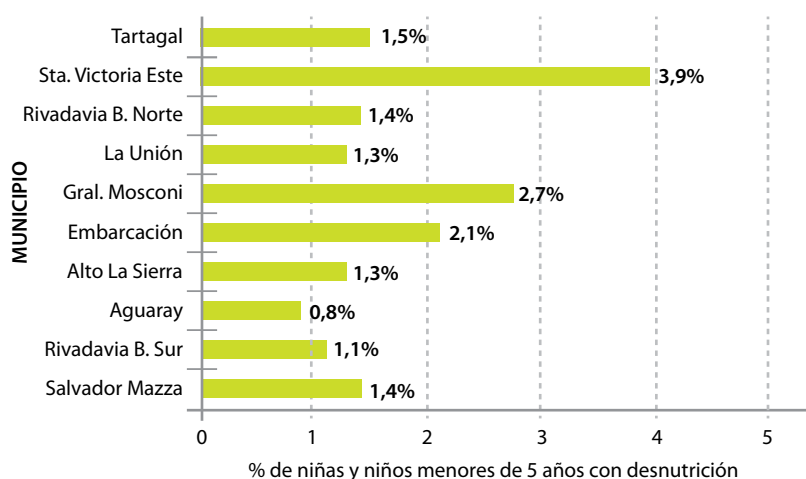
Capacitación de los supervisores y agentes sanitarios en el registro de las curvas de peso y talla.

los caminos quedan intransitables y sólo se accede en vehículos de doble tracción. Asimismo, los inconvenientes en la conectividad de la zona dificultan la comunicación, sobre todo en época de crecidas, cuando se agudizan las emergencias.

La mayoría del personal de salud desconoce las lenguas originarias, lo que genera barreras de acceso a los servicios de salud, ausencia de prácticas con pertinencia cultural -por ejemplo, controles a mujeres embarazadas y atención de parto culturalmente respetado-, y la consecuente desconfianza en el sistema por parte de las comunidades.

En el gráfico siguiente se puede observar la enorme dispersión en la frecuencia de bajo peso de niños menores de 5 años entre municipios, siendo los de mayor prevalencia Santa Victoria Este y General Mosconi.

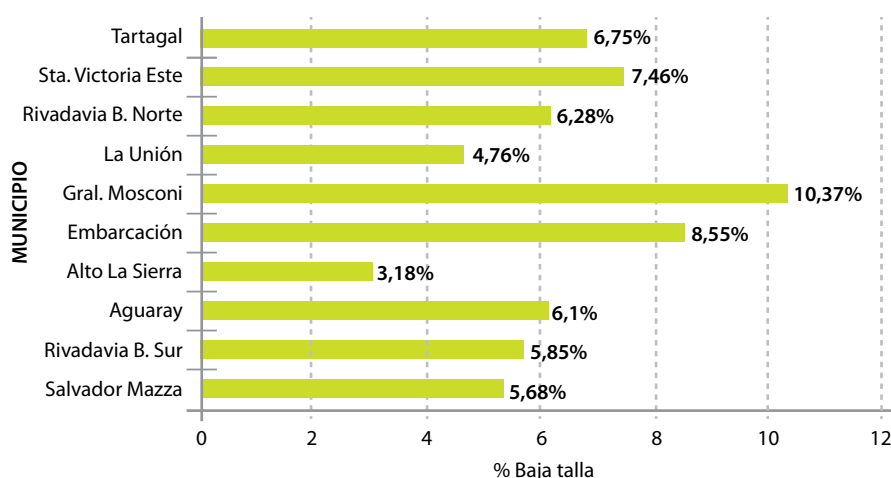
**Gráfico 16.** Porcentaje de niñas y niños con malnutrición por déficit de 0-5 años por municipio. Departamentos San Martín y Rivadavia. 4º trimestre de 2018.



Fuente: APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

Cuando se considera el indicador “baja talla” en menores de 5 años, se observa que los municipios más afectados son General Mosconi, Embarcación y Santa Victoria Este.

**Gráfico 17.** Porcentaje de niños de baja talla de 0-5 años por municipio. Departamentos San Martín y Rivadavia. 4º trimestre de 2018.



Fuente: APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

## Cobertura de vacunas en niños

La inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación. La tasa mundial de cobertura de la vacunación se mantiene en el 86%. Se calcula que si se mejorara la cobertura vacunal mundial se podrían evitar 1,5 millones de muertes. La vacuna DPT3, que previene difteria, tétanos y tos ferina, requiere tres dosis y, hacia el 2017, el 86% de los niños de todo el mundo (unos 116,2 millones) fueron vacunados en 129 países. Pero a nivel global 19,4 millones de lactantes quedaron fuera del alcance de los servicios de inmunización sistemática, por ejemplo la DTP3. En mayo de 2017, los ministros de Salud de 194 países aprobaron una nueva resolución con el objeto de fortalecer la vacunación para alcanzar los objetivos del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas para el año 2020.

**Definición del indicador de cobertura con la DPT3** (vacuna contra la difteria, tétanos, pertussis) **en niñas y niños menores de 1 año**

**Indicador:** porcentaje de niños menores de 1 año de edad que recibieron la tercera dosis de vacuna que contiene DPT, entre enero y diciembre del año de medición.

### Ficha técnica

- **Numerador:** Número de niños menores de 1 año de edad residentes de la provincia de Salta (en este caso o departamento).
- **Denominador:** Población menor de 1 año de la provincia de Salta (en este caso o departamento).
- **Multiplificado por un factor de amplificación:** x 100

Es cobertura útil cuando alcanza el 95% o mayor. Si la cobertura es menor al 95% se produce un acúmulo de susceptibles por no haber alcanzado el 100% de los niños a vacunar.

Si la cobertura es mayor al 100% se colocan en el numerador niños no contenidos en el denominador (por ejemplo, no residentes de ese departamento, no se los registra por lugar de residencia sino por lugar de vacunación y la otra posibilidad es el error del denominador, cuando son áreas con poca población presenta errores al asignar la población).

DPT3 es el indicador global de cobertura de los menores de 1 año que permite comparar a todos los países.



## Tercera dosis de vacuna pentavalente (2017-2018) en Salta y el área del Chaco salteño

**Tabla 10.** Cobertura de 3ª dosis de vacuna pentavalente para la provincia de Salta (2017-2018).

3° dosis de pentavalente - Provincia de Salta	
2017	88,5%
2018	87%

Fuente: Programa de Inmunizaciones y Jefatura de Programa de Inmunizaciones, APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

**Tabla 11.** Cobertura de 3ª dosis de vacuna pentavalente para el departamento de Rivadavia (2017-2018).

Área operativa	3a Dosis de pentavalente	
	2017	2018
Morillo	87%	92%
Santa Victoria Este	157%	120%*
Rivadavia	72,4%	83%
La Unión	87%	116%*
Alto la Sierra	76%	70%

\* Vacunación a niñas y niños de otras localidades

Fuente: Programa de Inmunizaciones y Jefatura de Programa de Inmunizaciones, APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

**Tabla 12.** Cobertura de 3ª dosis de vacuna pentavalente para el departamento San Martín (2017-2018).

Área operativa	3a Dosis de pentavalente	
	2017	2018
Aguaray	100%	80%
Salvador Mazza	115%	104%
Embarcación	95%	78%
Tartagal	91%	97%
Mosconi	84%	76%

Fuente: Fuente: Programa de Inmunizaciones y Jefatura de Programa de Inmunizaciones, APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

## Enfermedades transmitidas por mosquito (ETM) Dengue, Zika y Chikungunya

El dengue es una enfermedad viral transmisible de alta prevalencia en el Chaco salteño. Se transmite por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género *Aedes*. Hay cuatro serotipos de virus del dengue (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4). El dengue se presenta en los climas tropicales y subtropicales. Los síntomas aparecen 3-14 días (promedio de 4-7 días) después de la picadura infectiva. El dengue es una enfermedad

febril que afecta a cualquier edad. Los síntomas son una fiebre elevada (40C°) acompañada de dos de los síntomas siguientes: dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos o sarpullido. Su forma grave es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica.

No hay tratamiento específico del dengue ni del dengue grave, pero la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad.

Se presentan los datos del área operativa Tartagal para el primer semestre de 2019.

**Tabla 13.** Evaluación de pacientes con ETM en el primer semestre de 2019 para Tartagal.

Enfermedades transmitidas por mosquito (ETM)	1° Semestre	
	N°	%
Notificados como sospechosos de ETM/SFA	1320	
Pacientes confirmados por nexo y/o lab. para ETM (Dengue, Zika o Chikungunya)	895	68%
Pacientes confirmados por nexo y/o lab. para Dengue	895	68%
Pacientes confirmados por nexo y/o lab. para Zika	0	0%
Pacientes confirmados por nexo y/o lab. para Chikungunya	0	0%
Pacientes embarazadas confirmados por nexo y/o laboratorio para Zika	0	

Fuente: APS, Tartagal (área operativa XII).

Se destaca la presencia de 895 casos confirmados de dengue en el primer semestre 2019 en el área operativa XII (Tartagal).

## Los nacimientos en el Chaco salteño

De los 28.379 nacimientos totales que se registran en la provincia de Salta, aproximadamente el 65% (18.374) se producen en el sector público (Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018). El 20% de los nacimientos de la provincia se producen en el Gran Chaco Suramericano.

**Tabla 14.** Nacimientos públicos en los dos departamentos del Chaco salteño.

Departamento	Nacimientos 2018
Gral. San Martín	4.367
Rivadavia	1.110

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Salta, 2018.

La tabla muestra los nacimientos ocurridos durante el año 2018 en los departamentos de San Martín y Rivadavia. De todos los nacimientos que se producen en los diez hospitales que realizan partos en ambos departamentos (excluyendo el Hospital de Orán, que está fuera del área programática del Gran Chaco Suramericano), el 7% de los nacimientos se produce en establecimientos que no cumplen con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) (Fig 8 y tabla 15).

**Figura 8.** Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, CONE.

- **Cirugía y procedimientos obstétricos:** realización de cesárea, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de placenta, legrado por aborto incompleto.
- **Anestesia:** anestesia general y regional.
- **Transfusión de sangre segura:** grupo sanguíneo, prueba cruzada, banco o reserva renovable.
- **Tratamientos médicos de patologías maternas:** shock, sepsis, eclampsia.
- **Asistencia neonatal inmediata:** reanimación cardiopulmonar, control térmico.
- **Evaluación del riesgo materno y neonatal:** listados de factores de riesgo obstétricos y neonatales.
- **Transporte oportuno al nivel de referencia:** teléfono/radio y vehículos permanentes.

Fuente: uente: World Health Organization. Essential elements of obstetric care at first referral level. Ginebra: WHO; 1991. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41740> [consulta 15 de noviembre de 2019]

**Tabla 15.** Características y cumplimiento de las CONE en diez hospitales de los departamentos Rivadavia y San Martín.

Área Programática	Tartagal	Embarcación	Mosconi	Salvador Mazza	Aguaray	Santa Victoria Este	Morillo	Rivada via B. Sur	Alto la Sierra	La Unión
Habitantes	77.153	27.233	27.000	15.152	17.855	12.000	9.754	5.560	4.148	3.431
Nacimientos 2017	2.509	682	44	18	23	50	80	S/D	S/D	S/D
Enfermeras	Obstet 7	49	35	32	33	36	40	14	14	15
Obstétricas	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Anestelistas	SI	SI	0	0	0	0	0	0	0	0
Médicos	10	30	9	6	7	5	5	S/D	S/D	S/D
CONE	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: elaborado por el consultor Dr. Schwarcz en su visita técnica 2018.

La diferencia entre el número de partos públicos consignados para los dos departamentos por el Ministerio de Salud Pública Provincial y la suma del cuadro anterior puede deberse en parte a los partos públicos en el Hospital de Orán (fuera del programa del Gran Chaco Suramericano), pero con domicilio en los departamentos San Martín y Rivadavia.

La proporción de partos domiciliarios, que en períodos anteriores era elevada, se fue reduciendo y en los departamentos San Martín y Rivadavia es de aproximadamente el 1% de los nacimientos totales (información obtenida a partir de los registros hospitalarios en 2018).

**Tabla 16.** Partos domiciliarios en departamentos Rivadavia y San Martín, 2017.

Hospital	N° nacimientos 2017
Tartagal	29
Embarcación	S/D
Gral. Mosconi	4
Salvador Mazza	1
Aguaray	1
Sta. Victoria Este	6
Morillo	16
Alto la Sierra	S/D
Rivadavia B. Sur	
Embarcación	

Fuente: Dr. Schwarcz, revisión de libros de parto (visita de asistencia técnica, 2018).

Se ha normatizado la derivación de los partos desde los hospitales que no cumplen con las CONE hacia los hospitales de Embarcación y Tartagal (que sí las cumplen).

La revisión de los libros de partos de las maternidades en 2017 y 2018 permite señalar la siguiente distribución:

- Proveniencia de las embarazadas que tuvieron su parto en el **hospital de Embarcación** en el año 2018: el 60% (410 partos) provino de Embarcación (Misión Chaqueña, Dragones/Hickmann, Carboncito, Padre Lozano y Gral. Ballivián), mientras que el 40% (270 partos) provino de Morillo.
- Proveniencia de las embarazadas que tuvieron su parto en el **hospital de Tartagal** en el año 2017: el 49% (1.226 partos) provino de Tartagal, el 11% (278 partos) de General Mosconi, el 12% (295 partos) de Salvador Mazza, el 12,3% (310 partos) de Aguaray, el 16% (400 partos) provino de Santa Victoria Este. No hay información sobre Alto La Sierra.

En resumen, en los departamentos San Martín y Rivadavia:

- El 1% de los partos son domiciliarios.
- El 7% de los partos se producen en hospitales que no cumplen CONE.
- Entre el 28,5% (Departamento San Martín) y el 57,4% (Departamento Rivadavia) de los partos corresponden a la población indígena.
- El 93% de los partos se producen en hospitales que cumplen CONE.
- El 40% de los partos del hospital de Embarcación provienen del área operativa Morillo.
- El 51% de los partos del hospital de Tartagal provienen de otras áreas operativas.
- Sólo hay 9 obstétricas permanentes en hospitales (5 en Tartagal, 3 en Embarcación y 1 en General Mosconi).

Se tomó como fuente la información provista por la atención primaria del área operativa, datos obtenidos del SIP de Tartagal, revisión de historias clínicas obstétricas de los últimos partos del año 2018 y las visitas evaluatorias a los hospitales. Los hospitales nivel II que no cumplen CONE realizaron unos 220 partos, en el año 2017, no esperados en la institución, que no pudieron ser derivados a establecimientos de mayor complejidad.

Con el objeto de evaluar la calidad del control del embarazo en los dos departamentos se tomó la información del SIP, en especial en Tartagal y Embarcación, y de no estar disponible, se revisaron las historias clínicas de los partos realizados en el año 2018 en las localidades de Tartagal, Mosconi, Salvador Mazza, Aguaray y Santa Victoria Este. Con la revisión de las historias clínicas se pudo agregar la variable “presencia del carné perinatal”, cuya copia se encuentra en la historia clínica, dato no obtenible del SIP.

Si bien más del 90% de las embarazadas acuden a control prenatal en Tartagal y Mosconi, la proporción que comienza su control en el 1° trimestre es inferior o igual al 20%. El embarazo adolescente es especialmente elevado en General Mosconi y Tartagal. A su vez, entre el 40% y el 60% de las embarazadas concurren al parto con serología incompleta.

La proporción de colocación de DIU y de implantes anticonceptivos en la población bajo programa es muy baja, a excepción de Salvador Mazza, en donde el embarazo adolescente es del 15%, mientras que en General Mosconi asciende al 34% y la colocación de implantes es mayor. (Fuente SIP 2018).

**Tabla 17.** Información comparativa de indicadores obtenidos en cinco hospitales de Salta.

Hospital	Tartagal (n=100)	Gral. Mosconi (n=10)	S. Mazza (n=10)	Aguaray (n=7)	Sta. Victoria Este (n=10)	Embarcación (N=684)
Presencia de carné perinatal	94%	70%	100%	100%	90%	S/d
Sin control del embarazo	9.3%	0	0	0	0	4%
Controles < 5	41,2%	67%	0	57%	44%	35%
Presencia de ecografía	Sin datos	60%	20%	Sin datos	0	67%
Presencia de serología completa	65%	30%	100%	100%	0	Sin datos
Parto acompañado	43,8%	10%	100%	100%	40%	76% (2019)
Toma de tensión arterial durante controles	100%	40%	100%	100%	90%	Sin datos

Fuente: Sistema de Gestión Perinatal (SIP) y revisión de historias clínicas, 2018.

**Tabla 18.** Información comparativa de indicadores obtenidos de los informes de APS (Tartagal, 2018).

Hospital	Tartagal	Gral. Mosconi	S. Mazza	Aguaray	Sta. Victoria Este
Control prenatal	91%	92%	89%	71,08%	Sin datos
Embarazo adolescente	28%	34%	15%	15,77%	Sin datos
Control en 1° trimestre	20%	17%	50%	61,83%	Sin datos
Serología completa x 2	60%	35%	60%	38,8	Sin datos
3 ecografías	S/D	13.7%	26%	36,3%	Sin datos
DIU en población bajo programa	1,4%	0,2%	4,1%	Sin datos	Sin datos
implantes anticonceptivos en población bajo programa	1%	0,4%	32%	Sin datos	Sin datos

En Tartagal, donde se produce la mayor cantidad de partos, el “0” en el control del embarazo asciende al 9,3% y la cantidad insuficiente de controles oscila entre el 41% y el 67%. En el hospital de Tartagal más de la mitad de los partos no son acompañados. En función de esta observación se comenzó una asistencia técnica con el servicio de obstetricia del hospital de Tartagal.

En el año 2017, en el hospital de Embarcación y su área programática se comenzó con la atención integral de la embarazada, implementando un programa que ya tenía antecedentes en la provincia, denominado “MELONP”. Las particularidades del proyecto se explican en un apartado más adelante y su implementación ha permitido, entre otros avances, conocer mejor cómo se preparan las madres para su parto.

## Enfermedad de Chagas en el embarazo

Casi el 7% de las embarazadas del departamento San Martín y el 3% en el departamento Rivadavia tuvieron serología positiva para el Chagas en el año 2018. En el departamento San Martín el 9,4% de las que tuvieron serología positiva tuvieron hijos con infección chagásica connatal, mientras que en el departamento Rivadavia no hubo hijos con dicha infección.

**Tabla 19.** Casos de infección chagásica en embarazadas y connatal en Salta, 2018.

Departamentos	N° de embarazadas estudiadas	N° de embarazadas positivas	% de embarazadas positivas	Total de niños con infección chagásica connatal	% de niños con infección chagásica connatal
San Martín	3.952	268	6.78	3	9.38
Rivadavia	995	30	3.02	0	0

Fuente: Dirección General de Coordinación Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública de Salta.



# LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

El Programa de APS se crea en Salta en el año 1978, donde se implementa el “Plan de Salud Rural”, impulsado por el Dr. Enrique Tanoni, quien trae la experiencia adquirida en la provincia de Jujuy. Se inician entonces, en el norte de la provincia, cuatro áreas programáticas AOI; AOII; AOIII; AOIV (Colonia Santa Rosa, Pichanal, Aguaray y Morillo). En 1983 el programa pasa a llamarse “Plan de Salud Ramón Carrillo”.

La APS es una estrategia diseñada para que el sistema de salud dé respuesta a los distintos problemas sanitarios que impactan, de una u otra manera, en el bienestar de la población, planteando un escenario de abordaje complejo que obliga a un trabajo coordinado entre los distintos actores de un equipo de salud y los diferentes niveles de atención, en conjunto con personas o instituciones, formales o informales, que no son parte del sistema sanitario, siempre con un enfoque de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. El programa tiene por actor a un personal capacitado llamado “agente sanitario”, con la modalidad de la visita domiciliaria, casa por casa, familia por familia, donde vive y trabaja la gente; con cobertura total en periodos de ronda (cada 3 meses), con participación comunitaria. Este efector del primer nivel de atención realiza su trabajo en sectores del área operativa que han sido delimitados geográficamente y poblacionalmente, en el cual generalmente tiene su domicilio y del cual es responsable. El agente sanitario debe ser capaz de realizar una jerarquización de los problemas encontrados según los criterios de magnitud, vulnerabilidad, trascendencia y costo. A su vez, el mismo debe realizar un mapeo de su sector de trabajo, donde se visualicen las zonas más críticas, e identificar los líderes naturales de la comunidad en la que trabaja, a fin de promover su participación activa y protagónica en el mejoramiento de las condiciones de salud. Por último, debe identificar cada institución de su sector de trabajo, para el trabajo mancomunado, y promover lazos de unión y solidaridad entre el equipo de salud y las familias de la comunidad.

Para dar respuestas a las problemáticas de salud, el agente sanitario es permanentemente capacitado para la realización de las siguientes actividades:

1. Censo de población, familias y viviendas (actualización en cada visita).
2. Detección precoz de embarazadas, derivación oportuna a la consulta médica, prestando atención a los signos de peligro. Realizar el seguimiento del binomio

madre-niño, buscando información actualizada de la situación de la embarazada y el recién nacido.

3. Promoción del parto hospitalario.
4. Control del recién nacido: se deberán observar cuidadosamente los signos de peligro y realizar la visita a la familia a los 7, 14 y 28 días de vida del recién nacido.
5. Detección del estado nutricional (control antropométrico) de los niños de 0 a 6 años, [ver Tabla 21].
6. Detección y captación de niños enfermos y sanos a fin de derivar al control médico. Esto se logra a través de la observación y la búsqueda de los signos de peligro.
7. Vacunación a toda la población según calendario vigente. Se deberá registrar en la Historia Familiar de vacunación y en el certificado de vacunación, al momento de vacunar.
8. Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios. El agente sanitario deberá localizar e identificar a la persona con tos. Deberá obtener dos muestras, realizar el extendido y enviar la muestra al laboratorio. En caso de enfermedad tuberculosa, el agente sanitario y el equipo de salud tienen el rol de educar al paciente, lograr que el mismo tome conciencia y conozca la enfermedad, sus consecuencias, formas de contagio y medidas preventivas. También debe cumplir un rol activo en el acompañamiento y la supervisión del tratamiento, vigilando síntomas de intolerancia y participando en el control de los contactos del paciente con tuberculosis.
9. Promoción de la salud bucodental.
10. Promoción de la disposición de excretas (letrinización), potabilización del agua de consumo y disposición sanitaria de la basura.
11. Control y seguimiento de familias en riesgo (críticas).

**Tabla 20.** Agentes sanitarios y supervisores intermedios por área operativa de los departamentos San Martín y Salta. 3° Ronda, 2019.

Área operativa	Agentes	Supervisores intermedios	Población cubierta
Salvador Mazza	35	2	20.050
Aguaray	32	2	17.683
Alto La Sierra	14	1	4.148
Embarcación	47	3	23.898
Gral. Mosconi	24	2	12.896
La Unión	14	1	3.431
Morillo	22	2	9.942
Sta. Victoria Este	31	2	13.209
Tartagal	66	7	32.699
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>22</b>	<b>137.956</b>

Fuente: APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

**Tabla 21.** Frecuencia normalizada de controles antropométricos en malnutridos.

Estado Nutricional / Edad	Adecuado	Bajo Peso	Muy Bajo Peso	Alto Peso
< 2 años	1 x mes	1 x mes	1 x mes	1 x mes
2 a 6 años	1 x bim.	1 x mes		

Fuente: APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

En caso indicado proveerán apoyo alimentario con entrega de leche en polvo y registro en formulario correspondiente.

## El supervisor intermedio

El agente sanitario es supervisado por otro agente que, por su experiencia, capacidad docente e idoneidad profesional, puede guiarlo. El supervisor intermedio obtiene este cargo por concurso de antecedentes y oposición, elaborando y defendiendo un proyecto de trabajo del área donde ejecutará sus actividades (Decreto 1307 y Resolución 1376). Tiene bajo su responsabilidad a un grupo de 7 a 10 agentes sanitarios de su área operativa sobre los cuales ejerce una función jerárquica. Su misión es programar, supervisar y evaluar las actividades del agente sanitario, dirigida a las familias y su medio ambiente, actuando como nexo interinstitucional e intersectorial.

Las actividades del supervisor intermedio pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. En la planificación: acompañar, corregir, sugerir y supervisar el plan de trabajo del agente sanitario, identificando las dificultades, proponiendo estrategias y acompañando mediante la supervisión. Esta última deberá ser acorde a las necesidades de los sectores a cargo; debe realizar su plan de trabajo coordinando con el agente sanitario fecha, horario y familias a visitar.
2. Realizar el plan de trabajo, día por día, según las tareas a realizar.
3. Realizar tareas administrativas del programa de APS, tales como:
  - Realizar supervisiones directas e indirectas, redactando informes de supervisión.
  - Tener carpeta de las supervisiones intermedias y profesionales.
  - Tener carpeta con las planificaciones; estas incluye las de agentes sanitarios, supervisores intermedios y jefes de APS.
  - Organizar, tener disponible y actualizada la información de los distintos programas del Ministerio de Salud Pública.
  - Controlar los paneles y las cartografías.
  - Organizar los registros (formularios, certificados de vacunas, gráficas antropométricas, etc.) realizar los pedidos correspondientes y registrar en un cuaderno de novedades.
  - Controlar los equipos de los agentes sanitarios (mochilas, balanzas, pediómetros, bolsas, carpetas, etc.).
  - Identificar los sectores de riesgo, actualizando el mapa del área operativa por ronda.
  - Realizar autopsia verbal de mortalidad infantil, conjuntamente con el jefe de APS y el agente sanitario.

- Capacitación continua en servicio del plan y del programa de capacitación, acorde a las necesidades: acciones a desarrollar, material, servicios involucrados, cronograma, etc.
- Capacitación a la comunidad en compañía de agentes sanitarios y profesionales si la situación lo requiere.
- Situación de revista actualizada mes a mes.
- Programa de Tuberculosis: pedido de insumos, frascos, planillas, medicamentos, etc.
- Programa de Inmunizaciones: realizar formulario N°2, formulario N°3, formulario N°4 de Inmunizaciones, monitorización y avance de cobertura, notificación de evento adverso (ESAVI), control anual de insumos.
- Cadena de frío: tiene bajo su responsabilidad el control de las heladeras, termos, vacunas, desvíos de cadena de frío. Si bien la tarea puede ser realizada por un agente sanitario, la responsabilidad legal es del supervisor intermedio.
- Programa de Epidemiología: vigilancia, comunicar a la dirección novedades.
- Dirección de Nutrición: resumen mensual de leche del área operativa, pedidos, solicitudes, novedades.
- Análisis de indicadores conjuntamente con el jefe de APS y el resto del equipo.
- Diagnóstico de prioridades para el área operativa en el último pre ronda, conjuntamente con el jefe de APS.
- Construcción del formulario 2, conjuntamente con el agente sanitario del sector y el jefe de APS.
- Realizar muestreo si la situación así lo requiere, identificando aquellos efectores que presenten mayores dificultades.
- Supervisión directa en el terreno.

## Áreas operativas de los departamentos Rivadavia y San Martín

### Oferta de salud

La provincia se encuentra dividida en cuatro regiones sanitarias, las que contienen a las diferentes áreas operativas:

#### **Área Operativa (AO)**

Es la unidad técnica y administrativa para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de la salud y enfermedad y el medio ambiente.

Es conducida por el Gerente General, acompañado por los Gerentes de Atención a las Personas, Sanitario y Administrativo.

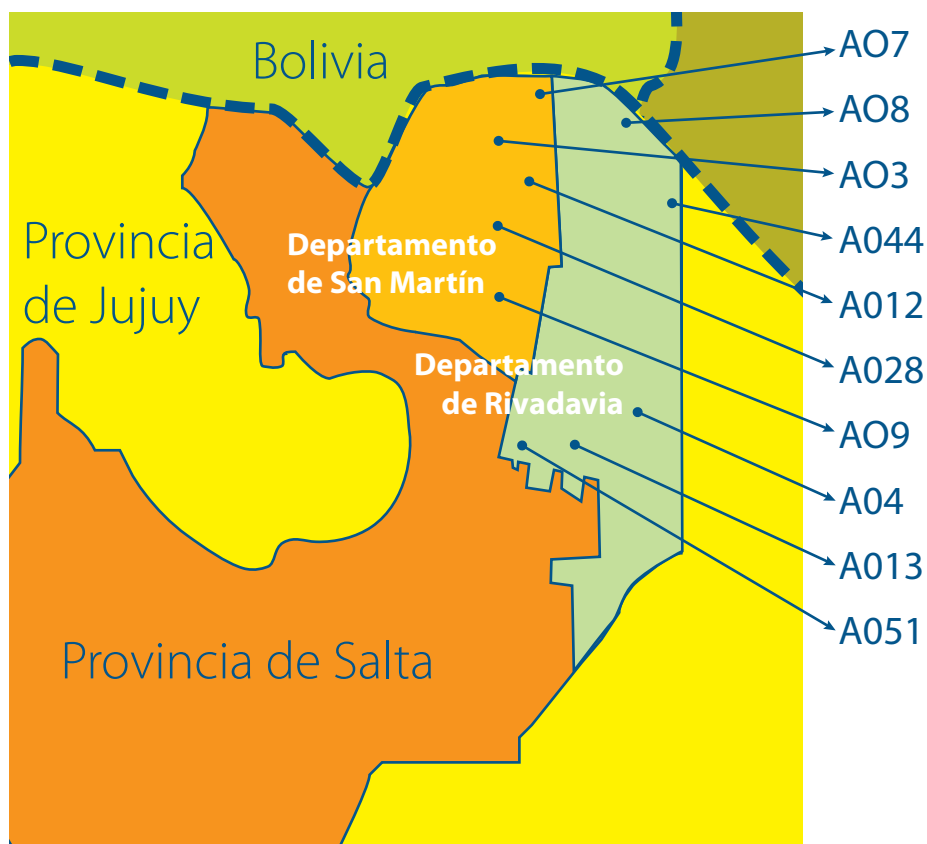
Cada área operativa dispone de un servicio de salud cabecera, el de mayor nivel de atención, a los que se suman servicios dependientes del primer nivel: los Centros de Salud, Puestos Sanitarios y Puestos Fijos .

Ejecuta un programa de extensión de cobertura con agentes sanitarios, los que mediante visita domiciliaria realizan actividades de promoción y prevención.

<b>Región Centro</b>	56 Materno infantil- 55 Papa Francisco
<b>Región Norte</b>	1 Colonia Santa. Rosa - 2 Pichanal - 3 Aguaray - 4 Morillo - 7 Salvador Mazza - 8 Santa. Victoria Este - 9 Embarcación - 11 Orán - 12 Tartagal - 13 Rivadavia - 28 Gral. Enrique Mosconi - 31 Hipólito Yrigoyen - 44 Alto La Sierra - 49 Urundel - 51 La Unión.
<b>Región Sur</b>	14 Las Lajitas - 15 Joaquín V. González - 16 El Quebrachal - 17 El Galpón - 18 Rosario de la Frontera - 19 Metán - 21 El Tala - 22 General. Güemes - 23 Apolinario Saravia - 38 El Potrero.
<b>Región Oeste</b>	5 Santa. Victoria Oeste - 6 Iruya - 10 Nazareno - 24 Cafayate - 25 San Carlos - 26 Molinos - 27 Cachi - 29 San Antonio de los Cobres - 30 Cerrillos - 32 Rosario de Lerma - 33 Chicoana - 34 El Carril - 35 Coronel Moldes - 36 La Viña - 37 Guachipas - 39 La Caldera - 46 Campo Quijano - 48 Seclantas - 50 La Merced - 52 La Poma - 53 Angastaco.

**Niveles de complejidad en la atención sanitaria** según la sala de situación del Gobierno de Salta:

- **Nivel IV:** Son hospitales de máxima complejidad, que tienen capacidad para resolver la casi totalidad de problemas de atención médica. Sirven de referencia a una zona sanitaria.
- **Nivel III:** Está constituido por hospitales cabeceras de áreas operativas, que sirven de referencia a otras áreas vecinas, disponen de atención ambulatoria y de internación diferenciada en las cuatro clínicas básicas, más algunas especialidades críticas. Tienen servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad. Están ubicados en el interior de la provincia.
- **Nivel II:** Lo conforman los hospitales cabecera de área operativa. A la atención ambulatoria en consultorios externos y emergencia, se le suma atención en internación no diferenciada. Disponen de laboratorio y radiología de rutina.
- **Nivel I:** Son servicios de atención ambulatoria únicamente, ubicados en el periurbano de las grandes ciudades y áreas rurales. Se diferencian en:
- **Centros de Salud:** Tienen atención de profesionales que residen en la localidad (Medicina General, Pediatría, Tocoginecología, Odontología, Nutrición y en algunos casos laboratorio de rutina). Se encuentran dispersos en todo el territorio provincial.
- **Puestos Sanitarios:** Son atendidos por personal de enfermería que reside en la localidad y disponen de atención médica periódica y programada. Funcionan distribuidos en toda la provincia.
- **Puestos Fijos:** Funcionan en escuelas, centros vecinales o casas de familias del ámbito rural. El equipo de salud (médicos, enfermeras, agentes sanitarios) se traslada en forma periódica para atender poblaciones de difícil acceso ubicadas en distintos parajes provinciales.

**Figura 9.** Departamentos Rivadavia y San Martín, distribución de las áreas operativas (AO)**Tabla 22.** Hospitales, centros de salud, puestos sanitarios y puestos fijos. Distancia al hospital de derivación.

Área operativa	Hospital de cabecera	Centros de salud	Puestos sanitarios	Puestos fijos	Distancia para derivación
Aguaray	Dr. Luis Güemes	0	12	0	a Tartagal 33,6 km
Salvador Mazza	Salvador Mazza	0	10	0	a Tartagal 58,8 km
Embarcación	San Roque	3	6	0	a Orán 183 km
Tartagal	J. D. Perón	6	3	1	a Salta 355 km
Gral. Mosconi	Gral. Mosconi	2	7	0	a Tartagal 10 km
Morillo	Cnel. Juan Solá	1	9	1	a Embarcación 150 km
Rivadavia	Rivadavia B. Sur	0	2	0	a Orán 231 km
Alto La Sierra	Cacha Wet Chowai	0	5	7	a Sta. Victoria E. 63,3 km
Sta. Victoria Este	Sta. Victoria Este	1	8	0	a Tartagal 163 km
La Unión	La Unión	0	1	0	a Orán 183 km

Fuente: Sala de Situación APS, Ministerio de Salud Pública de Salta, 2019.



**Tabla 23.** Personal de enfermería en el primer nivel de atención.

Área operativa	Primer nivel
Aguaray	12
Morillo	18
Salvador Mazza	7
La Unión	3
Alto La Sierra	3
Rivadavia Banda Sur	1
Santa Victoria Este	16
General Mosconi	16
Tartagal	17
Embarcación	16
<b>Total</b>	<b>109</b>

Fuente: APS, Ministerio de Salud Pública de Salta, 2019.

A continuación se enumeran las principales características del sistema de salud de las diferentes áreas operativas.

## Área operativa 07

**Figura 10.** Área operativa 07

- **Habitantes:** 20.556.
- **Comunidades originarias:** distribuidas en 30 sectores y en 8 parajes. Wichi: Monte Sinaí, Mujer Hermosa. Guaraní: El Arenal, El Obraje, Carapará, Barrio Ferroviario, La Bendición, San Antonio, El Chorro, Playa Ancha, Lucero del Alba, Lapacho, La Pista, Yanderenta, Luciano Yepes, Iporà, Bapurenda. Kolla: Churqui Pampa.

- **Hospital:** Profesor Salvador Mazza, Salvador Mazza (n° de personal 132).



**Tabla 24.** Características del Hospital de Salvador Mazza

A0	Hospital	Camas totales	Médicos	Enfermería	Laboratorio	Radiología	Anestesia	Hemoterapia	Ecografía	Monitoreo fetal	Otros
7	Prof. S. Mazza	42	7	31 en Hosp y 7 en periferia	5 x 8 sin bacteriología	5x8	No	No	No	No	Odontología

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018.

Existen 12 puestos de salud, la mayor distancia al hospital es de 7 km. Cuenta con 35 agentes sanitarios y 2 supervisores intermedios. El porcentaje de cobertura es de 87,81%.

## Área operativa 08

**Figura 11.** Área operativa 08



- **Habitantes:** 9.317.
- **Hospital:** Santa Victoria Este (n° de personal 41).



**Tabla 25.** Características del Hospital de Santa Victoria Este

AO	Hospital	Camas totales	Médicos	Enfermería	Laboratorio	Radiología	Anestesia	Hemoterapia	Ecografía	Monitoreo fetal	Otros
8	S. Victoria Este	8	5	36	5 x 3 sin bacteriología	5x12	No	No	No	No	Odontología

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018.

Existen 1 centro de salud y 8 puestos de salud. Cuenta con 31 agentes sanitarios y 2 supervisores intermedios. El porcentaje de cobertura es de 92,2%.

## Área operativa 44

**Figura 12.** Área operativa 44.



- **Habitantes:** 2.710.
- **Comunidades:** Wichi distribuidas en 9 sectores y en 15 parajes: Sauzalito, San Bernardo, Bajo Grande, Pozo el Mulato, La Esperanza, Desemboque, Balbuena, Pozo el Bravo, Las Mojaras, San Bernardo, La Carneada, Morón, Pozo los Ranchos, La Junta y Alto La Sierra (Lantawos, Inhate).
- **Hospital:** Cacha Wet Chowai de Alto La Sierra (n° de personal 46).



**Tabla 26.** Características del Hospital de Alto La Sierra.

A0	Hospital	Camas totales	Médicos	Enfermería	Laboratorio	Radiología	Anestesia	Hemoterapia	Ecografía	Monitoreo fetal	Otros
44	Alto la Sierra	S/D	S/D	14	7x24hs. sin bacteriología	7x12	No	No	Si	No	Odontología

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018.

Existen 5 puestos fijos y 7 puestos de salud. Cuenta con 14 agentes sanitarios y 1 supervisor intermedio. El porcentaje de cobertura es de 98,95%.

## Área operativa 03

**Figura 13.** Área operativa 03



- **Habitantes:** 14.593.
- **Comunidades originarias:** distribuidas en 16 sectores. Además de en la localidad de Aguaray existen comunidades originarias en 10 parajes. Wichi: Misión La Loma. Chané: Campo Durán, Algarrobal, Tuyunti, Capiazutti, Iquira. Guaraní: Yacuy, Piquirenda 1 y 2, Peña Morada, Campo Blanco, Capiazutti, Tierra Nueva, Yariguarenda.



- **Hospital:** Luis Güemes de Aguaray (n° de personal 92).

**Tabla 27.** Características del Hospital de Aguaray.

A0	Hospital	Camas totales	Médicos	Enfermería	Laboratorio	Radiología	Anestesia	Hemoterapia	Ecografía	Monitoreo fetal	Otros
3	Luis Güemes	18	7 generalistas	33	7x12hs. sin bacteriología	7x12	No	No	No	No	Odontología

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018.

Existen 12 puestos de salud, la mayor distancia al hospital es de 20km. Cuenta con 32 agentes sanitarios y 10 enfermeras en APS.

## Área operativa 12

**Figura 14.** Área operativa 12.



- **Habitantes:** 69.010.
- **Población originaria:** 14.672. Las comunidades originarias están distribuidas en 44 sectores, habiendo en Tartagal más de 23 parajes.
  - **Guaraní:** Misión Cherenta, La Loma, San Antonio, TGN , 9 de Julio, R Nacional, El Arca, El Coronillo, El Milagro, Iguapegui, Nuevo Amanecer, Belgrano, Tenta Yapi, Chañar, Parcela 37, Tranquitas, Tonono, Zanja Honda, El Ceibo, Tahui-chi, La Rosa, Pueblo Nuevo, Cuña Muerta.
  - **Tapiete:** Misión Los Tapietes, Pueblo Tapietes Koe Piahu, Tapietes IV.
  - **Toba:** Misión Toba 1,2, Tobas Kom, El Algarrobal, Hcomlaje.
  - **Chorote:** Misión Chorote 1 y 2, Inet, Parcela 42, Lapacho 1, Km7, Km4, Iyova aga.
  - **Wichi:** Pablo Secretario, Cacique Cambai 1 y 2, El Talar, Sachapera 1 y 2, Siwok, El Algarrobo, Lapacho 2, El Talar, Cevilar, Caspi Zapallo, Chowayuk, San Benito, Nueva Esperanza, 12 de Octubre, El Lucero, Lapachal, Porvenir, Lapacho 3, El Mistol, Raíces, Cacique Loira, Los Naranjos, La Mora 1 y 2, Siwoj, Km 5, Km 6 (El Tuscal, Km 6), Los Horneros, Km 14, Km 16, Km 18, Lapacho Mocho, Mitsi Cola, Pacará, Tonono, Pozo Nuevo, El Paraíso, Arenales, Monteveo, Sauzal, Tres Quebradas.
  - **Kolla:** Vitiche.
- **Hospital:** Presidente Perón de Tartagal (n° de personal 409).



**Tabla 28.** Características del Hospital de Tartagal.

A0	Hospital	Camas totales	Camas maternas	Camas neonatología	Obstetras	Obstétricas	Neonatólogos	Laboratorio	Radio-logía	Hemoterapia	Anestesia	Otros
12	J.D. Perón Nivel III	180	24	26	10	5	5	7x24hs. con bacteriología	7x12	Si	7x24	Odontología, ecografía, monitoreo fetal UTI adultos (8 unidades)

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018

Existen 6 centros de salud, 3 puestos de salud, 1 puesto fijo, la mayor distancia al hospital es de 80km. Cuenta con 66 agentes sanitarios y 7 supervisores de APS.

## Área operativa 28

**Figura 15.** Área operativa 28.



- **Habitantes:** 24.657.
- **Comunidades originarias:** distribuidas en 13 sectores y en 8 parajes. Wichi: Gral. Mosconi (Misión Wichi, Tolaba, Tres Paraísos, Leved, La Esperanza, Pinjuet, Federico Pérez, Cevilar, El Tuscal, Tasil, Urundel, la Quebradita), Coronel Cornejo (La Mora, San Vicente, Los Mistoles, Villa Sagrada) Gral. Ballivián (Guayacan, Tres Lapachos, Quebrachal 1 y 2, Pastor Senillosa, San José, Tierra Indígena Wichi Iewetes), Corralito, El Escrito, Zopota, El Traslado (antes Alto La Sierra). Chulupí: El Cruce. Chorote: El Cruce. Tobas: Qom Km 3. Chané: San José, Arakua Iya (Cnel. Cornejo). Guaraní: San José, Ñandeyer (Coronel Cornejo).
- **Hospital:** General Mosconi (n° de personal 139).



**Tabla 29.** Características del Hospital de General Mosconi.

AO	Hospital	Camas totales	Médicos	Enfermería	Laboratorio	Radiología	Anestesia	Hemoterapia	Ecografía	Monitoreo fetal	Otros
28	Gral Mosconi	16	8:7 gra Listas, 1 gineco	35	5x8hs. sin bacteriología	5x10	No	No	No	No	Odontología

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018.

Existen 2 centros de salud y 7 puestos de salud, la mayor distancia al hospital es de 50km. Cuenta con 24 agentes sanitarios y 2 supervisores intermedios.



## Área operativa 09

**Figura 16.** Área operativa 09.



- **Habitantes:** 27.255.
- **Comunidades originarias:** distribuidas en 35 sectores. Además de la localidad de Embarcación, existen 13 parajes con comunidades originarias: Wichí: Fiscal 75, Matadero, Progreso, Nueva Generación, Misión Franciscana, Cristo Arriba, Cristo Abajo, El Tráfico, La Loma, El Bordo, San Cayetano, El Tanque, Lapacho Blanco, Eva Perón, Misión Salim, Padre Lozano, La Esperanza, Carboncito, Misión Chaqueña, La Emboscada, Pozo Hondo, Media Luna, P. La Mora, Hickmann (La Paloma, Tasil, Guyer, El Medio, La Golondrina, Árbol Solo), Dragones (La Chirola, Asamblea de Dios, Algarrobito, La Corzuela, La Fortuna), San Ignacio, Carpintero, Las llanas 1 y 2. Guaraní: Eva Perón, San Juan, Matadero, La Loma, Cherentarareta, Cristo Arriba, Cristo Abajo, Nuestra Tierra, Raíces Nuevas. Toba: Misión La Loma, El Tanque.
- **Hospital:** San Roque (n° de personal 180).



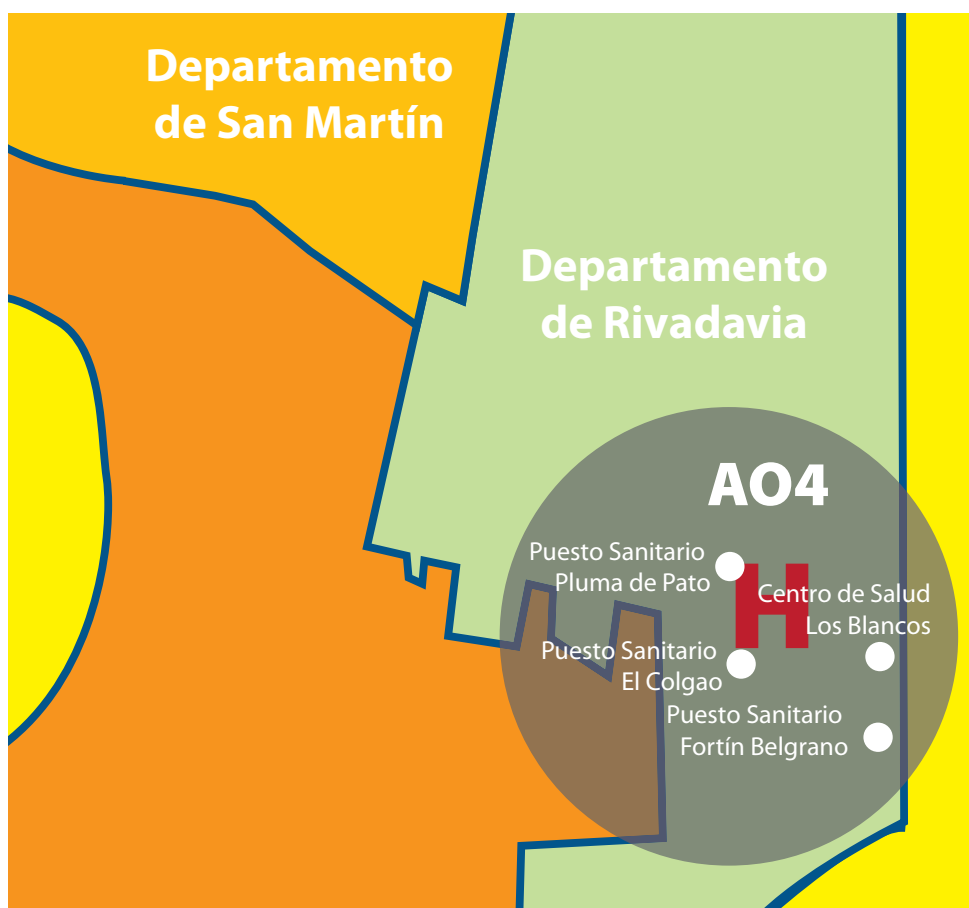
**Tabla 30.** Características del Hospital de Embarcación.

A0	Hospital	Camas totales	Médicos	Enfermería	Obstetras	Obstétricas	Pediatras	Laboratorio	Radio-logía	Anestesia	Hemoterapia	Ecografía	Otros
9	San Roque Nivel II	53 habitaciones	30	49	3	3	4	7x24	7x24	Si	Si	No	Ecografía, monitoreo, cirujanos, shock room

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018.

Existen 3 centros de salud y 6 puestos de salud, la mayor distancia al hospital es de 162km. Cuenta con 47 agentes sanitarios y 3 supervisores intermedios. El porcentaje de cobertura es de 88,76%.

## Área operativa 04

**Figura 17.** Área operativa 04.

- **Habitantes:** 9.754.
- **Comunidades wichi:** distribuidas en 22 sectores y 15 parajes; Morillo (La Cortada, Chañar II, La Represa, La Primavera, Las Rosas, Cacique Catán, Nueva Esperanza, Neche Honat), Pluma de Pato (Fiscal 21 Siwok, Km 2), la Paz, El Talar, Chañar 1, El Colgao, Los Baldes, San Patricio, Palo Blanco, Cap. Pagé (Kayip,

- Wayayuk Km 92), Los Blancos (La Pantalla, Abregú, Wichilewetes), Los Leones, Trampeadero, Los Ranchitos.
- **Hospital:** Cnel. Juan Solá, de Morillo (n° de personal 88). Distancia al hospital de Orán: 170km.



**Tabla 31.** Características del Hospital de Morillo.

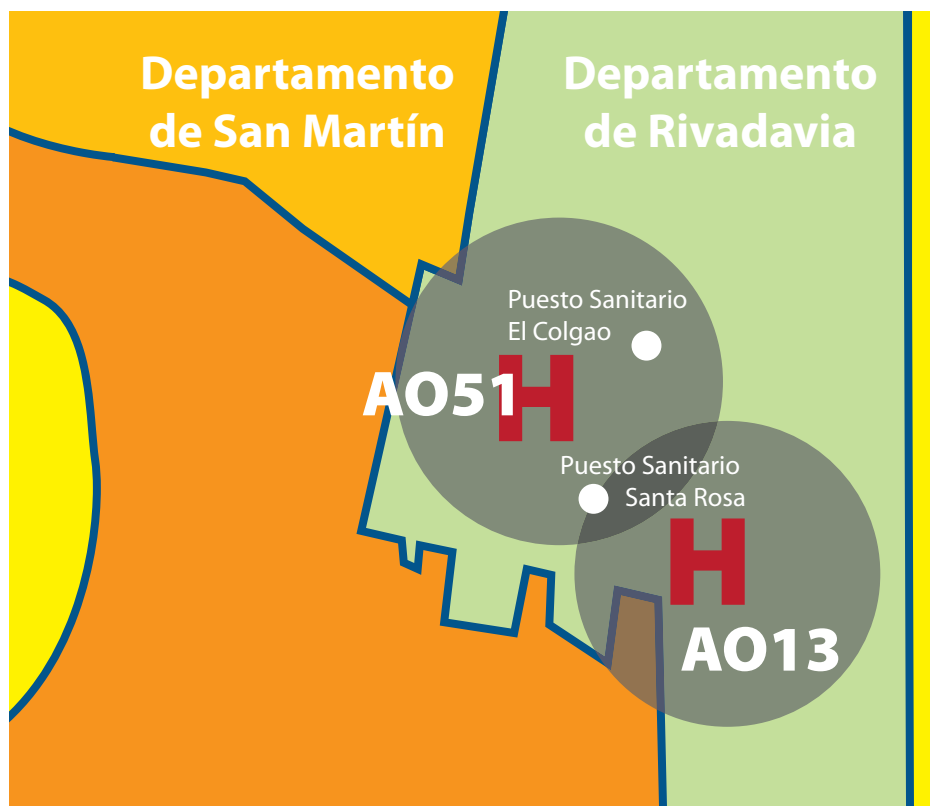
A0	Hospital	Camas totales	Médicos	Enfermería	Laboratorio	Radiología	Anestesia	Hemoterapia	Ecografía	Monitoreo fetal	Otros
4	Cnel. Juan Solá, Morillo	22	5	40	15x5 y pasiva de fin de semana	15x5 y pasiva de fin de semana	No	No	Cada 15 días	No	Odontología

Fuente: visita de asistencia técnica, 2018.

Existen 1 centro de salud, 9 puestos de salud y 1 puesto fijo, la mayor distancia al hospital es de 190 km. Cuenta con 22 agentes sanitarios y 2 supervisores intermedios. El porcentaje de cobertura es de 92,41%.

## Áreas operativas n° 51 y 13

**Figura 18.** Áreas operativas 51 y 13.



- **Habitantes del área operativa 51:** 4.075.

- **Área operativa La Unión:** comunidades Wichi distribuidas en 14 sectores y en 3 parajes. La Unión (Municipal, Las Muzas, Asunción, Matadero, Ñanduti, Sol Naciente), La Purísima, Santa Rosa (y Fiscal 51).

- **Hospital área operativa 51:** La Unión, Departamento Rivadavia Banda Sur (n° de personal 55).



Existe 1 puesto de salud, la mayor distancia al hospital es de 47km. Cuenta con 14 agentes sanitarios y 1 supervisor intermedio. El porcentaje de cobertura es de 99,8%.

- **Habitantes del área operativa 13:** 4.820.

- **Área Operativa Rivadavia Banda Sur:** comunidades Wichi distribuidas en 8 sectores y en 10 parajes. El Chañaral, El Cocal, El Brealito, El Salado, Rivadavia, San Felipe, La Esperanza, Aguas Muertas, El Zapallar, El Algarrobal.

- **Hospital área operativa 13:** Rivadavia Banda Sur, Departamento Rivadavia Banda Sur (n° de personal 68).



Existen 2 puestos de salud, no constan agentes sanitarios.

## Estrategias de APS de la provincia: MELON y UROC

### MELON

Las siglas de MELON provienen de las profesiones que atienden a la paciente en su control prenatal, en los distintos niveles de asistencia que se brindan en la provincia: Medicina, Enfermería, Laboratorio, Odontología y Nutrición. Se amplía la descripción de las actividades en las Voces de los integrantes del MELON y las usuarias.

**Tabla 32.** Información estadística del Hospital de Embarcación. Octubre 2019.

N° total de nacimientos 2017-2019	1800
% de parturientas en Embarcación con MELON	93 %
Proveniencia de los partos en Embarcación 2018	AO Embarcación: 60 % AO Morillo: 40 %
% de parturientas con "0" control incluyendo Morillo, año 2018	4 %
% de parturientas con "1-4" controles incluyendo Morillo, año 2018	35 %
N° total de defunciones maternas 2017-2019	0
N° total de defunciones neonatales 2017-2019*	3 (1.7 ‰)
Proporción trabajos de partos derivados a Orán 2017-2019	16 %
Total de recién nacidos derivados a Orán 2017-2019**	8
Partos acompañados 2017-2018	69,1 % (67 % familia, 1 % pareja, 3 % otros)
Partos acompañados 2019	76 % (80 % familia, 17 % pareja)
Proporción de <2500g. nacidos en Embarcación	0,3 %
VDRL positiva (2017-2019)	2 % (37)
Hiv positiva (2017-2019)	0,1 % (N = 2)
Parturientas con edad ≤ 15 años	3,7 %

\* Diagnósticos: 1 polimalformado, 2 deprimidos graves.

\*\* Diagnósticos: 3 prematuros, 3 deprimidos graves, 1 polimalformado, 1 labio leporino.

Fuente: SIP, libro de partos.

### UROC

La sigla UROC refiere a Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria. La necesidad de retomar este proyecto surge como propuesta de los supervisores intermedios en ocasión de las jornadas de capacitación llevadas a cabo en Tartagal en noviembre del año 2018.

El proyecto UROC consiste en reducir la mortalidad y la morbilidad grave por diarrea y deshidratación infantil, a través de involucrar a la propia comunidad de los parajes más vulnerables en el abordaje oportuno de las mismas. Pasa por seleccionar, en cada paraje que lo requiere, a la/s familia/s con posibilidades de constituirse en la primera estación de consulta, de hidratación inicial y de facilitación para ingresar al sistema de salud en los casos de diarrea en niños menores a 5 años. Dichas familias son seleccionadas, capacitadas, dotadas de los insumos necesarios y conectadas con el sistema formal de salud pública por los equipos locales de APS.

Se estimó, durante las jornadas, iniciar el programa con una cantidad de aproximadamente 150 UROC, situadas en las áreas más alejadas de los centros urbanos. Las localizaciones fueron propuestas por los supervisores intermedios.

## Objetivos

### Objetivo general

Instalar, mantener, supervisar y evaluar un programa de reducción de la deshidratación en niños menores de 5 años, basado en la actividad de familias capacitadas y dotadas de los insumos requeridos, con vivienda permanente en cada paraje donde habiten personas vulnerables.

### Objetivos específicos

- Seleccionar, con la información aportada por el sistema de APS, las poblaciones en que se instalará cada UROC. (Producto: población/es seleccionada/s).
- Seleccionar en cada población a la/s familia/s que reúnan las condiciones para constituirse en UROC. (Producto: familias seleccionadas).
- Capacitar y dotar de los insumos específicos requeridos a las familias seleccionadas en: detección de diarrea y estimación de la gravedad, inicio de la rehidratación oral, utilización de las sales de rehidratación, comunicación oportuna con el sistema de salud pública, traslado hacia el primer nivel de atención u hospital más cercano. (Productos: proporción de familias capacitadas/población total, proporción de familias con insumos específicos/proporción de familias seleccionadas).
- Difundir en las poblaciones vulnerables con UROC la existencia de los mismos y sus funciones. (Producto: proporción de familias que conocen el plan/proporción de familias que habitan en el paraje).
- Evaluar las distintas instancias del proceso de implementación y de utilización, para lo cual se elaborarán y acordarán los indicadores específicos.

## Especificaciones del proyecto UROC

### Definición de UROC

Se define como UROC a una familia de la comunidad en la que un integrante de la misma -persona voluntaria- ofrece su casa para brindar atención inicial a pacientes con diarrea, priorizando a los menores de 5 años.

### Objetivos de la UROC

- Mejorar la accesibilidad al tratamiento.
- Tratamiento inicial precoz al momento de concurrir a la UROC.
- Referencia oportuna (el niño que inicia rehidratación, a continuación debe ser asistido en puesto sanitario, centro de salud u hospital por profesional médico y/o de enfermería).
- Brindar información a la comunidad a través de folletería y talleres realizados por el equipo de salud local, con la participación del voluntario y la comunidad.
- Participación comunitaria, sensibilizar a la comunidad.
- Monitoreo de casos a través de la comunicación posterior al agente de salud o enfermería.

- Disminuir complicaciones: deshidratación/internación/desnutrición/muerte.

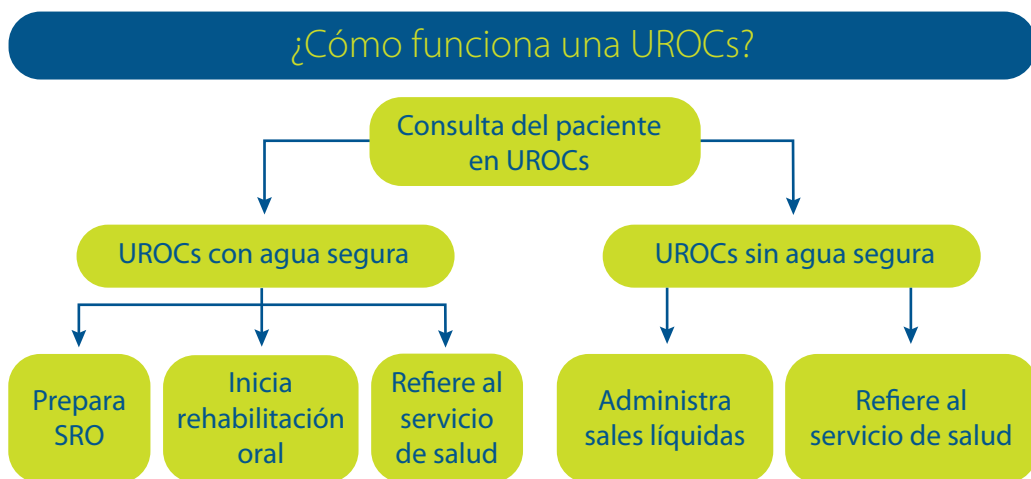
### Selección de la UROC

Cuáles sectores y cuántas UROC por sector es determinado por los supervisores intermedios y los agentes sanitarios, teniendo en cuenta las características del mismo: dispersión de las familias, condiciones culturales y étnicas, accesibilidad geográfica, zonas de máxima pobreza. La ubicación exacta está determinada por cartografía.

### Actividades de la UROC

- Iniciar rehidratación oral.
- Referir al servicio de salud local.

### Funcionamiento de la UROC



Cada voluntario de las UROC's debe llevar el registro de todas sus intervenciones por escrito (atenciones, referencias, entregas de SRO, etc.)

### Voluntarios de UROC

- Características y condiciones del voluntario UROC:
- Buena relación y comunicación con los vecinos.
- Buena salud.
- Disponibilidad de tiempo.
- Desinterés económico.
- Conocimiento básico en preparación de Sales de Rehidratación Oral (SRO).
- Conocimiento de la población (hábitos, condiciones culturales, de higiene domiciliaria, existencia de consultas a medicina tradicional, localización de la vivienda, medios de comunicación y transporte propios).
- Conocer las fuentes de agua de la comunidad.
- Conocer la forma de comunicación con el agente sanitario y con el sistema de salud.

### Capacitación del voluntario UROC

- Manejo de agua segura.



- Manejo sanitario de heces y vómitos.
- Lavado de manos.
- Preparación y uso de SRO.
- Comunicar el/los caso/s al agente sanitario o a enfermería.
- Iniciar rehidratación y referir para la atención por profesional de salud.
- Registro de casos.

### Elementos básicos para la organización de los UROC

- Espacio físico limpio.
- Agua segura.
- Una caja identificada (con tapa) que contenga: SRO o frascos de sales líquidas, jarras de un litro (con marca de volumen), taza y cuchara, cuaderno para registro y lapicera, pastillas PYAN.
- Balde o tacho limpio.
- Trapo limpio o repasador.

Las áreas operativas, el número de UROCs habilitadas por área operativa y el número de niños menores a 6 años de cada área se detallan en el cuadro siguiente.

**Tabla 33.** Distribución de las UROCs en áreas operativas y niños cubiertos.  
Diciembre 2018

Área operativa	N° UROCs habilitadas	N° de niños < 6 años
Morillo	20	1.015
Salvador Mazza	10	363
Hipólito Irigoyen*	9	658
Col. Sta Rosa*	9	794
Alto La Sierra	7	147
Aguaray	10	864
Gral Mosconi	14	1.024
Orán*	8	640
Rivadavia Banda Sur	2	87
Villa Unión	10	61
Embarcación	15	1.222
Tartagal	9	820
	<b>Total 123**</b>	<b>Total 7.695</b>

\*no corresponden a municipios del programa del Gran Chaco Suramericano.

\*\* UROCs habilitadas al 31/12/2018.

Dirección APS, Ministerio de Salud Pública de Salta.

### Imágenes de UROC

Durante enero del año 2019 se visitaron 9 UROCs de las áreas operativas de Morillo, Santa Victoria Este y Embarcación, con entrevistas a las familias UROCs, verificación de su capacitación, control de haber recibido las cajas y sillas, control del agua segura o de las sales líquidas y de la utilización de las planillas requeridas. La provincia y la Fundación Garrahan participaron en el fortalecimiento del proyecto UROCs.







# VOCES DEL GRAN CHACO SALTÑO

Una de las actividades del proyecto consistió en realizar visitas a los profesionales que implementan el programa de atención integral de la embarazada en los hospitales de Embarcación y Morillo, y en los centros de salud Hickmann, Padre Lozano y Dragones. A raíz de la misma, pudimos acceder a MELONP relatado por sus protagonistas. Las siglas de MELONP provienen de las profesiones que atienden a la paciente en su control prenatal, en los distintos niveles de asistencia que se brindan en la provincia: Medicina, Enfermería, Laboratorio, Odontología y Nutrición. En la localidad de Embarcación y en algunas otras, se agrega la letra P debido a la participación de la Psicóloga en la estrategia.

## MELON P

### Las licenciadas en obstetricia

A continuación se brinda un testimonio referido a este tema. La licenciada Vallejo nos refiere su experiencia:

#### ¿Se comportan igual durante el parto la población criolla y la originaria?

“(...) Tenemos dos tipos de poblaciones: la originaria y la criolla. Son dos culturas distintas. La población criolla sí acepta la participación del papá, del marido, que participa muchísimas veces... No tanto la población originaria. Muchas veces está la matrona o la cuñada, pero siempre es una mujer la que acompaña en el momento del trabajo de parto y parto. ¿Por qué? Porque el marido no tiene que ver las partes genitales. Eso hace que tengan vergüenza... Son bastante tímidas a pesar de que es su marido”.



Fabiola Vallejo, licenciada en obstetricia, hospital de Embarcación, responsable del área de preparación integral para la maternidad del programa “MELONP”.

“(…) La población criolla es la que más interés tiene en la gimnasia preparto. La originaria no tiene tanto interés. Nosotros lo vemos así, y yo particularmente que estoy haciendo esto, porque son mujeres que ya saben... Es increíble... cuando ellas van a la sala de partos a parir ellas ya saben todo”.

**¿Las adolescentes también vienen preparadas?**

“Las adolescentes también”.

**¿Quién le enseña a parir a la primeriza?**

“Pareciera que fue la matrona, la mamá o la abuela”.

**¿Cómo te das cuenta que sabe?**

“Porque consienten en todo. Cuando nosotras les decimos cómo van a pujar, ellas ya lo saben y porque está la madre al lado, y le está diciendo ‘como yo te enseñé, como ya te dije’ y le habla, le va hablando en su idioma cómo tiene que ir haciendo, la va guiando. Entonces nosotras estamos ahí listas para recibir el bebé. Son mujeres con muchísima sabiduría (...)”

**¿Eligen alguna posición?**

“Sí, posición sentada. Con la cama de partos en posición de sentada. La vamos haciendo pasar por distintos lugares y vemos en dónde la mujer se siente más cómoda y elige el lugar en que va a pujar, que puede ser en la cama, en el sillón, en el banquito”.

**¿Las mujeres quieren parir en casa?**

“Se decía que antes sí, pero ahora ya no; ahora todas quieren venir acá y no ir a otro hospital. A veces un trabajo de parto se desencadena mal, por hipertensión o por falta de progreso y tenemos que enviarla a un centro de mayor complejidad y ellas nunca quieren ir, quieren quedarse acá. ¿Por qué? Porque acá les damos el respeto, la contención, la familia puede participar; tenemos toda la paciencia del mundo en el acompañamiento de la paciente, esperamos los tiempos biológicos correctamente”.

“Soy santiagueña, estoy en Embarcación hace tres años”.

**¿En qué consiste la estrategia MELONP?**

“Te cuento la historia, cómo surge... Pasamos la primera evaluación sanitaria en 2017, en donde nos llevan a evaluar nos en otro lugar, que no es el hospital... y teníamos un 2% de MELONP. Para mí era algo nuevo, no sabía que la provincia manejaba un sistema que llamaban MELONP. Era investigar qué quería decir cada sigla. Al volver de esa evaluación nos sentíamos mal porque no habíamos cumplido con lo que pedía el ministerio. Nos reunimos con todo



Claudia Maturana, licenciada en obstetricia, jefa responsable del área de obstetricia en el hospital de Embarcación.

el equipo de salud y decidimos poner en funcionamiento un sistema: dejar un día en la semana, en este caso el martes, con turnos programados en donde la embarazada pueda acceder a una ecografía, a un laboratorio, al control nutricional, a la psicóloga, al control odontológico”.

#### ¿Qué significa la sigla MELONP?

“MELONP significa la ‘M’ de médico u obstétrica, la ‘E’ de enfermero, la ‘L’ de laboratorio, la ‘O’ de odontólogo, la ‘N’ de nutrición y la ‘P’ de psicólogo”.

#### ¿Desde cuándo se implementa?

“Lo hemos comenzado a implementar desde el segundo semestre de 2017, en septiembre. Al principio teníamos fallas porque la embarazada no venía y entonces hemos buscado una forma de que pueda acceder, que consiste en que el agente sanitario acompañe cada paso de la embarazada, de consultorio en consultorio... Que la embarazada no creyera que era un solo consultorio y que se iba a la casa. El agente sanitario es el que sale a terreno, el que sabe dónde está la embarazada. Es el primero que entra en contacto. Son ellos los que generan el listado para el primer control, ya sea precoz o tardío. De ahí se va programando”.

“Si viene una embarazada citada para el MELONP, viene con el agente sanitario de su área. Cada área tiene su agente sanitario y cada agente sanitario puede citar a dos embarazadas de su área los días martes, e ir sumándolas hasta que concluya con todas las embarazadas de su área. El agente sanitario hace su salida a terreno, cuando sabe que hay una embarazada nueva la cita, si ha faltado a su cita al MELONP se la vuelve a cargar para la semana siguiente. El agente sanitario la acompaña y la trae”

#### ¿La estrategia se usa en otras partes de la provincia?

“Es una estrategia de la provincia de hace muchos años, nada más que no está en funcionamiento... Se la pone en funcionamiento en el 2017 en Embarcación, ya que actualmente llega aquí al 93% de las embarazadas. En las otras localidades, que terminan su parto aquí, se nos dificulta juntar todo el equipo interdisciplinario”.

#### ¿El 93% se refiere a una o más MELONPs durante el embarazo?

“Generalmente hacemos un MELONP durante todo su embarazo y, si la embarazada necesita un seguimiento nutricional, directamente se van programando los turnos con la licenciada y se la va trayendo a medida que va necesitando, lo mismo con odontología y ecografías programadas. La atención durante el embarazo se hace con turnos programados. La embarazada termina con tres ecografías y tres laboratorios. La estrategia del MELONP sería la base, comienza con la primera atención y de ahí se empiezan a desglosar



Agente sanitario bilingüe en Misión San Patricio

las atenciones que la embarazada va a tener durante todo su embarazo. Ahora los embarazos son captados precozmente, desde las 5-6 semanas tienen su primer ecografía, su laboratorio, cuentan con el carnet y el seguimiento nutricional y odontológico. El MELONP consistía en traer a las embarazadas del interior, desde 40 o 60 kilómetros. Se dificultaba la asistencia y sólo llegábamos al 60-70% de MELONP. Se buscó la forma de que las más alejadas pudieran acceder, se pidió colaboración a la Fundación Garrahan para financiar a profesionales que puedan dirigirse al interior”.

“Eso ha sido muy beneficioso, actualmente funciona, a las embarazadas se les hace el mismo control en Padre Lozano, Dragones, Hickmann y Morillo que aquí en el hospital, salvo la psicóloga. Cuenta con la misma estrategia: un MELON por embarazada y de ahí se desglosa todo lo que va a necesitar durante todo su embarazo. Los agentes sanitarios de la zona son indígenas y criollos, y ya el MELON se ha hecho ‘famoso’, por lo que las mismas embarazadas se los solicitan, lo tienen incorporado”.

### ¿Cuántos partos por año hay en Embarcación?

“Estamos teniendo entre 650 y 700 partos por año y llegan a completar el MELONP el 93%. Desde que abrimos hasta el último registro del mes de agosto, hemos tenido 1.850 partos. A esta altura estaremos superando los 2.000 partos”.

### ¿Cómo discriminan ustedes quién debe nacer en Embarcación y a quién derivan a Orán por alto riesgo?

“Lo que a nosotros nos facilita es el desplazamiento al interior del MELONP, que con el control de la embarazada nos permite dividir a las embarazadas de bajo riesgo de las de alto riesgo. Por ejemplo, una mujer que tiene antecedentes de hipertensión, diabetes, primigesta, menor de quince años, grandes múltiparas, y cualquier factor de riesgo que se pudiera presentar, como desprendimiento, falta de progreso, etc, se la evalúa en Embarcación y si es de riesgo se la deriva al centro de mayor complejidad”.

### Desde que abrieron, ¿cuántas madres murieron?

“Desde la apertura, el 15 de febrero de 2017, no hemos tenido mortalidad materna”.

### ¿De recién nacidos? “Cero”.

### ¿Qué proporción de las mujeres que vinieron a este hospital terminan teniendo su parto en Orán?

“Siempre comparo el antes y el des-



Centro de Salud de Hickmann



Centro de Salud de Padre Lozano



Elección de la posición del parto en Embarcación



pués. Al principio se derivaba el 100%, sólo se le hacía el parto a la mujer que venía en expulsivo. Ahora estamos derivando el 15% de las mujeres. Lo que es más importante es que las complicaciones (como amenaza de parto prematuro, eclampsia, preeclampsia, infecciones urinarias altas) han disminuído cuando comenzó a funcionar la maternidad. Hoy podemos decir que si tenemos una complicación al mes es mucho. Ahora no dejan de ser el 15% pero llegan en mejores condiciones”.



Sala de partos “TPR” en Embarcación

**¿Cuántas veces hubo que intubar recién nacidos en sala de partos para reanimarlos?**  
 “En total habremos tenido entre 3 y 4 casos en 1.850 partos”.

## La licenciada en psicología

“Mi nombre es Ana Julia Barrera, soy psicóloga del hospital. Mi tarea en el MELONP es prestar un espacio de escucha a la paciente embarazada. Se trabaja con chicas jóvenes embarazadas o con personas grandes con muchos hijos. Puede haber pacientes con adicciones o con violencia familiar: se apunta a la necesidad de cada paciente”.



Ana Julia Barrera, psicóloga del hospital base del área operativa IX, Embarcación.

**¿Cómo encara el trabajo con las poblaciones originarias?**

“En realidad es lo que más nos cuesta. Cuesta por el hecho de que a ellas les cuesta hablar y encima los embarazos muchas veces son en chicas de corta edad, de 12 años en adelante. Mi tarea es apuntar sobre eso: qué lugar ocupa el bebé, apoyarlas durante el embarazo según las necesidades de cada una. Sobre todo cuando son más jovencitas”.

**¿Percibe un ida y vuelta con estas embarazadas?**

“Cuesta, sobre todo al principio, porque no saben para qué sirve la entrevista psicológica. En odontología saben que es para cuidar la boca, en nutrición saben para qué sirve, pero en la parte psicológica no. Es ahí donde les explico que es para que estén más tranquilas. En mi caso yo tengo pacientes con problemas de adicción, muchas de ellas ya me conocían por otras situaciones: consumo de sustancias, pasta base, marihuana”. Se le pregunta si las chicas de las poblaciones originarias también tienen abuso de sustancias. “Sí, sobre todo alcohol y consumo de marihuana”.

**¿Con esta estrategia las mujeres vuelven a consultar a la psicóloga?**

“Sí. No en todos los casos, por supuesto, pero muchas de ellas vuelven o ellas mismas preguntan si pueden volver, si siempre tiene que ser por el embarazo o si pueden volver por otra cosa”. La embarazada, especialmente la adolescente, ¿siempre viene con la mamá o a veces aparece el varón? “La gran mayoría de las embarazadas vienen solas, hasta las jovencitas de 12 o 13 años. En algunas ocasiones vienen con la pareja, pero por lo general solas. Si vienen con la pareja, no las acompaña cuando entran, queda afuera.

Si entran con la mamá, en muchos casos me contestan, pero miran a la mamá para que las habilite a contestar”.

### **¿Cómo encara el tema del deseo del embarazo?**

“Cuando entran yo les pregunto si saben por qué están embarazadas. En la mayoría de los casos, por más que el agente sanitario les explicó, contestan ‘no lo sé’ y yo les explico. Les pregunto si ese bebé fue planificado, trato de no usar la palabra ‘no deseado’, yo siempre les pregunto ‘¿lo buscaste o cayó del cielo?’ y ellas siempre me contestan ‘lo busqué o cayó de arriba’”.

### **Cuando ya saben que están embarazadas, ¿el deseo es seguir con el embarazo, desean ese bebé?**

“En algunas situaciones pasan meses y no, en otras situaciones sí. Me dicen ‘no lo buscaba pero estoy embarazada, el bebé no tiene la culpa’. Usan mucho esa frase y ‘mi marido me ayuda’, ‘mi mamá me va a ayudar’”.

### **¿Las chicas dejan el colegio cuando se embarazan?**

“La mayoría de las chicas dejan de estudiar, tanto que sean de pueblos originarios como criollas”.

## **El médico**

“Soy el Dr. Omar Ivan Soria, soy toco-ginecólogo, ecografista. Vivo en la ciudad de Orán, trabajo en el hospital zonal, y vengo a colaborar con el MELON, ese trabajo tan importante y maravilloso que se hace en la provincia de Salta, no solamente con las pacientes de Embarcación sino de todo el interior”.



“Mi actividad es la atención de embarazadas de riesgo en Morillo y también hago ecografías, en Embarcación hago sobre todo ecografías. Ya que cuánto más al interior vamos, mayor es la población originaria, es fundamental llevar, como lo estamos haciendo, el MELON al interior, gracias a la ayuda de la Fundación Garrahan”.

## **La licenciada en nutrición**

“Mi nombre es Claudia Colorito, trabajo en el equipo en el tema nutrición. Las embarazadas no toman leche o yogur”.

“Se les enseña a enriquecer la preparación de la leche que viene en las cajas alimentarias que se entregan. A ellas no les gusta mucho la leche sola, pero enriquecida en forma de mazamorra con leche o de arroz con leche sí la aceptan”.



Claudia Colorito, licenciada en nutrición a cargo del sector de nutrición del hospital base del área operativa IX.

“Les mostramos que estas preparaciones son aceptables, ricas y fáciles de hacer” .



## El Odontólogo

“Mi nombre es Fernando Aramayo, soy odontólogo, jefe del servicio de odontología del área operativa de Embarcación y estoy en el grupo interdisciplinario, en el cual hacemos el control integral de las pacientes embarazadas. Iniciamos con esta atención integral hace aproximadamente dos años. Observamos que la mayoría de las mujeres vienen con condiciones muy malas de su salud bucal, en las cuales lamentablemente muchas piezas tienen que



Fernando Aramayo, odontólogo, jefe del servicio de odontología del área operativa IX, Embarcación.

ser extraídas o requieren de tratamientos complicados como las endodoncias e incluso el uso de prótesis. Pero, en los últimos meses, estamos cambiando esta situación ya que logramos terminar con un mito de que la mujer embarazada no puede recibir atención odontológica. Muchas mamás, tanto de los pueblos originarios como criollas, tanto sin estudios como con estudios, hoy en día se están animando a consultar y a regresar luego de que hicieron la primera consulta para continuar con su tratamiento, aunque todavía son pocas. Algunas todavía tienen miedo a que la anestesia afecte al bebé, lo cual no es cierto. Es importante porque las gingivitis y las periodontitis aumentan por los cambios hormonales en las mujeres embarazadas y están relacionadas con partos prematuros o niños con bajo peso al nacer. Por eso es de suma importancia que mantengan una buena salud bucal durante los 9 meses del embarazo”.

### ¿Siempre cuenta con los insumos necesarios?

“Sí, el ministerio nos provee del instrumental y si tenemos que hacer algún tipo de intervención odontológica, contamos con anestesia, suturas, elementos para drenajes”.

### Preguntado sobre el estado de la salud bucal de las adolescentes, responde:

“Hay muchas chicas jóvenes, que no llegan a los 15 años, que ya han perdido muchas piezas dentarias y lamentablemente tienen piezas a perder”.

### ¿Por qué se da esta situación?

“Si vamos a las mujeres de pueblos originarios, tienen una total falta de cultura higiénica de la cavidad bucal. Muchas veces por miedo al odontólogo, somos una profesión temida, o por falta de un cepillo dental, o de agua o por la mala alimentación, que también influye en el deterioro de las piezas dentarias. A diferencia de las criollas, las embarazadas originarias tienen alto consumo de azúcares, por golosinas y bebidas azucaradas.”

## El agente sanitario

“Yo me llamo Mauro García y trabajo como agente de salud. Trabajo en Dragones y también tengo a cargo un sector con comunidades wichi que se llama ‘La Corzuela’. Vivo en Dragones y a la Corzuela voy en moto. La moto es del hospital, cuando no la tengo voy en mi moto o en bicicleta”.

### ¿Cuánta gente tiene a cargo?

“Estoy a cargo de 84 familias, que son 399 personas. Hacemos las visitas domiciliarias, la entrega de leche, vacunas, todo con una planificación previa”.



Mauro García, agente de salud en Dragones

### ¿Cuántas embarazadas tiene a cargo en este momento?

“Ahora una sola, pero tenía seis. Todas se controlaron e hicieron el MELON”.

### ¿Cuántas eran adolescentes? “Ninguna”.

### ¿Y desnutridos tiene?

“Sí, tengo cuatro. A una de las nenas que está en tratamiento, yo voy todas las mañanas y le preparo una mamadera de leche y al mediodía le estamos haciendo un apoyo con un postrecito. El agua la llevo yo desde mi casa en un termo”.

### ¿De dónde sacan el agua?

“En la casa del cacique hay un filtro. Además, la municipalidad reparte agua con un tanque cisterna, que la guardan en cada casa en un tacho. Ahí les damos el Pyam (pastilla potabilizadora) para que purifiquen el agua. Mayormente es una vez a la semana que reciben el agua”.

### ¿Y ustedes promueven la anticoncepción?

“La promovemos con charlas, con educación. Vamos al domicilio o, en mi caso, cuando voy a ‘La Corzuela’ trato de juntar a todas las madres para enseñar los tipos de anticonceptivos que hay”.

### ¿Pero no los dan ustedes?

“No, eso se lo dan en la farmacia del centro de salud Dragones”.

### ¿Y hay anticonceptivos? “Hay”.

## La paciente, usuaria del sistema

“Me llamo Gabriela, tengo 15 años”.

### ¿Dónde vivís?

“En la misión que se llama Paloma”.

### ¿A cuántos kilómetros estás de acá?

“Tres”.

### ¿Y cómo llegaste?

“Caminando”.



Gabriela, embarazada de misión La Paloma, en el centro de salud Hickmann, traducida por el agente de salud originario Servidio.

**¿Estás conforme con la atención que te brindan aquí? “Sí”.**

**¿Tenés estudios?**

“Tengo primaria completa, secundario no”.

**¿Tenés pareja? ¿Buscaste este bebé?**

“Sí, tengo pareja y busqué al bebé”.

**¿Qué edad tiene tu marido?**

“22 años”.

**¿Cómo llegas al control aquí en el centro de salud?**

“Me trae el agente sanitario Elbio”.

**¿Es la primera vez que venís?**

“Sí”.

**¿Sabés de cuántas semanas estás embarazada?**

“30 semanas”.

**¿Vos sabés qué te van a hacer, por qué consultorios vas a pasar hoy? “No sé”.**

**¿Te sacaron sangre hoy? “Sí”.**

**¿Te hicieron una ecografía? “Sí”.**

**¿Te vio la nutricionista? “Sí”.**

**¿Te vio el dentista? “Sí”.**

**¿Te revisaron? “Sí”.**

**¿Te dijeron cuándo tenes que volver? “No”.**

**¿Quién te va a avisar?**

“El agente sanitario”.

**¿Te sentiste bien atendida o tenías ganas de irte?**

“Bien atendida, conforme”.

**¿Te enseñaron a preparar postres con la leche? “Sí”.**

**¿Los probaste? “Sí”.**

**¿Y te gustaron? “Sí”.**

**¿Vos tenés mamá, papá o abuela? “Mamá”.**

**¿Y tu mamá te enseña lo que tenés que hacer cuando tengas el parto? “Sí”.**

**¿Y vos vas a querer que ella esté cuando tengas tu parto?**

“Quiero que esté mi madre al lado”.

**¿Tenés ganas de volver aquí para ver cómo sigue tu bebé? “Sí”.**





## Voces de la atención primaria en salud

### El agente sanitario

El agente sanitario Valderrama nos cuenta su experiencia:

“Mi nombre es Valderrama Servidio Felipe y hace ocho años que estoy trabajando como agente sanitario. Trabajo en el Paraje La Media Luna, alejado a 20 kilómetros de Dragones. Allí viven gente wichi y también criollos. Yo vivo en Dragones y soy wichi. Me transporto en una moto que compré yo”.

“Tengo a cargo 85 familias. Los asentamientos donde viven estas familias no tienen luz y el agua es muy escasa, la obtienen de la escuela, que tiene una bomba. En época de lluvia la zona queda aislada y tengo que cruzar a pie o en bicicleta. Hay una sola escuela, que es primaria, que se encuentra en el paraje La Media Luna. Para ir a la secundaria tienen que trasladarse hasta Dragones. En general los chicos van a la secundaria, tanto los criollos como los wichis”.



#### ¿Cuál es su rutina diaria?

“Nosotros hacemos la visita domiciliaria. Primero planificamos y después ejecutamos las tareas. En cada visita que hacemos pesamos a los chicos, los evaluamos, si toca hacer vacunas hacemos vacunas, hacemos promoción de la salud y de la lactancia materna y la promoción del parto hospitalario: le avisamos a la señora que cuando está en las últimas semanas de gestación, antes que tenga los dolores que avise, que nosotros la vamos a buscar en la ambulancia para que tenga el parto en el hospital (en este caso de Embarcación)”.

#### ¿Tuvo alguna vez en su área un parto domiciliario?

“No, ni tampoco tuve que asistir algún parto en el centro de salud”.

#### ¿Con qué frecuencia recibe capacitaciones?

“La supervisora nos da una a dos capacitaciones por mes”.

#### ¿Cuántas veces pasa por las casas?

“Depende del factor de riesgo que tenga cada familia. Si hay más prioridad hacemos tres visitas por ronda. Tenemos factores de priorización, donde por ejemplo las embarazadas serían el factor número 3 y sí o sí tienen que recibir tres visitas en la ronda, también se prioriza a los diabéticos, a los hipertensos, a las familias con hacinamiento, analfabetismo, con tres o más



Sala de espera de Hickmann

niños en una sola casa. Normalmente es difícil que tenga más de tres ó cuatro embarazadas a cargo y a todas logro traerlas al control. Se las trae en la ambulancia, para hacerles los controles y el MELONP. Las wichis van al parto con la abuela o con la madre y las preparan antes en el domicilio”.

**¿En las familias a cargo hay niños desnutridos?**

“Tengo seis chicos desnutridos en mi zona, cinco de 2 a 5 años y uno entre 1 y 2 años. En esos casos el médico determina si se les tiene que hacer laboratorio. Nosotros les llevamos apoyo alimentario pero no todos mejoran. Los genéticos que son desnutridos no mejoran”.

**¿Se le ocurre algo que necesiten?**

“Más capacitación para nosotros los wichis, porque muchas veces no entendemos las palabras técnicas que se usan. Entre Hickmann y Dragones somos cuatro agentes sanitarios wichis”.



Puesto de Salud Fortín Belgrano - AO - Morillo

## Los supervisores intermedios

Los hospitales, como parte del Área Operativa, participan de la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de atención primaria.

El licenciado Ariel Freire, gerente de atención de las personas del hospital de Morillo (AO 4), describe la modalidad de atención:

“Tenemos un cronograma de salidas a terreno, que es mensual, donde diariamente está en el cronograma cada médico, enfermería, odontología, agentes sanitarios y nutricionista. Se sale a los distintos puntos del área operativa, que es muy extensa, 12.000 km<sup>2</sup>, y vamos a los puestos sanitarios. Salimos los lunes a Km2, Pluma de Pato; los martes a Capitán Pagé y Los Blancos; los miércoles a San Patricio y Resistencia; los jueves a Los Baldes; y los viernes se alterna Fortín Belgrano con algún otro puesto que haya quedado por ver. Todos los parajes están cubiertos: 100% de cobertura. Hasta la ronda pasada teníamos descubierta la zona del Sauce, Pozo del Chañar, pero hoy está cubierta e incluso se está haciendo una estrategia de ‘enfermería comunitaria’. Si no hay agente sanitario se cubre con agentes de otras zonas para garantizar las inmunizaciones. Cuántas veces se pasa por cada casa a lo largo del año depende de la prioridad, por ejemplo denominamos prioridad 3 a la casa en que hay una embarazada o un niño de bajo peso. En ese caso, el agente debe visitar a la familia cada siete días. Nosotros tomamos como riesgo de desnutrición en un niño a un desvío standard de 1.5. En esos casos se procura que el Estado provea alguna ayuda más a la familia, como ser leche o visita del asistente social. Con la embarazada se procede de la misma manera. Referente a la estrategia UROCS, si bien es una estrategia que ya conocíamos nos vino muy bien en el verano 2019





la provisión de insumos, las cajas, las jarras, las sales. Para evaluar el impacto voy a comparar el indicador de mortalidad infantil: en 2018 tuvimos en el área operativa 5 muertes infantiles, el 90% de las mismas por deshidratación con foco entérico. En la comparativa con el año 2019, el total de muertes fueron 3, de las cuales sólo 1 hubiera sido parcialmente reducible ya que se trataba de una familia 'golondrina', reticente a la atención de salud, al agente sanitario, al enfermero. Si bien había un UROC en el puesto sanitario a 2 kilómetros de donde vivían, esta gente se traslada a La Fortuna, a 40 kilómetros de distancia, donde se produce la muerte y consultan con el niño ya sin vida”.

## Director del área operativa de APS

Licenciado César Adrián Murillo, Jefe del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) del Área Operativa XII, Tartagal, desde enero de 2017.

### ¿Cuáles son las responsabilidades y actividades de un Jefe de APS de un área operativa?

“Programar las actividades del personal a cargo y establecer las pautas de trabajo que corresponda conforme con el contenido de las rondas sanitarias. Asignar tareas al personal para el desarrollo de las distintas actividades que se vayan incorporando al programa. Participar en la selección, distribución, evaluación y promoción del personal a mi cargo. Adecuar horarios y licencias de acuerdo con el personal y necesidades de servicio de forma tal de mantener la atención permanente en la ejecución de las rondas y cuando la situación epidemiológica así lo requiera. Promover las medidas que tiendan a mantener la salud y el bienestar del personal a su cargo. Dar a conocer las normas y disposiciones emanadas del nivel central y del nivel superior. Determinar las medidas que aseguren el uso correcto de los equipos, vehículos, materiales y mantenimiento de las instalaciones cuando estos se encuentren a su cargo. Supervisar la confección de registros y formularios establecidos en el programa para que se llenen de acuerdo a las normas establecidas. Elevar la información estadística y otras al nivel que corresponda con la periodicidad establecida. Recomendar en base a las evaluaciones realizadas las medidas tendientes a alcanzar las metas establecidas en el programa”.



### ¿Qué abarca su área operativa?

“Mi área operativa es Tartagal, es la cabecera del Departamento General José de San Martín, ubicado en el noreste de la provincia de Salta. Latitud 22° 30” (sur), longitud 63° 50” (oeste) y se sitúa a una altura de 502 metros sobre el nivel del mar. Dista a 365 kilómetros de la capital provincial, 55 kilómetros de la frontera boliviana -Pocitos (Argentina) frontera con Yacuiba (Bolivia)-, 103 kilómetros de la frontera paraguaya -Misión La Paz (Argentina) frontera Pozo Hondo (Paraguay)- y 1.736 kilómetros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

### ¿Cómo están organizados los centros de salud?

“Hay ocho centros de salud, cada uno de ellos cuenta con enfermera en los turnos mañana y tarde, un pediatra, clínico, médico ginecólogo, nutricionista y dentistas (en algunos casos), los cuales asisten en los diferentes días de la semana, brindando atención a las personas, realizando un control y seguimiento de los mismos. Hay cuatro puestos

sanitarios que funcionan de 7 a 13 hs. En estos se encuentra diariamente una enfermera para la atención de las personas, recibiendo la visita de médicos clínicos una vez a la semana, en algunos casos, y en otros de manera mensual”.

**¿Cómo se distribuyen los centros de salud?**

“Existen seis centros urbanos, dos centros periurbanos y cuatro centros rurales”.

**¿Hay agentes de salud de pueblos originarios?**

“14 de los 66 agentes sanitarios pertenecen a pueblos originarios”.

**¿Tiene alguna opinión sobre el aporte de la colaboración con OPS en estos últimos tres años?**

“Considero que el apoyo técnico brindado por OPS en el transcurso del proyecto Gran Chaco Suramericano, en nuestra área operativa, resultó de gran ayuda a los equipos locales, sobre todo en la formación técnica de las capacitaciones organizadas. Contribuyendo a que el recurso humano local adquiriera destrezas para el trabajo cotidiano. Como fortaleza, centró a la APS como eje estratégico local para impulsar mejoras en los indicadores sanitarios locales. El equipo técnico de OPS basó sus actividades posteriores a un análisis social y sanitario muy detallado, lo que permitió tener un buen impacto en la elección y desarrollo de las actividades propuestas. Como debilidad, se podría considerar los espacios de intervalos de tiempos prolongados entre una y otra actividad realizada”.

## Voces de las y los participantes en las capacitaciones

Durante las capacitaciones y talleres se facilitaron espacios de opinión para el intercambio de experiencias. A continuación se registran algunos testimonios que surgieron en las reuniones.

“Trabajo como enfermero en el hospital de Morillo, a 200 kilómetros de Orán, adonde derivamos los partos de riesgo. Salvo Pluma de Pato, Pagés y Los Blancos, todos los demás están en el monte y se nos dificulta a veces ingresar. No hay anestesiista y los partos normales se derivan a Embarcación, pero más de 100 partos por año hacemos en Morillo”.



“Trabajo como enfermero en Pluma de Pato. Derivamos los partos a Morillo. El 70% de los que atendemos son de la comunidad wichi. De enero a julio hubo 18 partos, que se hicieron en Morillo, y dos fueron domiciliarios, catorce eran adolescentes. Tuve que hacer un parto en Pluma de Pato”.

“Soy enfermera en Pluma de Pato, es un puesto con muy pocos elementos. Llamamos con tiempo a la ambulancia para que las lleven a Morillo, pero hay una sola ambulancia. Por eso a veces se hace el parto en el puesto o incluso en el domicilio. Le hacemos la evaluación inicial y la derivamos a Morillo”.



“Soy enfermero. Estoy en la zona rural y me tocó la experiencia de hacer un parto. Sé que no me corresponde hacer un parto, pero lo tuve que hacer. Primero llamé al hospital pidiendo la ambulancia. Cuando la ambulancia llegó, el parto ya se había hecho y la paciente estaba bien”.



Enfermero de Tartagal: “Por parte de mí y de todos mis compañeros, queremos que esto sea más frecuente. De este modo vamos a tener una mejor atención a los pacientes. Estamos remilagradecidos a los médicos de Salta, a los médicos de Buenos Aires. Muchísimas gracias por capacitarnos, por actualizarnos”.



“Soy enfermero de de San Patricio, a 80 kilómetros de tierra de la ruta, todas las emergencias las derivo a Los Blancos y de ahí los derivan a Morillo”.



Enfermera: “Desde Morillo, área operativa IV, y en nombre de mis compañeros de Pluma de Pato, Los Blancos, Pagés y San Patricio, queremos agradecerles. Somos de puestos alejados y queremos agradecerles por la capacitación constante. Les pedimos que no nos olviden porque esto a nosotros nos sirve y estaría bueno que vuelvan a nuestra área a enseñarnos un poco más”.



Enfermero: “Yo soy de Pozo la China. Estoy muy agradecido por mí y por mis compañeros. Estuvimos en las capacitaciones de accesos vasculares y de enfermedades respiratorias también”.

Obstétrica de Tartagal (con voz quebrada luego de escuchar a los enfermeros): “Me da vergüenza, yo hago partos en el hospital de Tartagal, yo hago día a día partos y a veces los hacemos solas. Y yo digo, cuando los vi a ellos (se refiere a los enfermeros de los centros periféricos y hospitales locales), si a nosotras que somos parteras nos da miedo, o porque una no termina de sorprenderse en cada parto, y si a nosotras, que tenemos todo, nos da miedo (porque una nunca sabe cómo va a salir todo hasta el final), cuando escuchaba a los chicos me corrí en un momento porque se me caían las lágrimas y me trasladaba a lo desesperante: están solos y sin experiencia (voz de un enfermero: ‘no hay nadie a quien le digas pasame un guante, pasame una gasa’). Me partió el alma porque pensé en las inequidades que hay. Es totalmente injusto que una mamá porque vive lejos (y también para ellos), no porque esté mal asistida por ellos, es injusto para ellos que sí de verdad hacen patria, eso sí es poner el lomo y el corazón día a día, porque para estar en un momento tan trascendental y solos, de verdad, hay que tener muchísimo valor”.



En el Curso de Nivelación dictado el 23/08/2019, surgieron las siguientes propuestas:

- Capacitación continua y más frecuente, a fin de tener mayor seguridad frente a los compañeros y los gerentes (invitarlos para que se informen sobre cuál es el rol del supervisor). Hacer otro encuentro en corto plazo, por lo menos tres veces al año.
- Realizar capacitaciones periódicamente y reforzar los conocimientos porque eso nos hace sentir y cumplir con el compromiso que uno lleva muy adentro, permitiendo fortalecer el trabajo.
- Fortalecimiento de los conocimientos a través de la teoría y la práctica y la confraternidad con otras áreas.
- Capacitación a supervisores de idioma wichi y guaraní.

## Voces de capacitadores y autoridades

Testimonio del Dr Alberto Schwarcz, médico pediatra y epidemiólogo, consultor de OPS/OMS entre 2016 y 2018 para el proyecto Gran Chaco en la provincia de Salta en los departamentos Rivadavia y San Martín.

“Tener la oportunidad de trabajar con poblaciones tan alejadas y necesitadas, aprendiendo de los equipos de atención primaria de la provincia (muy comprometidos y con años de experiencia) es un privilegio. El 44% de las muertes infantiles en poblaciones originarias se producen antes de llegar a un hospital con atención pediátrica. No hay otras personas que puedan ayudar



Dr. Alberto Schwarcz



en la salud de la población del Chaco salteño que no sean los agentes sanitarios, sus supervisores, directores de atención primaria, enfermeros y médicos generalistas de hospitales base. Están ávidos de capacitación que el Ministerio de Salud brinda regularmente y que debemos apoyar con la tecnología de las simulaciones, tanto en la realización de partos, en la atención de un niño con deshidratación grave, en la colocación de vías endovenosas, de sondas orogástricas, más el agregado de los temas que se requieran, como evaluación de un recién nacido domiciliario, traslados neonatales, maternos e infantiles, facilitando la obtención de destrezas indispensables. Tenemos que apoyar al Ministerio de Salud para lograr que todos los agentes, enfermeras y supervisores pasen varias veces por año por las capacitaciones y que siempre tengan los elementos que aprenden a usar. El descenso de la mortalidad infantil, y sobre todo de la materna, va a depender, por un lado, de la reducción de las muertes antes de llegar a la internación especializada y, por otro, de mejorar la calidad de la atención de madres y recién nacidos en el hospital de Tartagal. Los modelos UROC, cuyo impacto sobre la mortalidad por deshidratación y diarrea en niños aún no hemos podido evaluar, y MELONP, exitoso en el área operativa Embarcación y que se puede extender al área operativa Morillo, son ejemplos a sostener y extender”.

Además, existió una reflexión general sobre la experiencia, que fue expresada con la siguiente frase: “Fue algo muy interesante, gracias a todo el plantel de Nivel Central por esta hermosa experiencia”.

Testimonio de la Dra Marisa Álvarez, subsecretaria de Salud del Ministerio de Salud Pública de la provincia y punto focal del proyecto durante la fase de ejecución del mismo (2016-2019).



Dra. Marisa V. Álvarez - Ministerio de Salud Pública de Salta-

“Haberme incorporado, por decisión ministerial, como punto focal provincial en el proyecto ‘Hacia la Salud Universal de la población del Gran Chaco Suramericano’ fue una experiencia plagada de momentos únicos, oportunidades de insertar condiciones de equidad de acceso y cobertura a los pueblos del territorio, que permitió además conocer y hacer conocer características socio-culturales, realidades geográficas, hábitos y costumbres que ayudan a entender los indicadores sanitarios imperantes en la zona, despertando ideas que movilicen mejoras en los cambios que permitan mejorar realidades de sus pobladores”.

“El trabajo en red con distintas organizaciones, entre las que se destaca la Organización Panamericana de la salud (OPS) por facilitar la inclusión de las demás, por impulsar la necesidad de ‘ordenar’ el trabajo territorial de las demás agencias no gubernamentales que buscan trabajar en la zona, por favorecer oportunidades de conocer cómo se organizan países vecinos que forman parte del mismo territorio para dar respuestas sanitarias oportunas, por traccionar los vínculos interfronterizos para aunar esfuerzos y darle sostenibilidad a las políticas, generó el inicio de la visualización de la realidad sanitaria y los principales determinantes de la misma. Hecho no menor si se tiene en cuenta que solo se habla de esta región cuando se mediatiza, tomando estado público por un limitado plazo de tiempo, la muerte de niños por ‘desnutrición’, estigmatizando realidades, quitando estímulos a esfuerzos locales, evidenciando solo aspectos negativos que profundizan desigualdades y no favorecen que los pueblos se conozcan por sus raíces, fortalezas y oportunidades”.

“Permitió al Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta la tan necesaria ‘reactivación’ de la capacitación continua y en territorio de los agentes de salud (entre ellos líderes pueblos originarios, como agentes sanitarios y enfermeros) que cumplen la misión de favorecer el acceso al sistema de salud en el marco del primer nivel de atención, bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, realizando actualizaciones en áreas maternoinfantiles, inmunizaciones, nutrición y epidemiología, entre otras. Quiero destacar la oportunidad de incorporar temáticas vinculadas a la detección de situaciones de abuso sexual, planificación familiar y acceso a la interrupción legal de los embarazos cuando responda a los causales establecidos”.

“Apoyó el trabajo de la que se pretende sea la maternidad intercultural de la provincia, ubicada en el área operativa de Embarcación, que validó el parto intercultural y generó el primer encuentro de intercambio de saberes entre los distintos pueblos que cohabitan estos suelos”.

“Favoreció la renovación y puesta en escena de dos estrategias históricas de la APS: el MELON (P) y las UROC, que si continúan siendo vigiladas y contenidas ministerialmente continuarán colaborando en la reducción de morbilidades severas y mortalidades infantiles y maternas.

Nuestro norte aún duele, pero atrapa. Este proyecto fortaleció mis lazos con la región para siempre. ¡Muchas gracias!”

## Voces desde OPS/OMS Argentina

### Compendio de noticias y videos sobre el proyecto Hacia la salud universal de la población del Gran Chaco Suramericano

#### **MELON, una estrategia para la atención durante el embarazo de la mujer**

La provincia de Salta promueve la atención previa al parto para que las embarazadas reciban los controles periódicos que aseguren su salud y la de su hijo. Para ello, profesionales se trasladan periódicamente a centros de salud y puestos sanitarios, facilitando el acceso para su atención. La OPS/OMS brindó cooperación técnica para el fortalecimiento de la iniciativa.<sup>1, 2</sup>

#### **Facilitando el acceso a la salud de las mujeres embarazadas**

Para que las poblaciones puedan tener acceso a la salud, es necesario que las comunidades estén en contacto con los servicios sanitarios. Que el sistema de salud no sólo espere que lleguen los pacientes, sino que también salga al encuentro de aquellas y aquellos que por diferentes razones geográficas, económicas o sociales, no llegan al sistema de salud a recibir la atención necesaria. Este es uno de los ejes de la estrategia MELON de la provincia argentina de Salta, destinada a la atención integral durante el embarazo de la mujer.<sup>3</sup>

1 - <https://www.youtube.com/watch?v=6fuoypt70AU&list=PLDD4B41D35468BF88&index=2&t=0s> (versión corta)

2 - <https://youtu.be/1N1MQwA6AuQ> (versión original)

3 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10424:facilitando-el-acceso-a-la-salud-de-las-mujeres-embarazadas&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10424:facilitando-el-acceso-a-la-salud-de-las-mujeres-embarazadas&Itemid=227)

## **Escuelas Promotoras de Salud**

La Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, una iniciativa de la OPS/OMS, comenzó a implementarse en la provincia de Salta, incluida la región del Chaco Salteño. La misma busca promover la salud de los niños, niñas y adolescentes, y favorecer las elecciones saludables por parte de los y las estudiantes y la comunidad.<sup>4</sup>

## **Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay analizan los avances en proyecto en el Gran Chaco Suramericano**

Representantes de los Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay se reunieron en la ciudad de La Paz, en el contexto de la reunión del Comité Técnico Interpaíses del proyecto “Avanzar hacia la Salud Universal de la Población del Gran Chaco Suramericano 2016 - 2019”, donde evaluaron las actividades realizadas y exploraron la posibilidad de diseñar un plan de continuidad.<sup>5</sup>

## **Parto culturalmente respetado para mujeres indígenas del norte argentino**

Más de 3.200 mujeres en edad fértil de pueblos originarios del norte argentino se pueden beneficiar gracias a la validación de una herramienta brindada por la OPS/OMS que incorpora el parto culturalmente respetado para comunidades indígenas en una maternidad segura centrada en la familia de la provincia de Salta.<sup>6</sup>

## **Salud comunitaria e interculturalidad**

Referentes de comunidades originarias, autoridades, representantes provinciales, agentes sanitarios, enfermeros y consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) participaron de un encuentro en Tartagal, Salta, para explorar la metodología del diálogo de saberes, que permite recuperar los saberes de la comunidad a través del intercambio y plantear cuáles son los problemas a resolver.<sup>7</sup>

## **Promoviendo partos interculturalmente seguros en el Gran Chaco Suramericano**

Se impulsa en el contexto de una de las prioridades de la OPS, como es la reducción de la mortalidad materna. Muchas mujeres indígenas sufren las desigualdades existentes en la región. Esta herramienta para el parto fomenta el empoderamiento de la mujer, su autonomía y su capacidad de decisión sobre su cuerpo.<sup>8</sup>

## **Unos 70 trabajadores de la salud del Chaco salteño entrenados en vacunación**

Cómo se preparan las vacunas para salir a terreno, cuáles son las técnicas de aplicación, cómo se descartan las inmunizaciones y cuáles son las soluciones a situaciones críticas fueron algunos de los temas abordados durante una capacitación.<sup>9</sup>

4 - <https://youtu.be/DRf4ohkONE4>

5 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10366:argentina-bolivia-brasil-y-paraguay-definieron-trabajar-en-el-desarrollo-de-un-plan-que-de-continuidad-a-proyecto-en-el-gran-chaco-suramericano&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10366:argentina-bolivia-brasil-y-paraguay-definieron-trabajar-en-el-desarrollo-de-un-plan-que-de-continuidad-a-proyecto-en-el-gran-chaco-suramericano&Itemid=227)

6 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10285:parto-culturalmente-respetado-para-mujeres-indigenas-del-norte-argentino&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10285:parto-culturalmente-respetado-para-mujeres-indigenas-del-norte-argentino&Itemid=227)

7 - <https://www.youtube.com/watch?v=JkVaeCL21-Y>

8 - <https://www.youtube.com/watch?v=C0fnwVQJn9o>

9 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10241:unos-70-trabajadores-de-la-salud-del-chaco-salteno-entrenados-en-vacunacion&Itemid=285](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10241:unos-70-trabajadores-de-la-salud-del-chaco-salteno-entrenados-en-vacunacion&Itemid=285)



### **Talleres a trabajadores de salud en Salta: Proyecto Gran Chaco Suramericano**

Más de un centenar de agentes sanitarios, enfermeras y obstétricas de los departamentos de Rivadavia y San Martín, en Salta, fueron capacitados en 2017 para responder a situaciones críticas de salud.<sup>10</sup>

### **Países acuerdan implementar proyectos de salud interfronterizos en el Gran Chaco Suramericano**

Establecer puntos de acción interpaíses, con base en las fortalezas de los países, las lecciones aprendidas y buenas prácticas fue la principal conclusión a la que llegaron los participantes del Encuentro Internacional del Proyecto “Hacia la Salud Universal de la Población del Gran Chaco Suramericano”, reunidos en la ciudad boliviana de Santa Cruz de la Sierra.<sup>11</sup>

### **Más de 100 agentes sanitarios y enfermeras capacitados en Tartagal en situaciones críticas de salud**

“Hay enfermeros y agentes sanitarios que realmente hacen patria, que trabajan en lugares muy alejados del país y que tratan de resolver todas las situaciones que se les presentan en escenarios nada fáciles”, señaló emocionada una de las participantes de las jornadas de atención primaria.<sup>12</sup>

### **Municipio salteño se capacita para responder mejor a sequías e inundaciones**

Las inundaciones y sequías han golpeado buena parte de Argentina en los últimos años. Frente a esas situaciones, es necesario conocer cuáles son las debilidades y capacidades de las comunidades para prepararse y responder de mejor manera.<sup>13</sup>

### **Capacitan a equipos sanitarios para mejorar la información sobre salud en municipios de Salta**

Equipos de salud de una decena de municipios de Salta realizaron en la provincia una capacitación en Análisis de Situación de Salud (ASIS), que permiten visualizar los indicadores de una determinada comunidad y explicar el perfil de Salud de una población, así como definir necesidades, prioridades y proveer información para el diseño de acciones y estrategias.<sup>14</sup>

### **Avances de las acciones en Argentina como parte de estrategia en el Gran Chaco Suramericano**

En la provincia argentina de Salta se desarrollaron varias capacitaciones en busca de disminuir las inequidades y mejorar la calidad de vida de la población en esa región.<sup>15</sup>

10 - <https://www.youtube.com/watch?v=eLNdczgLyc>

11 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10178:países-acuerdan-implementar-proyectos-de-salud-interfronterizos-en-el-chaco-suramericano&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10178:países-acuerdan-implementar-proyectos-de-salud-interfronterizos-en-el-chaco-suramericano&Itemid=227)

12 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10160:mas-de-100-agentes-sanitarios-y-enfermeras-capacitados-en-tartagal-en-situaciones-criticas-de-salud&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10160:mas-de-100-agentes-sanitarios-y-enfermeras-capacitados-en-tartagal-en-situaciones-criticas-de-salud&Itemid=227)

13 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10145:municipio-salteno-se-capacita-para-responder-mejor-a-sequias-e-inundaciones&Itemid=604](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10145:municipio-salteno-se-capacita-para-responder-mejor-a-sequias-e-inundaciones&Itemid=604)

14 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10138:capacitan-a-equipos-sanitarios-para-mejorar-la-informacion-sobre-salud-en-municipios-de-salta&Itemid=268](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10138:capacitan-a-equipos-sanitarios-para-mejorar-la-informacion-sobre-salud-en-municipios-de-salta&Itemid=268)

15 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10130:avanzan-las-acciones-en-argentina-como-parte-de-estrategia-en-el-gran-chaco-suramericano&Itemid=287](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10130:avanzan-las-acciones-en-argentina-como-parte-de-estrategia-en-el-gran-chaco-suramericano&Itemid=287)

### **Taller de salud intercultural con comunidades originarias en Tartagal**

A través de la participación de referentes comunitarios, equipo de salud y otros actores sociales, se buscó incorporar una perspectiva intercultural en las estrategias de abordaje sanitario.<sup>16</sup>

### **Capacitación a enfermeros y médicos de Salta para tratar casos de urgencia en niños**

Con el apoyo de la OPS y la Fundación Garrahan, el Ministerio de Salud de Salta realizó una capacitación a unos 90 trabajadores de la salud que se desempeñan en pequeñas localidades y parajes de la provincia para que puedan incorporar, a través de muñecos simuladores, habilidades en la hidratación de niños que llegan a los puestos sanitarios en grave estado.<sup>17</sup>

### **Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay se comprometen a reducir la mortalidad materno infantil en el Gran Chaco Suramericano**

Durante dos días, alrededor de 50 autoridades nacionales, regionales y líderes indígenas de los cuatro países y la OPS/OMS se reunieron en la ciudad argentina de Salta para discutir las bases del trabajo conjunto y definir una serie de actividades.<sup>18</sup>

16 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10114:taller-de-salud-intercultural-con-comunidades-originarias-en-tartagal&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10114:taller-de-salud-intercultural-con-comunidades-originarias-en-tartagal&Itemid=227)

17 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10077:capacitacion-a-enfermeros-y-medicos-de-salta-para-tratar-casos-de-urgencia-en-ninos&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10077:capacitacion-a-enfermeros-y-medicos-de-salta-para-tratar-casos-de-urgencia-en-ninos&Itemid=227)

18 - [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10066:argentina-bolivia-brasil-y-paraguay-se-comprometen-a-reducir-la-mortalidad-maternoinfantil-en-el-gran-chaco-suramericano&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10066:argentina-bolivia-brasil-y-paraguay-se-comprometen-a-reducir-la-mortalidad-maternoinfantil-en-el-gran-chaco-suramericano&Itemid=227)

# CONCLUSIÓN

En la inmensidad del Chaco salteño, una tarea que demandó tres años de empeño y esfuerzo involucró a gran parte de la comunidad junto a profesionales de la salud, agentes sanitarios, autoridades y voluntarios que hicieron su aporte en forma desinteresada y comprometida.

Con el propósito de promover acciones destinadas a reducir la mortalidad de la mujer, de los niños y las niñas, y promover su salud y bienestar, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) brindó cooperación técnica al Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta en un contexto signado por múltiples desafíos relacionados con los determinantes sociales de la salud, que son los generadores de las mayores inequidades. Dificultades o falta de acceso al agua segura, al saneamiento, a los servicios de salud en general y con perspectiva intercultural en particular; cuestiones geográficas y climáticas que dificultan aún más los accesos al sistema sanitario y en muchos casos aíslan a poblaciones que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, en zonas donde la explotación forestal y otras actividades comerciales han diezmando sus recursos naturales para la supervivencia.

En ese mar de necesidades, la articulación y el intercambio de saberes constituyeron herramientas fundamentales, ya que favorecieron la sistematización de experiencias y la implementación de diferentes iniciativas destinadas a favorecer la inclusión de los sectores más postergados, así como la generación de debates tendientes a acercar al Estado con la sociedad.

Luego de un recorrido por los reportes técnicos, estadísticos y las voces que dieron vida al proyecto entre los años 2016 y 2019, subsiste la sensación de que todavía queda mucho por hacer y la necesidad de escuchar aquellas voces de niñas, niños y mujeres atravesados por aspectos estructurales y por la evolución socioeconómica de polos productivos y de desarrollo que deben tener en cuenta los derechos de la comunidad.

A la hora de ponderar los resultados concretos de este trabajo mancomunado, la incorporación de una herramienta brindada por la OPS/OMS para promover el parto culturalmente respetado en algunas comunidades indígenas de Salta permitió iniciar un camino destinado a superar brechas de comunicación, adaptar los espacios públicos con referencias culturales y de lenguas originarias e incorporar elementos y prácticas propias de estos pueblos, además de sumar competencias en salud intercultural entre los trabajadores sanitarios locales.

Si bien la implementación de esta experiencia ha sido un avance digno de destacar, también lo es el hecho de que su alcance quedó circunscripto a determinadas zonas, ante las dificultades surgidas a la hora de continuar y potenciar el impulso inicial.

De ahí la necesidad de sostener y extender las acciones de capacitación en aquellas regiones donde sigue siendo sumamente necesario reducir las desigualdades en salud materna e infantil, promover el empoderamiento de las mujeres y su capacidad de decisión, impulsar modelos para la atención del parto con una perspectiva intercultural, propiciar iniciativas para mejorar la calidad, la calidez, la atención oportuna y el buen trato.

Esta publicación releva y revela algunos de los aspectos relacionados con la salud materno-infantil en el área del Chaco salteño, pero también refleja la necesidad prioritaria de revertir algunas de las históricas inequidades que atraviesan a esta y otras regiones del Gran Chaco Suramericano para avanzar definitivamente hacia una salud universal para todos y todas en todas partes.

# ANEXOS

## Capacitaciones

La manera de mejorar la salud de la población del Gran Chaco Suramericano en Salta es, fundamentalmente, fortalecer las capacidades del sistema de APS a través de la capacitación de los agentes sanitarios, supervisores, enfermeros de centros de salud y hospitales alejados de las grandes ciudades, y médicos generalistas. Se debe capacitar, ante todo, a quienes se encuentran cerca de la gente más desprovista.

La Dirección de Atención Primaria de la Salud tiene un programa permanente de capacitación de agentes y supervisores: lleva a cabo reuniones pre-ronda cada tres meses (antes de cada una de las cuatro rondas anuales). A su vez, los agentes sanitarios reciben capacitación de sus supervisores una o dos veces por mes, además del acompañamiento en terreno. Las capacitaciones estuvieron destinadas a mejorar los conocimientos y las destrezas en la actividad de enfermeras, agentes y supervisores intermedios. De ellas se beneficiaron el 91% de los enfermeros periféricos, el 100% de los supervisores intermedios y más del 40% de los agentes sanitarios de la región. Se realizaron en aquellas localizaciones que permitieran la concurrencia de agentes sanitarios, supervisores y enfermeros, procurando reducir la distancia y tiempos de los traslados: Tartagal, Embarcación, Morillo y Santa Victoria Este. Se evaluó a cada uno de los capacitados en la adquisición de las destrezas enseñadas con las simulaciones. Participaron de las diferentes capacitaciones un total de 108 enfermeros y médicos, 100 agentes sanitarios y 47 supervisores de APS.

## Listado de reuniones y talleres

**Tabla 1.** Listado de actividades generales realizadas en el marco del Proyecto Gran Chaco Suramericano

Fecha	Lugar	Actividad	Participantes
06-07/02/2017	Salta	Taller para selección de indicadores para línea de base	Ministerio de Salud Pública, OPS/OMS
20-21/04/2017	Tartagal	Taller de salud comunitaria e intercultural, técnica de teatro espontáneo	Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Asuntos Indígenas y Desarrollo Comunitario, OPS/OMS Argentina
18-20/10/2017	Santa Cruz de la Sierra, Bolivia	Revisión de la ejecución de las actividades del 2017 y la planificación operativa de 2018/2019 del Proyecto Gran Chaco Suramericano	Representantes gubernamentales de los Ministerios de Salud, de organizaciones indígenas y de OPS/OMS de los cuatro países
05-07/12/2017	Salta	Balance de actividades 2017 y participación en reunión pública/privada sobre mortalidad infantil en Colegio de Médicos de Salta	Consultor OPS/OMS, Ministerio de Salud, Maternidad e Infancia, Atención primaria de la salud, epidemiología
13-15/08/2018	Salta	Definición del plan de acción entre países	Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Paraguay y Salta, OPS/OMS, CLAP
17-19/10/2018	Embarcación	Taller de validación del parto culturalmente seguro de las mujeres indígenas	Mujeres indígenas, parteras ancestrales, agentes sanitarios, supervisores intermedios, obstetras, jefes del servicio de tocoginecología, obstétrica, pediatras, enfermeros, Asociación Civil Saberes y funcionarios del nivel central del Ministerio de Salud Pública de Salta provincial, OPS/OMS
24-28/09/2018	Pto Murtinho, Brasil	VII Reunión internacional de salud de frontera	Representantes gubernamentales, de los Ministerios de Salud, de organizaciones indígenas y de OPS/OMS de los cuatro países
15-16/11/2018	Camiri, Bolivia	Intercambio de experiencias sobre la salud de la mujer indígena	Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Paraguay y Salta, OPS/OMS
11/06/2019	Embarcación	Encuentro sobre maternidad intercultural en Salta	Obstétricas, médicos residentes, médicos, agentes sanitarios, supervisores, mujeres criollas y originarias, funcionarios ministeriales, punto focal proyecto provincial, funcionarios varios OPS/OMS
12/06/2019	Tartagal		

## Listado de actividades de capacitación

**Tabla 2.** Listado de actividades de capacitación realizadas durante el Proyecto Gran Chaco Suramericano

Fecha	Lugar	Actividad	Participantes
11-13/01/2017	Embarcación	Capacitación en hidratación de urgencia en niños "Campaña de verano"	85 enfermeros y médicos generalistas, Ministerio de Salud Pública de Salta, Fundación Garrahan, OPS/OMS
	Morillo		
3-5/07/2017	Embarcación	Capacitación en accesos vasculares, afecciones respiratorias "Campaña de invierno"	60 agentes, 10 enfermeros, 10 obstétricas, Ministerio de Salud Pública de Salta, Fundación Garrahan, OPS/OMS
	Tartagal		
20-21/04/2017	Tartagal	Taller de salud comunitaria e intercultural, técnica de teatro espontáneo	Ministerio de Salud Pública de Salta, Ministerio de Asuntos Indígenas y Desarrollo Comunitario, OPS/OMS Argentina
23-29/04/2017	Tartagal-Salta Capital	Capacitación en anticoncepción, utilización de implantes	Médicos obstetras y obstétricas de Salta Capital y Tartagal, Ministerio de Salud Pública de Salta, CLAP/OPS/OMS
3-5/07/2017	Embarcación	Capacitación en accesos vasculares, afecciones respiratorias	60 enfermeras, Ministerio de Salud Pública de Salta, Fundación Garrahan, OPS/OMS
	Tartagal		
16-17/08/2017	Salta	Reunión preparatoria de la capacitación para agentes sanitarios	Ministerio de Salud Pública, Maternidad e Infancia, Atención primaria de la salud, Epidemiología, OPS/OMS
28/08-2/09/2017	Tartagal	Se reactivan capacitaciones continuas y en terreno de Agentes Sanitarios (desde el año 2012 que no se realizaban). Capacitación general de agentes sanitarios	74 agentes, 25 enfermeras y 5 obstétricas, Ministerio de Salud Pública de Salta, OPS/OMS
21-22/08/2018	Santa Victoria	Capacitación en deshidratación, diarrea, patología respiratoria en el contexto de la "Campaña de invierno"	17 enfermeras y médicos
	Morillo		31 enfermeras y médicos
20-23/08/2019	Tartagal	Capacitación general de supervisores en APS	73 agentes y supervisores

Nota: En contexto de las Campañas de Invierno y de Verano, por primera vez se inicia la descentralización de las jornadas de capacitación, que hasta entonces se centralizaban desde la capital provincial.

## Listado de actividades de asistencia técnica en terreno

**Tabla 3.** Listado de actividades de asistencia técnica en terreno realizadas durante el Proyecto Gran Chaco Suramericano

Fecha	Lugar	Actividad	Participantes
29/05-1/06/2018	Tartagal, Salvador Mazza, Aguaray, General Mosconi, Santa Victoria Este	Evaluación técnica en cinco hospitales para obtención de indicadores y condiciones de la atención del parto	OPS/OMS, director de APS Tartagal, gerentes de los cinco hospitales



## Temas priorizados en las capacitaciones

Entre los temas priorizados se pueden destacar:



Salud sexual y reproductiva: anticoncepción



Pautas de alarma durante el embarazo



Enfermedades transmisibles por vectores: dengue, zika y chikungunya



Prácticas simuladas de atención del parto normal



Prácticas de RCP con simuladores



Capacitación en colocación de vías intra-venosas con simuladores



Acceso intraóseo con simuladores



Capacitación en manejo del agua segura

Todas las prácticas son evaluadas en cada uno de los alumnos por un docente, quien los califica en la adquisición de la destreza.



Docentes, enfermeros de áreas periféricas en capacitación en Tartagal (noviembre 2018).

## Taller de salud comunitaria e interculturalidad

Taller de planificación de base realizado en Tartagal, Salta, los días 20 y 21 de abril de 2017, por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Asuntos Indígenas y Desarrollo Comunitario y la OPS/OMS Argentina

En coordinación con el Gobierno de la provincia de Salta, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Asuntos Indígenas y Desarrollo Comunitario, se programó un taller dirigido al personal de salud del primer nivel de atención, agentes sanitarios, personal del Ministerio de la Primera Infancia, del Ministerio de Cultura, ONGs, Policía Comunitaria de Salta y otros actores que constituyen la Plataforma Multisectorial en Tartagal.

### Objetivos del taller

#### Objetivo general

Sensibilizar a la Plataforma Multisectorial de Salta sobre la importancia de la interculturalidad en su trabajo diario, con énfasis en salud, cultura y educación. Reflexionar sobre la incorporación de esta perspectiva en estos tres sectores.

#### Objetivos específicos

- Analizar tres problemas de salud, sus causas y consecuencias, planteando acciones que reflejen qué hacer, desde los servicios de salud a los pueblos originarios.
- Fortalecer la Plataforma Multisectorial en Salta. Abordar los análisis de los problemas con la metodología de planificación de base y el teatro espontáneo, como una forma de elevar el componente espiritual de los actores involucrados.

### Participantes

Participaron 83 personas. El taller estuvo dirigido al personal de salud del primer nivel de atención y a todos quienes estaban en contacto o trabajando con poblaciones indígenas. Contó con la participación de representantes provinciales de los Ministerios de Salud Pública, Asuntos Indígenas y Desarrollo Comunitario, Primera Infancia, Educación, Cultura y Derechos Humanos, Instituto Provincial de Pueblos Indígenas, ONGs, autoridades del Municipio de Tartagal, referentes de la Policía Comunitaria, hospitales zonales, jefes de APS, agentes sanitarios, enfermeros y representantes de poblaciones indígenas del Departamento de San Martín. En las jornadas participaron referentes de los tres niveles de atención de la salud, que incluye a agentes sanitarios, enfermeros y médicos.

### Desarrollo del taller

El Taller de Planificación de Base tuvo como eje central el análisis de problemas de salud que afectan a poblaciones originarias, con el objetivo de construir interculturalidad

en la salud. Fue necesaria la participación de la Secretaría Provincial de Salud y de personal de Salud de Tartagal, de agentes sanitarios del Departamento de San Martín, y de líderes de pueblos originarios. Los trabajos en grupo y los plenarios respectivos fueron espacios de profunda intersubjetividad, autocrítica y construcción. A ellos se sumó el teatro espontáneo, como catalizador de historias relacionadas a los problemas mencionados.

Para la comprensión del Taller de Planificación de Base seguiremos la secuencia: a) los problemas, b) la planificación de base, c) trabajo de grupo y plenario, y d) teatro espontáneo.

### a) Los Problemas

Tres problemas se identificaron para analizar y construir una hoja de ruta que permita vulnerar las causas de cada uno de ellos. Los problemas identificados fueron:

- **“Las comunidades originarias se encuentran con dificultades para el acceso con calidad a los servicios de salud”.** Este problema fue asumido por las autoridades de Salud, de Asuntos Indígenas y de los líderes de pueblos originarios, reflejando las brechas culturales y de comunicación que existen actualmente, especialmente en los servicios de salud.
- **“El personal de salud carece de metodologías de información y educación en temas de salud sexual y reproductiva para poblaciones originarias”.** Una constatación de que las poblaciones originarias no comprenden la forma de utilización, la metodología o el idioma, cuando comparten la información con adolescentes y mujeres en edad fértil, por ejemplo los métodos anticonceptivos.
- **“Presencia de adicciones en jóvenes y adolescentes en poblaciones originarias”.** El Departamento de San Martín, debido a su ubicación fronteriza con Bolivia, es el corredor, desde hace tiempo, de la circulación de cocaína y otros estupefacientes. Pasó de ser una zona de tránsito a una de consumo por los jóvenes y adolescentes en la población originaria, un problema claramente asumido por los/as líderes indígenas.

### b) Planificación de base

La metodología desarrollada en el Taller de Planificación de Base partió del problema asumido como tal por los actores sociales y la población originaria de San Martín. Profundizó el análisis de causas y finalmente la construcción de acciones para enfrentar cada una de ellas.

El siguiente gráfico visualiza el camino desarrollado en dos días, a través de trabajos de grupo, seguido de un plenario.

**Tabla1.** Problema, causas y acciones. Taller de salud comunitaria e interculturalidad.

El problema	Las causas	Las acciones
“La definición del problema”	¿Por qué?	¿Qué hacemos? ¿Cómo? ¿Con qué? ¿Quiénes? ¿Cuándo? ¿Evaluación? “Conjunto de preguntas para cada causa priorizada”

Los sujetos centrales del taller fueron las personas que viven y perciben los problemas en general y los priorizados de salud en particular. Los trabajos grupales y la acción intersubjetiva entre los participantes, el compartir de sus diferentes visiones y percepciones



frente a los problemas, y el interaprendizaje paralelo (de unos a otros y viceversa) permitieron conocer las causas que constituyen prácticas familiares y sociales que explican la magnitud de los problemas.



### c) Trabajo en grupo y plenario.

#### El análisis de causas a partir del problema.

A continuación, se expone cada problema y sus respectivas causas. Los problemas fueron presentados al inicio y el análisis de causas se inició en cada grupo de trabajo. Cada grupo expresó una lluvia de causas y quedaron aquellas consideradas prioritarias. Inmediatamente, al concluir los trabajos grupales, se desarrolló un plenario para cada problema, es decir que existió un segundo momento de análisis y reflexión, donde los grupos compartieron sus distintas elaboraciones. En ese momento se armonizaron las causas legitimadas por los actores sociales, que a continuación presentamos:

**Tabla 2.** Los problemas y sus causas. Taller de salud comunitaria e interculturalidad.

Problema	Causas
Las comunidades originarias se encuentran con dificultades para el acceso con calidad a los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maltrato y discriminación de parte del personal del servicio de salud hacia las poblaciones originarias.</li> <li>• Ausencia de pertinencia cultural en servicio de salud desde el diálogo de saberes hasta medicina tradicional.</li> <li>• Incumplimiento del ejercicio del derecho a la salud de pueblos originarios por ausencia de deberes desde salud.</li> <li>• El programa APS (Atención Primaria en Salud) no es parte del sistema de Salud.</li> <li>• Falta de reglamentación de la Ley de Interculturalidad en Salud de la Provincia de Salta.</li> </ul>
El personal de salud carece de metodología de información y educación en temas de salud sexual y reproductiva para poblaciones originarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de salud no tiene competencia intercultural y manejo de estrategias comunicativas, hay inconvenientes en la transmisión de la información sobre métodos anti-conceptivos.</li> </ul>
Presencia de adicciones en jóvenes y adolescentes en poblaciones originarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de contención familiar, social y pérdida de identidad.</li> <li>• Desestructuración de la organización de la comunidad y pérdida de autonomía.</li> <li>• Abandono de la educación con poco seguimiento a la deserción escolar.</li> <li>• Fácil acceso a diferentes sustancias psicoactivas.</li> <li>• Insuficiencia de políticas y temor a la denuncia.</li> </ul>

El **primer problema** abordado fueron las dificultades que las comunidades originarias encuentran para acceder a los servicios de salud. Para poder sintetizar las causas de este problema, los relatos, las experiencias, las percepciones y los testimonios personales de poblaciones originarias salieron a luz de los agentes sanitarios. Estos relatos sirvieron para que el grupo de Teatro Espontáneo, al culminar el plenario, representara cada problema.

El **segundo problema** abordado fue la débil comunicación del personal de salud a la población originaria, específicamente en el área de salud sexual y reproductiva. La construcción del problema giró en torno a la carencia de metodologías de información y educación del personal de salud. Este problema fue asumido como tal por el personal de salud que trabaja en los centros y hospitales, reconociendo a los agentes sanitarios de APS como las personas con mejor acceso a la comunidad, a través de las rondas y la visita domiciliaria que realizan. Muchos agentes sanitarios son de la misma población originaria, lo que facilita su comprensión de los mensajes. En general, centros y hospitales son espacios donde la brecha comunicacional-cultural existe y es parte de la caracterización del problema.

El **tercer problema** abordado estuvo relacionado a la aparición del consumo de drogas y alcohol en poblaciones originarias. La región fronteriza de Salta, desde hace tiempo, es un corredor de estupefacientes. Hace algunos años que la población originaria ve que sus hijos consumen y son adictos. Surgieron al respecto testimonios dolorosos de mujeres líderes indígenas que relataban los efectos de las drogas en sus hijos y los jóvenes de su comunidad. Este fenómeno, nuevo en sus comunidades (y antiguo en la ciudad de Salta), es actualmente una preocupación para los líderes hombres y mujeres de pueblos Wichi, Toba, Guaraní y Kolla. Este problema rebasa la posibilidad de soluciones exclusivas del sector salud. No obstante, su visibilización y el análisis multisectorial de sus causas constituyen el inicio una solución que se tendrá que construir.



La voz de los participantes en los plenarios fue importante para conocer a los actores sociales, que por primera vez supieron que en el Hospital de Tartagal existían facilitadores de los pueblos originarios, los cuales ayudan a las personas en sus procesos de consulta e informes. Estas personas pertenecen al Ministerio de Primera Infancia y al Ministerio de Asuntos Indígenas.

En los plenarios, el aporte de los diferentes puntos de vista que surgieron de los testimonios fue enriquecedor para caracterizar y describir mejor las causas que habían sido identificadas previamente en los grupos de trabajo. Este fue el insumo y la fuente del teatro espontáneo. La mayoría de las representaciones mímicas y de movimiento del cuerpo tuvieron como objetivo visualizar a través de teatro los tres problemas analizados.



Al culminar la presentación de los tres problemas y sus causas, el grupo de teatro espontáneo desarrolló la puesta en escena con los participantes (público) de aspectos relacionados a las historias relatadas o a la caracterización de los problemas. La participación fue espontánea y lúdica, reforzando lo que las voces de los participantes en los grupos de trabajo y en el plenario expresaban.



#### d) Teatro espontáneo

En el teatro espontáneo la creación es a partir de las emociones, sensaciones, historias de vida, anécdotas, sueños y relatos. Los integrantes del taller participaron del mismo narrando sus historias, mientras los actores/actrices pusieron cuerpo y voz actuando durante estas narraciones, acompañados por música. En un contexto donde se analizaba el problema y las raíces del mismo, donde se relataban historias relacionadas a los problemas confrontados por los pueblos indígenas u originarios, el grupo desarrolló el teatro espontáneo visualizando los problemas y apelando a las historias sobre los mismos.

Por último, luego de haber analizado los problemas y sus causas principales, el segundo día del taller estuvo dirigido hacia la construcción de acciones que respondan a las causas de los problemas observados. Para tal fin, surgieron distintos tipos de acciones para afrontar cada problema, las mismas pueden visualizarse en la siguiente matriz.



**Tabla 3.** Los problemas, sus causas y las acciones. Taller de salud comunitaria e interculturalidad.

Problemas	Causas	Acciones
Dificultades de la población originaria para acceder a servicios de salud de calidad.	Maltrato y discriminación de parte del personal en servicio de salud.	Poner en funcionamiento el Consejo Asesor Sanitario (Reglamento 507D). Que los gerentes escuchen a los pueblos originarios. Analizar la red de maltrato y discriminación. Controlar y monitorear al personal de salud en cuanto a cumplimiento de horario, modos de atender, enfoque integral y capacidad de escucha. Poner en funcionamiento la propuesta de un hospital intercultural (sector de salud).
	Ausencia de pertinencia cultural en servicios de salud, desde el diálogo de saberes hasta la medicina tradicional.	Reconocimiento en lo simbólico: murales, carteles, nombre de calles y espacios públicos con referencia cultural y/o en idiomas originarios. A través de medios de comunicación, dar a conocer y reconocer las leyes de pueblos originarios (instituciones del nivel local y comunitario). Incorporar en la formación de grado del personal de salud una mayor cantidad de contenidos de ciencias sociales.
	Incumplimiento del ejercicio del derecho a la salud de la población originaria, por ausencia de deberes desde el sistema de la salud.	Talleres de sensibilización de derechos con equipos de salud de cada área operativa (30 personas) con participación de antropólogos, psicólogos, asistentes sociales, mediadores y licenciados en recursos humanos. Creación del observatorio local de gestión de calidad de la atención a poblaciones originarias con distintos actores sociales. Monitoreo social.
	El programa de APS no es parte del sistema de salud.	Desde el Ministerio de Salud Pública, bajar lineamientos a todo el equipo de salud para que participe obligatoriamente de la pre-ronda de APS, para conocer el diagnóstico de la situación local que permita planificar estrategias de promoción y prevención y atención.
	Falta de reglamentación de la Ley de Interculturalidad en Salud	Exigir la reglamentación de la Ley y su cumplimiento, cuando se discrimina y avasallan los derechos y cuando el Instituto Provincial de Pueblos Indígenas de Salta (IPPIIS) no se compromete (comunidad, redes y personas de salud).

El personal de salud carece de metodologías de información y educación en temas de salud sexual y reproductiva para poblaciones originarias.	El personal de salud no tiene competencias de comunicación intercultural y manejo de estrategias comunicativas.	Gestionar la creación dentro del sistema de salud, especialmente en hospitales del área, de la Salud Intercultural. Identificar voluntarios dentro de cada comunidad (caciques, líderes) para que actúen como facilitadores.
	Inconvenientes en la transmisión de la información sobre los métodos anticonceptivos.	Realizar capacitación continua a facilitadores identificados y agentes sanitarios sobre las diferentes problemáticas vinculadas a la salud a partir de los diferentes programas existentes.
Presencia de adicciones en jóvenes y adolescentes en poblaciones originarias.	Falta de contención familiar y social, pérdida de identidad.	Campaña de concientización con distintos medios. Reuniones con referentes comunitarios (caciques). Actividades participativas para adolescentes, talleres con familias, juegos de recreación, olimpiadas, arte, música.
	Abandono de la educación y poco seguimiento a la deserción escolar.	Visitas puerta a puerta. Articulación multisectorial en cada comunidad a través de una red local conformada por municipio, policías, ONGs, escuelas, referentes comunitarios e iglesias.
	Abandono de la educación y poco seguimiento a la deserción escolar.	Trabajo con docentes de distinto niveles educativos para analizar la deserción escolar.
	Fácil acceso a diferentes sustancias psicoactivas.	Reforzar controles/notificaciones al comercio por venta de alcohol, pegamento, etc. Prevención en la plaza y comunidades. Difusión de los servicios de actividades de policía comunitaria.
	Insuficiencia de políticas públicas y temor a la denuncia.	Crear trabajo con redes institucionales. Reglamentar las leyes existentes. Políticas eficientes en disminución de ofertas de sustancias. Difusión de canales de denuncia.

## Conclusiones

- El Taller cumplió con los objetivos de planificar acciones frente a tres problemas priorizados. Se utilizó para tal fin la metodología de planificación de base: a partir del problema, analizar sus causas y plantear acciones destinadas a disminuir o suprimir las causas que originan dichos problemas.
- La participación de los actores sociales involucrados y representantes de poblaciones originarias fue horizontal, existiendo respeto y tolerancia, incluso cuando las causas señalaban diversas formas de maltrato desde los servicios de salud hacia las madres, mujeres, niños y adultos originarios, reflejando la brecha cultural y comunicativa existente.
- La participación y el liderazgo del Ministerio de Asuntos Indígenas y Desarrollo Comunitario de la Provincia de Salta constituye el contexto facilitador para continuar los procesos de participación social existentes y para operativizar en acciones concretas las propuestas emanadas de los participantes.
- La metodología de planificación de base, que se utiliza en talleres participativos, cumplió con el objetivo de planificar acciones y la construcción de problemas en el teatro espontáneo permitió la visualización de los mismos y apeló a los testimonios para fortalecer el proceso de construcción.
- Se propusieron acciones concretas para los tres problemas planteados, que deben realizarse dentro del Proyecto del Gran Chaco Suramericano. Las mismas apuntaron a mejorar el acceso a servicios de salud de poblaciones originarias; disminuir el consumo de drogas, especialmente por adolescentes y jóvenes originarios; y mejorar la comunicación, información y educación desde los servicios de salud.

## Talleres para validación de la herramienta para promover el parto culturalmente seguro de las mujeres indígenas

- **Propósito:** integrar del enfoque intercultural en el manejo del parto para las mujeres indígenas que así lo desean.
- **Objetivo:** validar cuali y cuantitativamente la Herramienta Para Promover el Parto Culturalmente Seguro de las Mujeres Indígenas.
- **Antecedentes:**
  - Investigación etnográfica que fortaleciera las bases para el Modelo de Atención con Enfoque Diferencial Étnico.
  - Grupos focales y entrevistas con expertos y expertas en el tema.
  - Encuentros con líderes de medicina tradicional, con sabedores.
  - Reuniones con personal de salud que practican la medicina occidental y conocen las prácticas de la medicina ancestral.
- **Resultados esperados:** una herramienta que busca:
  - Promover el empoderamiento de las mujeres y su capacidad de decisión.
  - Promover iniciativas para mejorar la calidad, la calidez, la atención oportuna y el buen trato, contribuyendo a la aceptabilidad de los servicios de salud.
  - Promover modelos para la atención del parto con una perspectiva intercultural.
  - Contribuir a reducir las desigualdades en salud materna e infantil.
- **Pasos para la validación de la herramienta:**



- **Validación cualitativa:**

Dimensiones:

1. Autonomía de la mujer indígena
2. Calidad de atención con pertinencia cultural
3. Comunicación/Trato
4. Participación Comunitaria
5. Infraestructura de los servicios de salud (Incluyendo Hogares Maternos con pertinencia cultural)
6. Fortalecimiento institucional

<b>Objetivos con la comunidad</b>	Elaborar una ruta de atención del parto seguro, desde la perspectiva indígena.
	Obtener información del contexto, relaciones y actores involucrados en la promoción del Parto Culturalmente Seguro de las mujeres indígenas.
	Identificar las condiciones materiales, psicosociales, prácticas culturales, condiciones de salud, en perspectiva de un parto culturalmente seguro.
<b>Metodología</b>	Grupo focal: con personal de salud de comunidades indígenas, mediadores culturales y promotores comunitarios de la salud (líderes de medicina tradicional, sabedores, personal indígena de salud que practica la medicina occidental y conoce las prácticas de la medicina ancestral). No más de 15 personas.

<b>Objetivos con el personal de salud</b>	1. Validar cualitativamente la pertinencia de los constructos e ítems de la Herramienta
	2. Evaluar la inteligibilidad de cada uno de los ítems
	3. Recolectar propuestas sobre nuevos ítems o constructos a considerar en la herramienta.
	4. Recolectar y validar en consenso, propuestas sobre fuentes y reglas de calificación para cada uno de los ítems del instrumento.
<b>Metodología</b>	Se aplicará una metodología de consenso por encuesta Delphi. Al menos 10 expertos/ expertas.

- **Validación cuantitativa:**

- Una vez que se generan los ajustes derivados de la validación cualitativa sobre la pertinencia y comprensibilidad de las variables, se realiza una prueba piloto del instrumento.
- Se realiza la definición de la muestra y el análisis de los datos recogidos, con instrumentos probados y confiables para este tipo de validación.

## Informe del seguimiento del proceso de adecuación intercultural de la maternidad- hospital San Roque – Área Operativa 09 Embarcación

El Área Operativa 09 Embarcación cuenta con una población de 24.000 habitantes cubiertos por el Programa de Atención Primaria de la Salud. El 48% de esa población pertenece a pueblos originarios, tanto en comunidades urbanas y periurbanas de la lo-

calidad de Embarcación como en la zona rural del Área Operativa (Hickmann, Dragones, Carboncito, Misión Chaqueña, Padre Lozano). Si bien hay comunidades y familias de otros pueblos (Guaraní, Toba, Kolla) la mayor parte de la población originaria pertenece al pueblo Wichi.

En total, 7.500 mujeres se encuentran en edad fértil en el Área. Por Ronda Sanitaria (o Trimestre) se controlan unas 350 embarazadas del Área, con un promedio de 670 partos anuales de mujeres del Área Operativa. A ello debe agregarse que el Hospital recibe derivaciones de áreas vecinas como Morillo y Pichanal.

Los casos que requieren de un servicio de mayor complejidad son derivados al Hospital S.V. de Paul, ubicado en Orán y que queda a unos 55 kilómetros de Embarcación.

A partir de la inauguración de un nuevo edificio hospitalario, se completa el Servicio de Obstetricia del Área Operativa con licenciadas en Obstetricia, y se reactiva, a partir de enero de 2017, la Maternidad para Partos de Bajo Riesgo (NIVEL II), con adecuación intercultural, por decisión de la Subsecretaría de Medicina Social del Ministerio de Salud Pública de la provincia.

En octubre de 2018, con participación de la OPS y la Subsecretaría de Medicina Social de la provincia de Salta, se realizó una reunión con el equipo de salud y mujeres de las comunidades originarias y rurales usuarias del servicio de la maternidad, a fin de validar una Herramienta aportada por OPS para la **Promoción del parto culturalmente seguro para las mujeres indígenas**.

En esta reunión se analizaron algunos de los componentes de la misma, a saber:

## Componente 1

### **Existencia de legislaciones y políticas públicas en salud favorables a los pueblos indígenas:**

Desde la Constitución Nacional (reforma 1994) hay derechos garantizados para los pueblos originarios:

#### **Constitución de la Nación Argentina, Artículo 75, Inciso 17:**

“Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural, reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan, y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano, ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y demás intereses que los afecten”.

**Instrumentos jurídicos internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional:** Declaración Universal de Derechos Humanos; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo, Convención Americana sobre Derechos Humanos; Pacto de San José de Costa Rica; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; Convención sobre los Derechos del Niño; Convención sobre la

Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; y Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

**Otros convenios internacionales debidamente ratificados y con jerarquía suprallegal:**

- **Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes**, aprobado por Ley Nacional N° 24.071/92, que en su artículo 25, inciso 1, establece: “Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”. Asimismo, en su inciso 2, afirma que “estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados”.
- **Convenio sobre Diversidad Biológica**, ratificado por Ley 24.375/92, en el art. 8, inciso J, que establece: “Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente”.
- **Ley N° 23.302/85 Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas:** Consagra en el Art. 1 la participación del indígena con sus propias pautas culturales en la vida del país. En el Art. 5, crea el “Instituto Nacional de Asuntos Indígenas como entidad descentralizada con participación indígena, que dependerá en forma directa del Ministerio de Salud y Acción Social”. En el Art. 18 prevé que “la autoridad de aplicación coordinará con los gobiernos de Provincia la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas... Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en las zonas de radicación de comunidades”. En igual principio, en el Art.19 considera “prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico de enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas...”, el Art. 20 fomenta “... planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de agua potable, eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, campañas de eliminación de roedores e insectos y lo demás que sea necesario... educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna”. Finalmente, en el Art.21 sugiere que “en los planes de salud... deberá tenerse especialmente en cuenta el respeto por las pautas establecidas en las directivas de la Organización Mundial de la Salud, respecto de la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas; y la formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios”.
- **Ley N° 26.529/09 Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado - Capítulo I Art 2:** El paciente tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus



ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza (diversidad cultural), sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. Asimismo el paciente y sus acompañantes tienen derecho a un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales.

- **Ley N° 25.929/04 Parto Humanizado:** Promueve que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas en el proceso del nacimiento.

### **Legislación Provincial:**

- **Constitución provincial (1998) - Artículo 15 - Pueblos Indígenas:** La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas que residen en el territorio de Salta. Reconoce la personalidad de sus propias comunidades y sus organizaciones a efectos de obtener la personería jurídica y la legitimación para actuar en las instancias administrativas y judiciales de acuerdo con lo que establezca la ley. Créase al efecto un registro especial. Reconoce y garantiza el respeto a su identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano. Ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes ni embargos. Asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y demás intereses que los afecten de acuerdo a la ley. El Gobierno Provincial genera mecanismos que permitan, tanto a los pobladores indígenas como no indígenas, con su efectiva participación, consensuar soluciones en lo relativo con la tierra fiscal, respetando los derechos de terceros.
- **Ley N° 6.841/96 Plan de Salud Provincial:** Establece que la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) será el eje del sistema de salud provincial. En la Provincia de Salta la implementación de la estrategia de APS se asienta en gran medida en las actividades del Agente Sanitario, pensado como “un miembro de la comunidad en la cual va a realizar su labor, conocedor de las características sociales, productivas, culturales, geográficas de la comunidad, nexo entre la comunidad y el sistema de salud”. La ley dispone en el Art.15 que la política de asistencia de la salud se funda en el sistema de redes de servicios de salud.
- **Decreto 2.411/05 - Art 6:** indica que “el Ministerio fijará el marco regulatorio de organización y funcionamiento de las Áreas Operativas, el Sistema de Redes de Atención y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia”, por lo cual la Provincia se divide en 4 Zonas Sanitarias y 48 Áreas Operativas, en redes de complejidad creciente. El Manual del Agente Sanitario expresa que “es la puerta de entrada al Sistema de Salud, ya que consiste en llevar acciones básicas de salud a toda la población... No nos quedaremos a la espera de una enfermedad, saldremos de ellos y de todas las acciones básicas de prevención y de promoción” (Gobierno de la Provincia de Salta, 1996). Un Área Operativa implica un espacio definido bajo cobertura de salud de un Hospital Base, servicios de menor complejidad dependientes de éste y sectores de APS que implican subdivisiones también geográficas del territorio a cargo de un agente sanitario que visita a cada una de las familias de su sector en un tiempo y metodología definidas, con acciones básicas de salud. Las Áreas Operativas cercanas, a su vez, conforman las Zonas Sanitarias.

- **Ley N° 7.121/00 Desarrollo de los Pueblos Indígenas de Salta:** Establece la creación del Instituto Provincial de los Pueblos Indígenas de Salta (IPPIS), que entre sus objetivos plantea “adecuar las políticas en educación, salud, vivienda y seguridad social y económica, destinadas a este sector de la población” y en el capítulo VI referido a la Salud dispone: “Art. 29 - El IPPIS, en coordinación con los organismos específicos, determinará la obligatoriedad de que todos los profesionales del área sanitaria, médicos, bioquímicos, nutricionistas, enfermeros y otros, que desarrollen sus actividades en zonas de asentamientos aborígenes, tomen previo conocimiento de los aspectos socioculturales de la población bajo su atención. Además, el Instituto implementará las coordinaciones y acciones necesarias para fortalecer la infraestructura sanitaria, facilitar el acceso de jóvenes indígenas a carreras relacionadas con la salud, revalorizar la Medicina Empírica vigente en cada grupo étnico e incorporar representantes indígenas en los Consejos Asesores Sanitarios”.
- **Ley N° 7.856/14 Creación de una Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios.** Sus artículos centrales son “Art. 1° — Créase la Red de Salud Interinstitucional e Intercultural para pueblos originarios SUMAJ KAUSAI (Buen Vivir), que tendrá como Objetivos: - Focalizar y coordinar los problemas de salud y socioculturales, socioeconómicos y de identidad que afectan a los pacientes de los pueblos originarios. - Garantizar una adecuada y equitativa atención médica y accesibilidad a la alta complejidad médica. - Facilitar la asistencia a los familiares durante la derivación médica con la correspondiente contención social, que faciliten la concreción de estos requerimientos, en el marco de un ambiente de respeto a sus valores culturales y ancestrales, que les permitan alcanzar el Sumaj Kausay (Buen Vivir). Art. 2°- Proveer los facilitadores interculturales bilingües necesarios para la cobertura de los Hospitales, a efectos de permitir una adecuada armonización intercultural entre el sistema de Salud y el paciente originario, garantizando su atención y contención. Art. 3°- Asegúrese y garantícense albergues institucionales de tránsito dentro del ejido hospitalario, para brindar hospedaje, manutención y acompañamiento integral al paciente originario y su familia, mientras sea necesaria su permanencia por motivos estrictamente vinculados a su atención de salud. Art. 4°- Optimizar a través de la Red los mecanismos de coordinación interinstitucionales del Estado provincial y municipal, con el objetivo de que el sistema de referencia y contra-referencia sea efectivo, eficiente, eficaz y equitativo, vinculados a su atención de salud. Art. 5°- Otorgar, en caso de fallecimiento del paciente, el traslado de los restos a su lugar de origen, haciendo extensiva dicha cobertura al deudo acompañante”. Se encuentra en trámite su reglamentación por Expte. 321-97412/15 del Ministerio de Salud Pública.
- **Ley N° 7.905/15 Creación del Ministerio de Asuntos Indígenas y Desarrollo Social:** El mismo debe entender en la implementación de las medidas necesarias para garantizar el reconocimiento y respeto a la identidad cultural, la posesión y propiedad comunitaria de los Pueblos Indígenas; en lo relativo al reconocimiento de la personería jurídica de las comunidades indígenas; en la promoción del desarrollo comunitario, especialmente en las áreas rurales y en los pueblos indígenas, respetando sus propios valores culturales; entre otras incumbencias. Su antecedente es la Secretaría de Pueblos Originarios dependiente del Ministerio de Derechos Humanos (2008 y 2015) que incluye, como el Ministerio actual,

políticas públicas destinadas a mejorar el acceso a la salud de los pueblos originarios de Salta a través de facilitar pasajes, resolución de trámites inherentes a la atención de la salud en Salta y articulación intersectorial por alimentación y alojamiento del paciente ambulatorio y/o los familiares de pacientes internados.

## Componente 2

**1. Autonomía de la mujer indígena:** en relación a la toma de decisiones respecto a la atención del embarazo, parto y puerperio.

**1a.** El servicio garantiza que la mujer indígena elija, tomando en consideración los elementos propios de su cultura, quién la acompaña en la consulta o durante el trabajo de parto, parto y posparto. **SÍ.** Se respeta la participación de familiar o persona elegida. Se permite participación de familiar en el control prenatal.

**1.b.** El servicio garantiza que la mujer indígena elija, tomando en consideración los elementos propios de su cultura, con quién se quiere atender (hombre, mujer, partera, prestador de servicios). **SÍ.** Si bien el plan de parto no se realiza (no es una práctica provincial), sí hay un protocolo. Haría falta un mecanismo para poder verificar: consentimiento informado podría ser una opción (consentimientos institucionalizados); agregando un ítem a la historia clínica; y verificando si la asistencia coincide con lo que la mujer pidió.

**1.c.** El servicio garantiza que la mujer indígena elija la ropa que utiliza durante el trabajo de parto y posparto. **SÍ.** Esto es observable en los distintos servicios del Hospital.

**1.d.** El servicio garantiza que la mujer indígena elija, tomando en consideración su familia, las bebidas y los alimentos que consumen durante el trabajo de parto y posparto. **SÍ.** Refieren los participantes que normalmente las mujeres originarias no ingieren nada durante el trabajo de parto.

**1.e.** El servicio garantiza que la mujer indígena adopte las posiciones que ella elija durante el trabajo de parto y el parto. **SÍ.** En la historia clínica perinatal ya se tiene este dato. Es importante que quede constancia para que se pueda verificar y que conste en la historia (con la firma de la mujer), y tener en cuenta que la mujer cambia de opinión y va probando distintas posturas.

**1.f.** El servicio garantiza que la mujer indígena y su familia elijan el uso de la medicina tradicional como plantas medicinales de acuerdo a sus patrones culturales (a través del uso de hierbas, cortezas, plantas, entre otros) para prevenir, regular o controlar el sangrado en el embarazo, parto y puerperio. **NO.** Los participantes señalan que no se ha dado esta situación aún en el hospital, pero no se observan reservas de parte del personal de salud.

**Para intercambiar en los diálogos:** sería interesante ver con las mujeres sabedoras, adultas mayores, qué se usaba, qué servía, etc, a través de intercambio de conocimiento con las parteras (conocimientos transgeneracionales).

**1.g.** El servicio garantiza que la mujer indígena decida, tomando en consideración su familia y los elementos propios de su cultura, sobre el destino de la placenta. **SÍ.** Se les da la opción si lo piden, pero no se ha producido la situa-

ción. Se discute entre los participantes acerca de que se necesita un tiempo de proceso, y la existencia del rechazo a los hospitales de mayor complejidad relacionados con estas prácticas. Es importante dar la opción y no esperar que la pidan.

- 1.h.** El servicio garantiza que la mujer indígena y su familia decidan sobre el manejo del cordón de acuerdo a sus pautas culturales. **SÍ.** En la discusión surge que en las prácticas tradicionales esperan a la contracción para el corte tardío. Es importante fomentar este tema en el trabajo con parteras y los intercambios.
- 1.i.** El servicio garantiza que la mujer indígena continúe portando durante la atención los elementos simbólicos o religiosos significativos, propios de su cultura. **SÍ.** Se observa el uso de cintas en el abdomen.
- 1.j** La mujer indígena elige el tipo de baño, acorde con las prácticas culturales (uso de plantas, cortezas o sustancias). **SÍ.** Durante la discusión surge que muchas mujeres no usan el inodoro; no tienen ducha todavía en el hospital.
- 1.k.** El servicio de salud respeta y valora los principios y creencias particulares de la medicina ancestral que poseen las mujeres indígenas como mecanismo para fortalecer el empoderamiento y la toma de decisiones oportunas. **SÍ.** En la discusión surge la duda en relación a si efectivamente se da la confianza y la oferta de estas decisiones, y se considera necesario trabajar en este aspecto con las parteras.
- 1.l.** El servicio de salud fomenta el empoderamiento de la mujer indígena, generando espacios para la toma de decisiones formales para su salud. **NO.** Surgen en el debate dudas en relación a quién tiene la decisión del número de hijos.

**Observaciones OPS:** Al realizar la validación de la dimensión Autonomía de la mujer indígena con un grupo de profesionales de la salud que están al frente de las atenciones en salud de la población indígena del grupo étnico Wichi en el Municipio de Embarcación de la provincia de Salta (Argentina), observamos que el 83% de las variables relacionadas a la autonomía de las mujeres indígenas que componen la dimensión sí se cumplen, y sólo un 17% no se cumple. Es de gran relevancia considerar la toma de decisiones con relación a la atención del embarazo, parto y puerperio, así como también la atención por causas de hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio, porque prioriza la autonomía indígena. Sin embargo, se requiere que los servicios de salud fomenten el empoderamiento de la mujer indígena, generando espacios para la toma de decisiones formales para su salud.

- 2. Comunicación/Trato:** Esta dimensión permite conocer cómo se encuentra la comunicación o trato entre los servicios de salud y la embarazada indígena.
  - 2.a.** El personal de salud se dirige a la usuaria por su nombre. **SÍ.**
  - 2.b.** El personal de salud se presenta con la usuaria y le proporciona su nombre. **SÍ.**
  - 2.c.** El sistema de salud cuenta con los mecanismos para mediar con la población en la lengua local y emplea un lenguaje adecuado y no técnico para comunicarse con las mujeres. **NO.** Solo el facilitador acompañante (no está institucionalizado).

- 2.d.** El servicio cuenta con señalizaciones culturalmente pertinentes. Las señales de alarma en el embarazo están en lenguas locales, así como otras indicaciones clave durante el trabajo de parto. **SÍ.**
- 2.f.** El personal de salud brinda información, teniendo en cuenta las diferencias culturales, acerca de los signos de alarma, la situación de salud de la madre y el recién nacido, procedimientos diagnósticos, estudios practicados o indicados, medicamentos prescritos, así como información y educación en salud de transfusión sanguínea en caso de requerirse en el curso de su embarazo, parto y/o puerperio. Se les explica a las mujeres sobre las señales de alarma. **SÍ.**
- 2.g.** El personal de salud explica y solicita permiso a la mujer indígena (consentimiento informado) para iniciar cualquier procedimiento invasivo o sensible culturalmente en el cuerpo de la embarazada, incluyendo la información que se le pueda brindar a la mujer y a su familia sobre transfusión y donación sanguínea en caso de requerirse en un evento de emergencia obstétrica. **SÍ.**
- 2.h.** El personal de salud asegura la confidencialidad de la información que le proporciona la usuaria. **SÍ.**
- 2.i.** El personal de salud se informa, conoce y actúa con respecto a las normas sociales, ideas y creencias locales sobre los cuidados, la reproducción, la salud, la alimentación y el parto. **SÍ.** En la provincia se fomenta el abordaje interdisciplinario con MELONP. En relación a promover el respeto: se podrían proponer instancias donde se den reuniones y se aborden normas sociales con un equipo interdisciplinario (médicos, enfermeros, etc.), y que las capacitaciones fueran más allá de los agentes sanitarios. Hay que promover incluir más actores del personal de salud. Campañas de sensibilización.
- 2.j.** Acerca del trato recibido por el personal sanitario, ¿qué cambiaría con el objetivo de recibir un trato digno, sin discriminación, y que asimismo sea cálido, afectivo y participativo? Esta última práctica es nueva, se incluye luego de la discusión de validación de la herramienta.

**Observaciones OPS:** En lo relacionado a la dimensión de Comunicación y Trato podemos observar que el 87% de las variables sí se cumplen y sólo el 13% no se cumplen; sin embargo, se requiere que el sistema de salud cuente con mecanismos para mediar con la población en la lengua local y emplee un lenguaje adecuado y no técnico para comunicarse con las mujeres indígenas y sus familias. Aunado a esto se sugirió en la discusión de validación incluir otra variable para hacer seguimiento acerca del trato recibido por el personal sanitario, y qué cambiaría de ese trato para hacer cumplir los lineamientos hacia un trato digno, sin discriminación, y que asimismo sea cálido, afectivo y participativo (ver dimensión con esta práctica incluida).

**3. Participación Comunitaria:** A través de esta dimensión se pretende conocer cuál y cómo es la participación de la comunidad en la promoción del parto culturalmente seguro de las mujeres indígenas.

- 3.a.** El servicio de salud cuenta con un proceso continuo de diálogo de saberes con la población local que recoge las necesidades de las mujeres y la población indígena sobre la atención de las mujeres indígenas embarazadas. **NO.** Aún no cuentan con este proceso. Podrían impulsarse diálogos que aborden las necesidades culturales y sociales.

**3.b.** La comunidad y el gobierno local participan en la introducción de modificaciones consensuadas y progresivas para la atención del parto de mujeres indígenas con pertinencia cultural. **NO.**

**3.c.** El servicio de salud acuerda con la comunidad el horario de atención más conveniente para las mujeres indígenas embarazadas. **SÍ.**

**Observaciones OPS:** En la dimensión de Participación Comunitaria, al realizar la validación cualitativa observamos que el resultado fue de un cumplimiento de las prácticas de un 33% y un incumplimiento del 67%. Porque los servicios de salud no cuentan con un proceso continuo de diálogo de saberes con la población local para recoger las necesidades de las mujeres y la población indígena sobre la atención de las mujeres indígenas embarazadas y la comunidad y el gobierno local no participa en la introducción de modificaciones consensuadas y progresivas para la atención del parto de mujeres indígenas con pertinencia cultural. En este sentido se requiere tomar iniciativas y estrategias para darle cumplimiento a estas prácticas tan relevantes y lograr un mejor acercamiento a la comunidad indígena desde el entorno comunitario hasta los servicios de salud.

**4. Infraestructura de los servicios de salud** (incluyendo hogares maternos con pertinencia cultural): pretende darnos a conocer cómo se encuentra la infraestructura de los servicios de salud a nivel institucional y local.

**4.a.** El espacio físico asegura la privacidad durante la atención del trabajo de parto y parto. **SÍ.**

**4.b.** Se dispone de la construcción o instalación de casas de espera maternas u hogares maternos con pertinencia cultural integradas a la red de atención materno-perinatal. **NO.**

**4.c.** Las mujeres indígenas tienen acceso a baños con pertinencia cultural (por ejemplo, baños de asiento) en función de sus necesidades y prácticas culturales. **NO.** Indican que actualmente no tienen duchas. No se utilizan aquí los baños de asiento.

Se destaca como importante la coordinación con los otros hospitales. Ejemplos: Morillo y Orán.

**Observaciones OPS:** En lo relacionado a las prácticas de la dimensión Infraestructura de los Servicios de Salud, observamos un resultado de cumplimiento de un 34%, no cumple un 33% y no aplica el 33% restante. El incumplimiento específicamente se trata de que no se dispone de la construcción o instalación de casas de espera maternas u hogares maternos con pertinencia cultural integradas a la red de atención materno-perinatal, situación que es transversal para garantizar una atención con calidad, oportunidad y seguridad; y más aún cuando se trata de población indígena, debido a que sus comunidades están ubicadas en las áreas rurales y rurales dispersas. Asimismo en la discusión se menciona que la variable de acceso a baños con pertinencia cultural (por ejemplo, baños de asiento) en función de sus necesidades y prácticas culturales no aplica debido a que en esta comunidad no practican este tipo de baños según sus prácticas culturales. Sin embargo, se sugiere analizar estas dos variables mencionadas en los procesos de diálogos de saberes o interculturales y escuchar de la misma población indígena el concepto de los baños con pertinencia cultural y su aplicación en los servicios de salud, con especial énfasis para la atención de las mujeres indígenas en su período del parto y después del parto.



**5. Fortalecimiento institucional:** incluye siete prácticas con el fin de mostrar qué tan fortalecidos se encuentran los servicios de salud desde los ministerios hasta los lugares más pequeños (consultorios) en donde se les brinda la oferta de atención a las mujeres indígenas gestantes.

**5.a.** El servicio de salud cuenta con estrategias de formación y capacitación para el parto seguro con pertinencia cultural. **SÍ.**

**5.b.** El servicio de salud cuenta con manuales, estándares, indicadores e instrumentos para la medición y monitoreo periódico de la implementación del parto seguro con pertinencia cultural. **SÍ.**

**5.c.** El servicio de salud cuenta con manuales, guías, protocolos para la atención del embarazo, parto o pos parto complicado con hemorragia. **SÍ.** Pero es necesario socializar la guía nacional de parto respetado con enfoque intercultural. Capacitación previa.

**5.d.** El servicio de salud cuenta con un programa de atención ambulatoria extramural con pertinencia cultural para la atención de la mujer indígena y su familia. **SÍ.** MELONP.

**5.e.** Los servicios de salud cuentan con una metodología sistemática que introduce mejoras en la calidad de la atención del parto con pertinencia cultural. **SÍ.** En la discusión se sugirió debatir los datos en equipo y generar estrategias, poder preguntar, ofrecer, etc. a través del diálogo intercultural. Se propone que los registros validados sirvan como indicadores de calidad.

**5.f.** Los servicios de salud cuentan con un catálogo administrativo en donde se incluyen los insumos y recursos humanos necesarios para aplicar el enfoque intercultural. **NO.**

**5.g.** El Estado promueve, a través del Ministerio de Salud Pública, espacios de diálogos de saberes donde los actores principales son las parteras como portadoras de conocimientos, creencias y prácticas tradicionales que les permitan velar por el autocuidado de ellas y de otras mujeres en edad reproductiva. Los conocimientos son compartidos (si bien hay gente que tiene más entrenamiento, lo que se tiene se comparte); no solo las parteras. Se sugirió no restringirlo (tomar las experiencias de la comunidad, como que los hombres han atendido partos). Supervisión en territorio, visita domiciliaria como herramienta fundamental. **SÍ.**

**Observaciones OPS:** En esta última dimensión observamos que existe un cumplimiento del 71%, demostrando el fortalecimiento de los servicios de salud desde los ministerios hasta los lugares más pequeños (consultorios) en donde se les brinda la oferta de atención a las mujeres indígenas gestantes. Sin embargo, el incumplimiento de 29% hace referencia a que los servicios de salud no cuentan con un catálogo administrativo en donde se incluyan los insumos y recursos humanos necesarios para aplicar el enfoque intercultural y se requiere el fortalecimiento por parte del Estado para promover, a través del Ministerio de Salud Pública, espacios de diálogos de saberes donde los actores principales son las parteras como portadoras de conocimientos, creencias y prácticas tradicionales que les permitan velar por el autocuidado de ellas y de otras mujeres en edad reproductiva.

**El Resultado Final** es de Cumplimiento en 24 de los ítems y No cumplimiento en 8 de ellos. Se concluye de esta validación que en la provincia de Salta (Argentina) se tienen avances satisfactorios para seguir en el fortalecimiento de modelos de atención con pertinencia cultural para garantizar las atenciones en salud de las mujeres indígenas y sus familias. Se requerirá ajustar procesos y prácticas de algunas dimensiones, pero existe un resultado satisfactorio de un 73% de cumplimiento total y sólo un 24% de incumplimiento, asimismo se requiere revisar el 3% de no aplica, probablemente se requerirán mesas de trabajo sectoriales e intersectoriales para abordar y fortalecer la salud de la mujer, las mujeres gestantes y sus hijos a través de diálogos institucionales y comunitarios desde el enfoque diferencial, de género, de derechos sexuales y reproductivos, así como de atención primaria en salud.

En este proceso se requiere darle continuidad a los diálogos de saberes como metodología para mejorar la salud de las mujeres y sus familias, encuentros con la población de parteras de las comunidades para intercambio de conocimientos y mejoramiento de la calidad de la atención a las mujeres indígenas. Asimismo se requiere en la provincia de Salta desarrollar estrategias para incrementar las capacidades de los líderes indígenas y en las mujeres mismas en la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva.

Luego de este proceso de Validación se realiza un **Nuevo Encuentro de Diálogo de Saberes**, convocando además a miembros del equipo de conducción del Área Operativa Orán, taller que se realiza el día 10 de junio de 2019. Se propone un avance en las metas de superación a partir de la herramienta propuesta por OPS en un plazo de 30 días. Este taller cuenta con un informe exhaustivo oportunamente presentado.

### El Equipo Local realiza el siguiente informe

El equipo de Tocoginecología, Obstetricia y APS del Hospital San Roque de Embarcación desarrolló una serie de encuentros en 10 comunidades de las localidades de Hickmann, Dragones, Misión La Esperanza, Misión Carboncito y Misión Chaqueña, que distan entre 30 y 100 kilómetros de la Ciudad de Embarcación, con motivo de tratar el parto culturalmente respetado, siendo el objetivo primordial de realizar el diagnóstico situacional del instructivo de la validación cualitativa de la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro para mujeres indígenas.

Estos encuentros se realizaron en junio y julio del 2019 a través de entrevistas a mujeres originarias puérperas que tuvieron su parto en la Maternidad de Embarcación en el periodo 2018 y principios de 2019, haciendo así comparación de mujeres que tuvieron su parto en el antiguo edificio de este nosocomio y en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Orán.



Para dichas entrevistas, se tomó el modelo indicado por la Organización Panamericana de la Salud.

En el diálogo se plantearon diferentes temas referidos a las costumbres e idiosin-

crasia referidas al embarazo, parto y/o puerperio. Cabe destacar que las comunidades tuvieron puntos en común en su gran mayoría y otros con una diferencia notoria otorgada a la diferencia cultural.

Las coincidencias que determinamos fueron las siguientes:

- El acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y puerperio, ya sea de la pareja, familiar o matrona ancestral.
- Retirar la placenta para ser enterrada en la vivienda.
- La importancia de un traductor bilingüe en sala de parto.
- Sin ingesta de alimentos sólidos durante el trabajo de parto y parto.
- En cuanto a las posiciones para parir, coincidieron: acostadas, sentadas y en cuclillas.
- Implementación del rezo en sala de parto.
- Refieren la dificultad del regreso a la comunidad luego de la internación puerperal.
- Creación de un albergue transitorio para la embarazada y su familia durante la estadía en la ciudad.
- Solicitan la recuperación de las pautas culturales.
- Les resulta más beneficioso ser asistidas en una institución de salud que en la propia vivienda.
- Todas coincidieron haber sido tratadas con respeto y amabilidad durante su estadía.
- Los métodos anticonceptivos ofrecidos por el personal de salud solo son aceptados y utilizados por la generación más joven.
- Implementación de un Registro Civil dentro del hospital.

También se determinaron algunas diferencias en la comunidad de Hickmann, como:

- Recibir infusión de hierbas preparados por ellos durante el trabajo de parto.
- El uso de la cinta abdominal a nivel del epigastrio durante el parto, a diferencia de Misión Chaqueña, utilizar dicha cinta en fondo de útero durante el puerperio para evitar hemorragias posparto.
- Tocoginecólogos: Dra. Mónica Goicoechea y Dr. Carlos Funes.
- Licenciadas Obstétricas: Claudia Maturana y Fabiola Vallejo Torres.
- Jefa de APS Elda Juárez.



## Provisión de simuladores de parto, emergencia obstétrica y anticoncepción intrauterina

Por solicitud de la provincia, a fin de fortalecer las capacitaciones en terreno y a nivel hospitalario con el objeto de reducir la mortalidad materna, se considera la adquisición de simuladores.

“A través de la presente y considerando la necesidad de continuidad de la capacitación continua en temática del ámbito obstétrico y neonatal en el marco del proyecto que llevamos adelante en el territorio del Gran Chaco Suramericano, solicito se considere la posibilidad de adquisición de simuladores de parto.

Es imprescindible continuar fortaleciendo la capacitación en terreno, por la complejidad que significa movilizar los recursos humanos de la zona que en su mayoría son únicos referentes del área operativa sanitaria y realizarlo con dispositivos e instrumentos que le otorgan el marco de seguridad y similitud a la realidad, le otorga un valor muy importante”. Dra Marisa Alvarez, Subsecretaria de Medicina Social de la provincia de Salta. Punto Focal Proyecto Gran Chaco.



## Célula de Información y Coordinación de Organizaciones No Gubernamentales (CICONG)

- Para garantizar el cumplimiento de los principios rectores de las políticas públicas de la provincia (género, derechos humanos, interculturalidad, centrado en el paciente, etc.) en materia de salud –tanto en actividades de promoción y protección como en la asistencia cotidiana y en la emergencia-.
- Para registrar y poder verificar a las ONGs que trabajan en la provincia.
- Para confeccionar una cartera de servicios ofrecidas por las ONGs.
- Para ordenar el territorio evitando la superposición de actividades y garantizando la accesibilidad a los servicios.
- Para que contribuyan al fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud como auxiliares del Estado.
- Para sistematizar la información y garantizar la asistencia integral.
- Para administrar la disponibilidad de los recursos del Estado provincial.
- Para cumplir con los estándares requeridos a fin de brindar asistencia dentro de la provincia (documentación pertinente de los profesionales, sustentabilidad del equipo, alinearse a las políticas de salud).

# Plan operativo anual inter países 2019: “Avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano”

## Documento de apoyo para la implementación

### Presentación

Los días 6 y 7 de mayo de 2019, en la ciudad de Asunción y con la participación de los Ministerios de Salud de Argentina, Salta, Bolivia y Paraguay, se definió el Plan operativo 2019 del “Plan de acción inter países para avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano, 2019 -2023”.

Se definieron para cada una de las 5 líneas de acción, la meta, el producto, el medio de verificación y los responsables, adecuando cada una de estas a lo que es posible realizar por los países en el segundo semestre de 2019.

Con el fin de contribuir a la concreción de las metas y productos, se elabora y entrega el presente documento de apoyo.

### I. Objetivo del documento

Apoyar la implementación del POA 2019 del “Plan de acción inter países para avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano”, con insumos y herramientas técnicas.

### II. El plan operativo 2019, insumos y herramientas para el logro de las metas

**LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 1.** Fortalecimiento del sistema de registro e información en salud, para la generación de información de salud materna e infantil del Chaco a nivel de país e Inter países.

- **INDICADOR 1.1.** Número de establecimientos de salud generando información a través del Sistema de Información Perinatal (SIP).
- **META 2019.** 60% de gestantes que acuden a la red pública de atención en salud tienen Historia Clínica Perinatal SIP.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Capítulo 1. Información perinatal basada en el SIP.
- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** SIP y registro del total de embarazadas de la región.
- **RESPONSABLE:** Según la realidad de cada país, se designa como responsable de reportar los avances frente a las metas de los indicadores 1.1. y 3.1, un funcionario del nivel departamental o provincial, del área de salud materna o del área de sistemas de información o del área de epidemiología.



- **RECOMENDACIONES PARA LA CONCRECIÓN DE LA META DEL INDICADOR 1.1.**
  - Para lograr que al menos el 60% de las gestantes atendidas tengan Historia Clínica Perinatal y se pueda verificar por parte del proyecto, se sugiera que cada país:
    - Defina una persona responsable en el nivel departamental/provincial para hacer seguimiento e informar sobre las metas de los indicadores 1.1. y 3.1.
    - Esta persona debe identificar en los registros continuos establecidos en cada país para el control prenatal y atención del parto en las Instituciones de Salud, los datos para generar el informe de avance.
    - El informe debe estar desagregado por cada uno de los municipios priorizados por el proyecto (Ver listado de municipios anexo).

**LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 2.** Fortalecimiento de la respuesta en salud materna e infantil, a través de redes articuladas de servicios de salud.

- **INDICADOR 2.1.** Número de defunciones maternas, desagregadas según tipo de demora.
- **META 2019.** 100% de Comité de Vigilancia Epidemiológico analizan MM según demora; 60% clasifican MN en reducible y no reducible e inician análisis de NEAR MISS.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Capítulo 2: Vigilancia de la MM y N en áreas priorizadas.
- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** Informes de análisis de la Mortalidad y morbilidad M y N de los CVE.
- **RESPONSABLE:** Comité Departamental/provincial de Vigilancia de la MM y Neonatal
- **RECOMENDACIONES PARA SU CONCRECIÓN**
  - Para identificar el nivel de avance en el logro de la meta se requiere que los Comités de Vigilancia epidemiológica generen mes a mes el análisis y evaluación de la morbilidad y mortalidad materna e infantil de los municipios priorizados del proyecto, de acuerdo con las guías y protocolos manejados en cada país.
- **INDICADOR 2.2.** Número de vidas salvadas en mujeres con diagnóstico de NEAR MISS.
- **META 2019.** Al menos 1 hospital de referencia por país se compromete a cargar NEAR MISS.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Capítulo 3: NEAR MISS en Hos. Materno-Infantiles priorizados.
- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** Historia Clínica Perinatal SIP.
- **RESPONSABLE:** Funcionario Responsable del manejo del SIP en el Hospital de referencia definido por cada país.
- **RECOMENDACIONES PARA SU CONCRECIÓN**
  - Los puntos focales del proyecto en cada país acuerdan con un Hospital de refe-

rencia donde se remiten las gestantes del Chaco para la atención de emergencias obstétricas, la asignación de un funcionario de este Hospital, para generar la información que alimentará con datos el indicador relacionado con NEAR MISS.

- **INDICADOR 2.3.** Porcentaje de partos institucionales atendidos con enfoque intercultural.
- **META 2019.** Al menos una Unidad de Salud de I Nivel, por país, realiza experiencia demostrativa.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Capítulo 4: Partos culturalmente seguros.
- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** Experiencia documentada, se realizará la documentación de una experiencia por país que involucre las metas 2.3, 4.1, 4.2 y 5.1.
- **RESPONSABLE:** Con el fin de realizar un trabajo coordinado en una sola comunidad en la cual se avance frente a las metas 2.3, 4.1, 4.2 y 5.1, se requiere que el departamento/provincia designe un responsable con experiencia en trabajo intercultural para:
  - La preparación,
  - La consulta,
  - El diálogo y
  - Los acuerdos

Para garantizar un parto seguro a mujeres indígenas del Chaco.

- **RECOMENDACIONES PARA SU CONCRECIÓN**
  - Guía metodológica para el trabajo en Atención Primaria en Salud con enfoque intercultural.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 3.** Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos

- **INDICADOR 3.1.** Porcentaje de embarazos no planeados desagregados por etnia y rango de edad.
- **METAS 2019.**
  - **3.1.1.** 60% de los partos atendidos y cargados al SIP, generan datos de embarazos no planeados.
  - **3.1.2.** 60% de llenado de los datos de anticoncepción postparto.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Capítulo 5: Embarazos no planeados, según etnia y edad.
- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** Historia Clínica Perinatal SIP.
- **RESPONSABLE:** Según la realidad de cada país, se designa como responsable de reportar los avances frente a las metas de los indicadores 1.1. y 3.1, un funcionario del nivel departamental o provincial, del área de salud materna o del área de sistemas de información o del área de epidemiología.

- **RECOMENDACIONES PARA SU CONCRECIÓN**

- Para lograr que el 60% de los partos atendidos y cargados al SIP, generen datos de embarazos no planeados y se pueda verificar por parte del proyecto, se sugiere que cada país:
  - Defina una persona responsable en el nivel departamental/provincial para hacer seguimiento e informar sobre las metas de los indicadores 1.1. y 3.1.
  - Esta persona debe identificar en los registros continuos establecidos en cada país para el control prenatal y atención del parto en las Instituciones de Salud, los datos para generar el informe de avance.
  - El informe debe estar desagregado por cada uno de los municipios priorizados por el proyecto (Ver listado de municipios anexo).

**LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 4.** Participación comunitaria e interculturalidad.

- **INDICADOR 4.1.** Porcentaje de instituciones de salud del nivel local priorizadas, con funcionarios capacitados en salud comunitaria e intercultural
- **META 2019.** Al menos una Unidad de Salud de I Nivel, por país, realiza experiencia demostrativa de capacitación en salud comunitaria e intercultural.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Cap. 6. Capacitación en salud comunitaria e intercultural.
- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** Experiencia sistematizada, se realizará una sistematización de experiencia que involucra las metas 2.3, 4.1, 4.2 y 5.1.
- **RESPONSABLE:** con el fin de realizar un trabajo coordinado en una sola comunidad en la cual se avance frente a las metas 2.3, 4.1, 4.2 y 5.1, se requiere que el departamento/provincia designe un responsable con experiencia en trabajo intercultural para:
  - la preparación,
  - la consulta,
  - el diálogo y
  - los acuerdos.

Para garantizar una experiencia demostrativa de capacitación en salud comunitaria e intercultural.

- **RECOMENDACIONES PARA SU CONCRECIÓN:** guía metodológica para el trabajo en Atención Primaria en Salud con enfoque intercultural.
- **INDICADOR 4.2.** Número de comunidades indígenas priorizadas; con líderes, parteras y promotores capacitados en salud intercultural.
- **META 2019.** Al menos 1 comunidad indígena del área de cobertura de la Unidad de Salud de la experiencia demostrativa, por país.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Cap. 6: Capacitación con indígenas en salud intercultural

- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** Experiencia sistematizada, se realizará una sistematización de experiencia que involucra las metas 2.3, 4.1 y 4.2.
- **RESPONSABLE:** Con el fin de realizar un trabajo coordinado en una sola comunidad en la cual se avance frente a las metas 2.3, 4.1, 4.2 y 5.1, se requiere que el departamento/provincia designe un responsable con experiencia en trabajo intercultural para:
  - la preparación,
  - la consulta,
  - el diálogo y
  - los acuerdos.

Para garantizar una experiencia demostrativa de capacitación con indígenas en salud intercultural.

**RECOMENDACIONES PARA SU CONCRECIÓN:** guía metodológica para el trabajo en Atención Primaria en Salud con enfoque intercultural.

**LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 5.** Implementación y monitoreo de buenas prácticas en salud materna y neonatal.

- **INDICADOR 5.1.** Número de municipios que adoptaron y adaptaron al menos 1 de las buenas prácticas identificadas en el trabajo inter países
- **META 2019.** Al menos una institución participa del intercambio con MELONP.
- **PRODUCTO 2019.** Informe 2019. Cap. 7. Intercambio interpaíses de buenas prácticas
- **MEDIO DE VERIFICACIÓN.** Experiencia sistematizada.
- **RESPONSABLE:** Con el fin de realizar un trabajo coordinado en una sola comunidad en la cual se avance frente a las metas 2.3, 4.1, 4.2 y 5.1, se requiere que el departamento/provincia designe un responsable con experiencia en trabajo intercultural para:
  - la preparación,
  - la consulta,
  - el diálogo y
  - los acuerdos.

Para garantizar una experiencia demostrativa de capacitación con indígenas en salud intercultural.

- **RECOMENDACIONES PARA SU CONCRECIÓN:** guía metodológica para el trabajo en Atención Primaria en Salud con enfoque intercultural.

## Guía metodológica para el trabajo en atención primaria en salud con enfoque intercultural

### Presentación

El proyecto “Hacia la salud de la población del Gran Chaco Suramericano”, a partir de experiencias exitosas, buenas prácticas y evidencia, viene desarrollando herramientas de fácil aplicación en el día a día de quienes trabajan en el nivel local con comunidades postergadas, en contextos de diversidad cultural.

La presente guía, siempre con posibilidad de ser mejorada, se entrega una metodología flexible y adaptable a distintos contextos, basada en los elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud (APS) y del enfoque intercultural en salud.

La APS es considerada como una estrategia para el desarrollo social<sup>1</sup>, para mejorar los resultados sanitarios, combatiendo la exclusión en salud<sup>2</sup> y para ello insta a que se integre en los sistemas sanitarios de los países. De igual manera plantea fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones.

El Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes<sup>3</sup>, ratificado por los cuatro países involucrados en el proyecto del Gran Chaco Suramericano, en su Parte V, sobre Seguridad Social y Salud, en los artículos 24 y 25 presenta los estándares mínimos de respeto a los derechos en salud de los pueblos indígenas: De estos artículos por su importancia para implementar la APS con enfoque intercultural se mencionan del artículo 25 dos acápite esenciales para desarrollar los planteamientos de la presente guía, así:

En el acápite dos, dice: “Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

El acápite tres dice: “El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.”

Los anteriores planteamientos llenan de contenido a la definición de la atención primaria de salud como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país<sup>4</sup>, que la presente guía se plantea aportar desde lo metodológico para su concreción en contextos de diversidad cultural como el Gran Chaco Suramericano.

1 - OPS/OMS. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). 46° Consejo Directivo, Septiembre de 2005.

2 - IBID

3 - OIT. Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

4 - OPS/OMS. [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

La guía tiene como **propósito**:

Aportar a la generación de procesos de comunicación y concertación interculturales como una práctica permanente de aprendizaje y comprensión mutua entre el personal de salud y los pobladores indígenas, eliminando barreras culturales y mejorar la situación de salud de las comunidades indígenas del Chaco.

El **objetivo general** busca:

- Aportar al desarrollo de comunidades indígenas saludables, mediante diálogos interculturales, que permitan acuerdos para actuar con formas apropiadas en lo cultural para promover la salud, prevenir la enfermedad, restituir la salud, aliviar o mitigar el dolor y enfrentar la muerte.
- Los objetivos específicos que nos ayudarán a avanzar en el logro del objetivo general son:
- Promover el trabajo de equipos móviles que bajo la estrategia de APS trabajen con enfoque intercultural y generación de confianza entre la comunidad y los servicios de salud, el acompañamiento cultural a la mujer indígena embarazada, la atención prenatal, la elaboración de planes de parto para cada mujer indígena embarazada, la identificación temprana de riesgos obstétricos, la atención oportuna de las emergencias obstétricas.
- Analizar con personal de salud el significado, sentido y valor práctico de las competencias en salud intercultural.
- Realizar con la comunidad indígena en el nivel local, diálogos interculturales, que permitan el reconocimiento y aprendizaje de mutuo, para el trabajo en salud materna e infantil.

**Actividades por realizar:**

1. Solicitud de anuencia y aceptación por parte de los pueblos indígenas y de la comunidad priorizada para realizar el trabajo.
2. Escogimiento de la comunidad
3. Diálogo con los trabajadores de la Salud.
4. Diálogo de enriquecimiento mutuo con la comunidad.
5. Atención en salud materna y neonatal con enfoque intercultural, por parte del equipo móvil.
6. Durante todo el proceso se estará documentando el trabajo.





 OPS/OMS Argentina  opsargentina

[www.paho.org/es/argentina](http://www.paho.org/es/argentina)