

Sistematización de la experiencia en Atención Primaria de la Salud

Salta – Argentina



Sistematización de la experiencia en Atención Primaria de la Salud Salta – Argentina

Representación OPS/OMS Argentina.



Buenos Aires, 2020

Sistematización de la experiencia en Atención Primaria de la Salud. Salta, Argentina

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32286-4

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.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: *Sistematización de la experiencia en Atención Primaria de la Salud. Salta, Argentina. Edición 72.* Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

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

Prólogo	vi
Introducción	1
Metodología de trabajo	4
Revisión bibliográfica nacional e internacional	
Revisión de documentos técnicos	
Revisión del marco legal	
Opiniones de <i>stakeholders</i> en seis grupos focales	
Opiniones de <i>stakeholders</i> a distancia	
Generalidades de la provincia de Salta	6
Situación de la salud	9
Atención Primaria de la Salud en Salta	13
El Programa de Atención Primaria de la Salud.....	13
La organización de la atención de salud por niveles de atención.....	20
La estrategia de atención primaria de la salud.....	24
Discusión y análisis	31
El Programa de Atención Primaria de la Salud.....	31
La organización sanitaria por niveles de atención.....	34
El impacto de la estrategia de atención primaria de la salud en la política sanitaria provincial.....	36
Relaciones y condicionamientos entre la estrategia de atención primaria y las políticas públicas y sanitarias.....	39
Aportes que pueden atribuirse a la estrategia de atención primaria en los resultados sanitarios de la provincia de Salta.....	42

Conclusiones	47
Recomendaciones	50
Anexos	
Anexo 1: Revisión bibliográfica nacional e internacional.....	53
Anexo 2: Revisión de documentos técnicos.....	55
Anexo 3: Revisión del marco legal	57
Anexo 4: Consideración y valoración de opiniones	60

Prólogo

A medida que pasa el tiempo, se vuelve más necesario el análisis y profundización de las experiencias de Atención Primaria de la Salud (APS) como modelos de puerta de entrada a los sistemas y servicios de salud y como imperativo, no sólo para prevenir o resolver problemas de salud, sino también como respuesta a las inequidades existentes en salud.

La experiencia de la provincia de Salta, en el noroeste de la República Argentina, se remonta a las décadas de 1970 y 1980, cuando se iniciaron los entonces denominados programas de salud rural, destinados prioritariamente a la población en mayor situación de vulnerabilidad y alejada de las ciudades. Hoy, siguen siendo preocupantes los índices de pobreza e inequidad en estas poblaciones, no sólo en la llanura salteña del Gran Chaco Suramericano, sino también en la puna de la Cordillera de los Andes y en la periferia de las ciudades, por lo que siguen vigentes las estrategias sanitarias centradas en actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades que se ejecutan casa por casa por parte de agentes sanitarios y otros profesionales. Además, es notable como la estrategia ha superado décadas de diferentes gobiernos y gestiones provinciales y municipales, gracias al apoyo de los pobladores.

Esta aceptación social de la estrategia de APS tiene que ver con su lógica: hacer funcionar una red de servicios de salud no solamente en los centros de salud sino también a partir de la ejecución de actividades sencillas, ejecutadas por personal de la misma comunidad, en el domicilio, en la escuela o en el lugar de trabajo de la gente, donde agentes sanitarios, supervisores intermedios, supervisores técnicos (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, entre muchos otros), recorren la provincia caminando, a lomo de burro, en bicicletas, en motocicletas o en camionetas, para llegar con los servicios indispensables para mejorar de la calidad de vida y salud de las personas.

Por otro lado, la teoría y la práctica de la APS están ligadas, en la actualidad, a los derechos humanos y de salud, al acceso y cobertura universal en salud y a los determinantes sociales de la salud. Un sistema de salud universal que se precie de tal no puede dejar a nadie atrás, por lo cual debe basar su modelo de organización en la APS. Esto debe ser independientemente de que sus enfoques sean de medicina general o de especialidades médicas, y aún cuando sus cabeceras de redes integradas sean hospitales de mediana o alta complejidad. Esto no está en discusión. Precisamente, Salta ha transitado este camino, intentando hacer girar su organización sanitaria alrededor de la APS trabajando en redes integradas de servicios de salud, para avanzar con su política de salud hacia los valores y enfoques de acceso y cobertura universal.

Desde hace más de 40 años se realizan grandes esfuerzos para lograr efectividad en la articulación con otros servicios de salud en forma de red. El presente documento recoge esa experiencia a partir de la opinión de actores claves, que recrean lo que miles de trabajadores de la salud hicieron en una de las provincias argentinas que lucha contra la pobreza.

El objetivo de la publicación tiene además el desafío de ser el punto de partida y el disparador de discusiones de mayor profundidad, ya no sólo de la APS como una estrategia fundamental de cualquier sistema de salud, sino desde su análisis para contribuir a superar las limitaciones y adaptarla a los desafíos actuales. Muchos de ellos están relacionados con los determinantes sociales de la salud, las herramientas para nuevos modelos de organización de la atención de la salud, los nuevos y variados hábitos alimentarios, los problemas de violencia y de salud mental, entre otros.

En este sentido, el documento que presentan la Representación en Argentina y el Programa Regional de Etnicidad de la OPS/OMS sobre la estrategia de APS en la provincia de Salta es un insumo de relevancia para esa revisión, pues no sólo relata los componentes y principios de un programa de salud exitoso, sino que también analiza sus limitaciones y desafíos en el marco de una política integral de salud y su perspectiva en contextos nacionales e internacionales.

Maureen Birmingham
Representante OPS/OMS Argentina

Introducción



Desde el año 1978, la provincia de Salta ha llevado adelante el esfuerzo de desarrollar la implementación y la evaluación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con base en el eje comunitario de Agentes Sanitarios, eje estratégico alrededor del cual se ha estructurado su sistema sanitario.

Desde entonces, las políticas sociosanitarias han resultado en mejoras sustantivas de la calidad de vida y de salud de la población salteña, como lo demuestran

algunos indicadores que serán analizados más adelante. Pero, a pesar de los esfuerzos realizados durante las últimas cuatro décadas, la provincia de Salta aún presenta altos índices de pobreza que mantienen a su población en situación de vulnerabilidad frente a diversos problemas, entre ellos los relacionados con la cobertura y el acceso a servicios de salud de calidad.

Iniciado el debate nacional e internacional sobre nuevos modelos de organización de la atención de salud, durante la década de 1960 las provincias de Salta, Jujuy y Misiones abordaron la lucha contra el paludismo mediante estrategias innovadoras de participación ciudadana, con intervenciones domiciliarias a cargo de personal entrenado para la búsqueda de febriles y la toma de muestras de sangre para examen de gota gruesa, que derivaron en los años siguientes en intervenciones de más amplio alcance en los entonces llamados “programas de salud rural”.

A partir de los resultados de esas experiencias, se buscó que las acciones iniciales específicas para la lucha antipalúdica (con el mismo personal y con otros grupos sociales capacitados) tuvieran un **carácter integral**, por lo que se incorporaron a las actividades domiciliarias medidas de promoción de la salud (vinculadas con el tratamiento de la basura doméstica, la protección del agua para consumo humano, la nutrición y la alimentación saludable, entre otras), medidas de prevención de enfermedades (inmunizaciones entre ellas) y para la detección precoz de condiciones especiales que requieren atención de salud (embarazadas, por ejemplo) y de factores de riesgo (bajo peso al nacer, evolución de peso y talla de niños menores de seis años, por citar algunos). No escapó de esta integralidad de atención la pesquisa y derivación oportuna a servicios de salud de población con síntomas y signos de enfermedades como infecciones gastrointestinales y respiratorias, principales causas en ese entonces de la alta morbilidad y mortalidad infantil en la provincia.

Este enfoque estratégico se inició en la segunda mitad de la década de 1970 con una fuerte decisión política y una inversión pública de magnitud, y se consolidó definitivamente como política pública luego de la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud. En la década de 1980, ya universalizado el concepto de puerta de entrada al sistema de salud mediante atención primaria, la estrategia alcanzó coberturas y resultados de gran impacto en la salud de la población, sobre todo de los grupos más vulnerables: pobres extremos, poblaciones originarias del complejo orográfico denominado Chaco Sudamericano (Chaco salteño en nuestro caso), niños menores de 5 años de edad y embarazadas, especialmente adolescentes, entre otras prioridades.

Desde una perspectiva científica y conceptual, a partir de la Declaración de Alma Ata y de los documentos y acuerdos posteriores, ha quedado claro que la Atención Primaria de la Salud (APS) está lejos de ser una “medicina para pobres” y solo destinada a poblaciones geográficamente alejadas de las ciudades (“salud rural”). En

este sentido, todas las gestiones de gobierno del sector salud de la provincia de Salta mantuvieron la atención primaria de la salud como eje de la organización del sistema sanitario, con más énfasis y conocimiento de causa en algunas gestiones que en otras, pero con la vigencia del modelo de funcionamiento de las políticas de cobertura y acceso a servicios de complejidad creciente con punto de entrada en la atención primaria. La continuidad y sostenibilidad de estrategias en salud, como ocurrió en este caso, no son comunes, lamentablemente, en la experiencia latinoamericana.

Esta acción de política pública ha quedado registrada en el saber popular de las poblaciones beneficiarias y en la memoria de miles de profesionales y técnicos de la salud y otras ciencias sociales, aunque no fue sistematizada técnicamente y, en consecuencia, no se cuenta con suficientes documentos o registros que permitan su conocimiento y valoración por organizaciones de salud nacionales e internacionales, universidades, organizaciones no gubernamentales y otros espacios de la comunidad organizada. A fin de superar esta situación, el Programa Regional de Etnicidad y la Representación en Argentina de la OPS/OMS en el marco del Proyecto Hacia la Salud Universal de la Población del Gran Chaco Suramericano proponen su cooperación técnica para sistematizar 40 años de APS en la provincia de Salta, con la visión de que pueda ser de gran utilidad para la salud pública en general y, específicamente, para evaluar lo actuado en la Argentina en relación con la atención primaria de la salud.

En este contexto, se ha planteado el objetivo de elaborar un documento técnico que deje constancia del trabajo que la provincia de Salta ha realizado desde la década de 1970 hasta la actualidad en atención primaria de la salud, sobre la base de visitas domiciliarias con agentes sanitarios, aspecto que será el eje central del proceso de sistematización. Para dar integralidad al análisis, las visitas domiciliarias con agentes sanitarios deben ser puestas en el contexto de los siguientes enfoques:

- Organización del Primer Nivel de Atención de Salud en la provincia.
- El impacto de la estrategia de APS en la política sanitaria provincial.
- Relaciones y condicionamientos entre la estrategia de atención primaria y las políticas públicas y sanitarias.
- Aquellos aportes que pueden atribuirse a la estrategia de APS en los resultados sanitarios de la provincia.

Metodología de trabajo

1. Revisión bibliográfica nacional e internacional

Se han revisado referencias publicadas de carácter general y conceptual sobre servicios de salud y atención primaria de la salud, tanto de ámbitos internacionales como nacionales, provinciales y locales. También se analizaron, en relación con el contexto de la provincia de Salta, publicaciones específicas que evalúan servicios desde la perspectiva de la organización por niveles de atención y la implementación de iniciativas de atención primaria. Sobre este aspecto, véase el Anexo 1.

2. Revisión de documentos técnicos

Se han revisado documentos técnicos de la provincia de Salta, específicos y esenciales a los efectos de analizar la estrategia de atención primaria de la salud, como los Manuales del Agente Sanitario y de Supervisión Médica, intermedia y de enfermería, así como publicaciones que dan cuenta de los datos que caracterizan la situación general de la provincia y del sector salud en particular.

También se han considerado tesis de profesionales de la salud, en formación de posgrado universitario en especialidades relacionadas con la salud pública, por el valioso aporte en cuanto a la evolución histórica de la estrategia de atención primaria de la salud en Salta, pero sobre todo por la mirada crítica respecto de la necesidad de fortalecer las políticas públicas de recursos humanos en salud.

De la misma manera, se han recuperado antecedentes importantes presentes en documentos de trabajo que nunca fueron publicados ni oficializados, pero que sentaron las bases y fueron utilizados para elaborar diversas propues-

tas de políticas de organización del sistema de salud de la provincia y de atención primaria de la salud especialmente.

Véase el Anexo 2, en el que se listan los documentos revisados.

■ 3. Revisión del marco legal

Se ha revisado el marco legal de la provincia de Salta, que fue dando institucionalidad y sostenibilidad al modelo mediante leyes de la Legislatura Provincial, decretos del Poder Ejecutivo y resoluciones del Ministerio de Salud Pública.

Véase el Anexo 3, en el que se listan las leyes, decretos y resoluciones, y para cada caso se caracteriza el área política, estratégica o técnica sobre la cual se ha legislado y se han tomado acciones de política y/o técnicas.

■ 4. Consideración y valoración de opiniones

Mediante entrevistas y talleres de trabajo con seis grupos focales, integrados por *stakeholders* de diversa extracción profesional y experiencia.

Véase el Anexo 4 para un detalle de los grupos focales realizados.

Además, se ha considerado de relevancia a los fines del presente informe la opinión de actores que por diferentes motivos residen temporal o definitivamente fuera de la ciudad de Salta, o que no estaban disponibles personalmente durante los días de los talleres. En estos casos, se optó por remitirles por correo electrónico una solicitud de colaboración, con las mismas pautas de trabajo establecidas para los grupos focales presenciales. De doce profesionales contactados, diez tuvieron la gentileza de responder y sus opiniones se han integrado a la discusión y al presente análisis.

■ 5. Proceso de validación final

Se ha llevado a cabo un proceso de validación final con autoridades y grupos de trabajo, en reuniones presenciales y mediante la revisión de propuestas, comentarios, observaciones y sugerencias.

Generalidades de la provincia de Salta

La provincia de Salta ocupa una superficie de 155.488 km² y tiene una particular posición geopolítica en el noroeste de la República Argentina, ya que limita con tres países (Bolivia, Chile y Paraguay) y seis provincias argentinas (Catamarca, Chaco, Formosa, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán).

Políticamente está dividida en veintitrés departamentos: Anta, Cachi, Cafayate, Capital, Cerrillos, Chicoana, General Güemes, General José de San Martín, Guachipas, Iruya, La Caldera, La Candelaria, La Poma, La Viña, Los Andes, Metán, Molinos, Orán, Rivadavia, Rosario de la Frontera, Rosario de Lerma, San Carlos y Santa Victoria. Estos departamentos, a su vez, están organizados administrativamente en sesenta municipios.



La provincia presenta los más variados ecosistemas, de la llanura chaqueña en el este –con no más de 200 metros de altura sobre el nivel del mar– a la cordillera de los Andes en el oeste, con el volcán Lulllaillaco a 6739 metros de altura. Esta variabilidad orográfica determina una importante cantidad de microclimas, que en relación con los contextos sociales y económicos influyen en la presencia y las tendencias de los más variados problemas de salud que caracterizan a la población de la provincia, desde la persistencia de las infecciones respiratorias como principal causa de morbilidad y mortalidad en la alta montaña hasta brotes y endemias por enfermedades transmitidas por vectores en el norte provincial.

Según la Sala de Situación de Salud de la Provincia,¹ la población estimada para el año 2016 era de 1.351.878 habitantes, con una densidad promedio de 8,7 habitantes por km², pero con una variabilidad importante. En el departamento de Los Andes, zona de puna en la alta montaña, esa densidad es de solo 0,2 habitantes por km² mientras que en la ciudad de Salta, capital de la provincia, alcanza los 311,3 habitantes por km². Más del 87% de la población reside en áreas urbanas (localidades de 2000 y más habitantes) y casi el 51% son mujeres, aunque en el área rural el índice de masculinidad es mayor. El 49% de la población reside en los departamentos Capital y La Caldera (zona centro).

La expectativa de vida al nacer, estimada para el año 2015,² es de 79,9 años para las mujeres y de 73,4 para los varones. Según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de la República Argentina, publicados por la Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la Provincia de Salta,³ del total de habitantes de la provincia, el 6,5% (79.204 personas) es población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios. De acuerdo con esta publicación “se considera población indígena a las personas que se autorreconocen como descendientes de (porque tienen algún antepasado) o pertenecientes a algún pueblo indígena u originario (porque se declaran como tales)”. Esta información es relevante no solo a la hora de analizar la situación de salud y la distribución de enfermedades en la provincia, sino también para tomar decisiones sobre el perfil de los agentes sanitarios y las modalidades de trabajo del Programa de Atención Primaria de la Salud en extensas zonas rurales del Chaco salteño y de la Puna. Entre las cuestiones a considerar en este aspecto se encuentra el uso de los idiomas que habla esta población, que se ubica principalmente en tres zonas de

1 - Ministerio de Salud Pública de Salta. Programa de Sala de Situación. Disponible en: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/paginas/sala/asis.php> (acceso 30 agosto 2020)

2 - Gobierno de Salta. Dirección General de Estadísticas y Censo. Anuario Estadístico – Provincia de Salta. Año 2017 – Avance 2018. Disponible en: <http://estadisticas.salta.gov.ar/web/archivos/anuarios/anuario2017-2018/Anuario%202017-2018.pdf> (acceso 30 agosto 2020)

3 - Gobierno de Salta. Dirección General de Estadísticas y Censo. Disponible en: <http://estadisticas.salta.gov.ar/web/level3/2/2/1395/1/null> (acceso 30 agosto 2020)

la provincia: región andina (kollas), región de la selva (nación guaraní) y región del Chaco salteño (wichis, tapietés, entre otros).⁴ Sin embargo, el Programa Sanitario de Relaciones Interculturales, que se inició y se desarrolla con la visión de atención primaria de la salud, ha relevado información, proporcionada por los agentes sanitarios, que indica que existen 21.681 familias originarias distribuidas en las distintas áreas operativas del sistema de salud, con un total de 104.064 habitantes originarios.⁵

También cabe destacar las características de las olas migratorias que ha recibido la provincia, por lo relevante de su influencia en el quehacer provincial. Destacan culturalmente la comunidad boliviana, las de origen árabe, particularmente siria y libanesa, y entre las comunidades de origen europeo las más numerosas son la española y la italiana.

En términos económicos, Salta tiene recursos naturales y actividades económicas de importancia (cultivos, ganadería y minería como actividades primarias, e industria de hidrocarburos, azúcar y vino, entre otras actividades, en las que el problema principal según diversos analistas se relaciona con la “economía informal” o en “negro”), aunque solo aporta con todas sus actividades económicas cerca del 1% del PBI de la Argentina, siendo que su población es aproximadamente un 3% del total nacional. Esto significa que el PBI per cápita de la provincia está muy por debajo de la media nacional.

Respecto de los determinantes sociales de la salud de la población salteña, se destaca que el Índice de Desarrollo Sostenible Provincial (IDSP) calculado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD Argentina,⁶ para el año 2016, es de 0,464, cuando el promedio nacional es de 0,570. El de Salta es el cuarto más bajo de todo el país; solo las provincias de Formosa, Chaco y Santiago del Estero presentan cifras menores.

En el mismo sentido, otros indicadores, relacionados con el acceso a servicios básicos –que son expresión de la calidad de vida–, dan cuenta de que el 6% de los hogares en la provincia aún no tiene electricidad, el 6,8% no dispone de baños, el 8,8% no tiene agua de red y solo el 61,2% dispone de desagües cloacales. Estos son promedios provinciales, pero las cifras son más desfavorables aún en los asentamientos urbanos de las principales ciudades, como Salta, Orán y Tartagal, entre otras, en las que hay que agregar las limitaciones existentes respecto de la calidad de las viviendas y el hacinamiento. Es así que en el departamento Rivadavia, donde se asienta un gran porcentaje de las poblaciones originarias mencionadas, más del 40% de la población registra Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

4 - Ministerio de Salud Pública de Salta. Programa de Sala de Situación. Disponible en: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/paginas/sala/asis.php> (acceso 30 agosto 2020)

5 - Información proporcionada por el Programa Sanitario de Relaciones Interculturales de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta, según datos de la Evaluación 2016.

6 - PNUD Argentina. Disponible en: <https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/presscenter/articles/2017/05/12/-c-mo-est-n-laargentina-y-las-provincias-en-los-rankings-de-desarrollo-.html> (acceso 30 agosto 2020). El IDSP puede tomar valores entre 0 y 1. Cuanto más cercanos a 1, mayor es el nivel de desarrollo sostenible.

Situación de la salud

La tasa de mortalidad general en el año 2017² fue de 5,81 por mil habitantes, y las principales causas de muerte en mayores de un año de edad fueron cáncer y tumores (19,2%), enfermedades del aparato circulatorio (19,1%), enfermedades del aparato respiratorio (18,3%), enfermedades del sistema digestivo (9,6%) y causas externas –accidentes, suicidios y homicidios– (8,6%).

La tasa de mortalidad infantil en menores de un año de edad registró en la provincia en los últimos 15 años un descenso superior al 30%: de 15 defunciones por cada mil nacidos vivos en el año 2004 a 9,6 por mil en el año 2018, según información de la Sala de Situación y del Observatorio Provincial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. La tasa de mortalidad neonatal sigue siendo el mayor desafío para un descenso sostenido de la mortalidad infantil. Se observan cifras superiores a estos promedios en los departamentos de alta montaña, en la región del Chaco salteño y en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Según datos del Ministerio de Salud de la República Argentina la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional en el año 2017 fue de 9,3 defunciones por cada mil nacidos vivos.⁷

La mortalidad materna en la provincia también registró una importante disminución durante los últimos años, de 15,07 defunciones por cada 10 mil nacidos vivos en el año 2010 a 1,6 en 2018, según las mismas fuentes de información mencionadas para la mortalidad infantil. Estas cifras merecen un análisis pormenorizado, ya que presentan aumentos y disminuciones significativos según el año, lo que puede observarse si se analiza el número absoluto de defunciones maternas por año: se registraron 14 defunciones en el año 2010, 23 en 2014 y 4 en 2018, que ocurrieron en los departamentos de Capital, Orán, San Martín y Metán. La realidad nacional también muestra esta tendencia errática: la razón de mortalidad materna como promedio nacional fue de 3,5 por cada 10 mil nacidos vivos en el año 2000, 5,5 en 2009 y 2,9 en 2017.^{5,8}

7 - Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina logró importante descenso de la mortalidad infantil y materna. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2019-05_b12/noti2.php (acceso 30 agosto 2020)

8 - Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Análisis de la mortalidad materno infantil 2007-2016. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001229cnt-analisis-mmi-2007-2016.pdf> (acceso 30 agosto 2020)

Respecto de la morbilidad, aunque hay datos que reflejan mejoras sustantivas, la provincia sigue registrando una carga importante de enfermedades transmisibles, como tuberculosis, influenza, dengue, enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas, entre otras. Cabe destacar, sin embargo, la certificación de la eliminación del paludismo en la Argentina, donde la endemia tuvo una particular situación epidemiológica y de control en la provincia de Salta.⁹ La enfermedad de Chagas sigue representando un desafío en cuanto a la interrupción de su transmisión por su vector principal, el *Triatoma infestans*, proceso en evolución pero no concretado en áreas del norte provincial y del Chaco salteño. La distribución de estas enfermedades tiene directa relación con la variabilidad en la orografía y los climas de la provincia.



Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen en Salta, como en el resto del país, un problema de salud pública, lo que se refleja en el hecho de que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las dos primeras causas de mortalidad general; por otro lado, los accidentes de tránsito ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad general en la Provincia.¹⁰ En consonancia con las políticas

9 - Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. La Organización Mundial de la Salud certificó que Argentina es libre de paludismo. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2019-05_b12/noti6.php (acceso 30 agosto 2020)

10 - Ministerio de Salud Pública de Salta. Indicadores básicos 2017. Disponible en: http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/documentos/sala/indicadores_basicos/documentos/indicadores_2017.pdf (acceso 30 agosto 2020).

nacionales de notificación de enfermedades crónicas no transmisibles, hace alrededor de diez años la provincia inició su registro sistemático; sin embargo, los datos aún no están relacionados poblacionalmente, por lo que –excepto en el caso de cáncer, en que existe la notificación nominal– no es posible todavía disponer de datos de morbilidad relacionados con las ECNT, aunque hay encuestas sobre los factores de riesgo asociados.¹¹ Además, la enfermedad renal crónica y la diabetes infantojuvenil forman parte de las prioridades definidas en las políticas de salud y su abordaje se realiza con un enfoque en la estrategia de atención primaria de la salud.

Esta política pública se ha instrumentado mediante la incorporación a la estructura del Ministerio de Salud Pública de la Unidad de Promoción de la Salud para abordar las ECNT y sus factores de riesgos, desde donde se despliegan estrategias relacionadas con la mejora en los estilos de vida de la comunidad, articuladas con otros sectores de gobierno y de la sociedad civil, a partir de las actividades de agentes sanitarios y de los centros de salud del Primer Nivel de Atención. Se prevé que para el año 2021, 65 de estos centros de salud estarán ejecutando acciones relativas a la prevención y el control de ECNT.

La situación nutricional de la población de la provincia de Salta es una clara evidencia de lo que significan los determinantes sociales de la salud. El 2% de los niños menores de 2 años de edad¹² presenta malnutrición por déficit (desnutrición) y la prevalencia en niños de 2 a 5 años es de 1,5%; los datos del Ministerio de Salud Pública registran el 1,6% en promedio para niños menores de seis años. Estos indicadores del promedio provincial dan cuenta de una tendencia netamente descendente en comparación con las escandalosas estadísticas de la década de 1980, pero esconden, al igual que otros indicadores, la situación de grupos vulnerables y pueblos originarios; esporádicamente es noticia nacional la muerte de algún niño wichi de Morillo o niños de Colonia Santa Rosa o Pichanal en el norte provincial. En el otro extremo de la balanza se ubica la obesidad, no solo de niños sino también de adolescentes, adultos jóvenes y personas de la tercera edad, que por su conducta alimentaria están en riesgo de sufrir las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros trastornos que afectan su calidad de vida: 1 de cada 20 menores de 5 años de edad (5,1%) presenta sobrepeso u obesidad según su índice de masa corporal (IMC), indicador que aumenta a 1 de cada 3 niños en edad escolar y a 2 de cada 3 en la adolescencia y en adultos y personas de la tercera edad.

En cuanto a salud mental, la provincia de Salta no escapa a la preocupante situación mundial y nacional, que requiere de intervenciones multisectoriales que son un desafío para las autoridades de salud pública. Entre los problemas más relevantes

11 - INDEC. Factores de riesgo. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68> (acceso 30 agosto 2020).

12 - Gobierno de Salta. Dirección General de Estadísticas y Censo. Anuario Estadístico – Provincia de Salta. Año 2017 – Avance 2018. Disponible en: <http://estadisticas.salta.gov.ar/web/archivos/anuarios/anuario2017-2018/Anuario%202017-2018.pdf> (acceso 30 agosto 2020)

se encuentran las tasas elevadas de suicidio, especialmente en adolescentes y jóvenes, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia de género, la violencia familiar y social y el abuso infantil. Respecto de las enfermedades mentales crónicas, la situación se ha sostenido casi sin cambios en los últimos años, tanto en sus tasas de incidencia como en las brechas de acceso a la atención de salud. En cuanto a los cuadros agudos, aun cuando la cuantificación de datos se encuentra en proceso de elaboración, se observa un incremento en la consulta de cuadros de depresión y ansiedad. Esta situación seguramente tiene su origen en determinantes sociales desfavorables, que generan una alta vulnerabilidad psicosocial en las comunidades.¹³

El sistema sanitario provincial responde en cuanto a su financiamiento a la misma estructura nacional, y cuenta con una cobertura diferenciada para cada uno de los tres subsectores. Así, en el subsector público, los recursos provienen del Tesoro Provincial y de transferencias nacionales directas o en productos (vacunas entre ellas); estos recursos sostienen presupuestalmente al Ministerio de Salud Pública de la provincia para el funcionamiento de su red de servicios, cuyos usuarios son principalmente la población más pobre y en situación de vulnerabilidad. Por otro lado, el subsector de la seguridad social se financia con aportes de los empleadores y empleados, incluidos empresas privadas e instituciones públicas nacionales y provinciales. Por último, existe un subsector privado, cuyos recursos provienen del gasto de bolsillo de los usuarios o de entidades intermedias llamadas de medicina prepaga. Por otra parte, el PAMI, obra social para jubilados y pensionados de ámbito nacional, brinda cobertura de atención médica al 11,8% de la población provincial.¹⁴

Según la información registrada¹⁵ en el año 2017, la fuerza laboral del Ministerio de Salud Pública en toda la provincia es de 12.986 trabajadores, entre profesionales de la salud (3035), personal de enfermería (3130), otros profesionales (267), residentes (185), técnicos (997), agentes sanitarios (1439), personal de administración (1869) y de mantenimiento (2064). Se encuentran registrados 1850 médicos en toda la provincia (solo sector público), de los que el 62% prestan servicios en los departamentos de Capital y La Caldera, zona geográfica central de Salta, donde reside el 49% de la población total. La zona oeste, valles altoandinos de La Puna y Valles Calchaquíes, donde reside el 13,6% de la población de la provincia, tienen el 9% del total de médicos que prestan servicios en hospitales y primer nivel del Ministerio de Salud Pública.

13 - Información brindada por escrito por el Programa de Salud Mental de la Provincia, el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone” de la ciudad de Salta y la Coordinación General de Adicciones del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta.

14 - Maceira, D, Cejas, C. Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del sistema de salud de Salta. *Estud. Econ.* [online]. 2010, vol.27, n.54, pp. 29-66. Disponible en: http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2525-12952010001100002&lng=es&nrm=iso (acceso 30 agosto 2020)

15 - Gobierno de Salta. Dirección General de Estadísticas y Censo. Anuario Estadístico – Provincia de Salta. Año 2017 – Avance 2018. Disponible en: <http://estadisticas.salta.gov.ar/web/archivos/anuarios/anuario2017-2018/Anuario%202017-2018.pdf> (acceso 30 agosto 2020)

Atención Primaria de la Salud en Salta

El Programa de Atención Primaria de la Salud

En la segunda mitad de la década de 1960, el médico Jujeño Carlos Alberto Alvarado (1904-1986) intentó establecer un programa de salud rural en la provincia de Salta,¹⁶ que no prosperó y se interrumpió a los dos años. En el año 1978, el médico tucumano Enrique Tanoni (1941-2019),¹⁷ que había trabajado con Carlos Alvarado en el Programa de Salud Rural de la provincia de Jujuy, sentó las bases para el Programa de Salud Rural en la provincia de Salta, que, a partir del año 1983 (con el reinicio de la democracia en la Argentina), pasó a denominarse Programa de Atención Primaria de la Salud, concepto esbozado ya años antes, pero consagrado de manera universal por la Declaración de Alma Ata. Desde entonces y hasta la fecha, octubre de 2019, el programa persiste debido a las sólidas bases establecidas por Tanoni, y ha evolucionado hasta convertirse en una **estrategia**, en un sentido más integral, de atención primaria de la salud.

El actor irremplazable del Programa de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Salta es el agente sanitario, definido en el **Manual del Agente Sanitario** como “un trabajador de salud que promociona, realiza acciones de atención primaria, planifica y sistematiza su trabajo y realiza visitas domiciliarias programadas a todas las familias de su sector”. Es caracterizado como “parte importante del equipo de salud, se forma y se elige porque es del lugar, son los ojos y oídos del equipo de salud, facilitan y canalizan las respuestas entre el equipo de salud y la comunidad,

16 - Alfredo G. Kohn Loncarica *et al*, *Nacionalismo e internacionalismo en las ciencias de la salud: el caso de la lucha antipalúdica en la Argentina*, *Asclepio*, vol. XLIX-2, 1997.

17 - Médico y político. Trabajó con Carlos Alvarado el Programa de Salud Rural de Jujuy. Inició en Salta en el año 1978 el entonces Programa de Salud Rural, luego Programa de Atención Primaria de la Salud, consolidado como política de Estado en el Plan de Salud “Ramón Carrillo” (1983), que instauró la estrategia de Atención Primaria de la Salud que subsiste en la actualidad. Fue secretario de Salud Pública de la provincia de Salta (1983 - 1987), diputado provincial (1988 - 1992), ministro de Hacienda de la Provincia de Salta (1996 - 1997), intendente de la ciudad de Salta (1999 - 2001), diputado nacional (2001 - 2005). Se desempeñó como consultor de la OPS/OMS en varios países de América Central en diferentes períodos. Ha sido un maestro y referente para quienes se desempeñaron en atención primaria de la provincia de Salta.



realiza una atención precoz y derivación oportuna del enfermo, especialmente en zonas aisladas, forma parte de los procesos de capacitación permanente del Área Operativa y hasta participa de los pases médicos de sala con el paciente por él derivado cuando sea necesario”.¹⁸ Los principios para la selección de los agentes fueron determinantes para el éxito del programa: son líderes o representantes de sus comunidades por la inserción comunitaria, porque entienden sus costumbres, sus códigos y sus tiempos y hasta hablan o comprenden sus idiomas o dialectos.

Los instrumentos esenciales del Programa de Atención Primaria de la Salud en Salta son:

- **Manual del Agente Sanitario:** es la norma técnica por excelencia del Programa de Atención Primaria de la Salud de la Provincia de Salta. Establece los protocolos para las actividades del Agente Sanitario, los Supervisores Intermedios y los Supervisores Técnicos. Consta de veintitrés capítulos, organizados en dos tomos: Salud Pública y Estrategia de APS, Reconocimiento geográfico, Socioantropología, Formularios y registros, Vigilancia

¹⁸ - Así definido por uno de los participantes en los grupos focales consultados.

epidemiológica, Educación para la salud, Salud materno-infantil e IRA, Nutrición, Control de diarreas y cólera, Enfermería básica, Inmunizaciones, Saneamiento ambiental, Tuberculosis, Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, Enfermedades dermatológicas de interés sanitario, Enfermedad de Chagas – Mazza, Enfermedades zoonóticas de interés en salud pública, Odontología, Salud mental, Toxicología, Cáncer, Huerta familiar y Terminología.

- **Manual de supervisión médica, intermedia y de enfermería bajo estrategia de APS.**¹⁹
- **Mochila de trabajo:** sirve para el transporte de los elementos a utilizar durante la visita a las familias asignadas. Está confeccionada con material impermeable, de color azul con cordeles rojos, y es el ícono con el que toda la población de la provincia identifica al agente sanitario, junto con su clásica chaqueta de color celeste. La mochila consta de cinco bolsillos destinados a la carpeta de censo y nutrición, formularios en blanco, lapiceras tipo birome acorde al color de cada ronda sanitaria, lápiz y borrador, tela adhesiva, cinta métrica, alcohol, fósforos, mechero tipo Bunsen, bolsas de plástico y de papel, frascos descartables y portaobjetos para fijar las muestras de esputo, jeringas y equipos de lavado de manos y de paludismo.
- **El perfil del AS y su proceso de selección:** este proceso da sustento a las fortalezas de atención primaria por la rigurosidad con la que se ejecuta. El agente vive en la misma comunidad en la que presta servicio, es reconocido por sus valores en ciudadanía, se somete a un proceso de selección junto con otros candidatos, debe aprobar el curso de formación como agente sanitario y demostrar durante los 45 días de capacitación y convivencia con otros pares que asume con responsabilidad y sensibilidad social la tarea de cuidar la salud de su comunidad.
- **Sectorización del Área Operativa:** cada sector de trabajo tiene asignado un número de familias, que depende de diversos factores: si es urbano, periurbano o rural, la dispersión geográfica de las familias y la accesibilidad, entre otros.
- **Reconocimiento geográfico:** forma parte de la sectorización y consiste en ubicar las viviendas, las escuelas y los servicios de salud, entre otros locales de la comunidad, en un croquis que elabora el agente sanitario para cada paraje y localidad.

19 - Franco Garces, A. Lucero, S. Manual de supervisión médica, intermedia y de enfermería bajo estrategia de A.P.S. Salta: Programa de A.P.S., 1997

- **Las visitas domiciliarias con sus actividades:** sectorización del territorio y asignación de población. El “Visto” es un certificado que resulta una herramienta valiosa: queda a la “vista” de todos en la casa, como constancia de la visita, indica la fecha y las actividades realizadas y cuenta con la firma del agente sanitario.
- **Censo de población y vivienda:** es la herramienta que permite conocer dónde vive cada una de las personas a las cuales hay que cuidarles la salud.
- **Las rondas sanitarias y los cursos pre-ronda:** la visita del agente sanitario a las familias sin factores de riesgo está programada en cuatro rondas sanitarias anuales. Ante la finalización de una ronda, durante una semana se lleva a cabo la evaluación de sus resultados en una asamblea general del equipo de salud, en el llamado “curso pre-ronda”: es un momento de aprendizaje colectivo y esencial para la organización de los planes de trabajo de los siguientes tres meses, en los que se prepara la próxima ronda sanitaria.
- **Capacitación del agente sanitario y del resto del personal:** durante muchos años se hizo en dependencias del Hospital Dr. Joaquín Castellanos, de la ciudad de General Güemes, con un riguroso programa académico que se ejecutaba durante 45 días, período durante el cual se permanecía a tiempo completo en el lugar. En la actualidad esa capacitación se hace en cada área operativa, y se ha perdido eficiencia.
- **Supervisión en terreno:** llevada a cabo por las figuras del Supervisor Intermedio y del Supervisor Técnico. Los agentes sanitarios que se han destacado por sus condiciones de liderazgo, el reconocimiento de la comunidad y el buen desempeño en su trabajo a través de años de servicio pasan con el tiempo a ocupar la posición de supervisores intermedios. Los supervisores técnicos son profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, bioquímicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos) que prestan servicios en las áreas operativas y que se identifican con los postulados profesionales y sociales de la atención primaria de la salud. La visita que realiza el agente sanitario casa por casa, según la programación que se hizo en el curso pre-ronda, es verificada en forma selectiva en alrededor del 10% de esas visitas: se revisitan esas casas con la finalidad de comprobar que la familia efectivamente fue visitada y que las actividades fueron realizadas de acuerdo con las normas. En general, esta supervisión en terreno se hace en presencia del propio agente sanitario y es ejecutada tanto por quien cumple la función de Supervisor Intermedio como por parte del Supervisor Técnico.

- Los componentes esenciales del Programa de APS hasta aquí descriptos son de carácter técnico y profesional. Pero todos ellos no tendrían la capacidad de ser instrumentos al servicio de la población si no se trabajara con valores relacionados con las personas y el entorno social en el que se prestan esos servicios: dedicación al trabajo, entrega, respeto absoluto a las familias y a la comunidad, percepción y reconocimiento sobre dónde y cuándo hay una necesidad individual o social, identificación con la población a la que se presta servicio. Estos valores, llamados “mística” en el equipo de atención primaria de Salta, fueron y serán la columna vertebral que sostiene al programa primero y a la estrategia luego frente a las muchas amenazas y debilidades del sistema sanitario.

La evolución del Programa de APS desde el año 1978 fue de crecimiento sostenido en cuanto a su cobertura poblacional y geográfica. Ese año se comenzó a implementar progresivamente el programa, y al final del año se encontraban ya en funcionamiento diez áreas operativas: Colonia Santa Rosa, Pichanal, Aguaray, Morillo, Santa Victoria Oeste, Iruya, Salvador Mazza, Santa Victoria Este, Embarcación y Nazareno.

Aquí es donde la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud²⁰ tuvo el rol de consolidar la propuesta de trabajo en Salta y terminó con la discusión acerca de si se trataba de “medicina para pobres” y para población de difícil acceso geográfico a servicios de salud o si era una propuesta válida para toda la población.

En el transcurso de los años siguientes se fueron incorporando otras áreas operativas a la cobertura del Programa de Salud Rural: en 1979, General Güemes, San Carlos, San Antonio de los Cobres, Rosario de la Frontera, El Tala, Rivadavia Banda Sur, El Potrero y Tartagal; en 1981 Orán; en 1982 Las Lajitas; en 1983 Metán y Apolinario Saravia. En el año 1983 se adoptó la denominación de Programa de Atención Primaria de la Salud en reemplazo del Programa de Salud Rural.

En el año 1984, con el Plan de Salud “Ramón Carrillo”, se regionalizó la provincia en cuatro zonas sanitarias (norte, sur, oeste y centro) y se establecieron cuarenta y cinco áreas operativas, que constituyen la unidad organizativa y funcional del sistema local de salud. Siguiendo con la cobertura progresiva se incorporaron Joaquín V. González, El Quebrachal, El Galpón e Hipólito Irigoyen en 1984, y a partir de 1986 Rosario de Lerma, Cafayate, El Carril, La Viña y Guachipas. En 1992 se separó Alto de la Sierra de Santa Victoria Este en el norte del Chaco salteño y luego se incorporaron otras áreas de la zona oeste provincial, como Cerrillos, Chicoana, Coronel Moldes, Molinos y Cachi.

En el año 1996 tuvo lugar una definición política y normativa clave para con-

20 - Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> (acceso 30 agosto 2020)

solidar la atención primaria de la salud, con la sanción de la Ley Provincial 6841²¹ que puso en vigencia los “Principios del Plan de Salud Provincial” y faculta al gobernador de la provincia a dictar el marco normativo para hacer efectivos los derechos reconocidos por la Constitución de la provincia.²² La norma establece que “las prestaciones [...] estarán basadas en la estrategia de atención primaria de la salud”, reestructura el Instituto Provincial de Seguro y reestructura los hospitales públicos disponiendo que la “política de asistencia de la salud del Gobierno de la provincia se funda en el sistema de redes de servicios de salud, centradas en hospitales públicos de autogestión”.

El programa de APS en Salta, a partir de la visita domiciliaria del agente sanitario, ejecuta las siguientes actividades:

- **Reconocimiento geográfico.** El agente sanitario reconoce geográficamente su sector de trabajo: identifica rutas de acceso, caminos vecinales, ubicación de las escuelas, parroquias y centros comunitarios, así como cada una de las viviendas donde habitan las familias que estarán bajo su cuidado. Ese reconocimiento del terreno se registra en un mapa tipo croquis. Esto se traduce en la llamada “cartografía del sector”, que el agente sanitario actualiza permanentemente.
- **Planificación del trabajo.** Se realiza a partir del censo de población y el registro del estado de las viviendas, así como de la disponibilidad de servicios básicos de agua, excretas y basuras, criterios que indicarán el grado de vulnerabilidad de la familia y, en consecuencia, indicará su prioridad para la visita domiciliaria.
- **Detección, control y seguimiento de familias en riesgo.**
- **Registro de autorreconocimiento** de pertenencia a pueblos originarios, nivel de escolaridad, si tiene cobertura de alguna obra social y si recibe beneficios de alguno de los programas sociales vigentes.
- **Maternidad e infancia:** detección y captación de recién nacidos, embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años.
- **Actividades de salud sexual y reproductiva:** incluidos la promoción de la prueba de Papanicolaou y evaluación sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- **Evaluación del estado nutricional del niño menor de 6 años.**

21 - Ley de la Provincia 6841 de Principios sobre el Plan de Salud Provincial, sancionada el 12 de diciembre de 1995, publicada en el Boletín Oficial de la Provincia de Salta N° 14891 del 9 de abril de 1996. Digesto jurídico actualizado al 31/07/2015. Establece, entre otras medidas, que “las prestaciones previstas [...] mínimas, [...] estarán basadas en la estrategia de atención primaria de la salud”.

22 - Artículo 41: “La salud es un derecho inherente a la vida y su preservación es un deber de cada persona. Es un bien social. Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades”.

- **Vacunación:** incluye el calendario nacional completo.
- **Detección y captación de sintomáticos respiratorios de tuberculosis.**
- **Promoción del saneamiento ambiental:** con un enfoque de tratamiento de agua, excretas y basura, así como de medidas de prevención domiciliar de enfermedades transmitidas por vectores como paludismo, dengue, chagas y chikungunya.
- **Promoción de huertas y granjas familiares.**
- **Conformación y funcionamiento de unidades de rehidratación oral comunitarias (UROCS).**
- **Detección y derivación de problemáticas psicosociales.**
- **Detección de diabetes, hipertensión arterial y discapacidad.**
- **Identificación de situaciones** en las que el padre y la madre, por razones laborales habitualmente, consignan el cuidado de niños menores de 5 años de edad a sus hermanos/as mayores, tíos o vecinos.
- **Detección de adultos mayores en situación de riesgo.**
- **Registro de defunciones en la familia.**
- **Derivación para atención médica o de otros profesionales.**
- **Participación en su comunidad en actividades generales de promoción de la salud,** y otras intervenciones orientadas en el marco de estilos de vida y la prevención de enfermedades no transmisibles, como diabetes.
- **Integración a equipos de trabajo en situaciones epidemiológicas de brotes o epidemias.**

Según datos de la tercera ronda del año 2019, realizada en los meses de julio, agosto y septiembre, 167.907 familias fueron asignadas a los 1439 agentes sanitarios que prestan servicios en Salta. Se realizaron las visitas correspondientes a 142.373 de esas familias, lo que representa un 84,79% de cumplimiento de la meta. De esta manera, el programa visitó en su domicilio a 610.267 habitantes de la provincia.

■ La organización de la atención de salud por Niveles de Atención

Actualmente la regionalización sanitaria en la provincia establece cuarenta y ocho áreas operativas en todo el territorio provincial y seis hospitales especializados en la ciudad de Salta. Se considera el área operativa como la “Unidad de Programación y Administración de Salud”²³ de la provincia, y se determina por Resolución del Ministerio de Salud Pública el territorio geográfico y la población que en él reside como responsabilidad sanitaria del establecimiento base del área operativa y los servicios de salud allí incluidos.²⁴

Las áreas operativas se distribuyen en cuatro regiones sanitarias:²⁵

- **Norte:** quince áreas operativas.
- **Sur:** diez áreas operativas.
- **Oeste:** veintiuna áreas operativas.
- **Centro:** dos áreas operativas.

Los hospitales especializados de la ciudad de Salta, que son referencia provincial, son:

- Hospital Público Materno Infantil.
- Hospital del Milagro. Enfermedades infecciosas.
- Hospital “Dr. Arturo Oñativia”. Endocrinología.
- Hospital San Bernardo. General de agudos.
- Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragoné”.
- Hospital “Papa Francisco”. General de agudos.

23 - Ley de la Provincia de Salta N° 6277, 1984.

24 - Resolución N° 0370 y sucesdneas. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 25 de febrero de 1985.

25 - Ministerio de Salud Pública de Salta. Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Disponible en: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/organizacionsistsaludmsp.php> (acceso 30 agosto 2020)

Regionalización sanitaria según áreas operativas (AO)

Nº	Denominación del área operativa	Zona geográfica	Región sanitaria	Red de atención
I	Colonia Santa Rosa	Norte	Norte	Orán
II	Pichanal	Norte	Norte	Orán
III	Aguaray	Norte	Norte	Tartagal
IV	Morillo	Chaco salteño	Norte	Orán
V	Santa Victoria Oeste	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna
VI	Iruya	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna
VII	Salvador Mazza	Norte	Norte	Tartagal
VIII	Santa Victoria Este	Chaco salteño	Norte	Tartagal
IX	Embarcación	Norte	Norte	Orán
X	Nazareno	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XI	Orán	Norte	Norte	Orán
XII	Tartagal	Norte	Norte	Tartagal
XIII	Rivadavia	Chaco salteño	Norte	Orán
XIV	Las Lajitas	Sur	Sur	Güemes
XV	J. V. González	Sur	Sur	Güemes
XVI	El Quebrachal	Sur	Sur	Güemes
XVII	El Galpón	Sur	Sur	Metán
XVIII	Rosario de la Frontera	Sur	Sur	Metán
XIX	Metán	Sur	Sur	Metán
XXI	El Tala	Sur	Sur	Metán
XXII	General Güemes	Sur	Sur	Güemes
XXIII	Apolinario Saravia	Sur	Sur	Güemes
XXIV	Cafayate	Valle Calchaquí	Oeste	Cafayate
XXV	San Carlos	Valle Calchaquí	Oeste	Cafayate
XXVI	Molinos	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
XXVII	Cachi	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
XXVIII	General Mosconi	Norte	Norte	Tartagal
XXIX	San Antonio de los Cobres	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXX	Cerrillos	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna

XXXI	Hipólito Yrigoyen	Norte	Norte	Orán
XXXII	Rosario de Lerma	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXIII	Chicoana	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXIV	El Carril	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXV	Coronel Moldes	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXVI	La Viña	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXVII	Guachipas	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXVIII	El Potrero	Sur	Sur	Metán
XXXIX	La Caldera	Centro	Centro	Hospitales de Capital
XLIV	Alto de la Sierra	Chaco salteño	Norte	Tartagal
XLVI	Campo Quijano	Quebrada del Toro	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XLVIII	Seclantás	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
XLIX	Urundel	Norte	Norte	Orán
L	La Merced	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
LI	La Unión	Chaco salteño	Norte	Orán
LII	La Poma	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
LIII	Angastaco	Valle Calchaquí	Oeste	Cafayate
LV	Papa Francisco	Ciudad de Salta	Centro	Sureste
LVI	Hospital Materno Infantil	Ciudad de Salta	Centro	Noroeste
Total de áreas operativas: cuarenta y ocho				

Los niveles de complejidad en la atención sanitaria de la provincia son cuatro:²⁶

- **Nivel I.** Cuatrocientos cincuenta y nueve servicios. Son servicios de atención ambulatoria únicamente, ubicados en el periurbano de las grandes ciudades y áreas rurales. Se diferencian en:
 - **Centros de salud:** ciento treinta servicios. Cuentan con la 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.

26 - Decreto N° 2411, Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, Provincia de Salta, 2 de diciembre de 2005. El decreto aprueba la definición de conceptos a utilizarse en la construcción del Sistema de Atención Sanitaria y crea cuatro Regiones Sanitarias, asistidas por un Sistema de Redes de Atención.

- **Puestos sanitarios:** doscientos cincuenta y ocho servicios. 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:** setenta y un servicios. Funcionan en escuelas, centros vecinales o casas de familias del ámbito rural. El equipo de salud (médicos, enfermeras, agentes sanitarios) se traslada de forma periódica para atender a poblaciones de difícil acceso ubicadas en distintos parajes provinciales.
- **Nivel II.** Treinta y seis servicios. Lo conforman los hospitales cabecera de área operativa. A la atención ambulatoria en consultorios externos y de emergencia se le suma la atención en internación no diferenciada. Disponen de laboratorio y radiología de rutina.
- **Nivel III.** Nueve servicios. Está constituido por hospitales cabecera de áreas operativas, que sirven de referencia a otras áreas vecinas. Disponen de atención ambulatoria y de internación diferenciada en las cuatro clínicas básicas, además de algunas especialidades críticas. Tienen servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad. Están ubicados en el interior de la provincia.
- **Nivel IV.** Siete servicios. 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.

Sobre la base de este modelo de organización de la atención por niveles de complejidad creciente, con eje en la estrategia de atención primaria de la salud –en especial para las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades– se establecieron las normas de referencia y contrarreferencia²⁷ de sintomáticos, pacientes o población sana con indicación de controles de salud, como es el caso de embarazadas.

27 - Resolución N° 1309, Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 20 de septiembre de 2017. La resolución aprueba las Circulares Normativas SP 15 y 17 sobre normas de Referencia y Contra Referencia de pacientes con patologías sin capacidad de resolución en su Área Operativa.

■ La estrategia de Atención Primaria de la Salud

Además de lo señalado en cuanto a la organización de la atención sanitaria por niveles, han sido necesarios otros componentes en la política de salud para superar las dificultades de un programa con agentes sanitarios que “llevan”²⁸ población sana, en riesgo o enferma a los clásicos servicios de salud de modalidad intramural. En este sentido, todos los problemas de salud se abordan a partir de actividades de baja complejidad de promoción de la salud y prevención de enfermedades –transmisibles o no– y la capacitación del equipo de salud tiene siempre una dimensión de atención primaria de la salud. La política para que exista un enfoque intercultural para todo el sistema está dada, y es por esto que en Salta debe considerarse al “Programa de APS” inmerso en una “Estrategia de APS”.

Es así, para dar algunos ejemplos, que el control de la tuberculosis se hace a partir de la búsqueda de sintomáticos respiratorios en cada visita domiciliaria y la toma de muestra de esputo cuando corresponde, así como el tratamiento “directamente observado” por alguien del equipo de salud o un maestro o familiar ante un diagnóstico positivo. La evaluación del estado nutricional de los niños se hace pesándolos y midiendo su talla en su propia casa, así como, en general, se vacuna a cada familia en el domicilio, lo que implica un enorme esfuerzo logístico para asegurar la cadena de frío. En cuanto a la detección precoz de embarazadas, no se limita a la promoción de la consulta médica, sino que existe una búsqueda activa casa por casa, de la misma manera que se da luego el seguimiento de los controles prenatales.

El esfuerzo para que los servicios sanitarios respetaran el derecho a la salud –en el marco de garantizar la atención de población sana, con factores de riesgo o enferma, que era derivada por los agentes sanitarios– y para integrar esos servicios a la estrategia de atención primaria tuvo un momento decisivo cuando la fortaleza política del Plan de Salud “Ramón Carrillo” (del año 1983) permitió el diseño de una estrategia de discusión en torno a esos derechos. Una de las expresiones de esa discusión fue la difusión de afiches con “Los derechos del paciente en el hospital público”, a saber:²⁹

1. El hospital es para todos. Cualquier habitante tiene derecho a la atención médica, esta no es un regalo o un favor, es un derecho.
2. Todo paciente tiene derecho a ser correcta y totalmente informado por los médicos y por todo el personal sobre el modo y los medios para solucionar el problema que lo aqueja.
3. Todo paciente tiene derecho a una intervención digna, respetuosa y privada.

28 - Los agentes sanitarios derivan, articulan atención, y en no pocas situaciones han llevado a los pacientes en su bicicleta, motocicleta, a lomo de burro, en la camioneta del finquero, etc.

29 - Tanoni, E. La medicina sanitaria, la salud pública, la salud de la gente: las historias que no se cuentan. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2014.

4. Todo niño tiene derecho a estar con su madre durante su internación en el hospital.
5. Todo paciente tiene derecho a exigir la menor espera posible en inscripción, consultorios y demás servicios.
6. Todo paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico, tratamiento y prácticas que les sean instituidos en el hospital.
7. Todo paciente tiene el derecho a ser considerado el centro del problema de salud y recibir, por ende, un trato privilegiado, respetuoso y amable.
8. Todo paciente o consultante tiene derecho a conocer el funcionamiento de su servicio de salud.
9. Todo paciente tiene derecho a que su curación no afecte su economía privada.
10. Todo paciente tiene derecho dentro del hospital a que se respete su vida normal (horario, comidas, visitas, reposo y entretenimientos).

El enfoque para abordar los problemas de salud mental es otra expresión respecto de cómo la estrategia de atención primaria de la salud constituye un eje esencial en las políticas públicas de salud.

Uno de los primeros “gestos” (en lo relativo a la salud mental) hacia la estrategia de atención primaria fue la sanción de la Ley 6302, en el año 1984, que establece la implementación de un Plan de Salud Mental. A lo largo de sus artículos, si bien permanece ligada a un modelo higienista, avanza en propuestas de descentralización de recursos, mejoras en la accesibilidad, la implementación de servicios de salud mental en hospitales generales y la participación comunitaria, entre otras medidas, todas de fuerte impronta sanitaria y en relación con la estrategia de atención primaria de la salud.

Por otro lado, hubo una continuidad en la generación de “cultura y conocimiento” en los campos de salud mental, salud pública y atención primaria. En primer lugar, la provincia de Salta inició en el año 1986 la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, con apoyo nacional, como se analiza más adelante. Esta residencia involucró desde sus orígenes un proceso de formación organizado alrededor de un modelo de intervención comunitaria y de atención primaria de la salud. En segundo lugar, en el año 1999 se creó la Residencia de Psicología Comunitaria, y el posgrado de especialista/maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Salta posibilita desde el año 1993 la capacitación de profesionales de disciplinas afines a la salud mental en procesos integrales de análisis de la situación de salud, de gestión y administración sanitarias, como es propio de los cursos de salud pública.

En el nivel de conducción del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta, a partir de la reapertura, en el año 2006, del Área de Salud Mental como Pro-

grama, y de un área específica en adicciones en el año 2007, se inició el desarrollo sostenido de diversas acciones específicas, muchas de las cuales retoman los principios rectores de atención primaria, entre ellos hacer real y efectivo el derecho a la no discriminación y a la integración social para las personas con problemas de salud mental, para lo cual fue necesario apoyarse en una acción intersectorial.

Entre estas acciones cabe mencionar: el plan quinquenal, la ampliación de las redes de atención de adicciones, los avances de una lógica de asistencia basada en la comunidad (como el cierre de la colonia Potrero Linares, lugar emblemático como “depósito” de enfermos psiquiátricos en áreas rurales de difícil acceso, entre otras medidas), la apertura de dispositivos residenciales comunitarios, el desarrollo de programas de atención domiciliaria y redes intersectoriales, y la asistencia al suicida con características propias de atención primaria de la salud, entre otras.

Del período que va desde aquel momento germinal, a mediados del año 2000, hasta alrededor del año 2017, se resalta que si bien ha sido fértil en acciones, estas estuvieron signadas, como todos los inicios, por cierta desorganización. Aún hoy los programas que se iniciaron no están totalmente sistematizados ni cuentan con protocolos sólidos, situación que está en proceso de revertirse. En los últimos años se ha retomado una lógica de abordaje sociosanitario para los problemas relacionados con la salud mental. Sin embargo, aún no se superan las dificultades existentes para que los efectores de salud ajenos al área de salud mental asimilen que los problemas o enfermedades de salud mental que aquejan a la población deben tener un abordaje sociosanitario y no represivo. No obstante, puede señalarse como avance significativo la incorporación de indicadores específicos sobre violencia intrafamiliar, intentos de suicidio, suicidios y consumo de alcohol y de drogas ilegales en las planillas de registro de actividades familiares de los agentes sanitarios. Entre otros beneficios, incluir la detección de problemas psicosociales permitió que se empezara a contar con información objetiva sobre el comportamiento de algunas de las problemáticas en salud mental (información que luego se incorpora como indicador en los procesos de evaluación de hospitales y áreas operativas), lo que favoreció el acceso a los servicios de salud.

Este es otro aspecto que caracteriza a la estrategia de atención primaria en el abordaje de problemas complejos (los cinco nombrados: intento de suicidio, suicidio, violencia intrafamiliar y consumo de alcohol y drogas ilegales) mediante atención primaria como puerta de entrada. El agente sanitario no solo detecta y registra, sino que también deriva, activando la red de respuesta, que no necesariamente se limita solo a la red sanitaria. De este modo, se incluyeron formalmente las problemáticas psicosociales en las actividades de los agentes sanitarios, lo que disparó la capacidad de respuesta tanto estatal como comunitaria. En este sentido, es de destacar, en el **Manual del Agente Sanitario**, la elaboración del capítulo “Problemáticas psicosociales en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud” (actualización 2017 - Direc-

ción de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta). Mediante esta herramienta de trabajo se establece la pauta normativa para la detección, el registro y la derivación al equipo de salud o la red interinstitucional local o de niveles superiores (tanto del sector salud como otros, sociales, municipales o vecinales) de las cinco problemáticas psicosociales mencionadas, con un enfoque de abordaje integral, sistémico, intersectorial e intercultural. También se brindan en el manual algunas herramientas básicas de prevención de esas afecciones, aunque no es responsabilidad del agente sanitario su abordaje. Esta actividad se implementa desde el año 2013 y está integrada a los equipos de salud mental de las áreas operativas.

También es de relevancia el diseño, a partir del trabajo de referencia y contra-referencia, de una red de complejidad creciente en salud mental y adicciones, aprobada por Resolución Ministerial,³⁰ que define diferentes niveles de resolución a partir de la capacidad de cada servicio, y determina los recursos deseados para cada nivel y las estrategias a desplegar. Además, se establece el modo en que los usuarios, de acuerdo con la complejidad de su problemática, circularían por la red, con preferencia del primer nivel y su inserción comunitaria. Este proceso de descentralización involucra el traslado de la atención ambulatoria y dispensación de medicamentos, que se sostiene hoy en hospitales, a los centros de salud, a la vez que también el recurso humano se traslada al primer nivel de atención.

Respecto de la capacitación de los recursos humanos, cabe destacar las políticas públicas provinciales de formación de profesionales en residencias oficiales de posgrado con orientación en atención primaria de la salud, con un alto contenido de acciones de promoción y prevención y con el objetivo de contribuir a la formación de profesionales para el Primer Nivel de Atención, particularmente intramural en centros y puestos de salud de áreas urbanas. Varias de estas iniciativas del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta tienen apoyo financiero y académico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

En este sentido, la Residencia en Medicina General y Familiar se inició en la ciudad de Orán hace aproximadamente treinta años, y actualmente existe también otro programa similar en las ciudades de Salta y Tartagal. La Residencia en Psicología Comunitaria se realiza en la ciudad de Salta desde hace veinte años aproximadamente y dispone de cinco plazas; como es la única en todo el país, el ingreso es muy competitivo, con postulantes de varias provincias. En el año 2019 inició la Residencia Interdisciplinaria en Atención Primaria de la Salud con dos psicólogos, dos trabajadores sociales, dos licenciadas en obstetricia, dos nutricionistas, dos médicos para medicina familiar y general y dos para pediatría. Este también es un programa con apoyo nacional y el proceso de selección se realiza en forma simultánea en todo el país. La Fa-

30 - Resolución N° 1706, Ministerio de Salud, provincia de Salta, 3 de octubre de 2019. La resolución aprueba normas relativas a salud mental y adicciones.

cultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta dicta desde el año 1994 la Especialidad en Salud Pública con mención en Atención Primaria de la Salud y la alterna anualmente con la Maestría en Salud Pública con mención en Atención Primaria de la Salud. Ambas actividades de posgrado son interdisciplinarias y reciben profesionales de la provincia de Salta y de otras partes del país. Ambas carreras están acreditadas con la calificación B por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

Estos programas merecen un análisis actualizado sobre sus fortalezas y debilidades ya que sus egresados encuentran dificultades para conseguir plazas laborales en el sistema de salud, no solo a nivel provincial sino también nacional. Esta dificultad disminuye, en consecuencia, el interés en este tipo de formación y algunos años las plazas disponibles para residencias o especializaciones en atención primaria no son cubiertas en su totalidad. Este es no solo un problema de oferta de puestos de trabajo en el área profesional para la cual se formaron, sino que tiene que ver con un marco general de política pública que no ofrece a los profesionales la respuesta que esperan del sistema. También hay que tener en cuenta las dificultades derivadas de la propia expectativa profesional de los jóvenes egresados, que probablemente no encuentran satisfacción o interés en el ámbito público, así como la competencia por profesionales en otros subsectores de salud, que orienta el ejercicio profesional más a una cuestión de mercado que a una actitud de servicio. Existe un marco legal de las residencias en la provincia,³¹ y tiene particularidades de excelencia en varios aspectos, pero los resultados en relación con las renunciaciones de profesionales que ingresaron y las dificultades laborales de los egresados parecen indicar la necesidad de una revisión de todo el sistema en el contexto de las políticas públicas de salud, tanto nacionales como provinciales.

En Salta hay nueve pueblos originarios: kolla, guaraní, chané, tapiete, toba, chorote, chulupí, wichi y diaguita, distribuidos geográficamente en el altiplano de la Puna, en el valle interandino y en la llanura chaqueña y que según datos del censo de los agentes sanitarios representan más de cien mil habitantes.³² Considerar la variabilidad y la riqueza de estas culturas es otro factor que enriqueció la visión de atención primaria de la salud como estrategia, lo que llevó a la instalación formal del Programa Sanitario de Relaciones Interculturales, dependiente de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. El objetivo de este programa es aportar el enfoque intercultural a la estrategia de atención primaria de la salud, mediante el monitoreo de la situación sanitaria de los pueblos originarios, y fortalecer la respuesta del sector salud en alianza con diversas organizaciones involucradas en la mejora de la calidad de vida de esta población.

31 - Decreto N° 1277, Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 5 de mayo de 2000. El decreto aprueba el Reglamento del Sistema de Residencias de Profesionales de la Salud de la provincia de Salta y otras normas sucesivas modificatorias o reglamentarias.

32 - Información del documento de trabajo “Salvaguarda Indígena. Proyecto FESP 2 SUMAR ECNT Actualización de la evaluación social. 2017-2018”.

Es infructuoso para cualquier plan sanitario abordar el cuidado de la salud de los pueblos originarios sin una estrategia de atención primaria. Una de las principales actividades desarrolladas en este sentido fue la capacitación de agentes sanitarios, supervisores intermedios y técnicos y profesionales en general, mediante la participación en las evaluaciones de los cursos pre-ronda, así como en las que se evalúa semestralmente el desempeño y la gestión de las áreas operativas en general, además de las residencias en Psicología Comunitaria y la Interdisciplinaria en Atención Primaria de la Salud.

Lo trascendente, sin embargo, en términos de política pública, es la promulgación de la Ley Provincial³³ N° 7856 que creó la red de apoyo sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios (Sumaj Kausai -Buen Vivir-). A partir de esta ley, entre otras acciones de protección de derechos, integrantes seleccionados de estos grupos de población originaria que viven en la ciudad de Salta fueron capacitados y entrenados para recibir a sus pares en los hospitales de referencia y guiarlos y acompañarlos en todo el proceso de atención médica cuando son derivados para atender problemas de salud que no pueden resolver las redes de atención primaria ubicadas en sus comunidades. En la actualidad hay un facilitador wichí contratado por la Municipalidad de Salta para los hospitales de la ciudad capital de la provincia. Además, el Ministerio de Asuntos Indígenas y la Iglesia Anglicana dan apoyo frecuente con trámites, y en el interior provincial se hacen esfuerzos para llevar a cabo acciones similares con personal de salud originario. Estas acciones de asistencia social son ejemplos de la capacidad de respuesta, pero el mayor desafío a enfrentar es la adecuación cultural de los servicios de salud. Es necesario en este sentido modificar actitudes del personal sanitario en relación con los pueblos originarios, para ir de un enfoque hegemónico hacia el diálogo intercultural como estrategia. Si no se consigue esto, los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública pueden fracasar dolorosamente, más allá de los recursos valiosos que se ponen a disposición.

Es por esto que el Programa de Atención Primaria de la Salud de la Provincia, a la hora de cubrir con agentes sanitarios los sectores de trabajo con población originaria, tiene la obligación de hacerlo con un habitante de estas poblaciones, tanto por cuestiones de idioma como culturales. Sin embargo, como la salud intercultural se da en diferentes niveles en el sistema de salud, en los que no siempre el trabajador, el centro de salud o el hospital manejan las mismas lenguas que los pueblos originarios,³³ es necesario contar con personas que oficien de traductores entre la población y los servicios sanitarios.

Otra de las cuestiones que explican el éxito de la estrategia de atención primaria es su trascendencia social más allá de lo estrictamente sanitario, que ha sido exitoso en muchos aspectos. En este sentido, lo que no debe perderse de vista es que la salud

33 - Morales Peña, C. Diálogos sobre salud en idiomas aborígenes. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2009. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51725> (acceso 30 agosto 2020)

depende de determinantes sociales que pautan la calidad de vida de las poblaciones. Esto es muy claro en el desempeño de los agentes sanitarios, que, por ejemplo, se desplazan en el área operativa Iruya, en la puna norte de la provincia, en forma conjunta con la población de sus sectores de responsabilidad cuando migran temporalmente en busca de oportunidades laborales; es decir, saben que la salud de su población a cargo depende de las condiciones de vida (salarios, vivienda, acceso a servicios básicos) en los ámbitos laborales hacia los cuales se desplazan. Este acompañamiento se da también en el caso de la zafra azucarera en el departamento de General Güemes u otras de la provincia de Jujuy. Otro ejemplo de cómo se involucra el servicio de salud con el modo de vida de la población y los determinantes sociales derivados de esa cultura es la participación del Programa de APS en el equipo de elaboración y puesta en marcha del Programa de Sanidad Animal para Santa Victoria, Nazareno e Iruya, con similar modalidad de trabajo que APS, en cuanto el cuidado de la salud de los animales de granja y pastoreo de esas poblaciones significa su bienestar económico y su principal fuente de proteínas de alto valor nutricional. Si la actividad de sanidad animal es exitosa, habrá determinantes sociales que mejoran y, en consecuencia, la salud de las personas también será mejor.

Discusión y análisis

■ El Programa de Atención Primaria de la Salud

En los cuarenta años de APS en Salta, hubo hechos relevantes de diferente naturaleza, la mayoría de ellos de carácter político-técnicos, que arrojaron un balance positivo en cuanto a sus resultados. La principal contribución del Programa de Atención Primaria de la Salud es el hecho de que por primera vez en su experiencia de vida las personas no tuvieron que acercarse a los servicios de salud sino que los servicios de salud se acercaron a sus hogares, para vacunar a sus niños y niñas, para inducir el control prenatal de las embarazadas o para proveer cloro para el agua recolectada en el grifo público comunal, arroyo o río de la comunidad, entre otros servicios que fueron creciendo numérica y cualitativamente.

Estos logros contaron con el ineludible respaldo de la formación de los agentes sanitarios, personas de la comunidad comprometidas no solo con lo sanitario sino, sobre todo, con la visión de la salud como dependiente del entorno social en el que viven, se educan y trabajan las personas. Este enfoque de determinantes sociales de la salud se ha traducido en una “mística” y un compromiso comunitario de todos los que trabajan en APS, y ha sido el pilar fundamental para sostener el programa a través de décadas.

La intervención del equipo de trabajo de atención primaria, en su trabajo casa por casa y en parajes y comunidades, significó la “apertura de puertas” de los servicios de salud a las personas que antes no accedían no solo por razones geográficas, sino fundamentalmente por cuestiones culturales y relacionadas con el modo de organización del sistema de salud. Fue en esencia una profunda expresión del derecho a la salud de la población, que fue posible a partir de plantear, como base de la estructura del trabajo, la visita domiciliaria con personas de extracción comunitaria, seleccionadas en muchos casos por su propia comunidad, por sus méritos personales y compromiso comunitario, capacitada ad hoc en cursos intensivos e incorporadas como empleados del Estado con normas laborales y salario establecido, y no como “colaboradores voluntarios”.

En este sentido, es relevante la importancia que se le dio a la capacitación de supervisores intermedios, que, como ya fue señalado, son agentes sanitarios que se han destacado por sus condiciones de liderazgo y acompañamiento de las tareas ejecutadas en terreno. La última capacitación, destinada a los supervisores intermedios ganadores del concurso 2018-2019 realizado en la provincia, convocó a casi noventa supervisores provenientes de las cuatro zonas sanitarias e incorporó la sensibilización (información + capacitación adaptada a su rol en el equipo) en abuso sexual infanto-juvenil, la detección de signos y síntomas de alerta de patología obstétrica, la planificación familiar y cuestiones relacionadas con patologías transmitidas por vectores (dengue, zika, chiquinguya), entre otros temas. Estas capacitaciones, de 4 a 5 días de duración, están a cargo de diferentes programas ministeriales. En una oportunidad, en el año 2018, se contó con profesionales provenientes de Fundación Hospital Garrahan y Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMIA) y se realizaron talleres teórico-prácticos con simuladores para atención del parto normal y detección de signos de alerta para referencia oportuna tanto de la madre como del recién nacido. Participaron también del encuentro personal de enfermería y licenciadas obstétricas de la zona norte.

Por otro lado, el programa de APS en Salta tiene un modelo de organización y metodología de trabajo muy bien estructurado, uno más de los factores decisivos para su sostenibilidad durante más de cuarenta años. El **Manual del Agente Sanitario**, los formularios de registro de actividades, las evaluaciones sistemáticas cuatro veces por año en cursos pre-ronda en cada área operativa, el carácter inclusivo de esas evaluaciones tanto para todo el equipo de salud del área como para las autoridades locales y los líderes comunitarios, sobre todo en los primeros años de la estrategia, son los elementos más valiosos para la continuidad de las acciones.

Cabe destacar la confianza que tiene la comunidad política en la capacidad de gestión del equipo de conducción de atención primaria de la salud en las áreas operativas en general, gracias a que existen procesos de formación, capacitación y evaluación permanentes que estimulan al trabajador sanitario en su compromiso con la atención de salud de la población. Esta dimensión de confianza es expresada por autoridades locales, líderes comunitarios y por la propia población, lo que fue un determinante de primer orden para dar continuidad a las actividades.

La trascendencia de la excelencia en el trabajo del agente sanitario se hizo sentir rápidamente en el grupo de profesionales que por su vocación de servicio se incorporó al equipo, quienes, independientemente de su profesión, nunca recibieron formación ni información sobre atención primaria de la salud durante su pregrado, pero todos ellos reconocen que “aprendieron atención primaria al lado de los agentes sanitarios que tenían que acompañar/supervisar en sus visitas domiciliarias”, como surge de los testimonios de los grupos focales.

Desde la visión de la población, el agente sanitario es “una necesidad”, y esta valoración tiene, además de la dimensión de la salud como un derecho, la connotación de que es posible el acompañamiento de los servicios de salud a la población. Ejemplos de este acompañamiento de la atención primaria a la población, como ya se ha mencionado, se dieron, por ejemplo, cuando el agente sanitario se trasladaba con su “gente” cuando por cuestiones laborales migraban temporalmente desde Iruya, Santa Victoria Oeste o Nazareno, en la Puna, a los ingenios azucareros del departamento de General Güemes y Orán (localidades de Hipólito Yrigoyen y Urundel), en la región central y norte de la provincia, en épocas de la zafra de la caña de azúcar, o a los ingenios azucareros de la provincia de Jujuy, o a los cultivos intensivos de soja en las llanuras del departamento de Anta; también en los casos de migraciones de poblaciones originarias del Chaco salteño a las fincas de la zona de yungas, a través de la comunicación entre equipos de salud de cada zona de origen y destino. Otras áreas operativas, como Campo Quijano, “creaban” temporalmente el sector de fincas durante la época de las migraciones (cosecha de tabaco) y lo anexaban a su área operativa, de manera que se suspendía la atención de un sector urbano. Al finalizar la migración, nuevamente regresaban a dar cobertura al sector urbano, donde la población regresa una vez finalizada la siembra o cosecha.³⁴

La mística y el compromiso de trabajo del agente sanitario son y han sido valores inconmensurables para el progreso y la sostenibilidad del Programa de Atención Primaria de la Salud en Salta. Entender las necesidades de la población, saber estar allí cuando y donde se lo necesite, caminando, en bicicleta, en motocicleta, a lomo de mula o “haciendo dedo” en la ruta a un camionero o finquero para estar en el paraje programado son marcas del estilo humanitario de su trabajo.

Lamentablemente, a través de los años, hubo un desgaste de estos valores, y esa mística y compromiso tienen amenazas institucionales y políticas de diferente nivel e importancia: disminución significativa de la supervisión en terreno, limitaciones en la reposición de medios de movilidad local, falta de continuidad de la participación de los líderes comunitarios en los procesos de evaluación continua, la falta de estímulos para el personal de salud que trabaja en zonas rurales y de difícil acceso, políticas de recursos humanos que limitan la cobertura con nuevos agentes sanitarios cuando el crecimiento demográfico así lo indica o para reemplazos por jubilación u otros motivos, como es el caso del envejecimiento de cuadros operativos que han perdido su capacidad física de recorrer casa por casa en zonas de difícil acceso y desplazamiento.

Merecen una mención especial en este análisis los procesos de selección y ca-

34 - Marta Elfi Jockers, “Abordaje de la problemática de las migraciones temporarias laborales y situación de salud de las poblaciones aborígenes del Chaco salteño desde la estrategia de APS”, informe académico final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, junio de 2010.

pacitación posterior de agentes sanitarios, que encuentran hoy dificultades de gestión que representan una debilidad que debe superarse lo antes posible. Ante posibilidades de procesos de selección, hay casos en los que los principios de pertenencia comunitaria y liderazgo no parecen estar presentes; la dinámica de crecimiento de población y las migraciones temporales frecuentes, sobre todo en áreas periurbanas de medianas y grandes ciudades, plantean desafíos para mantener estos principios.

■ La organización sanitaria por niveles de atención

La organización temprana del sistema sanitario provincial por niveles de atención –con especial énfasis en el primer nivel de atención, la regionalización en zonas sanitarias y áreas operativas, hospitales cabecera y de referencia– dio respaldo al trabajo casa por casa y favoreció la respuesta eficaz de los servicios de salud intramuro.

La regionalización y la organización por niveles de atención dieron una respuesta formal e institucional a lo que los profesionales de la salud de los diferentes servicios y en las distintas localidades del interior de la provincia de Salta ya vivían y ejercían en su práctica de gestión, puesto que en la mayoría de los casos lo que sostenía la asistencia sanitaria eran los numerosos puestos de salud en comunidades rurales y una estación sanitaria u hospital de mediana complejidad en la ciudad más grande del departamento.

Así, la organización sanitaria por niveles de atención –esbozada y puesta en práctica por medio de las primeras áreas operativas con las que empezó el entonces Programa de Salud Rural, y definitivamente consolidada institucionalmente por el Plan de Salud “Ramón Carrillo”– sumada a la regionalización sanitaria diseñada, a las efectivas normativas puestas en ejercicio mediante Circulares SP (Salud Pública) y a la priorización del primer nivel de atención fueron elementos político-técnicos de alto valor para la política sanitaria, que hoy siguen vigentes. Este modelo y sus fortalezas no se reproducen habitualmente en otras provincias argentinas ni en ciudades de similar porte a la de la ciudad de Salta dentro de la misma provincia.

Esta organización, que fue posible formalizar e instaurar en el interior de la provincia, presentó no pocas dificultades para ser reproducida en la ciudad de Salta, esfuerzo que se inició alrededor del año 1984. Grandes hospitales de alta complejidad, diseñados para atención médica aunque no para resolver el origen de la enfermedad, es decir modelos basados en la recuperación de la salud, alta concentración de médicos especialistas, pocos servicios de salud de atención ambulatoria en los barrios periféricos de la ciudad, inexistencia de visitas domiciliarias con agentes sanitarios; el desafío era enorme. A pesar de estas dificultades, se puso en marcha la organización del primer nivel de atención con el fortalecimiento de la oferta de servicios en centros de salud priorizados, se establecieron redes de servicios y se inició la cobertura casa por casa

con agentes sanitarios, procesos que fueron creciendo cuantitativa y cualitativamente hasta los niveles actuales: dos áreas operativas con cabecera en sendos hospitales de referencia y sesenta centros de salud. El proceso de incorporación paulatina de agentes sanitarios para visitas familia por familia no implica que no se continúe en la búsqueda de estrategias alternativas para aumentar la cobertura en salud, ya que en especial en áreas urbanas existen otros modelos que pueden brindar buenos resultados.

El modelo de organización de la salud pública planteada para el área urbana de la ciudad de Salta, con la estrategia de atención primaria como eje y la organización de redes de servicios de atención y complejidad creciente, es el adecuado. A pesar de los numerosos cambios de estructura y funcionalidad del primer nivel de atención que se vienen dando en las últimas dos décadas como resultado de una práctica de ensayo-error, la atención de salud funciona con buenos niveles de aceptabilidad social en lo público, incluso cuando todavía se advierte que –dada la falta de un modelo que incluya a la comunidad en la gestión de las políticas sanitarias locales y las limitaciones tecnológicas y de personal que aún hay en muchos centros de salud– un grado importante de los requerimientos de atención en los hospitales de alta complejidad y de referencia de la ciudad deberían resolverse en el primer nivel.³⁵

La inserción laboral en el primer nivel de atención de la ciudad de Salta de la mayoría de profesionales de la salud obedece a una decisión personal, producto de su vocación para el servicio en barrios de la periferia así como de la formación de posgrado (medicina general y familiar, residencias interdisciplinarias en atención primaria, psicología comunitaria, solo por citar algunos ejemplos), teniendo en cuenta que las condiciones laborales son más desfavorables y los salarios más bajos que los que tienen los profesionales que optan por su práctica profesional en hospitales de mediana o alta complejidad de la misma ciudad.

Lo anterior, junto con otros factores, es indicativo de que aún hay camino por recorrer para que la atención primaria de la salud sea una prioridad, ya que, en general, la asignación de recursos sigue siendo una pirámide invertida en desmedro del primer nivel respecto de los hospitales especializados de alta complejidad. Se han hecho propuestas de jerarquización mediante documentos técnicos de trabajo desde la entonces Dirección del Primer Nivel, algunas conjuntamente con la Asociación de Profesionales de la Salud (APSADES), cuyas recomendaciones fueron recogidas parcialmente por algunas gestiones de gobierno. Pero al no existir un proceso de priorización integral y autonomía del Primer Nivel de Atención del Área Capital, se reduce el impacto de la estrategia de atención primaria, una vez que se han invertido recursos importantes en infraestructura, personal y funcionalidad de los servicios de salud

35 - Dirección del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Salta, "Oferta y demanda de servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de la ciudad de Salta, 2000", documento de trabajo presentado en el "Congreso Nacional de Equipos de Salud: a 30 años de Alma Ata", Salta, Ministerio de Salud Pública/Universidad Católica de Salta, 2008.

pero son limitados los resultados sanitarios propuestos como meta: acceso, oportunidad y calidad de atención, coberturas de vacunación, controles prenatales, mejoras en la relación con la problemática social de la población, entre otros.³⁶

■ El impacto de la estrategia de APS en la política sanitaria provincial

“Es difícil imaginar la política de salud de Salta sin la estrategia de atención primaria.”³⁷ La mencionada Ley Provincial N° 6277, que estableció al área operativa como la unidad de programación y ejecución de actividades, sigue vigente, al igual que la Ley N° 6841 que estableció los principios del Plan de Salud Provincial; en ambos casos, no todos sus preceptos son una realidad y algunos fueron abandonados, como es el caso de los Consejos Asesores Sanitarios.³⁸ Sin embargo, la esencia de ambas leyes sigue vigente como modelo de atención sanitaria. En 2019 se han reiniciado las evaluaciones semestrales y se indicó a las áreas operativas que se requiere su accionar para poner en funcionamiento los consejos asesores. Esto es una acción de política imprescindible, pues el Programa de Atención Primaria de la Salud y el desempeño de los agentes sanitarios son sistemáticamente evaluados desde 1978 cuatro veces por año, como ya fue mencionado. Si esta evaluación del desempeño y el análisis de los resultados se hiciera también de manera sistemática a todo el aparato de prestaciones del área operativa y su personal, incluido el de gestión, significaría un gran estímulo a la motivación del equipo de salud, pues se haría evidente que no solo se evalúa al agente sanitario ni al primer nivel de atención o los servicios del interior de la provincia, sino también a los profesionales, al primer nivel del área Capital de la ciudad de Salta y a los hospitales de referencia. Este proceso de evaluación semestral que se ha reiniciado en el año 2019, a partir de indicadores de gestión, debe profundizarse y establecerse como una política de Estado.

La estrategia trascendió el Programa de Atención Primaria de la Salud por varias medidas de política, entre ellas las decisiones de instalar programas de formación profesional y técnica con orientación en atención primaria mediante las residencias que, aún con las limitaciones ya señaladas, continúan dando ofertas de posgrado a numerosos grupos de profesionales, no solo de Salta sino también de otras provincias argentinas.

La organización por niveles de atención llevó, además, a la necesidad de inserción comunitaria de todo el servicio local de salud, no solo de agentes sanitarios y

36 - Torres Aliaga, TM, Torres Secchi, AM. ¿Por qué callan, si nacen gritando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud. Iruya (Salta), 1978-2008. Salta: Equipo Nacional de Pastoral Aborigen, 2010.

37 - Así manifestado por uno de los consultados en los grupos focales.

38 - Resolución N° 507, Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 20 de noviembre de 1997. La resolución aprueba la misión y las funciones de los Consejos de Administración, Gerencias Generales, Sub Gerencias, Gerencia de Atención de las Personas, Gerencias Sanitarias, Gerencias de Administración, Reforma Hospitalaria y Control de Gestión y Consejo Asesor Sanitario de las cuarenta y cinco Áreas Operativas entonces existentes en la provincia.

supervisores intermedios en sus visitas domiciliarias. El servicio de salud debe estar presente en la comunidad y la comunidad debe estar presente en los servicios de salud; hay innumerables experiencias al respecto. Estos principios tuvieron una relativa presencia y efectividad y en la actualidad una verdadera participación comunitaria continúa siendo una tarea pendiente de la estrategia de atención primaria en Salta.^{39,40}

En los procesos de control de brotes y epidemias de importancia provincial, nacional y/o internacional, fue fundamental e imprescindible la participación del equipo de atención primaria de la salud para que las estrategias de control tuvieran éxito. Dan muestras de ello la intervención de los equipos durante el ingreso y expansión de la epidemia de cólera a la Región de las Américas en la década de 1990 (en el caso de Salta, y la Argentina en general, fue clave el rol del equipo de salud de Santa Victoria Este, área operativa por la que ingresó el primer caso en el Chaco salteño), así como durante la pandemia de influenza en el año 2007, o los brotes y epidemias locales de leishmaniosis, rabia canina o infección por virus Hanta, entre otros episodios de esta naturaleza. Sin embargo, hay que seguir insistiendo en la necesidad de una atención primaria como propuesta estratégica y no solo ante emergencias producto de la inacción frente a problemas de salud que podrían haberse prevenido.

De la misma manera, se destaca la participación del grupo de agentes sanitarios y supervisores del Programa de Atención Primaria de la Salud en los procesos de investigación encarados por las diferentes instancias de los organismos dependientes del Ministerio de Salud de la Nación en situaciones endémicas o epidémicas, investigaciones que debían transitar no solo por el primer nivel de atención, sino también por los de mayor capacidad de resolución en el caso de técnicas de laboratorio para confirmar diagnósticos o para la atención médica de casos que requerían un mayor nivel de complejidad.

Otro claro ejemplo de la trascendencia en la provincia de la atención primaria como estrategia es el abordaje actual de la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), donde en el marco de trabajo conjunto con iniciativas nacionales, y como ya se mencionó, en los próximos cinco años la provincia (bajo el liderazgo de su Unidad de Promoción de la Salud para el abordaje de las ECNT y sus factores de riesgos) incorporará paulatinamente sesenta y cinco centros de atención primaria de la salud a procesos de atención integral y cobertura universal, en los cuales equipos de agentes sanitarios, enfermeros, médicos, nutricionistas, psicólogos, kinesiólogos y asistentes sociales tendrán que cumplir objetivos medibles a través de indicadores verificables. Este primer nivel de atención, que desarrolla ac-

39 - Bertolotto A., Fuks A., Rovere M., "Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto", Río de Janeiro, *Saúde em Debate*, v. 36, n.º 94, pp. 362-374, jul-sept 2012.

40 - Giovanella L. *et al.*, "Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos", Río de Janeiro, *Saúde em debate*, v. 39, n.º 105, pp. 300-322, abr-jun 2015.

ciones de promoción de la salud y de estilos de vida saludables, es la puerta de entrada de quienes tienen factores de riesgo y ya padecen alguna enfermedad a la red de servicios de complejidad creciente, en el que los hospitales de referencia juegan un rol determinado en este tipo de patologías.⁴¹ Debe señalarse, de todos modos, que existen limitaciones importantes en la iniciativa, debido sobre todo a la cantidad insuficiente de profesionales dedicados y capacitados en muchas de las funciones programáticas que se requieren.

Desde la perspectiva del grupo focal integrado por funcionarios que ocuparon cargos de relevancia política en el Poder Ejecutivo y/o Legislativo de la provincia, ya fueran profesionales de la salud o no, se atribuye a la estrategia de atención primaria el logro de que la población perciba la salud como un derecho adquirido, una vez que han recibido los servicios de atención primaria en su domicilio. Este es el factor que mejor explica por qué la estrategia de atención primaria ha persistido durante más de cuarenta años.

En el sentido del apartado anterior, es importante traer nuevamente a la discusión lo sucedido con relación al esfuerzo realizado para elaborar, distribuir y posicionar en la red de servicios de salud los “Derechos del paciente en el hospital público”, decálogo impreso en afiches con los cuales se “empapelaron” las puertas de ingreso y admisión de pacientes, y que eran sistemáticamente arrancados y destruidos. Esto fue una expresión de la resistencia de un pequeño pero influyente grupo de profesionales a la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud, y tenía su corolario en la exigencia respecto de “¿dónde están los derechos de los profesionales?”. Debe mencionarse de todos modos que esta actitud es cuestión del pasado, al menos en su expresión formal y explícita.

Esto es así sobre todo desde la lectura y dimensión que tienen profesionales jóvenes de la salud, egresados de las escuelas de formación en los últimos años y que hoy están prestando servicios en el primer nivel de atención de la ciudad de Salta. Casi en su totalidad, con mayor o menor eficiencia, estos profesionales ya encontraron la atención primaria de la salud en sus programas académicos de grado y tuvieron contacto con la teoría y/o su práctica, en mayor o menor medida, pero ya son áreas temáticas presentes en el currículo de las universidades. Como se ha señalado, fue su opción personal prestar servicios en el primer nivel y no conciben su ejercicio profesional fuera de la lógica de organización por niveles de atención y cerca de las personas, con la prioridad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y demás principios ya mencionados de una estrategia de atención primaria. Ellos ven con preocupación que la estrategia de atención primaria de la salud limite su impacto y motivación porque el primer nivel de atención no funciona integrado con los otros

41 - PROTEGER (Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las ENT), Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación, Argentina.

niveles y no recibe la debida prioridad. Esto ocurre cuando las decisiones de gestión no son coherentes con la enunciada jerarquización del primer nivel, y es mayor el valor económico relativo de las horas de guardias en hospitales especializados que las de planta en un centro de salud de un barrio periférico de la ciudad, o ante la fragmentación y diversidad de regímenes laborales y dependencias institucionales del personal de un mismo centro. Hace prácticamente veinte años que se abandonó el concepto de la dedicación exclusiva del personal en cierto tipo de funciones y poco a poco se deterioró el proceso de capacitación y otros estímulos, sobre todo para el personal del interior de la provincia.

Respecto del abordaje de la salud mental y las adicciones y su relación con la estrategia de atención primaria de la salud, no hay duda de que se ha ganado terreno y de que no hay discusión posible acerca de lo positivos que son los enfoques que promueven la “desmanicomialización” y privilegian la descentralización y la inserción comunitaria, así como de que el abordaje de las adicciones es sociosanitario y no represivo. Hay avances, a pesar de los desórdenes mencionados de organización, de los retrocesos y hasta el estancamiento en las políticas de salud mental en algunos períodos, y los desafíos no son pocos ni sencillos cuando hablamos del propio sector salud, que es donde el Ministerio de Salud Pública tiene capacidad de gestión. En este sentido, resta todavía un esfuerzo importante para avanzar sobre las redes sanitarias de manera de establecer directrices, estrategias y políticas públicas sólidas, y es necesario además desarrollar un sistema de estadísticas específico y avanzar en la construcción de un programa de trabajo en epidemiología y protocolos específicos. La principal secuela de la inestabilidad en estas áreas ha sido el retraso de la articulación de esos programas con el resto de los recursos del sistema de salud (agentes sanitarios, centros de salud, hospitales generales), lo cual hoy está en franco proceso de reorganización a partir del trabajo realizado durante los años 2018 y 2019. Resulta imprescindible promover la continuidad de este esquema de actuación a fin de consolidar el compromiso de los equipos de salud, las competencias de los dispositivos sanitarios y la aplicación de estándares validados.

■ Relaciones y condicionamientos entre la estrategia de atención primaria y las políticas públicas y sanitarias en general

Durante los cuarenta y un años que han transcurrido entre 1977 y 2019, diez años la provincia fue gobernada por un representante del Partido Renovador de Salta, entidad política derivada de la época del proceso militar, en un primer período (1977 a 1983) como interventor federal y entre 1991 y 1995 como gobernador electo. Los restantes treinta y un años, la provincia estuvo gobernada por cuatro gobernadores del Partido Justicialista.

Esta conducción de la política pública provincial entendió rápidamente que la mística que rodeaba a quienes trabajan en atención primaria de la salud provenía de los líderes que han conducido la estrategia en Salta, así como que la población se apropió de esta modalidad, pues “palpó” que es posible la atención de su salud en su propia casa o en su propio barrio. La población, al apropiarse de la salud como un derecho, marcó un territorio que ninguna gestión política de gobierno, general o de salud en particular, se atrevió a poner en riesgo.

Además, toda gestión de gobierno local o provincial reconoció que la estructura y la organización de la estrategia de atención primaria de la salud en cada área operativa significaba una fortaleza para poder cumplir los lineamientos de política que la población les había encomendado.

La participación de las autoridades municipales en la estrategia fue muy variada a lo largo de la provincia, y es posible que las experiencias de éxito hayan sido la mayoría. No pocos trabajadores de la salud, impulsados por los principios de la atención primaria, participaron activamente de gobiernos locales, como intendentes o concejales, como también de la política provincial, ocupando los cargos de más alta responsabilidad en el Ministerio de Salud Pública o en posiciones electivas en las Cámaras de Diputados o Senadores. Esta es una dimensión importante de la política, que debe explotarse más para beneficio de los espacios de participación en salud.

En general, entonces, la política pública fue vital para la sostenibilidad del modelo, pues sin decisión política no podría haber existido una estrategia de atención primaria de la salud.

Es interesante la discusión acerca de por qué la atención primaria de la salud en su dimensión local tuvo mayores capacidades de éxito en cuanto al involucramiento con las políticas sociales desde una perspectiva de determinantes de la salud, en comparación con su incursión no tan exitosa en los niveles de macropolítica provincial. A nivel local, no hubo grandes dificultades para participar en (y liderar en muchos casos) intervenciones que son de responsabilidad administrativa de las municipalidades, o del propio Gobierno provincial, como es el caso de servicios básicos de interés superlativo para poblaciones vulnerables: agua segura, descacharrado, tratamiento de basura doméstica, eliminación de criaderos domiciliarios de vectores transmisores de enfermedades, entre otros. Sin embargo, hubo poca incidencia de la política de salud en general y de la estrategia de atención primaria en particular sobre la macropolítica social y económica, como es el caso de los desmontes, la contaminación con insecticidas y fertilizantes agropecuarios, la minería y la destrucción de ecosistemas, entre otros, que son cuestiones estructurales que afectan la salud pública. Fueron muchos los proyectos sociales en los cuales el equipo de atención primaria de las áreas operativas se involucró, incluso formal y políticamente. Por ejemplo, cuando se presentaron proyectos de ley para la restitución del legítimo derecho de titularidad de las tierras

que habitaban las comunidades originarias, entendiendo que la falta de propiedad de las tierras es una limitación fundamental para mejorar el saneamiento ambiental y llevar a cabo la gestión de sus proyectos productivos. A pesar de estos esfuerzos, estas condiciones no están resueltas en estas comunidades.

Los avatares políticos (elecciones, nuevos gobiernos) tuvieron impacto en las políticas públicas en general y, consecuentemente, en las políticas de salud.

- **Positivos:** en períodos de gobierno con apertura a la salud y educación públicas hubo mayores presupuestos para el desarrollo de acciones globales e integrales de salud, capacitación del personal –se destaca la creación de una instancia de instrucción en atención primaria de la salud para todas las residencias–, así como hubo una mayor interrelación de sectores para minimizar el impacto negativo de epidemias de dengue y ocuparse de la atención de las necesidades prioritarias en salud.
- **Negativos:** intromisión de intereses particulares y/o partidarios en la gestión sanitaria, merma de actividades de participación comunitaria y de prevención en salud, conducciones centralizadas sin formación sanitaria y con énfasis en concepciones privatistas de la salud.

Otras limitaciones son, por un lado, la falta de concursos de mérito para la selección y designación del personal, y por el otro, que habiendo profesionales que egresan de cursos o programas de capacitación de posgrado, estos no necesariamente son captados por el sistema, debido a la falta de vacantes, la capacidad de designación u otros motivos relacionados con procesos arbitrarios y sin controles.

En este sentido, el Estatuto de los Trabajadores de la Sanidad había representado un instrumento de valor, ya que reconocía el tramo técnico a los agentes sanitarios y les daba la opción a los profesionales de trabajar en dedicación exclusiva en la salud pública, con el correspondiente reconocimiento remunerativo. En la actualidad, esta opción de dedicación exclusiva existe, pero con limitaciones. En el mismo sentido, incluso cuando hubo avances en la política de recursos humanos, todavía persisten problemas no resueltos respecto de otras condiciones y beneficios laborales, como por ejemplo la posibilidad de que agentes sanitarios ingresen a carreras técnicas, o que se les reconozca su capacitación en programas oficiales, condiciones que podrían mejorar sus estímulos y remuneraciones salariales.

Por otro lado, las relaciones entre las políticas públicas nacionales y provinciales no fueron lo suficientemente coordinadas y consensuadas, lo que afectó la estrategia de atención primaria de la salud en la provincia, en especial la perspectiva respecto de aspectos sociales. Temporalmente, y por motivos de coyuntura epidemiológica, hubo agentes sanitarios y profesionales “provinciales” y “nacionales” con diferencias en las remuneraciones y otras condiciones laborales, que aún persisten en

alguna medida. Otra cuestión que tiene que ver con la relación de la política pública y la estrategia de atención primaria de la salud es la integración de redes de servicios interprovinciales, más allá de la residencia de la población en jurisdicciones administrativas. Es el caso de servicios de salud de la provincia de Salta o de la provincia de Jujuy, que están más cerca de uno u otro conglomerado de población urbana o rural, pero que por un límite geográfico pertenecen a otra provincia, lo que genera dificultades de acceso. Otro claro ejemplo es la problemática de acceso a asistencia sanitaria de mediana y alta complejidad para los residentes en las áreas operativas de Santa Victoria Oeste, Iruya y Nazareno, que por razones geográficas tienen que atravesar cientos de kilómetros por la provincia de Jujuy para llegar a los servicios de salud de Salta que les corresponden por norma de referencia y contrarreferencia. Este tema de las relaciones y convenios interprovinciales, cuando no internacionales, es de particular importancia para la atención de salud de pueblos originarios que no reconocen fronteras geográficas en su concepto de “nación”, aspecto central para una real y efectiva accesibilidad a la mayor complejidad.

■ **Aportes que pueden atribuirse a la estrategia de APS en los resultados sanitarios de la provincia**

La reducción de la mortalidad materna e infantil en los últimos años en la provincia, la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal, así como la reducción de las tasas de prevalencia por tuberculosis, reducción de la infección por *Trypanosoma cruzi* en el caso de la enfermedad de Chagas, entre otros resultados sanitarios, son explicables en buena medida por la mejora en el acceso a servicios de salud producto de la estrategia de atención primaria.

La situación de la mortalidad materna merece un análisis detallado, ya que su disminución es notable, y puede ser explicada por la capacidad de respuesta del sistema de salud en Salta, dentro del cual el impacto de la estrategia de atención primaria es un factor clave. La prioridad asignada a la estrategia de reducción de la mortalidad materna en la provincia se evidencia con las siguientes medidas de política pública: mejora en el acceso de mujeres y varones en edad fértil a la planificación familiar, fortalecimiento del programa de salud sexual y procreación responsable, incorporación del “riesgo de salud” y “riesgo de vida”, sumados a la causa de “abuso sexual” en el Decreto Provincial N° 1170 del año 2012, que establece los motivos de acceso a la interrupción legal del embarazo, análisis causa raíz (ACR) en cada muerte materna por parte de equipos de salud, atención prioritaria, especial e inmediata a la morbilidad severa en gestantes y púerperas, fortalecimiento de servicios de atención del parto en hospitales de Nivel II, desplazamiento de equipos de salud a centros del primer nivel para controles prenatales, parto intercultural con herramientas de parto respetado por mujeres indígenas en proceso de validación de la OPS/OMS, capacitación



continúa en todos los niveles de atención, evaluación semestral de la gestión en áreas operativas, entre otras iniciativas y programas, muchos de ellos parte de planes nacionales y proyectos con apoyo internacional, tales como el Proyecto del Gran Chaco Suramericano 2016-2019, con capacitaciones en atención primaria, control prenatal, signos de alarma en embarazos, diarreas y deshidratación, fortalecimiento de la estrategia MELON –equipo de trabajo integrado por médico, enfermero, laboratorista, odontólogo y nutricionista–, unidades de rehidratación oral comunitarias (UROC), compra de simuladores de parto para las emergencias obstétricas y simuladores de úteros para anticoncepción, así como programas de otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas, tales como maternidad segura centrada en la familia, que se ejecuta con el diseño y acompañamiento del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), y financiado con fondos de UNICEF, uso del balón de Bakri, entre otros procesos de cooperación técnica y financiera.

Además de los procesos de alto valor estratégico que brindan a la provincia con su cooperación técnica y financiera organismos internacionales como la OPS/OMS y UNICEF, también debe reconocerse la valiosa cooperación de otras entidades que, por medio de diversos proyectos, han validado o permitido ejecutar estrategias de atención primaria de la salud, enfocadas en intervenciones sobre la salud de madres y niños fundamentalmente y con un valor agregado importante ya que se ejecutan en áreas geográficas de difícil acceso y están destinadas a poblaciones en situación de vulnerabilidad, ubicadas en los departamentos de Embarcación, Orán, San Martín y

Rivadavia (áreas operativas de Embarcación, Orán, Tartagal, Morillo y Alto la Sierra). Son los casos de la Fundación Garrahan, que apoya las tareas de extensión de cobertura del hospital Garrahan de alta complejidad en Pediatría de la ciudad de Buenos Aires; el Plan del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en la Argentina para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA); de Saberes Asociación Civil en los procesos de atención materno-infantil con enfoque en los factores interculturales para que los servicios de salud mejoren su vínculo con los pueblos originarios; la Fundación Mundo Sano en alianza con la Asociación para el Desarrollo Sanitario Regional (ADESAR), que refuerzan las actividades en terreno del hospital del área operativa Alto de la Sierra con intervención del Ministerio de la Primera Infancia de la provincia de Salta; así como el Hospital Italiano y el Hospital Británico, ambos de la ciudad de Buenos Aires, que en sus programas de extensión de cobertura de sus servicios desplazan profesionales a zonas rurales para prestación de servicios tecnológicos en control prenatal e intervenciones quirúrgicas, entre otras prestaciones.

Otras muestras del impacto positivo de la estrategia de atención primaria en la salud de la población son: la vacunación casa por casa, con un extraordinario esfuerzo para mantener la cadena de frío en parajes aislados y sin luz eléctrica, que dio lugar a la eliminación en unos casos y el control en otros de enfermedades prevenibles por vacunación; la prevención y el control de enfermedades transmisibles endémicas, como la tuberculosis; la reducción significativa en la transmisión vectorial domiciliar de la enfermedad de Chagas; las intervenciones frente a los brotes por el cólera, Hantavirus o Influenza, así como en problemas estructurales relacionados con la pobreza y las deficiencias en la provisión de servicios públicos básicos (desnutrición crónica infantil, falta de acceso a agua segura, falta de tratamiento sanitario de basura doméstica; la detección y control de los desnutridos; la eliminación del paludismo, y el acceso a servicios de salud, entre otros.

Debe destacarse la intervención del Programa y Estrategia de Atención Primaria de la Salud en el abordaje sanitario de la situación nutricional, particularmente de la desnutrición infantil. Desde sus inicios, el control nutricional de niños menores de seis años de edad se hizo familia por familia, con recursos inéditos como lo fue la “balanza pilón”, herramienta integrada a la mochila del agente sanitario, que posibilitaba pesar “debajo de un árbol” a cada niño, lo que, comparado con su talla medida encima de una banca o de una mesa y graficada en las tablas correspondientes, permitía identificar la situación nutricional del niño y su consecuente necesidad de apoyo. Hoy en día estos instrumentos básicos tan útiles hace cuarenta años fueron reemplazados por la tecnología de un celular o una *tablet*. La estrategia permitió detectar situaciones de extrema pobreza e inmediatez de muerte por hambre que no se reflejan en las estadísticas, y generó situaciones de alerta en otros sectores gubernamentales locales y provinciales, que desencadenaron en políticas públicas de diversos resultados e impacto.

Esta acción de “salvataje” de niños desnutridos derivó con los años en políticas de mayor alcance, que en la actualidad pueden resumirse en los siguientes lineamientos de política pública del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, sin dejar de señalar la importancia del enfoque intersectorial del problema:

- La situación excede la intervención del agente sanitario, por lo que todo el sistema sanitario debe formar parte de la respuesta.
- Si bien es cierto que el problema de fondo no es del sector salud, sino que se relaciona con la seguridad alimentaria de la población, se requiere una intervención decisiva del Ministerio de Salud Pública, puesto que la desnutrición es también un problema de salud pública por las enfermedades a que expone a los desnutridos y por el riesgo de muerte a los que los somete.
- Es necesario abordar el problema con una estrategia poblacional, que la provincia ha encarado mediante el plan quinquenal 2016-2020, el cual incluyó la conformación de redes y equipos interdisciplinarios e interinstitucionales que acompañan y dan seguimiento a la labor del agente sanitario, para establecer condiciones en el entorno que posibiliten la prevención del problema. Se han puesto en marcha, o se ha reforzado su aplicación, una serie de iniciativas de políticas públicas intersectoriales: evaluación nutricional de la embarazada, vigilancia epidemiológica nutricional de niños con bajo peso al nacer, desarrollo de centros de recuperación nutricional, atención integral del niño que registró bajo peso al nacer y participación en mesas e iniciativas de trabajo relacionadas con la gestión del agua para consumo humano, de iniciativas locales agropecuarias para favorecer la producción y actividades económicas y la intervención en programas locales y universitarios (Universidad Nacional de Salta) de producción y utilización de alimentos locales en quioscos escolares saludables.
- Además, particularmente en cuanto a la desnutrición infantil, la provincia abordó el problema con una estrategia individual, caso por caso, que contempla la continuidad de la búsqueda por parte del agente sanitario de los niños que presentan un problema nutricional, para luego, con el apoyo de toda la red de servicios, ir hacia la recuperación.

En definitiva, es indiscutible que hay que reconocer a la estrategia de atención primaria de la salud como un poderoso instrumento de política sanitaria y social que mejora los indicadores de salud, sin olvidar que los indicadores que resumen datos de poblaciones muy disímiles en cuanto a sus condiciones de vida –como es el caso de indicadores promedio para la provincia en su conjunto– pueden esconder situaciones de inequidad. En este sentido, debe analizarse con profundidad el impacto en la mortalidad infantil en algunas áreas operativas en particular, o en algunos departamentos

o grupos especiales como los pueblos originarios, así como otros indicadores de acceso a servicios de salud, pues pareciera existir algún grado de retroceso en alguno de ellos en los últimos años.⁴² “Desde los lugares marginales donde hemos trabajado (zonas rurales muy aisladas o centros periurbanos de Salta) debemos advertir que la buena evolución de promedios sanitarios oculta la permanencia de desigualdades estructurales en el acceso a todas las prestaciones y junto con ello, la inequidad de políticas universales. Los indicadores de las regiones con baja densidad o proporción de población no permiten visibilizar que los extremos con peores indicadores sociosanitarios han sido los mismos durante décadas. Tampoco permiten comparar y asegurar equitativas inversiones, lo que asegura la reproducción de la pobreza. La información que proporciona APS es valiosa para ese análisis, pero insuficiente si no modifica políticas o asegura una inversión proporcionalmente mayor y diferenciada para esos lugares”.⁴³ Una aproximación interesante para superar esta inequidad se hizo algunos años atrás cuando se propuso el presupuesto en salud descentralizado a las áreas operativas.

42 - “Accesibilidad a la Atención Sanitaria en la Puna Jujeña y Valles de Altura Salteños”, Informe especial, Obra Claretiana para el desarrollo de comunidades de Quebrada y Puna de Jujuy y valles andinos de Salta, OCLADE Humahuaca, 7 de abril de 2017.

43 - Así lo expresó por escrito una participante, hoy jubilada, de uno de los grupos focales consultados, quien trabajó treinta y cuatro años en la provincia.

Conclusiones

1. Una oportunidad que la provincia de Salta no desaprovechó, y que es una de las razones fundamentales de los más de cuarenta años de atención primaria de la salud, es la coincidencia histórica entre la visión estratégica de Carlos Alberto Alvarado en la lucha antipalúdica –seguida e implementada por Enrique Tanoni en Salta– y la Declaración de Alma Ata de 1978. Este es un factor de relevancia que explica la continuidad durante cuatro décadas de la atención primaria de la salud en Salta y que tiene que ver con el ejercicio de una conducción de la política liderada por un insigne médico sanitarista y político, como lo fue Tanoni, secundado por centenares de “conspicuos y abigarrados grupos de profesionales que abrazaron con pasión la iniciativa”⁴⁴ desde los primeros años, y que se fueron reproduciendo en su mística y compromiso.
2. La experiencia de Salta tiene como eje un Programa de Atención Primaria de la Salud con visita domiciliaria de agentes sanitarios a las familias. Pero la rápida organización de todo el sistema de salud en torno a la perspectiva de que el acceso de la población a los servicios sanitarios no se solucionaba únicamente con las visitas a las familias en sus hogares, sino que eso era tan solo la puerta de entrada, hizo que del “programa” se pasara a una “estrategia” que, al menos desde lo conceptual y en la decisión política, integraba todo el sistema, desde la identificación de una embarazada en su casa hasta la atención del parto en un servicio de alta complejidad. Este lineamiento permitió comprender que la atención primaria de la salud se practica en todo el sistema sanitario, no solo en aquellos lugares donde hay agentes sanitarios. Esto parece sencillo, pero no todos los actores lograron entenderlo y siguen pensando que la vacunación casa por casa es atención primaria de la salud pero que un programa de control de la diabetes y/o hipertensión arterial no lo es, que esto último es tarea de un hospital especializado. Por esto, podemos decir que no es estrictamente nece-

44 - Así lo expresó por escrito un participante de uno de los grupos focales consultados, en actividad durante más de treinta años.

saría la visita domiciliaria de agentes sanitarios para llevar a cabo la atención primaria de la salud; es decir, se puede y se debe hacer atención primaria de la salud aun sin visita domiciliaria. Por eso decimos que APS es para todos.

3. La principal fortaleza identificada es que APS fue siempre una decisión política, asumida por todas las autoridades que durante cuatro décadas gobernaron la provincia, independientemente de su extracción política o partidaria, y más allá de que en algunas gestiones el apoyo concreto fue más evidente que en otras.
4. El modelo desde el año 1978 privilegió la promoción de la salud y la prevención de enfermedades por medio de estrategias de acercamiento de los servicios de salud a los lugares donde viven, se educan, trabajan y se desenvuelven socialmente las comunidades, mediante la visita domiciliaria con agentes sanitarios capacitados. Esto abrió un nuevo campo del saber y hacer en la salud pública provincial y nacional, que significó un abordaje de la salud a partir de sus determinantes sociales. Se inició por áreas rurales de difícil acceso ubicadas en zonas de frontera internacional y de la llanura conocida como el Chaco salteño, para posteriormente incluir en la cobertura a poblaciones en situación de vulnerabilidad de ciudades de pequeño y mediano porte poblacional. En este sentido, se trató de un verdadero enfoque de equidad e inclusión.
5. Esta experiencia subsiste a la fecha como un componente esencial del modelo de organización sanitaria de la provincia. Mediante su sistematización y difusión en contextos que permitan conocerla y debatirla como una política pública de salud, se contribuirá a su capacidad de aportar soluciones para superar problemas de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud.
6. La organización establecida para la estrategia de atención primaria es lo que sostiene la política sanitaria de Salta luego de cuarenta años. Esta organización tiene su base en una planificación escrita, en normas de trabajo escritas (como el Manual del Agente Sanitario y otras guías y protocolos técnicos), en la regionalización sanitaria, los niveles de atención y de complejidad creciente y el sistema de registro de actividades tanto en la actividad familia por familia y casa por casa como en los servicios intramuros, entre otras medidas de política y de gestión. Este sistema de registro proporciona información muy desagregada por familia y comunidad, pocas veces o casi nunca disponible por otros actores, tanto por su amplia cobertura y actualización trimestral como por la vigilancia epidemiológica muy apreciada para cualquier proceso y nivel de gestión sanitaria, que si es debida y éticamente utilizada tiene una extrema potencialidad para cualquier política pública de carácter social.
7. Las autoridades de salud de la provincia en ejercicio en el mes de noviembre del año 2019 manifestaron abiertamente que es por este camino que

se llegará al acceso de toda la población a los servicios de salud, así como a la cobertura universal en salud.

8. Se ha destacado la experiencia positiva en la provincia respecto de la formación profesional y técnica en el marco de atención primaria, tanto de agentes sanitarios como de profesionales de la salud, en pregrado y posgrado mediante las residencias que tienen la atención primaria como enfoque principal. Pero hay que señalar que, salvo lo mencionado en cuanto a los agentes sanitarios, supervisores intermedios y técnicos y los programas formales de posgrado, no existe un programa de capacitación sistemática destinado al nivel de conducción, de supervisión ni del nivel de prestación de servicios de las áreas operativas.
9. La mística y trabajo comunitarios que caracterizaron el crecimiento y la sostenibilidad de la estrategia de APS en la provincia no siempre se pudo mantener a salvo de amenazas y debilidades. Sin embargo, persiste una masa crítica capaz de seguir llevando adelante los objetivos inicialmente planteados.
10. Fue una decisión política de relevancia iniciar y continuar la institucionalización de los agentes sanitarios como personal estable del equipo de salud, remunerados como empleados públicos provinciales. Esta fue una de las razones fundamentales de la permanencia de la estrategia durante cuarenta años, aunque no la única. La pertenencia del agente sanitario a una planta de personal estable y remunerado es un factor relevante para la permanencia en el puesto, tan relevante como su motivación social para servir a su comunidad, así como la importancia de tener un programa de capacitación continua y de evaluación de calidad de su desempeño, entre otros estímulos laborales.
11. Finalmente, cabe mencionar que las diferentes gestiones políticas en salud, tanto en los niveles provinciales como municipales o legislativos, han identificado siempre el valioso aporte de los servicios de salud en la calidad de vida de la población. Ese reconocimiento ha fortalecido y sostenido la estrategia de atención primaria en la gran mayoría de las gestiones de gobierno y la perspectiva de seguir igual no tiene por qué modificarse; esta oportunidad debería aprovecharse para recuperar, o hacer efectiva donde nunca la hubo, la participación activa de la comunidad en la conducción de los servicios de salud. Esta será la mejor garantía de resguardo de las acciones sanitarias de las distorsiones que la política mal entendida pretenda hacer. Pareciera que el contexto legal y la decisión de autoridades de salud está en condiciones de garantizar la participación de los trabajadores de salud en la conducción de los servicios y de la participación de la población en los asuntos sanitarios; es cierto que este paso es profundo y complejo, pero la salud en Salta tiene en la Ley Provincial N° 6277 a los Consejos Asesores Sanitarios, como una poderosa herramienta de política pública.

Recomendaciones

1. La valoración y puesta en marcha de medidas tendientes a consolidar una verdadera prioridad de la atención primaria de la salud como eje y centro de la política provincial de salud es la principal recomendación para las autoridades que asumirán la conducción de la política sanitaria a partir del mes de diciembre de 2019. La provincia ya avanzó con la organización sanitaria tendiente a seguir el camino de la Cobertura Universal de Salud, de tal forma que la organización sanitaria provincial basada en la geografía tenga también la mirada puesta en la mejora no solo del acceso, sino también respecto de disponer servicios de calidad. Para concretar esta visión se deberán repensar algunas estrategias de trabajo, como la autogestión de los hospitales y su alcance, la relación del sistema oficial público liderado por el Ministerio de Salud Pública con las obras sociales, los convenios con otras provincias y/o países limítrofes, en especial en la perspectiva de los pueblos originarios, entre otras medidas de políticas de salud.
2. Profundizando el sentido de la recomendación anterior, la provincia de Salta debería evaluar el impacto que la estrategia de atención primaria de la salud tuvo en estos cuarenta años en cuanto a la mejora del acceso y la cobertura de su población a servicios de salud de calidad. Esta evaluación tiene todas las condiciones para formar parte de las iniciativas y políticas en marcha en toda la Región de las Américas sobre Acceso y Cobertura Universal en Salud, esfuerzo que cuenta con recomendaciones formales de la OPS/OMS,⁴⁵ y puede tener el valor agregado de medir cómo el sistema sanitario de Salta se ha integrado a la política nacional de la República Argentina sobre Cobertura Universal en Salud, así como sus limitaciones.

45 - OPS. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (Resolución CD53.R14). Washington, DC.: OPS, 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652> (acceso 30 agosto 2020).

3. El desafío de la estrategia de atención primaria de la salud en Salta durante varias décadas fue sostener una oferta de servicios planificada, de bajo costo y organizada por niveles de atención y complejidad creciente, que brinde continuidad y calidad a las prestaciones que necesitan las distintas comunidades. Hoy el desafío parece ser recuperar la mística y el compromiso de un equipo de trabajo desgastado pero con expectativas intactas en cuanto a una mejor salud y calidad de vida de toda la población. Ese desgaste del personal se debe, entre otras cosas, a deficiencias en los procesos de selección de personal, el deterioro de actividades de capacitación continua, en algunos casos incluso la falta de capacitación, las limitaciones y la falta de prioridad para el primer nivel de atención de las políticas de recursos humanos (que incluye no solo los salarios, sino otros estímulos laborales, así como lograr que las plantas de personal sean cuantitativamente acordes a las necesidades de la población). En consecuencia, estos problemas marcan una agenda de trabajo que debería ser encarada para recuperar los atributos de mística y de compromiso que están amenazados.
4. La jerarquización del Primer Nivel de Atención de Salud en toda la provincia requiere ser considerado como una prioridad para consolidar la ya instalada organización del sistema sanitario por niveles de atención y complejidad creciente. Debe abordarse –no de manera exclusiva pero sí como una medida extraordinariamente potente– la cuestión de establecer remuneraciones dignas para los trabajadores de este nivel;⁴⁶ no por ser una variable dependiente de la macroeconomía nacional debe dejar de señalarse. Igualmente, la asignación del concepto de “dedicación exclusiva” debe ser revalorada; es inconcebible que trabajadores de áreas rurales de difícil acceso y que brindan servicios a poblaciones en situación de vulnerabilidad y en entornos sociales y económicos de pobreza reciban salarios dependientes del horario laboral o de las horas “contratadas”.
5. En el marco del apartado anterior, tiene particular importancia para la jerarquización del Primer Nivel de Atención la necesidad de analizar y hacer los ajustes necesarios en lo referente a la capacitación de profesionales en el posgrado, tanto en las residencias que se llevan a cabo como en las carreras de la Universidad Nacional de Salta. Hay en estos espacios mucho esfuerzo institucional y de los propios profesionales que participan de los programas de formación, pero una vez egresados, el sistema no tiene la capacidad de absorberlos y se pierde entonces un enorme potencial de servicio.

46 - OMS. Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud: Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328128> (acceso 30 agosto 2020).

6. La eficiencia del Primer Nivel de Atención podrá ser más apreciada en los resultados sanitarios de la provincia si es que se revisa el nivel de funcionamiento y se hacen los ajustes necesarios al siempre vigente modelo de organización basado en redes de servicios de salud, revisión que debe realizarse en el marco del extenso desarrollo actual que tienen las iniciativas de “redes integradas de servicios de salud”.
7. La visión de lo social y la participación de la comunidad en la estrategia de atención primaria de salud sigue representando un aspecto esencial para analizar, pues aún no se advierte una verdadera política que considere la salud como una inversión social, donde la población participe de la toma de decisiones y el aspecto intersectorial sea mucho más que un discurso.
8. De igual manera, la participación de la política y sus representantes en los asuntos de política pública en salud merece ser atendida para limpiar de mala praxis lo que debiera ser una fortaleza, y que lo es cuando las autoridades locales y provinciales, de poderes ejecutivo o legislativos, se involucran de manera transparente, identifican las necesidades y trabajan con actores comprometidos.
9. Las inequidades existentes al momento de analizar los indicadores y resultados sanitarios de la provincia, como se da cuenta en apartados anteriores sobre la distribución del índice de NBI por departamentos, así como de la mortalidad infantil y desnutrición en menores de 6 años de edad, entre otros, lleva a seguir insistiendo en la necesidad de mirar la política de salud con especial asignación de recursos en aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad ubicadas en los parajes y comunidades de la Puna y el Chaco salteño, donde no se registran cambios sustantivos a lo largo del tiempo. Es importante que la nueva gestión de Gobierno en la provincia tome conocimiento de las valiosas propuestas específicas que existen.

Anexos

Anexo I: Revisión bibliográfica nacional e internacional

- Alvarado, Carlos Alberto y Enrique Tanoni, “Atención de la Salud en áreas rurales. El Plan de Salud Rural en la provincia de Jujuy”, capítulo 6 de: Sonis A., *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*, tomo II Atención de la Salud, Buenos Aires, El Ateneo, tercera edición, 1983.
- Bertolotto, A.; Fuks, A.; Rovere, M., “Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto”, *Saúde em Debate*, v. 36, n° 94, pp. 362-374, Río de Janeiro, jul-set 2012.
- Bloch C. et al., “Atención Primaria de la Salud en Argentina, desarrollo y situación actual”, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario, II Jornadas de APS CONAMER. A.R.H.N.R.G., 1988. (Entre los autores está Enrique Tanoni, entonces diputado provincial en Salta y exsecretario de Estado de Salud Pública).
- Giovanella, L.; Fidelis de Almeida, P.; Vega Romero, R.; Oliveira, S.; Tejerina Silva, H., “Panorama de la Atención Primaria de la Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos”, *Saúde em Debate*, v. 39, n° 105, pp. 300- 322, Abr-Jun 2015.
- Maceira D., Palacios A., Urrutia M., “Desempeño de Cabeceras de Redes Perinatales en la provincia de Salta, Argentina”, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina, agosto de 2013.
- Morales Peña, C. Diálogos sobre salud en idiomas aborígenes. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2009. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51725> (acceso 30 agosto 2020).
- Obra Claretiana para el Desarrollo de Comunidades de quebrada y puna de Jujuy y valles andinos de Salta (OCLADE), “Accesibilidad a la Atención

Sanitaria en la Puna Jujeña y Valles de Altura Salteños”, informe especial, Humahuaca, Jujuy, 7 de abril de 2017.

- Paganini, José María; Capote Mir, Roberto, “Sistemas locales de salud; conceptos, métodos, experiencias” (incluye un capítulo sobre atención primaria en Salta, Argentina), en OPS, Publicación Científica N° 519, Washington, D.C., 1990.
- Sánchez Negrette O.; Monteros M.C.; Davies C.; Zaidenberg M. O., “Diagnóstico de infección por *Trypanosoma cruzi* en Centros de Atención Primaria de Salta, Argentina”, Acta Bioquím Clín Latinoam 2013; 47 (4): 701-7.
- Tanoni, E., *La medicina sanitaria, la salud pública, la salud de la gente. Historias que no se cuentan*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2014 (ISBN: 978-987-599-353- 2).
- Torres Aliaga, T. M.; Torres Secchi, A. M., *¿Por qué callan, si nacen gritando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud. Iruya, (Salta) 1978- 2008*, Equipo Nacional de Pastoral Aborigen, 2010 (ISBN: 978-987-26450-0-7).

■ Anexo 2: Revisión de documentos técnicos

- Ministerio de Salud Pública de Salta. Programa de Sala de Situación. Disponible en: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/paginas/sala/asis.php> (acceso 30 agosto 2020).
- *Manual del Agente Sanitario*. Tomos 1 y 2. Programa de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 1997 y actualizaciones parciales posteriores.
- Arturo Franco Garcés, *Manual de Supervisión médica, intermedia y de enfermería bajo estrategia de APS*, 1997 (ISBN: 978-987-96650-0-8).
- Oscar David Rivero, *Los posicionamientos de los profesionales en relación con la propuesta de Atención Primaria de la Salud. Una investigación cualitativa*, tesis, Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, 2007.
- Marta Elfi Jockers, “Abordaje de la problemática de las migraciones temporarias laborales y situación de salud de las poblaciones aborígenes del Chaco salteño desde la estrategia de APS”, informe académico final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, junio de 2010.
- Paula Ulivarri, *Políticas Públicas y Salud Comunitaria. Sobre los discursos y las prácticas de la Estrategia de APS en Salta*, tesis de Maestría de Salud Pública con mención en Atención Primaria de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, 2012.
- Claudia Daniela Penzo, *La estrategia de la atención primaria de la salud como eje central de las políticas públicas sanitarias. Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Salta*, tesis, Universidad Nacional Tres de Febrero, Buenos Aires, 2013.
- *Anuario Estadístico, provincia de Salta, año 2017 – avance 2018*, Dirección General de Estadísticas.
- *Boletín 12*, 2019, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación, República Argentina
- *Salta Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Primer Encuentro Internacional de Aprendizaje entre pares para la Implementación de la Agenda 2030 en Estados Federales, Ciudad de Buenos Aires, 4 y 5 de septiembre de 2019, Gobierno de la Provincia de Salta.

Documentos de trabajo (no publicados ni oficializados)

- Jerarquización del Primer Nivel de Atención Área Capital. Salta, Dirección Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, Asociación de Profesionales de la Salud (APSADES), junio de 1990.
- Referencias y contrarreferencias. Normativa. Rutina Operacional. Ministerio de Salud Pública, 1996. Origen y fundamento de las Circulares de Salud Pública N° 15 y 17 y Resoluciones Ministeriales N° 1309/2017 y 1387/2017.
- Declaración de Salta: “Congreso Nacional de Equipos de Salud: a treinta años de Alma Ata, una revisión crítica de APS”. Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta - Universidad Nacional de Salta - Universidad Católica de Salta - Residencia de Psicología Comunitaria - Asociación Ciudadanía y Salud Colectiva. Salta, noviembre de 2008.
- Salvaguarda Indígena. Proyecto FESP 2 SUMAR – ECNT. Actualización de la evaluación social 2017-2018.
- Capítulo complementario al *Manual del Agente Sanitario*: “Problemáticas psico-sociales en el marco de la estrategia de APS”. Dirección de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Salta, 2013 y actualización 2017.

■ Anexo 3: Revisión del Marco Legal

- Ley de la Provincia N° 6277. Establece al Área Operativa como unidad de programación en salud. Sancionada el 27 de septiembre de 1984, publicada en el Boletín Oficial el 7 de noviembre de 1984. Decreto N° 2269.
- Ley de la Provincia N° 6302. Faculta al Poder Ejecutivo Provincial a implementar un Plan de Salud Mental con propuestas de descentralización de recursos, mejoras en la accesibilidad, participación comunitaria, entre otras. Sancionada el 4 de octubre de 1984, publicada en el Boletín Oficial el 3 de enero de 1985.
- Resolución N° 0370. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 25 de febrero de 1985. Resolución que en base al artículo 1° de la Ley N° 6277 determina para la conducción y organización sanitaria de la provincia la denominación, el territorio y los servicios de salud para cuarenta y tres Áreas Operativas.
- Ley de la Provincia N° 6422. Aprueba el “Estatuto de los Trabajadores de la Salud”. Sancionada el 23 de octubre de 1986, publicada en el Boletín Oficial el 26 de noviembre de 1986. Modificada por otras.
- Resolución N° 1498. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 24 de junio de 1992. Resolución que crea el Área Operativa Alto de la Sierra en el Chaco salteño.
- Ley de la Provincia N° 6841. Plan de Salud Provincial. Sancionada el 12 de diciembre de 1995, publicada en el Boletín Oficial de la provincia de Salta N° 14891 del 9 de abril de 1996. Modificada y texto ordenado actualizado por Leyes 6998, 7680 y 7913. Digesto Jurídico actualizado al 31/07/2015. Establece, entre otras medidas, que “las prestaciones previstas [...] mínimas [...] estarán basadas en la estrategia de atención primaria de la salud”. Disponible en: http://www.diputadosalta.gob.ar/digesto_leyes/1137/download_file
- Resolución N° 507. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 20 de noviembre de 1997. Resolución que aprueba la misión y las funciones de los Consejos de Administración, Gerencias Generales, Sub Gerencias. Gerencia de Atención de las Personas, Gerencias Sanitarias, Gerencias de Administración, Reforma Hospitalaria y Control de Gestión y Consejo Asesor Sanitario de las 45 Áreas Operativas entonces existentes en la provincia.
- Resolución N° 1348. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 21 de noviembre de 2003. Resolución que crea las Áreas Operativas de Seclantás en el Valle Calchaquí, Campo Quijano en la Quebrada del Toro, La Merced en el Valle de Lerma y Urundel en la zona norte de la provincia.

- Resolución N° 1519. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 4 de noviembre de 2004. Resolución que crea el Área Operativa La Unión, en el departamento Rivadavia, Chaco salteño.
- Resolución N° 0201. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 14 de febrero de 2005. Resolución que modifica los sectores geográficos y poblacionales de responsabilidad de las Áreas Operativas Alto de la Sierra y Santa Victoria Este en el Chaco salteño.
- Resolución N° 1064. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 12 de septiembre de 2005. Resolución que modifica la responsabilidad geográfica y poblacional de las Áreas Operativas de Cachi y San Carlos, en el Valle Calchaquí, y crea las Áreas Operativas de La Poma y Angastaco respectivamente.
- Decreto N° 2411. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 2 de diciembre de 2005. Decreto que aprueba la definición de conceptos a utilizarse en la construcción del Sistema de Atención Sanitaria y crea cuatro Regiones Sanitarias, asistidas por un Sistema de Redes de Atención.
- Decreto N° 1189. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 6 de junio de 2006. Decreto que suprime los números de Áreas Operativas a los hospitales especializados de la ciudad de Salta, suprime el Área Operativa N° XLV Primer Nivel de Atención de la ciudad de Salta, dispone que los hospitales del Área Capital son de referencia provincial en sus respectivas especialidades, dispone la organización de la Región Operativa de Atención Primaria Norte y Oeste con cabecera de red en el Nuevo Hospital “El Milagro”, y constituye la Región Operativa de Atención Primaria Sur y Este con cabecera de red en el Hospital General de Agudos “San Bernardo”.
- Decreto N° 2363. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 28 de septiembre de 2006. Decreto que aprueba en Capital la estructura de las Regiones Operativas de Atención Primaria Norte-Oeste y Sur-Este.
- Decreto N° 3881. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 3 de septiembre de 2009. Decreto que denomina “Hospital Público Materno Infantil” al hasta entonces llamado “Nuevo Hospital El Milagro” y traslada servicios y personal desde el ex Hospital de Niños “Niño Jesús de Praga”. Es de importante trascendencia para la regionalización sanitaria y organización del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Salta.
- Decreto N° 2734. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 28 de agosto de 2012. Decreto que aprueba la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública.

- Decreto N° 1805. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 19 de junio de 2013. Decreto que crea el Área Operativa LV Zona Sur de la Región Sanitaria Centro (ciudad de Salta), con el Hospital Zona Sur como su hospital base.
- Decreto N° 2845. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 7 de octubre de 2013. Decreto que aprueba en la ciudad capital de Salta la estructura y planta de cargos del Área Operativa N° LV – Zona Sur.
- Ley de la Provincia N° 7856. Ley que crea una Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios, y otorga una serie de derechos. Sancionada el 6 de noviembre de 2014, publicada en el Boletín Oficial el 15 de diciembre de 2014.
- Decreto N° 569. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 2 de mayo de 2017. Decreto que crea el Área Operativa XLVI Zona Norte de la Región Sanitaria Centro, con el Hospital Público Materno Infantil S. E. como su hospital base.
- Resolución N° 1309. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 20 de septiembre de 2017. Resolución que aprueba Circulares Normativas SP 15 y 17 sobre normas de Referencia y Contra Referencia de pacientes con patologías sin capacidad de resolución en su Área Operativa.
- Resolución N° 1387. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 5 de octubre de 2017. Resolución que actualiza normas de Referencia y Contra Referencia de pacientes.
- Decreto N° 238. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 7 de febrero de 2018. Decreto que modifica al Decreto 569/2017 y crea el Área Operativa LVI Zona Norte de la Región Sanitaria Centro, que incluye su ámbito geográfico, el modelo organizativo y la estructura respectiva.
- Decreto N° 240. Ministerio de Salud Pública, Poder Ejecutivo, provincia de Salta, 7 de febrero de 2018. Decreto que modifica al Decreto 569/2017 y crea el Área Operativa LV Zona Sur de la Región Sanitaria Centro, que incluye su ámbito geográfico, el modelo organizativo y la estructura respectiva.
- Resolución N° 1706. Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta, 3 de octubre de 2019. Resolución que aprueba la Circular Normativa de Salud Mental y Adicciones, que establece, en el marco del subsistema provincial de Referencia y Contra Referencia, las normas y niveles de resolución para los servicios de salud de la provincia de Salta.

■ Anexo 4: Consideración y valoración de opiniones

Mediante entrevistas y talleres de trabajo con seis grupos focales, integrados por *stakeholders* de diversa extracción profesional y experiencia. Actividad realizada en el mes de septiembre de 2019.

- **Grupo focal 1:** participaron siete autoridades de alto nivel del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta.

El objetivo fue analizar, desde la perspectiva de las autoridades de salud de la provincia de Salta, la realidad y los aportes a los resultados sanitarios de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Para esto se analizaron la situación de salud de la provincia sobre la base de la información disponible en la página web www.saladesituacion.salta.gov.ar, los lineamientos políticos del sector salud y la evolución de la estrategia de APS desde el año 1978. Además, se intercambiaron opiniones a partir de una guía preelaborada.

Las opiniones e ideas centrales derivadas de este grupo focal se han integrado al apartado de discusión y análisis del presente informe.

- **Grupo focal 2:** formado por Supervisores Intermedios y Técnicos y Agentes Sanitarios del Programa de Atención Primaria de la Salud de la Provincia de Salta.

Participaron un total de veinticinco profesionales de la salud, encabezados por el Gerente General del Área Operativa Embarcación y Agentes Sanitarios, Supervisores Intermedios y Técnicos de la zona norte de la provincia: Aguaray, Colonia Santa Rosa, Embarcación, Hipólito Yrigoyen, Orán, Pichanal, Salvador Mazza y Tartagal.

El objetivo fue analizar, junto con actores especializados en visitas domiciliarias, las fortalezas y debilidades del Programa de Atención Primaria de la Salud en la provincia de Salta. El eje fue el Programa de APS, más que la estrategia de APS, entendiendo “programa” como la expresión administrativa del conjunto de actividades de salud desempeñadas familia por familia por Agentes Sanitarios formados ad hoc, con el monitoreo y seguimiento por parte de Supervisores Intermedios.

Se realizó el intercambio de opiniones a partir de las pautas preestablecidas, y las ideas básicas consensuadas se han integrado a la discusión y análisis de este informe.

- **Grupo Focal 3:** con funcionarios de nivel político que tuvieron y/o tienen conocimiento y participación en la estrategia de APS.

Participaron del grupo focal un total de diez políticos, entre ellos seis profesionales de la salud, entre los que cuentan dos diputadas provinciales, dos intendentes de ciudades del interior de la provincia, una (concejala, un ex vicegobernador de la provincia, una exsenadora provincial, un senador provincial y tres exdiputados de la provincia.

Este grupo focal tuvo el objetivo de analizar con quienes ocupan u ocuparon cargos de decisión política, electos o designados, profesionales de la salud o no, que tuvieron contacto directo con la ejecución de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, su visión de atención primaria de la salud desde la función política cumplida, así como qué acciones hizo o dejó de hacer durante el ejercicio de su cargo.

El resultado de la discusión e ideas centrales alrededor de las cuales hubo consenso se integraron al apartado de discusión y análisis del presente informe.

- **Grupo Focal 4:** con profesionales de APS que se han destacado en su prestación de servicios.

Participaron del grupo focal un total de veintitrés profesionales, entre médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeros, odontólogos y una Agente Sanitaria.

Este grupo tuvo el objetivo de analizar, desde la perspectiva de actores destacados en su práctica profesional, actual o pasada, la dimensión que tuvo para la provincia de Salta la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y se debatió también en base a la agenda de trabajo preestablecida.

Sus resultados se integraron al apartado de discusión y análisis.

- **Grupo Focal 5:** con ex ministros/secretarios de Salud Pública de la provincia.

Participaron de este grupo focal diez funcionarios de alto nivel que desempeñaron el cargo de ministros o secretarios de Salud de la Provincia en las últimas tres décadas.

El objetivo planteado para este grupo fue analizar con quienes dirigieron la política sanitaria de la provincia desde las más altas posiciones de decisión las fortalezas y debilidades de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, discusión orientada según las consignas previamente establecidas. Los resultados se integraron al apartado de discusión y análisis de este informe.

- **Grupo Focal 6:** con Supervisores Intermedios y Técnicos del Primer Nivel de Atención del Área Capital de la ciudad de Salta que tienen cinco años o menos de experiencia.

Participaron de este grupo veintitrés profesionales jóvenes, entre psicólogos, nutricionistas, médicos, odontólogos, kinesiólogos, Agentes Sanitarios y enfermeros, con el objetivo de analizar con quienes se desempeñan en el Primer Nivel de Atención de Salud del principal conglomerado urbano de la provincia de Salta su visión de la Atención Primaria de la Salud. Los resultados de la discusión se integraron al apartado de discusión y análisis de este informe.

Esta dinámica de trabajo permitió intercambiar opiniones con un total de ciento ocho actores relevantes de la salud pública provincial.





OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN DE LAS AMÉRICAS