


Spring 2018

Articulación y apoyo del programa de los Agentes Sanitarios de Mendoza: de la teoría a la práctica /  
Coordination and support in Mendoza's  
Community Health Worker program: from theory  
to practice

Kelly McHugh  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)

 Part of the [Community-Based Research Commons](#), [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Health Services Administration Commons](#), [Health Services Research Commons](#), and the [Latin American Studies Commons](#)

---

### Recommended Citation

McHugh, Kelly, "Articulación y apoyo del programa de los Agentes Sanitarios de Mendoza: de la teoría a la práctica / Coordination and support in Mendoza's Community Health Worker program: from theory to practice" (2018). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2768.

[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2768](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2768)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

**Articulación y apoyo del programa de los Agentes Sanitarios de Mendoza:  
de la teoría a la práctica**

**Coordination and support in Mendoza's Community Health Worker program:  
from theory to practice**

Kelly McHugh

Tutor: Gustavo Iribarne

Spring 2018

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

1 de junio, 2018

School for International Training, Argentina: La Salud Pública en Ambientes Urbanos

## RESUMEN

**Información contextual:** Desde que fue publicada la resolución de la Alma-Ata, varios sistemas de salud al nivel mundial han implementado programas de agentes sanitarios para ayudar en el cumplimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y el aseguramiento de la salud como derecho humano. Sin embargo, en los últimos años, varios investigadores identificaron obstáculos comunes que enfrentan los agentes sanitarios en el alcance de sus tareas como resultado de la falta de apoyo que reciben por el sistema de salud. En forma sucesiva, dicha falta de apoyo ocasionó daño potencial para su capacidad de contribuir eficazmente en la estrategia de la APS. El sector público del sistema de salud de la Argentina tiene, por ley, un compromiso con la estrategia de la APS y con la salud como derecho, y, por lo tanto, algunas provincias han incorporado programas de agentes sanitarios para contribuir a esto, incluso del Ministerio de Salud de Mendoza. El objetivo central de la investigación fue indagar cómo es la experiencia de los agentes sanitarios mendocinos, en términos del apoyo que reciben por el sistema de salud provincial.

**Metodología:** La investigación fue cualitativa, exploratoria y no longitudinal, y se basó en dos grupos de entrevistas semi-estructuradas. En primer lugar, se hicieron dos entrevistas con representantes del Ministerio de Salud de Mendoza, para conocer las características del programa desde la perspectiva oficial. En segundo lugar, se llevaron a cabo entrevistas con cuatro agentes sanitarios de la provincia, para explorar sus percepciones sobre el apoyo que reciben por parte del sistema de salud.

**Resultados:** Primero, se presenta la estructura teórica del programa provincial de agentes sanitarios desde la perspectiva oficial. Esta exposición se centra en gran parte en el hecho de que, actualmente, el programa se encuentra en un momento de transición por la promulgación en 2014 de la primera ley que formaliza el papel de los agentes sanitarios en el sistema de salud de la provincia. Se identifican factores estructurales—como la crisis económica y recortes en el Ministerio de Salud Nacional—que en la práctica pueden complicar el apoyo que provee el sistema de salud provincial actualmente. Mediante las reflexiones que compartieron los agentes sanitarios, se revela que, aunque este grupo está generalmente satisfecho con el apoyo que recibe por el sistema de salud, todavía se destacan desafíos que pueden obstaculizar sus tareas y su capacidad de cumplir la estrategia de la APS.

## ABSTRACT

**Contextual Information:** Since the publication of the Declaration of the Alma-Ata, various health systems around the world have implemented programs of community health workers to assist in the fulfillment of Primary Health Care (PHC) strategy and the assurance of health as a human right. Nevertheless, in recent years, several researchers have identified obstacles commonly faced by community health workers in the completion of their work as a result of a lack of support provided by the health system. This lack of support has the potential to damage the capability of community health workers to contribute effectively to the PHC strategy. The public sector of the Argentine health system has, by law, a commitment to the PHS strategy and health as a right, and as such, various provinces have incorporated community health worker programs

to contribute, including the Ministry of Health of Mendoza. The central objective of the investigation was to explore the experience of the community health workers of Mendoza province, in terms of the support that they receive from the provincial health system.

Methodology: The investigation was qualitative, exploratory, and non-longitudinal, and based in two groups of semi-structured interviews. Firstly, interviews with two representatives of the Ministry of Health of Mendoza were conducted in order to characterize the community health worker program from the official/provincial perspective. Secondly, four community health workers of the province were interviewed in order to explore their perceptions of the support that they receive from the health system.

Results: Firstly, the theoretical structure of the provincial community health worker program from the official perspective is presented; this discussion centers largely around the fact that the structure is currently in a moment of evolution due to the 2014 passage of the first law to formalize the role of the community health workers in the health system of Mendoza. Structural factors such as the economic crisis and cutbacks by the National Ministry of Health are identified as factors that currently complicate the support that the provincial health system is able to provide to the program.

The reflections shared by the community health workers reveal that, although this group is generally satisfied with the support that they receive from the health system, notable obstacles remain, and could limit their ability to contribute to the fulfillment of the PHC strategy in Mendoza.

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	5
Introducción.....	6
Marco Teórico-Conceptual	
Un acercamiento a los programas de agentes sanitarios: el nivel mundial.....	7
Programas de agentes sanitarios en la Argentina.....	14
El contexto del sistema de salud de Mendoza.....	16
Metodología .....	18
Las Voces Oficiales	
Desarrollo del programa a lo largo del tiempo.....	21
Posibles clasificaciones y trayectorias laborales: teoría y práctica.....	22
Capacitación de los agentes sanitarios.....	26
Colocación de los agentes sanitarios.....	27
Las Voces de los Agentes Sanitarios	
Carga del trabajo.....	29
Remuneración.....	30
Prestación de recursos materiales.....	34
Articulación con otros trabajadores.....	36
La falta de recursos humanos.....	43
Conclusiones.....	46
Apéndice	
Apéndice A: Consentimientos informados.....	48
Apéndice B: Guías de preguntas.....	51
Referencias.....	55

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos mis entrevistados; como todos investigadores, mi trabajo depende y está en deuda con, sobre todo, la disposición suya a compartir sus experiencias, reflexiones y tiempo conmigo. El trabajo diario de los agentes sanitarios de Mendoza, y de las coordinadoras quienes trabajan junto con ellos, me impresionó muchísimo, y me siento muy agradecida por haber podido conocer e intercambiar con ellos todo lo que hacen para la gente de Mendoza.

Gracias a mi tutor, Gustavo Iribarne, por toda su ayuda en la revisión de mi propuesta e informe final y en general por observar que yo mantuviera el camino a lo largo del mes. Muchísimas gracias también a Victoria Babot, mi profesora de español, por haberme enseñado a lo largo del semestre y por ayudarme con la redacción de todo el informe, ¡siempre en tiempo récord!

Por toda su guía y asistencia a lo largo del semestre, me gustaría agradecer a todo el equipo de SIT: Salud Pública en Ambiente Urbanos: Ana Rita Díaz-Muñoz, Dana Merwaiss, Lucía Quiroga, Valeria Lliubaroff y todos los profesores quienes nos han dado su tiempo y conocimiento. Gracias no solo por crear en este programa un plan de estudios que profundiza nuestro entendimiento de la salud pública en la Argentina, sino también por apoyarnos en todos los aspectos de nuestras vidas y experiencias acá. Gracias también a mis papasanfitriones, Patricia y Antonio, por invitarme a su casa y apoyarme en todo.

## INTRODUCCIÓN

Desde que fue publicada la resolución de la Alma-Ata (1978), varios sistemas de salud han implementado programas de agentes sanitarios para ayudar en el cumplimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y el aseguramiento de la salud como derecho humano. En una breve caracterización, los agentes sanitarios son trabajadores de la salud quienes van directamente a los domicilios de los habitantes de una comunidad para proveer servicios de promoción y prevención primaria, ciertos bajos niveles de atención y derivación a otros servicios (Lehmann y Sanders, 2007). Mediante sus tareas en estas áreas, los agentes sanitarios contribuyen al alcance de los requisitos centrales de la estrategia de la APS: la intersectorialidad, la equidad, y la participación comunitaria.

Sin embargo, en los últimos años, varios investigadores identificaron obstáculos comunes que enfrentan los agentes sanitarios en el alcance de sus tareas como resultado de la falta de apoyo que reciben por el sistema de salud. En forma sucesiva, dicha falta de apoyo ocasionó daño potencial para su capacidad de contribuir eficazmente en la estrategia de la APS. Estos desafíos ya identificados incluyen la falta de reconocimiento o incorporación por otros trabajadores de la salud, falta de supervisión, sueldos insuficientes, falta del transporte e insumos y sobrecarga de trabajo (Gilson et. al, 1989; Curtale et. al, 1995; Curroto et al. 2017; Lehmann y Sanders, 2007).

El sector público del sistema de salud de la Argentina tiene, por ley, un compromiso con la estrategia de la APS y con la salud como derecho. Por lo tanto, algunas provincias han incorporado programas de agentes sanitarios para contribuir a esto. Hace algunos meses, pude realizar excursión académica donde tuve la oportunidad de presenciar por primera vez el trabajo de los agentes sanitarios de la provincia de Mendoza.

Dada mi interacción con este programa, y partiendo de la lectura que realicé sobre las experiencias de agentes sanitarios en otras partes del mundo, surgió la pregunta central de mi investigación: ¿cómo es la experiencia de los agentes sanitarios mendocinos, en términos del apoyo que reciben por el sistema de salud provincial? El objetivo general de la investigación fue entonces indagar cómo es la articulación entre el programa provincial de agentes sanitarios de Mendoza y la realidad del trabajo cotidiano de los agentes sanitarios. El primer objetivo más específico fue conocer las características del programa desde la perspectiva oficial/provincial. En

segundo lugar, fue explorar cuáles son las percepciones de los agentes sanitarios sobre el apoyo que reciben en la práctica por parte del sistema de salud y cómo perciben que esto influye en su capacidad de hacer sus tareas. Para indagar en estos objetivos, hice una investigación cualitativa, exploratoria y no longitudinal. En la recolección de datos primarios, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con dos representantes del Ministerio de Salud de Mendoza y con cuatro agentes sanitarios de la provincia.

Las voces de los representantes de la provincia dieron una imagen de la estructura teórica del programa provincial. Gran parte de esta imagen viene del hecho de que, actualmente, el programa se encuentra en un momento de transición por la promulgación en 2014 de la primera ley que formaliza el papel de los agentes sanitarios en el sistema de salud provincial. Además de caracterizar el programa oficial, los representantes plantearon factores estructurales—como la crisis económica y recortes en el Ministerio de Salud Nacional—que en la práctica pueden complicar el apoyo que provee el sistema de salud provincial actualmente.

Mediante las reflexiones que compartieron los agentes sanitarios, se revela que, aunque este grupo está generalmente satisfecho con el apoyo que recibe por el sistema de salud, todavía se destacan desafíos que pueden obstaculizar sus tareas y su capacidad de cumplir la estrategia de la APS.

## **MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **A. Un acercamiento a los programas de agentes sanitarios: el nivel mundial**

Desde que fue publicada la resolución de la Alma-Ata (1978), varios sistemas de la salud han implementado programas de agentes sanitarios para ayudar en el cumplimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y el aseguramiento de la salud como derecho humano. A nivel internacional, se usan muchos modelos distintos de programas de agentes sanitarios (Lehmann y Sanders, 2007). Sin embargo, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud, lo que suelen tener en común es que los agentes sanitarios vienen de la comunidad en la que desempeñan su trabajo, trabajan en el terreno—es decir, van directamente a la gente y no se quedan dentro de un centro de salud—, no tienen educación superior titulada y sirven como mecanismo de apoyo en la estrategia de la APS (Lehmann y



Sanders, 2007). Sus responsabilidades pueden consistir en la promoción y prevención primaria de la salud, la prestación de ciertos bajos niveles de atención y la derivación de los ciudadanos a otros servicios (Lehmann y Sanders, 2007).

### *A.1. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud*

La estrategia de la Atención Primaria de la Salud es un modelo prestacional de sistemas de salud que se usa en varios países. Fue expuesta originalmente por la Declaración de la Alma Ata en 1978 (Alma-Ata, 1978). En contraste con los modelos que solamente se enfocan en la prestación de atención explícitamente médica, la estrategia de la APS propuso y popularizó una definición más amplia de la salud; se enfocó en un modelo de prestación que aborda a todos los factores que permiten que la gente alcance su mayor potencial de salud, incluso factores biológicos, sociales, económicos, y otros (Alma-Ata, 1978). Por lo tanto, esta estrategia de prestación tiene un enfoque pronunciado en la prevención y la promoción de la salud—todas las acciones que promueven un ambiente sano—, además de la curación de problemas ya existentes (Alma-Ata, 1978).

En los últimos cuarenta años desde la publicación de la Alma-Ata, varias iniciativas han renovado la estrategia de la APS con el fin de reflejar mejor las condiciones y desafíos de salud contemporáneos y el entendimiento de la definición de salud, lo que va cambiando en el tiempo.

Por ejemplo, en 1986, la Conferencia de Ottawa, tomando en cuenta los alcances de La Declaración de la Alma Ata, expandió las metas que expuso la última, formando una iniciativa nueva enfocada específicamente en la promoción de la salud. La promoción de la salud se define como el proceso de asegurar que todos tengan la capacidad de controlar y mejorar su propia salud (OMS, 1986). La Carta de Ottawa sostiene una definición amplia de la salud, la cual se describe como “un estado adecuado de bienestar físico, mental y social” (OMS, 1986). La estrategia de la promoción es dar a todos la educación y los recursos que necesitan para identificar y realizar sus necesidades y aspiraciones, y forma una faceta central del cumplimiento de la APS (OMS, 1986).

En 2007, la Organización Panamericana de la Salud publicó un informe titulado “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud.” La meta de este informe fue actualizar la estrategia de la APS para ponerla en el contexto de los desafíos que enfrentan las poblaciones y

sistemas de salud de las Américas (OPS/OMS, 2007). En otras palabras, trata sobre maneras de aplicar mejor los principios de la estrategia con una lógica más territorial de la región (OPS/OMS, 2007). Para tal fin, incluye recomendaciones y modelos de políticas específicas para hacer que las metas de la APS sean más factibles (OPS/OMS, 2007).

La estrategia de la APS, definida por la suma de las ideas propuestas originalmente en la Alma Ata y renovadas por dichas iniciativas y varias otras, tiene algunos requisitos centrales—principios y valores que son necesarios para que un sistema de salud pueda alcanzar un nivel adecuado:

(1) Intersectorialidad y mediación: Como la salud es multifactorial, y por lo tanto se posibilita por condiciones que van más allá de las directamente sanitarias o curativas—incluso de elementos sociales, económicos, etcétera—, un sistema de salud adecuado debe estar bien entrelazada en una red integrada de servicios públicos, incluso de aquellos sociales (OMS, 1986; Alma-Ata, 1978; OPS/OMS, 2007). Esta coordinación y articulación entre sectores debe funcionar en todos los niveles. Por ejemplo, es necesario tener este entrelazamiento en los niveles de la formación de las políticas, porque la legislación de todos los sectores impacta en las condiciones que posibilitan que la gente viva una vida sana. Este entrelazamiento es necesario aún en el nivel micro, cuando un individuo entra en contacto con los servicios de un sector. Por ejemplo, un empleado que trabaja en un centro de salud debe tener la preocupación y capacidad de vincular a un individuo con servicios sociales cuando tengan esta necesidad, para que pueda encontrarse con condiciones que posibilitan la salud. Además, en el nivel más micro, debe haber una red entre varios niveles de complejidad de atención, con el propósito de que haya un sistema de derivación (Alma-Ata, 1978).

(2) Equidad: la estrategia de la APS también requiere la promulgación de estrategias que reconozcan el hecho de que determinados grupos de individuos cuentan con distintos obstáculos y facilitadores que posibilitan la salud (OMS, 1986; Alma-Ata, 1978; OPS/OMS, 2007). En contraste con las estrategias de igualdad, que dan exactamente los mismos recursos a todos, las estrategias de equidad incluyen la redistribución de recursos para asegurar que cada individuo reciba las cosas que necesita para alcanzar un alto nivel de salud (Cibils, 2018); requieren acción en varios sectores, otra vez dado al carácter multifactorial de la salud. Un concepto importante dentro de la equidad es la accesibilidad de servicios que promueven la salud, que refiere a la

capacidad de la gente para utilizar los servicios que el sistema ofrece (Alma-Ata, 1978). La accesibilidad tiene varias dimensiones, incluso de: accesibilidad geográfica, que refiere a la capacidad de acceder físicamente a los servicios; la accesibilidad cultural, o la expectativa que los servicios sean provistos en el idioma apropiado y que tomen en cuenta los valores, creencias o estilo de vida de una comunidad; y la accesibilidad económica, que consiste en la oportunidad de encontrar servicios sin barreras económicas (Molina, 2018). Según el requisito de la equidad, en un sistema adecuado de la salud, los recursos necesitan ser invertidos para que todos los que enfrentan estos obstáculos de la accesibilidad puedan superarlos.

(3) Acción/participación comunitaria: Según este requisito, es necesario que las comunidades tengan una voz y papel en fijar prioridades y formar servicios (OMS, 1986; La Alma-Ata, 1978; OPS/OMS, 2007). Para lograr tener este rol, se debe asegurar que todos puedan acceder a información y educación para informar sobre las decisiones que toman (OMS, 1986). Este requisito tiene base en la idea de que los servicios formados así sean más adecuados para enfrentar desafíos a la salud, porque la gente entiende mejor sus propias necesidades.

Dichos valores de la estrategia de la APS no son solamente ideales. La salud es un derecho humano, y por lo tanto, el estado tiene una responsabilidad de protegerla. Según la Organización de las Naciones Unidas (1948), los derechos humanos se definen como libertades, facultades, que tienen todos desde su nacimiento, simplemente por ser humano; son universales, irrevocables, irrenunciables, inalienables e independientes de ninguna característica personal (ONU, 1948). Reconociendo que muchas facetas de la vida impactan en la salud (como ya se analizó), una estrategia para la salud desde la perspectiva de los derechos humanos incluye un base amplio de estos; incluye un enfoque no solo en aquellos derechos relacionados directamente con la salud, sino también los de todos los ámbitos de la vida, que tienen que ver con el derecho a un entorno positivo y condiciones que promueven la salud (Cibils, 2018). Dentro de esta infraestructura de los derechos humanos, el estado se considera el principal garante de los mismos, el único órgano que tiene el poder para protegerlos (Cibils, 2018). Además, por varios tratados, es obligado protegerlos (Cibils, 2018).

#### *A.2. El papel de los agentes sanitarios en el cumplimiento de la estrategia de la APS*

En la sección siete, artículo siete, La Declaración de la Alma-Ata (1978) señala los programas de agentes sanitarios como mecanismo de contribución a la estrategia de la APS. En

teoría, los programas de agentes sanitarios ayudan a alcanzar los requisitos centrales en un sistema de salud, incluso de la intersectorialidad, la equidad y la participación comunitaria.

En primer lugar, los agentes sanitarios pueden servir como vínculo en el terreno entre varios niveles de atención y, además, entre sectores. En los casos de enfermedades, los agentes sanitarios sirven como la puerta de entrada al sistema de salud, por coordinar derivaciones a distintos niveles de gravedad de la atención médica. Además, como tienen un acercamiento más íntimo al contexto de la comunidad y suelen ir directamente a las casas, pueden servir como puente a otros servicios sociales que promueven la salud—por ejemplo, los de la violencia doméstica, o infraestructura para agua potable—cuando hay necesidad.

Los programas de agentes sanitarios tratan con un nivel de especificidad que promueve la equidad. Primero, suelen ser implementados en zonas con más alta vulnerabilidad y más barreras al acceso a la salud. Además, abordan varias dimensiones de la accesibilidad a los servicios de salud y a otros servicios, por funcionar como un mecanismo de derivación. Como los agentes sanitarios van directamente a las casas de los ciudadanos para proveer servicios, facilitan la accesibilidad geográfica. Cuando sus servicios se proveen gratuitamente—como es el caso con muchos programas de agentes—posibilitan la accesibilidad económica. Por ser residentes locales, reducen las distancias sociales y culturales allanando la accesibilidad cultural a los servicios (Molina, 2018).

En tercer lugar, los programas de agentes sanitarios se forman por participación comunitaria de los ciudadanos (Alma-Ata, 1978). Como se trata de locales que conocen el entorno íntimamente, los programas de agentes sanitarios dan un papel y una voz a la comunidad en la formación de los servicios y aseguran que estos sean adecuados para la cultura y necesidades específicas de la comunidad. Esto también puede promover la confianza.

### *A.3. Desafíos que enfrentan los programas de agentes sanitarios al nivel mundial*

En la literatura existente, surgen varios desafíos que han enfrentado los programas de agentes sanitarios al nivel mundial. Específicamente, se identifican varios obstáculos comunes que enfrentan los agentes sanitarios en sus tareas como resultado de la falta de apoyo del sistema de salud en que trabajan. Dado que estos programas tienen el potencial de contribuir a la

estrategia de la APS, la falta de apoyo por el sistema de salud puede impactar negativamente en el alcance de la APS.

El metaanálisis de Gilson et al. de 1989 incluye estudios de literatura teórica sobre el concepto de agentes sanitarios, junto con tres estudios de caso de programas en Botswana, Colombia, y Sri Lanka. El metaanálisis evalúa obstáculos y facilitadores de programas eficaces de agentes sanitarios (Gilson et. al, 1989). En el caso de Sri Lanka, la falta de un salario suficiente y la característica voluntaria del programa se relacionaron con un alto índice de abandono del trabajo, y esto se asocia con un proceso prolongado en el tiempo de poder generar confianza con la comunidad y de entrenar a los agentes (Gilson et. al, 1989). Los autores sugieren que habría menos problemas en el índice de abandono del trabajo en los programas si hubiera salarios adecuados (Gilson et. al, 1989). Por otro lado, en los casos en que había recortes en el financiamiento de los sistemas de salud, se descubrió que los programas de agentes sanitarios fueron los primeros en recibir esos recortes (Gilson et. al, 1989). Los recortes afectaron la disponibilidad de las drogas que dan los agentes sanitarios, el transporte para que lleguen a las casas y en general el número de visitas que podían hacer (Gilson et. al, 1989).

Los miembros de la comunidad solían interpretar la falta de equipamiento adecuado como la culpa de los agentes sanitarios; esto causó que las personas perdieran la confianza en el programa en general (Gilson et. al, 1989). Las consecuencias potenciales de esta situación pudieron ser la baja en la consulta o el contacto con los agentes—que miembros de la comunidad no abrieran la puerta—lo cual pudo haber dañado la APS.

Como resultado de un estudio de agentes sanitarios en Nepal, Curtale et. al. (1995) se hacen eco de la identificación de la falta de supervisión como obstáculo (Gilson et. al, 1989). El estudio trató de evaluar un programa de educación en nutrición, provisto por los agentes sanitarios, para evitar la deficiencia de vitamina A (Curtale et. al, 1995), y había un grupo de pueblos que había recibido la intervención y uno que no (Curtale et. al, 1995). A través de encuestas a las familias y a los agentes sanitarios, evaluaron la eficacia de los programas (Curtale et. al, 1995). Entre sus hallazgos, se destacó el hecho de que los agentes sanitarios reportaron que se sintieron menos aislados, más satisfechos y más motivados cuando recibieron más supervisión por trabajadores de la salud de niveles más altos (Curtale et. al, 1995).

En 2007, Lehmann y Sanders hicieron un metaanálisis cualitativo sobre la implementación y evaluación de 250 programas de agentes sanitarios. El estudio afirma la importancia de la relación entre agentes sanitarios y otros trabajadores formales del sector de la salud (Lehmann y Sanders, 2007). Se llegó a la conclusión de que, por lo general, médicos y enfermeros, entre otros, no reciben suficiente capacitación o entendimiento sobre el propósito de los programas, ni la mejor manera de integrarlos en su trabajo con la comunidad (Lehmann y Sanders, 2007), lo que puede resultar en una falta de incorporación de los agentes sanitarios. En segundo lugar, la estructura tradicionalmente jerárquica del campo de la medicina en general contribuye a la falta de la valoración de trabajadores con menos certificación (Lehmann y Sanders, 2007). Estas dinámicas no solamente crean un ambiente de trabajo hostil para los agentes sanitarios, sino también pueden contribuir a la falta de integración intersectorial adecuada en sus tareas.

Aunque hay poca bibliografía sobre el tema de los desafíos que enfrentan los programas de agentes sanitarios de la Argentina, se menciona el caso de los de Jujuy. Dentro de su estudio de la incorporación programática de la auto-toma del test de HPV por agentes sanitarios de la provincia Jujuy, Curroto et. al (2017) identifican otro obstáculo potencial crucial: la sobrecarga del trabajo. El artículo discute los hallazgos del “Proyecto EMA,” en que una mitad de 200 agentes sanitarios de la provincia se asignaron para ofrecer el test durante las visitas, después de lo cual realizaron encuestas sobre sus pensamientos sobre la incorporación del test en su trabajo (Curroto et. al, 2017). Si bien la mayoría apoyó el uso del test, gran parte planteó preocupaciones sobre el hecho de añadir aún más responsabilidades a las ya demasiadas que poseen (Curroto et. al, 2017). Esta preocupación y descontento laboral se destacaron fuertemente para los autores (Curroto et. al, 2017). Sugieren que la sobrecarga de trabajo en primer lugar disminuye la calidad de la atención que pueden proveer (Curroto et. al, 2017), un hecho que también disminuiría la satisfacción y confianza que tiene la comunidad en el programa. Es lógico que una sobrecarga de trabajo también pueda aumentar el índice de abandono. De acuerdo con Gilon et. al (1989), este problema se asocia con dificultades en generar educación adecuada para los agentes y la confianza de la comunidad.

De cualquier modo—ya sea por la sobrecarga de trabajos (Curroto et al. 2017) o por la falta de salario adecuado (Gilon et. al, 1989)—Lehmann y Sanders (2007) afirman que los

aumentos en los índices de abandono del trabajo de agente sanitario presentan una amenaza fuerte para los programas. A causa de este abandono, se daña la confianza y se quiebran de algún modo las relaciones entre los agentes y la comunidad (Lehmann y Sanders, 2007). Otra consecuencia de esto es que se pierde gran cantidad de tiempo y presupuesto en capacitar a otros agentes que tomarán su lugar, los que tal vez puedan nuevamente dejar el trabajo y así de modo sucesivo, ocasionando un gran costo para el estado (Lehmann y Sanders, 2007).

Falta de confianza y uso en la comunidad, bajos niveles de integración o intersectorialidad y altos índices de abandono del trabajo impiden el funcionamiento de los programas de agentes sanitarios, y por lo tanto, el cumplimiento de la estrategia de la APS. En este estudio, se busca caracterizar el programa de agentes sanitarios en Mendoza, para luego analizarlo y ver si sucede lo mismo que en los estudios citados.

### B. Programas de Agentes Sanitarios en la Argentina

El sistema de salud de la Argentina se caracteriza por varios sectores de prestación de servicios de la salud. Incluye un sector privado, un sector de Obras Sociales y, el enfoque de este proyecto, el sector público (PNUD, 2011). En este sector, la atención es prestada por el estado y es gratuita. Además, varios servicios de prevención y promoción de la salud son prestados por el Ministerio de la Salud (PNUD, 2011). En concordancia con la OMS y la ONU, el Ministerio de Salud de la Nación explícitamente declara el compromiso del derecho a la salud para toda la gente, lo cual tiene base en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales ya incorporados (MSAL, 2016). Se debe notar que este derecho a acceder a los servicios públicos de salud aplica a todos los que entran en el país, sin el criterio de ser residente documentado, porque, como dice el preámbulo, la ley garantiza que “todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino” tengan los derechos fundamentales (La Constitución de la Nación Argentina, 1994). La Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria tiene como línea de acción explícita el fortalecimiento de la estrategia de la APS (MSAL, Programas y Acciones: Promoción de la Estrategia de Atención Primaria), y su página web menciona explícitamente los agentes sanitarios (MSAL, Programas y Acciones: Promoción de la Estrategia de Atención Primaria).

El sistema de salud, igual que el sistema de las políticas en general del país, es federal. Hay un Ministerio de Salud Nacional, pero también cada provincia tiene uno propio (PNUD,

2011). El Ministerio Nacional promulga directivas o mandados a todos los ministerios provinciales, deriva ciertos fondos y recursos para lograr el cumplimiento de las directivas y ellos tienen la facultad de decidir cómo cumplir y distribuir los recursos (PNUD, 2011). En varias provincias, se han incorporado agentes sanitarios en algunos centros de salud en el sector público para contribuir a la Atención Primaria de Salud y el derecho a la salud. En algunos casos, los Ministerios de Salud provinciales han formalizado los programas por leyes que rigen la implementación e incorporación de agentes sanitarios en el sistema de salud (AFLSRA, 2018). El Plan de Salud Rural de 1966 de Jujuy, organizado por Carlos Alberto Alvarado, creó un antecedente importante de los programas no solo para Argentina sino para el mundo. Mediante su estrategia de atención rural, que incluyó agentes sanitarios quienes hicieron rondas a los domicilios, logró la erradicación del paludismo en esta zona (Jauretche, 2012). Alvarado fue reconocido al nivel mundial por su plan, que contribuyó a la formación de la estrategia de la APS y que sirvió como modelo para programas de agentes sanitarios que actualmente se desarrollan en varios países del mundo (Jauretche, 2012). Hoy en día se registran normas para programas de agentes sanitarios en CABA, la provincia de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Entre Ríos, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis y, lo más relevante para este ensayo, Mendoza (Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina, 2018). En los últimos años, las noticias de la OMS/OPS han destacado programas provinciales de agentes sanitarios argentinos por sus contribuciones a la APS; luego de una breve consulta, se encontraron artículos que subrayan la contribución de estos programas en la lucha contra el chikungunya, la expansión de adherencia de los controles de salud y los tratamientos indicados a la vacunación, el empoderamiento y accesibilidad en comunidades indígenas y las situaciones críticas de salud en zonas alejadas (OPS/OMS, 2009; OPS/OMS, 2013; OPS/OMS, 2015; OPS/OMS, 2017).

El Ministerio de Salud de la Nación tiene algunos programas que, entre otras metas, buscan apoyar a los programas provinciales de agentes sanitarios. Primero, mediante el Programa Nacional de Médicos Comunitarios, la Nación otorga becas a varios tipos de personal de la salud comunitaria, profesionales o no, como agentes sanitarios, para aumentar el recurso humano de la Atención Primaria de la Salud (MSAL, Programa de Equipos Comunitarios). En este programa, establecido en 2004, la distribución de los recursos es negociada entre la Nación y las provincias, según los fondos que tiene el ministerio nacional y las necesidades del ministerio provincial



(Fragapane, 2018). El sitio web del programa también enfatiza en que, con cada jurisdicción, se identifican prioridades de capacitación para el personal que recibe las becas, una estrategia que trata de generar una lógica más territorial (MSAL, Programa de Equipos Comunitarios).

En 2016, se fundó el Programa Nacional de Salud de Los Pueblos Indígenas (MSAL, Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas). Este programa trata de mejorar la equidad en la accesibilidad para los pueblos indígenas, mediante la atención primaria (MSAL, Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas). Incluye como meta la capacitación de miembros de los pueblos originarios para trabajar en la salud—incluso de agentes sanitarios—para que puedan promover la participación comunitaria y dar una voz a los pueblos (MSAL, Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas). El papel que tienen estos dos programas en el funcionamiento del programa provincial de agentes sanitarios de Mendoza va a ser elaborado en la próxima sección.

### C. El Contexto del Sistema de Salud de Mendoza

La provincia de Mendoza tiene una población de 1.741.610 habitantes, y con un producto bruto geográfico de USD 16.300 millones, es una de las provincias más ricas de Argentina (Ministerio del Turismo de Mendoza, 2012). Tres cuartas partes del producto total de Argentina es generado en cinco jurisdicciones, en las cuales se incluye Mendoza (PNUD, 2011). En gran parte, la actividad económica se centra en la producción de viticultura (DEIE, 2016). Si bien la provincia tiene muchos recursos económicos, no están distribuidos equitativamente entre la población. Por ejemplo, la pobreza se concentra en regiones rurales y periurbanas (DEIE, 2016). Aproximadamente el 13% de la población vive sin agua potable en el hogar y un 45% vive sin desagüe cloacal. Esta parte de la población reside desproporcionadamente en zonas rurales y periurbanas (PNUD, 2011).

Para conocer la población de la provincia, es importante también analizar las olas de inmigración que ha experimentado en años recientes. En 2017, 3.249 personas emigraron a Mendoza, lo que constituye el 1,5% de inmigración a la Argentina (DNM Migraciones, 2017). Esta estadística incluye inmigrantes permanentes, transitorios, aquellos con o sin documentación, la mayoría peruanos y bolivianos, y a menudo vienen por el tema de la falta de oportunidades laborales en sus países (DNM Migraciones, 2017; PNUD, 2018).

Igual que el sistema de la Nación, el sistema de salud en Mendoza consiste en el sector público, el sector de obras sociales y el sector privado (PNUD, 2011). Un 68% de la población de la provincia posee cobertura de salud, un porcentaje muy alto comparado con otras provincias (DEIE, 2016); sin embargo, este número varía mucho por clase social y región (DEIE, 2016). El enfoque de este informe es el sector público, en que la atención se provee gratuitamente y es prestado por el estado. En total, el 50% de la población utiliza el sistema público de salud en la provincia (DEIE, 2016), pero esta estadística no diferencia entre la utilización de distintos niveles de complejidad de atención, y es probable que la utilización por aquellos ciudadanos que tienen cobertura ocurra más en los niveles altos que en los bajos. Se debe notar que, por ley, el derecho a utilizar la atención prestada por el sector público aplica a todos los que entran en el sistema de salud, sin discriminación, ni país de origen, tengan documento o no, igual que en todo el país.

El Ministerio de Salud de Mendoza cuenta con una Dirección General de la Atención Primaria, que enfatiza en un compromiso en la realización de la estrategia de la APS dentro del sector público. Dentro de esta dirección es el Departamento de Centros de Salud, el que tiene la responsabilidad de actualizar las metas y programas propuestos por la Dirección General de la Atención Primaria, mediante la administración de los servicios prestados por todos los Centros de Salud, Postas y Centros Integrales Comunitarios de la provincia—juntos, estos tipos de centros se llaman Centros de la Atención Primaria, o CAPS (MSAL de Mendoza, Departamento de Centros de Salud). Cada CAPS tiene una zona geográfica de responsabilidad, y está a cargo de proveer atención para la población que se encuentra en la zona. Se debe notar que la misión del departamento subraya la importancia de mantener una red intersectorial de servicios de salud entre los centros de salud y otros efectores en la provincia (MSAL, Departamento de Centros de Salud). Con estos CAPS trabajan los agentes sanitarios para apoyar el cumplimiento de la estrategia de la APS. La zona geográfica de responsabilidad se divide entre los agentes sanitarios, a fin de que todas las casas y familias tengan un agente sanitario a cargo.

## METODOLOGÍA

La investigación fue cualitativa, no longitudinal y exploratoria. Pasé una semana en la provincia de Mendoza para recolectar los datos de fuentes primarias. Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, con tres guías de preguntas distintas, que están adjuntadas en el apéndice.

Primero, para caracterizar el programa de los agentes sanitarios, se buscó literatura ya existente. Sin embargo, no había mucha literatura disponible sobre el programa de Mendoza o cómo funciona. Para complementar la información que pude encontrar, entrevisté a dos contactos dados directamente por la institución de ISALUD. Para empezar, entrevisté a Concepción Passera, la Coordinadora Provincial de Agentes Sanitarios. Aunque no era parte de mi propuesta, me presentó la oportunidad para entrevistar a Dra. Marcela Fragapane, la responsable provincial del programa Equipos Comunitarios, del Ministerio de Salud de la Nación, un programa que da becas para aumentar los recursos humanos en centros de salud, incluso de agentes sanitarios. Con cada una de estas entrevistadas, se usó una distinta guía de entrevista. En los casos de ambas entrevistas, yo fui directamente a sus oficinas en el Departamento de Programas Preventivos de la Provincia y hablamos en privado. En el caso de Concepción Passera, ella contestó una selección de preguntas por e-mail antes de que yo fui a Mendoza, para darme contexto inicial sobre el programa. Las preguntas que se preguntaron por e-mail y en persona se distinguen en el apéndice.

Además de ser la población objetivo, los agentes sanitarios eran la población de referencia central y la mayoría de los entrevistados en mi investigación. Para explorar las percepciones del apoyo que reciben los agentes sanitarios, entrevisté a cuatro que trabajan en la Provincia de Mendoza. Por intermedio de ISALUD, recibí contactos de administradores en dos centros de salud en la provincia, y ellos me pasaron a su vez los contactos de agentes sanitarios en sus propios centros de salud y del otro centro que visité. Para hacer las entrevistas, fui directamente a los centros de salud en que trabajan los agentes y empleé la misma guía de entrevistas para todos. Dado a bajas de maternidad, una campaña de vacunaciones en el terreno, dificultades con transporte, y sobre todo la simple limitación de un viaje corto a Mendoza, me resultó posible entrevistar a solo cuatro agentes sanitarios, si bien me había propuesto hacerlo a seis.

Dado consideraciones éticas, las que se van a explicar en la siguiente sección, describo el grupo de los agentes sanitarios entrevistados en términos generales, solo para poner sus experiencias en contexto. Por último, entrevisté a dos mujeres y dos hombres, quienes trabajan en tres centros de salud, dos que quedan en zonas rurales, y un periurbano. Tienen entre 30 y 60 años de edad. Todos ya han pasado a la posición planta, y entre el grupo llevan entre 5 y 25 años de antigüedad en el cargo como agentes sanitarios. Uno tiene el cargo de ser el supervisor de los agentes sanitarios en su municipalidad. Uno es originalmente de la misma zona en que trabaja, dos son de otra parte del departamento en que trabajan, y uno es de otro país originalmente, pero hace décadas que vive en la zona en que actualmente trabaja. Para todas las poblaciones con las cuales trabajan, la actividad económica central de la gente es la agricultura, en ocupaciones como la cosecha o la finca. Todas las zonas tienen poblaciones significativas de inmigrantes de países limítrofes además de la población criolla. Cuando se les preguntaron sobre los problemas centrales de salud que enfrentan las poblaciones de sus zonas de cargo, los agentes mencionaron la tuberculosis, controles de condiciones crónicas, y el embarazo adolescente.

### Consideraciones Éticas

Esta investigación tiene algunos beneficios potenciales. Primero, da una voz a los agentes sanitarios sobre su propia experiencia en el sistema de la salud. En segundo lugar, puede identificar algunas brechas en la articulación y apoyo que reciben. Idealmente, por identificar estas brechas, los resultados de la investigación pueden crear pistas para que luego se puedan buscar maneras para mejorar su situación de trabajo, y para mejorar la atención que reciben las comunidades en las cuales trabajan los agentes sanitarios.

Sin embargo, esta investigación dependió de la divulgación de información sensible por parte de los agentes sanitarios. Como incluye algunas críticas sobre cómo funciona el programa para el que trabajan, algo que podría poner en riesgo su situación de trabajo, se vela y asegura la confidencialidad y anonimato. Por esta consideración, el informe no hace mención de los sitios específicos de investigación. Además, se emplea el uso de seudónimos para cada entrevistado, y cualquier información con la que podría ser comprometida su identidad fue eliminada, igual en el texto del informe como en las transcripciones adjuntadas. Los representantes de la provincia tenían la opción de optar por el anonimato, pero no lo pidieron.

Cuando termine con la investigación, voy a mandar copias del informe a los entrevistados y escribí cartas del agradecimiento a ellos.

### Reflexiones y Limitaciones

Algunos aspectos de mi posición como investigadora pudieron haber influido en la información recolectada, en particular con los agentes sanitarios. Mi posición como una desconocida, quien estaba entrevistándoles en primer lugar con una puerta de entrada a sus jefes, pudieron tener un impacto. Esto pudo afectar la confianza entre nosotros, y pudo haber hecho que ellos estuvieran menos dispuestos a contestar las preguntas abiertamente o divulgar opiniones sensibles, a lo mejor por preocupación sobre su trabajo. Intenté entonces generar un ambiente más cómodo con el consentimiento informado y la discusión de confidencialidad y anonimato, la seguridad de las grabaciones y respuestas, y el hecho de hacer las entrevistas en espacios privados. En tres casos de agentes sanitarios, las entrevistas se llevaron a cabo en oficinas, a puerta cerrada. En un caso, hicimos la entrevista en un espacio compartido, una sala de trabajadores del centro, el único que estaba disponible. Aunque a lo largo de la entrevista no hubo otras personas, existía la posibilidad de que alguien entrara, lo que podría haber impactado en la información que mi colaborador estaba dispuesto a compartir. No obstante mis esfuerzos para promover la confianza, finalmente fue posible que no siempre me contestaran directamente sobre experiencias sensibles.

Por otro lado, las referentes provinciales me dieron mucha información teórica sobre el programa y además me ofrecieron un análisis crítico de los desafíos prácticos que enfrenta el mismo, lo cual me dio un contexto y perspectivas que no había previsto recibir de autoridades de alto nivel. Tal vez como tienen cargos de más jerarquía que los que ocupan los agentes sanitarios dentro del sistema de salud, no temían las consecuencias de hablar directamente conmigo.

En los casos de las dos categorías de entrevistados, mi nivel de español y mi identidad como extranjera se pudo haber complicado mi interpretación de los datos recolectados. Hay muchas sutilezas de lenguaje, tono y significado cultural que puede que no haya reconocido. Aunque en todos los casos en que reconocí esta posibilidad, consulté a mi tutor, sin embargo inclusive pude no haber interpretado correctamente todos estos aspectos.

En último lugar, dado el tamaño limitado de la muestra y el carácter exploratorio de la investigación, los resultados no se pueden generalizar a otros agentes sanitarios afuera de este grupo. Sin embargo, se destapan desafíos en que se deben indagar más en el futuro.

## LAS VOCES OFICIALES

### A. El desarrollo del programa a lo largo del tiempo

La incorporación de agentes sanitarios en el sistema de salud de Mendoza empezó con la formación de grupos en 1977 en Malargüe, una zona alejada en el sur de la provincia (Passera, 2018). El médico Quiroga, quien estaba prestando servicios en la zona, contrató a algunos líderes de la comunidad para informarle sobre el estado de la salud, necesidades de la comunidad y para prestar servicios básicos como vacunación y extracción de sangre (Passera, 2018). En esta etapa, los agentes sanitarios tenían un vínculo con el Ministerio de Salud de la provincia, pero no eran empleados oficiales (Passera, 2018).

En los últimos cuarenta años, la incorporación se ha expandido, y hoy en día 209 efectores—entre Centros y Postas de Salud, Centros Integrados Comunitarios y un número pequeño de hospitales—utilizan agentes sanitarios para lograr la estrategia de la APS (Passera, 2018). En la decisión de que comunidades necesitan un programa de los agentes sanitarios, hay algunas prioridades que se sopesan: índices de mortalidad materno infantil, poblaciones que enfrentan barreras de accesibilidad a la salud, y hay un énfasis en los pueblos originarios, para incorporar un entendimiento de la cosmovisión y la interculturalidad en la atención (Passera, 2018). Se debe notar que estas consideraciones son coherentes con la meta de equidad en la estrategia de la APS: estas comunidades tienen altas necesidades observables, y por eso, la provincia distribuye más recursos a ellas.

Dada la promulgación de una nueva ley en 2014, los agentes sanitarios de Mendoza están en un momento de evolución. La Ley N° 8.668 del Ministerio de Salud es la primera que regula y reconoce oficialmente su función en el sistema de salud provincial (Ley N° 8.668, 2014). Passera—quien además de ser la actual Coordinadora Provincial de Agentes Sanitarios lleva 30 años de antigüedad como agente sanitaria—describe la situación laboral anterior a la ley:

Antes [el agente sanitario] no existía en el sistema sanitario como tal. Éramos servicios administrativos, auxilios a la enfermería... Si bien se podía aplicar, no estaba muy vigente porque no existía el tramo del agente sanitario, a quien estabas haciendo cumplir una ley que no existía en los papeles. (Passera, 2018)

Entonces, desde su perspectiva, la meta de esta nueva categorización y reconocimiento del servicio de los agentes sanitarios es asegurar que estos se mantengan en su función central de ser

“los únicos efectores que trabajamos fuera de los centros de salud y los hospitales. Trabajamos en territorio” de la comunidad (Passera, 2018). Sin la ley, este trabajo no siempre se cumplía, algunas veces por propia voluntad, ya que preferían quedarse adentro del centro de salud, y a veces por voluntad de los trabajadores con más jerarquía en los centros de salud (Passera, 2018). Passera supone que esto último surgió por una simple falta de entendimiento del papel de los agentes, aunque también mantiene que a veces el rol sí se entendía, pero convenía remodelar las tareas de los agentes para aliviar las propias o porque opinaban que las tareas no eran valiosas (Passera, 2018). Con la nueva ley, como especifica las acciones de los agentes, dice Passera, “la ignorancia no te salva” (Passera, 2018). Un cambio del supervisor en un determinado centro, por ejemplo, ahora no puede dar como resultado un cambio completo del rol del agente sanitario. Además, según ella, la regulación de las funciones ayuda a eliminar el miedo a la competencia con el servicio de enfermería, le asegurando que los agentes sanitarios “no venimos a quitar el trabajo de nadie” (Passera, 2018). Dicha regulación y la clara diferenciación de las funciones de cada grupo—enfermeros y agentes sanitarios—parece que ayudaría a fomentar el buen trabajo en equipo.

El texto de la ley enfatiza en que el trabajo de los agentes sanitarios ocurre “específicamente en el territorio donde reside su comunidad de pertenencia” (Ley N° 8.668, 2014). La lista de responsabilidades que elabora la Ley N° 8.668 es exhaustiva. La tarea tal vez más reconocida de los agentes es lo que se refiere como “las rondas sanitarias,” en que cada dos o tres meses, los agentes cumplen un censo de la comunidad, registrando estadísticas demográficas, cartográficas y de enfermedades para producir un censo (Ley N° 8.668, 2014). Los datos recolectados incluyen también el asesoramiento a inmunizaciones, nutrición, saneamiento ambiental e higiene (Ley N° 8.668, 2014). Además, la ley detalla que los agentes tienen las responsabilidades de hacer promoción y protección de la salud, proveer asistencia médica básica, hacer prevención y planear evacuaciones, hacer socorrismo y primeros auxilios, proveer información y atención de bajo riesgo sobre salud sexual y reproductiva, hacer derivaciones al centro de salud y sugerir nuevos programas para el centro de salud que abordan las necesidades de la comunidad (Ley N° 8.668, 2014).

Passera enfatiza en que la meta de la ley no es eliminar la posibilidad de que los agentes sanitarios apoyen a los otros trabajadores con sus tareas, sino eliminar la posibilidad de que se

queden siempre adentro del centro de salud y que se callan las tareas que tienen que hacer en el terreno (Passera, 2018). Dice: “en la atención primaria somos un equipo de salud...falta alguien, perfecto, como equipo, como compañeros, reemplazo. Pero el problema es que nadie reemplaza al agente sanitario...nadie va al territorio” (Passera, 2018).

Concluyo, de acuerdo con el testimonio que provee Passera, que tener una ley provincial que reconoce y regula las responsabilidades de los agentes sanitarios es un buen paso para mejor apoyarles en su tarea, y en modo sucesivo, en su contribución al cumplimiento de la APS.

### B. Posibles clasificaciones y trayectorias laborales: teoría y práctica

Hay tres posibles clasificaciones laborales de los agentes sanitarios de Mendoza. La primera es los becarios, que son los beneficiarios de las becas del programa nacional de Los Médicos Comunitarios, las cuales duran dos años (Fragapane, 2018). Reciben su sueldo directamente de la Nación y consiste en 6.800 pesos por treinta horas, que, lamenta Fragapane, la responsable provincial del programa, es “muy poquito, muy poquito” (Fragapane, 2018). Durante estos años, los becarios no tienen ningún contrato o relación laboral con el Ministerio de Salud provincial (Passera, 2018). Sin embargo, el programa provincial todavía tiene un rol, porque negocia con el Ministerio de Salud para evaluar las necesidades del sistema de salud de la provincia y decidir la colocación de los becarios (Fragapane, 2018). Como la responsable provincial del programa, Marcela Fragapane realiza estas negociaciones. En teoría, después de dos años, los becarios pasan a ser contratados.

Los agentes contratados son los que ya tienen una relación con el Ministerio de Salud de la provincia. En los casos de los que empezaron como becarios, cuando pasan a ser contratados, la nación manda el dinero al Ministerio de Salud de la Provincia y los dos juntos pagan el sueldo (Passera, 2018). El Ministerio de Salud paga el sueldo completo del resto de los contratados. La etapa de ser contratado se marca por cierto nivel de inseguridad laboral; aunque hay leyes laborales en la provincia que protegen los trabajadores, es más fácil en esta etapa que a uno lo puedan echar (Passera, 2018). Generalmente, o el contrato necesita ser renovado después de dos años o el agente pasa a la próxima etapa, la de planta permanente (Passera, 2018). En los casos de los agentes sanitarios contratados y los de planta permanente, el sueldo varía según las variables de antigüedad del cargo y la zona en que trabajan—los que trabajan en zonas alejadas



reciben un subsidio (Passera, 2018; Fragapane, 2018). En promedio, Fragapane estima que los contratados reciben 15.000 pesos (Fragapane, 2018).

La última posible clasificación de agentes sanitarios es la posición de planta permanente. Los que pasan a planta son empleados legales de la provincia de Mendoza, y es más difícil echarlos (Passera, 2018). Aumenta el pago y reciben todos los beneficios que reciben otros empleados de la provincia, incluso el aporte jubilatorio y la obra social (Fragapane, 2018). Estima Fragapane que cobran como promedio 20.000 pesos, pero subraya otra vez la variedad que hay por antigüedad y zonas de trabajo (Fragapane, 2018). En teoría, el proceso de llegar a planta permanente lleva 2-4 años (Passera, 2018), y depende de las negociaciones con los gremios (Fragapane, 2018). Fragapane cita una negociación de 2016 en que los gremios lograron que todos los agentes sanitarios que habían empezado con su trabajo entre 2009 y 2012 pasaran a planta (Fragapane, 2018). Sin embargo, ella expresa preocupación de que esta situación haga que pasen algunos que no lo merecen (Fragapane, 2018). Por eso, en 2017, el gobierno empezó a implementar—“en forma muy gradual,” nota ella—un concurso de evaluación para todas las sectores provinciales para pasar de ser contratado a planta permanente (Fragapane, 2018). El proceso incluye una presentación de carpeta de antecedentes, un examen de capacitación y una entrevista de perfil (Fragapane, 2018). Dado que el proceso todavía no está implementado de forma completa, no se puede analizar el efecto en la situación laboral de los agentes sanitarios.

Hasta aquí se desarrolló la estructura teórica de las posibles clasificaciones y trayectoria de los tipos de agentes sanitarios. Sin embargo, esta estructura hoy en día, en la práctica, se encuentra complicada por negociaciones de los programas Nacionales y por la crisis económica que enfrenta el país. Por ejemplo, aunque Passera está de acuerdo con la idea de la formación en 2016 del Programa Nacional de Salud de Los Pueblos Indígenas, según ella, esto complicó el camino a planta permanente:

los agentes sanitarios indígenas, hermosos agentes sanitarios de pueblos originarios, ellos ya estaban a punto de pasar a planta, y los volvieron a beca porque cambió el programa... como se creó ese programa nuevo, empezaron de cero, y esta gente, todos se vieron perjudicados con esta situación. (Passera, 2018)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Aunque no me dio otros ejemplos, es de notar que Passera sugirió que ha pasado otros problemas por cambios de las políticas, y la resultante discontinuidad. Dice: “me gustaría que, como te digo, cada gobernante que llega con su equipo tira por tierra todo lo que se ha hecho, empieza de nuevo, con sus ideas, con sus proyectos, ¡que puede ser bueno! Pero, por algo, se ha hecho toda una cuestión atrás que uno no la puede menospreciar” (Passera, 2018).

La crisis económica impacta en la capacidad de la provincia para apoyar a los agentes sanitarios y también en las negociaciones con el Programa de Médicos Comunitarios de la Nación. En teoría, no es necesario empezar como becario para llegar a ser contratado; aun así, en este momento, es la única puerta de ingreso al Ministerio de Salud, porque a la provincia le faltan recursos suficientes para pagar a nuevos agentes sanitarios sin el apoyo de la Nación (Passera, 2018). Además, inclusive con respecto a este grupo de becarios—y todos los beneficiarios del programa de Médicos Comunitarios—la Nación está en un proceso de recorte por la crisis (Fragapane, 2018). Habitualmente, cuando los becarios pasan a ser contratados, en teoría la Nación sigue pagando una parte del sueldo de los contratados. A partir de 2015 a 2017, cuando terminaron los dos años de los becarios, se cortaron los fondos de la Nación (Fragapane, 2018). En este periodo, dejaron a algunos agentes sanitarios de la provincia sin cobrar. “Les pagan cada tres meses”—dijo ella con frustración—“ahora se encuentra que hace tres meses que no cobran, con otros hace seis meses que no cobran” (Passera, 2018).

Fragapane y la provincia, reconociendo la importancia de los agentes sanitarios y la necesidad de los recursos humanos que señalan los coordinadores de los centros de salud, están intentando arreglar la situación:

Hicimos una nota diciendo que esas personas eran muy necesarias para los lugares donde ellos estaban, y que realmente habían iniciado proyectos muy interesantes en la salud pública. Entonces, bueno, nos permitieron que ellos tuvieran una continuidad de un año. (Fragapane, 2018).

El año de continuidad terminará en diciembre de 2018 y ella dice que no está segura de lo que vaya a pasar. Su equipo está negociando también con el Ministerio de Hacienda de la provincia, que aprueba la financiación de cada ministerio, para intentar obtener un presupuesto más alto y pasar algunos de los becarios a contratos o a planta en la provincia, para evitar el daño de la brecha potencial en lo que da la Nación (Fragapane, 2018). La lucha para proteger a los agentes sanitarios—y todos los beneficiarios del programa de Médicos Comunitarios, que también son importantes en los equipos de APS—es una prioridad para su equipo porque, dice, “si no nos aprueban, nos lo perdemos el recurso humano nosotros, y ellos pierden su trabajo” (Fragapane, 2018). Hasta ahora, aseguró, las dificultades que han enfrentado no han resultado en un perdido de agentes sanitarios: “es raro que nos pase que tengamos que sacar gente, eso no nos ha pasado

todavía” (Fragapane, 2018). Se debe notar que el testimonio de un agente sanitario entrevistado discute esta aseveración.

Por su parte, Passera lamenta que, con o sin crisis, los agentes sanitarios en general estén desvalorados en el sistema de salud en términos del presupuesto que da el Ministerio de Salud de la provincia. “En las campañas críticas siempre somos la primera labor, siempre somos los más útiles, pero cuando llega la hora del presupuesto, nos olvidan. No nos alcanza” (Passera, 2018). Atribuye este problema al carácter hegemónico del sistema de salud, que generalmente no valora tanto el trabajo de los agentes sanitarios, en parte porque no se consideran profesionales (Passera, 2018).

En conclusión, los pasos de becarios y contratados en la trayectoria teórica de los agentes sanitarios ya llevan un cierto nivel de inseguridad laboral, y en general, el programa de agentes sanitarios no recibe apoyo suficiente de la provincia en términos del presupuesto año a año. Si bien parece que los referentes del programa provincial están luchando para asegurar apoyo para los agentes sanitarios, hoy en día, por la crisis económica, esta trayectoria se ve aún más obstaculizada.

La tasa del abandono del trabajo a nivel provincial queda cerca del 15% (Passera, 2018).

### C. Capacitación de los agentes sanitarios

Aunque hace muchos años que los agentes sanitarios tienen que cumplir un curso de capacitación, la Ley de 2014 inició la regulación de un nuevo requisito, que fue acompañado con un plan de capacitación nueva y formalizada, avalado por el Ministerio de Salud y la Dirección General de Escuelas (Ley N° 8.668, 2014; Passera, 2018). En el pasado, explicó un agente sanitario quien lleva casi 20 años de antigüedad, el certificado no venía con una matrícula (Agente 4, 2018), pero con el nuevo, sí hay. El curso de Agente Sanitario requiere 442 horas cátedra y consiste en la estructura siguiente:

Contenidos: Atención Primaria de la Salud. Organización del Sistema de Salud. Leyes que establecen el Derecho de los Pueblos Originarios a la Salud. Interculturalidad.

- Módulo I: Sistemas de Información y Registros.
- Módulo II: Inmunidad. Inmunizaciones. Vacunas. Patologías Infecciosas Prevalentes.
- Módulo III: Signos Vitales. Primeros Auxilios.

- Módulo IV: Salud del Adulto Mayor y del Anciano. Patologías Crónicas Prevalentes.
  - Módulo V: Organización Social. Familia. Salud Mental.
  - Módulo VI: Salud de la Mujer. Salud Reproductiva.
  - Módulo VII: Salud del Niño.
  - Módulo VIII: Salud del Adolescente
  - Módulo IX: Salud Bucal
  - Módulo X: Saneamiento Ambiental
  - Módulo XI: Administración y Supervisión
  - Curso PAI (Inmunizaciones) Vacunadores eventuales. Resolución 81/2014
  - Actualizaciones permanentes mediante cursos de capacitación continuos articulados entre los Programas Preventivos y la Dirección General de Escuelas.
  - Capacitaciones y actualizaciones de los Programas Preventivos.
- (Ley N° 8.668, 2014).

El dictado de este curso también ha sido obstaculizado por los mismos problemas económicos de la Nación y Provincia que impactan en la trayectoria de los agentes sanitarios actualmente. Por eso, el año pasado, la Provincia no dictó el curso, para evitar aumentar una demanda laboral que luego no se podría apoyar económicamente. Como explica Fragapane:

En realidad, se había dictado todos los años y por ahí formábamos muchos agentes sanitarios y después no tenían salida laboral. Todas estas personas terminaban su curso y no tenían trabajo... si bien es escaso [el recurso humano] uno trata de priorizar lo que tiene y no seguir contratando más gente porque tampoco no hay recursos para contratarlos. Entonces, por ese motivo el año pasado el ministro dijo 'no, no vamos a seguir formando y dando matrículas' (Fragapane, 2018).

A partir de julio de 2018, el curso va a ser dictado de nuevo. Sin embargo, si la situación de los fondos sigue en los próximos años, parece posible que lo mismo pase otra vez.

La nueva ley requiere que los agentes sanitarios terminen el secundario (Ley N. ° 8.668, 2014). En los casos en los que ya trabajan sin este nivel cumplido, tienen 3 años desde su entrada en vigencia (Ley N° 8.668, 2014). Passera expresa una preocupación por los potenciales agentes sanitarios que se podrían excluir por este cambio, y además, por los saberes que están valuados y los que no en el presente sistema educativo:

Me gusta que aprendan a leer, por supuesto, como para no nos engañen. Pero esto, [es lo que no me gusta], de que te meten en esta estructura, que te ponen en la cabeza cuadrada, cuando ellos tienen otros saberes (Passera, 2018).

#### D. Colocación de los agentes sanitarios

En el pasado, los agentes sanitarios se seleccionaron por el simple hecho de ya ser líderes en su propia comunidad, un modelo muy común a nivel mundial. La lógica, como ya se mencionó, es que el requisito asegura que conozcan bien el entorno. Según Passera, esta regulación llevaba elementos positivos y negativos en el programa de Mendoza. Por ejemplo, ser un líder de la comunidad indica que ya hay un cierto nivel de confianza entre la comunidad y el agente sanitario, lo que promueve más la utilización del servicio y sugiere que la persona sea un trabajador fiable (Passera, 2018). No obstante, ella opina que a veces se corría el riesgo de que los agentes sanitarios beneficiaran a sus amigos y a su familia, más que al resto de la comunidad (Passera, 2018).<sup>2</sup>

Con la ley, la búsqueda y colocación de agentes sanitarios está evolucionando y ahora es más abierta (Ley N° 8.668). La ley dice que el agente debe ser residente de la zona en la que trabaja por más de cinco años, salvo que:

...se hubiese desempeñado como tal por dicho período en otra comunidad y acreditare tal circunstancia, siendo dicha excepción debidamente justificada por la Autoridad de aplicación, debiendo como fundamento principal el favorecimiento de la población requirente de sus servicios (Ley N° 8.668).

Brevemente, Passera resume la principal justificación de este cambio, la cual tiene base en el hecho de que hay una necesidad para este servicio en la Provincia y se debe cumplir como sea posible. “Hay miles a que les faltan agentes sanitarios, y para elegir, tengo un montón” (Passera, 2018). Con “montón,” se refiere a agentes sanitarios disponibles que son de otras zonas.

Como ya se mencionó, la colocación de los agentes sanitarios impacta en el sueldo que reciben, porque los que trabajan en zonas alejadas reciben un subsidio. Además, las referentes dicen que el programa provincial presta movilidad—motos, bicicletas—para agentes sanitarios que la necesita para hacer las rondas (Fragapane, 2018; Passera, 2018). Los testimonios de los agentes sanitarios llevaron preguntas sobre este sistema de prestación.

---

<sup>2</sup> Se debe notar que los agentes sanitarios entrevistados en esta investigación negaron esta aseveración.

## VOCES DE LOS AGENTES SANITARIOS

### A. Carga del trabajo

En todos los casos, los agentes sanitarios con los que hablé tienen horarios oficiales de 7 u 8 horas lunes a viernes. Como se puede ver en la lista de responsabilidades que enumera la Ley N° 8.668 (2014), hay una carga grande de tareas que deben cumplir los agentes sanitarios entre estas horas. De hecho, a lo largo de nuestras conversaciones, los agentes me contaron de tareas como visitas domiciliarias, la elaboración de un censo, controles y detección de embarazo, promoción, entrega de leche y pollos, ayuda con huertas, vacunación, monitorización de la condición de las cloacas y agua en las casas, derivación a servicios del centro de salud igual que a los de las municipalidades, y otras. En breve, como dijo Agente 1, “todos los programas a nivel provincial que salen, los bajan primero a los agentes sanitarios, porque es la puerta de entrada a la familia, al centro de salud. ¡Todos!... ¡siempre!” (Agente 1, 2018). Agente 4 se hizo eco de esto, diciendo “bueno, de todos los programas estamos” (Agente 4, 2018). Cuando les pregunté si se sienten cómodos con la cantidad de tareas que hay, no me respondieron en términos de cómo se sienten personalmente sino me informaron de manera directa y simple que hay una exigencia y una necesidad de la comunidad, y ellos tienen que cumplirla.

Sí mencionaron que a veces hay conflictos entre distintas tareas, pero dicen que ellos solamente tienen que organizarlas. Hablaron sobre la priorización de urgencias, incluso de cuando un trabajador del centro les informa sobre un paciente que necesita ir al hospital. Solo dos oportunidades para mejoramiento de la situación se dieron. Agentes 2 y 3 mencionaron que les gustaría modificar el programa para que puedan pasar más tiempo con las familias críticas (Agente 2, 2018; Agente 3, 2018). Agente 4 notó que, a veces, tienen que llevar las tareas de otros trabajadores cuando hay una falta de recursos humanos (Agente 4, 2018). Esto es algo que se va analizar en más profundidad en otra sección.

Es posible que mis entrevistados hayan interpretado que el objetivo de la pregunta fue evaluar su capacidad personal de cumplir sus tareas, si bien en realidad se buscaba evaluar si hay brechas en apoyo que ocasionen una sobrecarga (es decir, si se les asigna una demanda de tareas que supera el apoyo que reciben). Por eso, es posible que no hayan identificado algunas posibles áreas de mejoramiento que podría ayudarles a tener una carga más razonable o más apoyo en

cumplirlo. En general, lo que me reportaron fue que la carga es agotadora pero manejable e inevitable, y no señalaron que falta apoyo necesario. Una cita de Agente 3 resume bien el sentido del grupo:

Igual te agota, por supuesto. Hay un momento en que sí, te agota...llegas cansada, porque por ahí tenés mucho...pero me da la felicidad (Agente 3, 2018).

## B. Remuneración

### *B.1. El rol de la inflación*

Tres de los cuatro agentes sanitarios declararon directamente que el sueldo que reciben es insuficiente. A la vez, no opinaron que el problema tenga base en una falta de valorización de los agentes sanitarios en el sistema de salud, sino que todos afirman que se relaciona con la crisis económica del país, diciendo que aun sueldos apropiados ahora no alcanzan en el contexto de altos niveles de inflación:

Económicamente, no. Los sueldos están muy bajos con la inflación que tenemos. Tenemos tasas de electricidad, digamos, muy altas. [El problema pasa] en todos los sueldos, en general. Todos. Y antes, no. Antes vos con el sueldo vivías bien. Ahora no, tenés que buscar otros recursos (Agente 4, 2018).

Ahora con la situación económica, el trabajo no te alcanza. Pero, más que nada, por la situación económica que hay ahora (Agente 1, 2018).

Mira, en argentina, hoy por hoy, al nivel económico, no está bien Argentina. Al nivel de inflación, está mal. Entonces por ahí, los sueldos que tenemos acá no son malos, sino hoy por hoy no están de acuerdo a lo que las cosas van. Con el sueldo que tenés, vivías muy bien...ahora a veces...no llegas a fin de mes porque las cosas están caras (Agente 2, 2018).

Todos resaltan el cambio con el tiempo, enfatizando que en el pasado el sueldo era adecuado, lo que brinda más evidencia de que el sueldo insuficiente en estos casos no es el resultado de una falta de apoyo dada a los agentes sanitarios por el sistema de salud.

### *B.2. La herramienta del segundo trabajo*

Según mis entrevistados, muchos agentes sanitarios tienen trabajos secundarios. Agente 3, el único quien dijo que está satisfecho con el sueldo, declaró que él elige hacer su segundo trabajo, en vez de hacerlo por necesidad. “Solo es para mi gasto personal, pero lo hago porque

me gusta” (Agente 3, 2018). Es muy posible que esto sea enteramente cierto, pero también ocurre que él pudo haber contestado así por orgullo. Por lo menos, Agente 4 sostiene que muchos agentes sanitarios—y aun extiende a otros tipos de trabajadores en el sistema de salud—tienen segundos trabajos por necesidad: “En la mayoría de los profesionales que trabajamos en salud, en la tarde tenemos otros trabajos... hoy por hoy necesito las dos partes. Es muy difícil.” (Agente 4, 2018). Aunque él no tiene otro trabajo, Agente 2 también dice que es una necesidad para algunos de sus compañeros: “a veces buscan otro trabajo porque no llegan a fin de mes.”

Agente 2 nota que el horario de los agentes facilita la posibilidad de tener otro trabajo. “Por el horario tenés más tiempo en la tarde... este es un turno fijo... entonces si tuvieras que buscar otro trabajo, lo podrías hacer tranquilamente” (Agente 2, 2018). Agente 1, por su parte, discute la idea de que sea tan fácil. Aunque dice que el solo trabajo a uno no alcanza, identifica posibles conflictos que obstaculizan tener otro trabajo, en particular responsabilidades de la casa y con la familia, y el cansancio por las tareas como agente sanitario, y la adicional falta de energía por la edad (Agente 1, 2018).

Entonces, la necesidad y factibilidad de tener segundo trabajo parece variar entre agentes sanitarios. Sin embargo, el hecho de que tienen que tomar esta decisión difícil parece ser resultado de la crisis económica, más que la desvaloración de los agentes sanitarios.

### *B.3. “Pero bueno. Es lo que hay.”*

Entre los agentes sanitarios quienes identificaron que el sueldo no es suficiente, todos sostenían que la dedicación que sienten a su trabajo como agentes sanitarios subyuga cualquier dificultad económica, que el sueldo no es la preocupación central.

Cuando sos agente sanitario por lo económico, por lo que te pagan, es otra cosa. Cuando sos agente sanitario de alma, y te gusta lo que haces, lo haces con ganas, y a la vez te encuentra satisfacción en lo que haces. Te da satisfacción poder ayudar a la gente, darle una mano a los demás... No es suficiente. Pero bueno. Es lo que hay (Agente 1, 2018)

Te tiene que gustar. No lo podés ver como una parte remunerativa, no porque te pagan bien, sino porque te guste. (Agente 2, 2018).

Un tema relacionado es la falta de reconocimiento remunerativo de horas afuera del horario oficial. Agente 1 menciona que como vive adentro del barrio en que trabaja, “no tenés horario porque tenés gente que vienen a la noche, a preguntarte... algún tipo de información”



(Agente 1, 2018). Pero cuando le pregunté sobre si recibe pago para este trabajo, ella se lo despidió con la mano, diciendo “no, no, no. En eso no te reconoce nadie. Eso lo hacés porque vos querés, y porque querés colaborar con la comunidad.”

Este orden de prioridades también se demuestra simplemente en la falta de mención de una consideración de dejar el trabajo, aunque describieron situaciones difíciles económicamente que enfrentan. Esta dedicación es muy admirable. Puede indicar que la situación de trabajo en general está bien, igual como la simple fuerza de su dedicación a la gente de su comunidad y a la meta de sus tareas.

#### *B.4. Vale la pena... ¿pero solo para los que son de planta?*

Sin embargo, la ventaja—en términos de beneficios y sueldo más alto—de ser de posición planta puede facilitar la capacidad de estos agentes sanitarios para últimamente mantener este orden de prioridades. Los agentes sanitarios en el sistema con otra situación de empleo, aun poseyendo la misma fuerza de dedicación a sus tareas, tal vez no siempre tienen la capacidad de decidir seguir con el trabajo. Le pregunté a Agente 4 si ella, como supervisora de los agentes en su municipalidad, ha notado si es común que los agentes sanitarios abandonen el trabajo por cuestión económica. Ella subrayó que esta impacta en forma despareja con distintos tipos. “Sí, por tema económico, sí. Más si no son de planta. Si son de planta, no, porque es un sueldo regular, igual que de todos los demás. Pero los contratados, los con becas, sí” (Agente 4, 2018).

Ella habló mucho sobre las dificultades que enfrentan los becarios y los contratados en términos económicos. Primero, nota que hay una inestabilidad inherente en la estructura de los contratados y las becas. En el caso de los contratados, ella dice que cuando ella estaba contratada, había durado 9 años el proceso de pasar a planta, aunque en teoría dura solo dos (Agente 4, 2018). Diciendo “fue un año de política medio dura,” ella implica que el proceso no es tan predecible como sugiere la estructura teórica (ella también dijo que piensa que el proceso ha mejorado un poquito hoy en día) (Agente 4, 2018). En el caso de los becarios, explica que ellos tienen que firmar un contrato que dice que “puede ser por un año, o seis meses, con la posibilidad de renovarse o no...si no se renueva, te quedás sin trabajo.”

Además, como ya destacaron las representantes del programa provincial, la situación económica ha resultado en recortes a las becas del programa de Médicos Comunitarios. Pero al contrario con lo que sostuvo la Dra. Fragapane (Fragapane, 2018), Agente 4 dice que esta dificultad sí resultó en abandonos de más que uno agente sanitario en su municipalidad:

Porque no les pagaban, se demoraban en los pagos, según el problema que tenían las becas. Tres meses sin cobrar...entonces tuvo que abandonar este trabajo...no se puede esperar. Tres, cuatro meses sin cobrar ya es...demasiado. (Agente 4, 2018).

En general, parece que agentes sanitarios que no son de posición planta tienen más dificultades con la situación económica, porque hay menos estabilidad en sus posiciones. Esta inestabilidad actualmente se encuentra empeorada por la crisis económica, pero también a cierto nivel, la inestabilidad es inherente en la estructura del sistema de becas y contratos.

#### *B.5. Consecuencias de la inestabilidad*

Según su experiencia, Agente 4 nota que esta inestabilidad y la resultante aumenta en abandono del trabajo llevan daño para la eficacia del programa de los agentes sanitarios. Primero, se pierde el vínculo que ya se formó entre este agente sanitario y la comunidad (Agente 4, 2018). Cada uno de los agentes sanitarios entrevistados, cuando les pregunté sobre cómo se genera confianza con la comunidad, contestó que lo más importante es simplemente el tiempo, y la consistencia. Entonces, parece obvio que cuando un agente tiene que dejar el trabajo por razón económica, cierto nivel de confianza con la comunidad se pierde. Según la literatura existente, esta confianza es un requisito central para el funcionamiento de los programas de agentes sanitarios, y su capacidad de contribuir a la estrategia de la APS. Más obviamente, Agente 4 dice que cuando un agente sanitario abandona el trabajo, el lapso antes de que llegue nuevo agente tiene consecuencias directas en la prestación de servicios:

no terminás nunca de cumplir con la gente, y la dejás medio...porque todo es una tarea de día a día, y cuando desaparece, caen muchas cosas. Te caen la vacunación del lugar, te caen las embarazadas sin controles, como que no hay una observación mejor del lugar. Entonces te caen muchas cosas. (Agente 4, 2018).

Adicionalmente, en el largo plazo, es probable que, de manera cíclica, la falta de apoyo económico suficiente para mantener un agente sanitario ya capacitado —sea por la estructura problemática del programa o por la crisis económica— resulte en la necesidad de gastar más en el entrenamiento de otros agentes sanitarios.

## C. Prestación de Recursos Materiales

### *C.1. Transporte*

La primera categoría del apoyo en recursos materiales sobre la que indagué fue el tema del transporte. En el caso de la agente sanitaria quien vive y trabaja en la zona periurbana, ella puede llegar al centro y hacer las rondas y en pie con facilidad, porque las distancias en la zona no son muy grandes, y no tiene necesidad de esta forma de apoyo (Agente 1, 2018). Sin embargo, ella sugirió que en casos ocasionales de urgencias—por ejemplo, cuando el centro le llama y le dice que necesita llevar algún paciente al centro—la movilidad le ayudaría para hacerlo más rápidamente y mejor atender al paciente (Agente 1, 2018). Ella no se destacó situación esta como falta de gran importancia.

Los demás trabajan en zonas rurales, y en sus casos, del tema de transporte surgieron dos cuestiones distintas: primero, la movilidad para llegar al centro de salud cada día, y luego, la movilidad para hacer sus tareas en terreno durante el día de trabajo. Primero, aunque no les pregunté sobre el tema, los entrevistados me informaron que el transporte público no llega a los dos centros de salud rurales en que trabajan. Por eso, tienen que buscar y pagar movilidad para llegar al centro cada día. Parece importante notar que en zonas alejadas, la falta del transporte público puede limitar la disponibilidad de trabajadores de la salud que pueden venir a la zona para proveer atención a la comunidad. Sin embargo, aunque el transporte y la infraestructura es la responsabilidad de la provincia, a mí no me parece que es la responsabilidad del programa de los agentes sanitarios específicamente; en general, no es una expectativa de empleadores proveer la movilidad a los empleados para llegar al lugar del trabajo cada día. En conclusión, esto es un desafío que se debe notar porque puede impactar en la eficacia del programa de agentes sanitarios, pero no surge por una brecha creada por el programa de los agentes sanitarios en sí.

Por el otro lado, la movilidad para cumplir las tareas diarias del trabajo sí debe ser la responsabilidad del programa de los agentes sanitarios. Los tres agentes sanitarios entrevistados quienes trabajan en zonas rurales reportan que hacen las rondas diarias usando la movilidad. Aunque el programa provincial dice que presta movilidad—motos y bicicletas, por ejemplo—para aquellos agentes sanitarios que la necesitan para hacer las rondas (Passera, 2018; Fragapane, 2018), en los casos de estos tres, conseguir una movilidad es su propia responsabilidad, y no reciben pago adicional para asegurarla. Agente 4 mencionó el programa estatal, y me aseguró

que los agentes de su propia zona no reciben estos recursos puestos porque “no tenemos estas distancias geográficas” (Agente 4, 2018), sugiriendo que los agentes sanitarios que reciben este apoyo por el estado tienen una necesidad mayor que la suya. A la vez, ella me dijo que le facilita mucho el uso de su propio auto, por lo que paga ella el combustible, “y ahí, sí a nosotros nos cuesta el insumo” (Agente 4, 2018). Pero en su caso, esto se expresó más como si el gasto fuera por elección, para facilitar la rapidez en las rondas, más que una necesidad inevitable. Por el otro lado, en el caso de los otros dos agentes que trabajan juntos en otra zona rural, uno de ellos me enfatizó explícitamente que, para ellos, no es solamente por elección que se mueven en movilidad, sino que es necesario para cumplir las rondas en su zona, y no hay opción de transporte público (Agente 2, 2018). Actualmente, ellos tienen vehículos para hacer las rondas, pero la compra y el mantenimiento de los vehículos es su responsabilidad, y el estado no les ayuda. Agente 2 expresó con frustración audible su sentimiento que el estado no se preocupe suficientemente por el método de llegar a las casas:

En realidad, tenés que cumplir con tus responsabilidades, a como sea. Esta es la idea. Tenés tantas casas, y vos tenés que hacerlas. Caminando, en avión, no importa. Allí está el interés. Vos tenés que cumplirlas. Es lo difícil. Es un tema (Agente 2, 2018).

Entonces, mi conclusión es que aunque el programa provincial presta recursos de transporte a determinados agentes sanitarios para hacer las rondas en zonas alejadas, hay más que beneficiarían de recibirlos. Es decir, es un requisito que actualmente no satisface el estado en algunas zonas de la provincia. Parece que el umbral de necesidad que ha impuesto el estado para calificar para este tipo de apoyo no está de acuerdo con la necesidad verdadera para el transporte en zonas rurales. En dichos casos, los agentes sanitarios pudieron encontrar movilidad de llegar a las casas, así que esta falta de apoyo no últimamente ocasionó directamente una falta de atención para la comunidad. Sin embargo, puede haber agentes sanitarios en situaciones parecidas—con grandes distancias pero todavía sin recursos del transporte prestado—que no pueden pagar su propia movilidad, resultando en menos eficiencia en su trabajo y menos atención prestada a la comunidad. Se debería ampliar este recurso para que puedan cumplir con eficacia su tarea.

### *C.2. Insumos y equipamiento*

Cuando entramos en el tema de la disponibilidad de los insumos y equipamiento, lo primero que mencionaron fue que no necesitan llevar muchos materiales al terreno. Generalmente, cuentan con una sola mochila que contiene cuadernos con formularios, alguna

folletería de promoción sobre ciertos temas, y herramientas técnicas como tensiómetros y glucómetros. Con noticia avanzada de una necesidad específica, pueden llevar vacunas o curas, pero no se llevan habitualmente. Como explicó Agente 2, cuando hay necesidad de servicios de más complejidad que requieren más equipamiento, se hacen derivaciones al centro de salud (Agente 2, 2018).

Los tensiómetros, glucómetros, vacunas, y “cajas de curas” son provistos por los centros de salud, y todos dijeron que generalmente están disponibles de una manera fiable y consistente. Incluso que cuando encuentran problemas con estos insumos—por ejemplo, “si anda medio mal el tensiómetro,”—se gestionan nuevas en tiempo adecuado, si informan el centro de salud (Agente 2, 2018).

Había discordancia entre las experiencias de los agentes en relación con la disponibilidad de los cuadernos y mochilas que llevan. En el caso de Agente 4, ella dijo “una vez por año, nos dan...alguna mochila, algún tensiómetro nuevo, los cuadernos.” Agentes 2 y 3 contestaron que, salvo el equipamiento técnico ya dicho, “todos los otros los compraron nosotros” (Agente 3, 2018). No tengo suficiente información para identificar la fuente de esta disparidad. Es posible que la diferencia se relacione más con los recursos provistos por las municipalidades a los distintos centros de salud, o puede ser una diferencia en la distribución de los recursos prestados por la provincia. De hecho, hablando sobre los insumos en términos generales, Agente 1 dijo que su municipalidad provee porción más grande de los insumos que usan los agentes sanitarios que lo que provee la provincia. De todos modos, esto no lo destacaron como una falta de apoyo impactante, tal vez porque estos insumos no llevan un gasto alto. Ningún de los agentes sanitarios expresó frustración con la necesidad de pagar por estos recursos, sino que fue una expectativa normal. Aunque sea pequeña, todos necesitan cuadernos y mochilas, y se debe notar que esta es una disparidad entre lo que reciben diferentes grupos de agentes sanitarios.

En general, todos parecían satisfechos con la disponibilidad de todos los insumos, diciendo “no falta nada. Entonces, creo que eso no es un obstáculo,” (Agente 4, 2018), y “hay algo que necesitamos, lo tenés” (Agente 2, 2018).

#### D. Articulación con otros trabajadores

##### *D.1. La situación ideal*

Cuando se preguntaron sobre la calidad de su relación con otros trabajadores de salud, cada uno de los agentes sanitarios respondió positivamente, empezando con un sentimiento simple y directo: “buena.” Sobre todo, caracterizan la relación con los trabajadores de su propio centro como una en la que se destaca un intercambio de ideas y conocimiento. Según ellos, esta es una interacción bidireccional, en que cada uno se siente dispuesto a pedir información del otro. Un ejemplo de esto fue la descripción que dio Agente 1 sobre instantes en que ella pide ayuda con alguna habilidad técnica con el tratamiento de patologías específicas:

Si yo no sé algo, tengo alguna duda, voy, les pregunto, ellos me informan, me capacitan. Me dicen ‘bueno, esto tenés que hacerlo así, o esta patología podés tratarla de tal manera’ (Agente 1, 2018).

Más que nada, los ejemplos que dieron fueron instantes de intercambios de opiniones o noticias sobre el estado de salud de pacientes específicos. Los trabajadores del centro les reportan a los agentes sanitarios sobre qué ven del avance de la condición—de salud, psicológica, etcétera—de un paciente cuando está en el centro de salud. En cambio, los agentes sanitarios les proveen detalles de cómo avanza la condición de un paciente que está en su casa.

El conocimiento más importante que ofrecen los agentes sanitarios, según su propia perspectiva, es la información sobre el contexto en que vive un individuo de la comunidad, y cómo esto puede influir en lo que ve un trabajador de salud en un momento aislado dentro del centro de salud. Este conocimiento, por supuesto, es algo que se recolecta en el terreno, y por el hecho de ser parte de la comunidad. Como explica Agente 2:

Ellos [los trabajadores del centro] no saben en qué forma viven [los residentes]...capaz que hay un niño, y la doctora dice “está flaco,” o “como lo podemos ayudar.” Y uno le puede decir “mira...están pasando por este problema”...Entonces, somos el nexo, un puente entre el paciente de la comunidad y el equipo de salud (Agente 2, 2018).

La presencia de este intercambio es, por supuesto, la situación ideal. El modelo teórico de programas de agentes sanitarios tiene base en la suposición de que el conocimiento íntimo que llevan ellos—sobre la comunidad, de pacientes específicos—esté valorado, buscado, e integrado en el trabajo de los otros trabajadores. Si no está incorporado, se obstaculiza su capacidad para contribuir al cumplimiento de los requisitos de equidad y participación comunitaria de la estrategia de la APS. En los casos de estos agentes sanitarios, todos me dijeron que sienten que los otros trabajadores en sus propios centros de salud piden e incorporan sus sugerencias en su

trabajo, igual que ellos hacen con las sugerencias tuyas. Sienten, entonces, que en general, ellos reciben respeto y valoración de los otros trabajadores.

Sostienen además que este intercambio se extiende también a la planificación de actividades y tareas diarias. En general, los agentes sanitarios dijeron que sus tareas diarias son organizadas de una manera independiente—que ellos tienen el poder para organizar su tiempo y lograr sus metas. Sin embargo, como trabajan en equipo, cuando otros trabajadores señalan que necesitan ayuda con alguna tarea, los agentes sanitarios cambian las suyas para ayudar. Por ejemplo, todos mencionaron momentos en que se les pide visitar a un paciente en particular y hacerle un seguimiento por alguna patología. Dicen que los médicos hacen lo mismo, cuando ellos necesitan ayuda. “Ellos piden algo, y uno les cumple, igual que yo le pido algo a los médicos, y ellos lo cumplen también” (Agente 4, 2018).

Tres de los agentes mencionaron momentos de articulación e intercambio con trabajadores de otros sectores, aunque no les pregunté específicamente sobre este tema. Agente 3 describió un caso reciente en que había violencia doméstica en una casa, y él trabajó junto con el psicólogo, el asistente social y la municipalidad para resolver la situación (Agente 3, 2018). Agente 1 también habló sobre el entrelace y derivación que hace con la trabajadora social o psicólogo (Agente 1, 2018). Agente 4 mencionó sobre momentos en que ella notaba problemas con “la parte ambiental de la casa—la cloaca, la basura, donde va a parar todo eso” (Agente 4, 2018). En estas situaciones, ella se pone en contacto con la municipalidad, que luego interviene para solucionar la situación (Agente 4, 2018). Sus descripciones señalan que hay articulación suficiente para abordar el requisito de la intersectorialidad en el contexto de su trabajo en la estrategia de la APS.

#### *D.2. Cuando la situación no es ideal: falta del entendimiento del rol*

Todos los agentes sanitarios mencionaron el hecho de que sí hay situaciones en que la relación entre ellos y los otros trabajadores se caracteriza específicamente por la falta de articulación, intercambio o respeto. En estas discusiones, ellos siempre sostenían que aunque estas relaciones existían en su propio centro de salud en el pasado, ahora todo está resuelto; a la vez, declararon que las relaciones malas todavía existen en los otros centros de salud hoy en día. Es posible que esto sea verdad, pero parece más probable que ellos no hayan querido arriesgar su trabajo por decir algo negativo de sus compañeros. De todos modos, a ellos les importaba

destacar el hecho de que la situación ideal no es la situación de todos los agentes sanitarios. Por eso, voy a incluir sus descripciones de las razones por las cuales ocurre esta falta de articulación entre agentes sanitarios y los otros trabajadores del sistema. Más que nada, ellos atribuyeron esto a una falta de la falta de buena articulación a una falta de entendimiento por parte de los otros trabajadores del sistema de cuál es el rol de los agentes sanitarios.

Agente 1, por su parte, piensa que el problema viene del hecho de que los agentes sanitarios se ven solamente como representantes de la comunidad y no trabajadores de salud verdaderos:

Yo soy de la comunidad, y te veían como un intruso en el centro de salud, porque venías de la misma comunidad. Entonces era como que decía ‘yo tengo alguien acá, que es de la comunidad, que me va a mandar mucho, o mucho tiempo.’ Pero no fue así, la idea no era así, sino ayudar a los pacientes (Agente 1, 2018).

Entonces, el hecho de que los agentes sanitarios pertenecen a la comunidad, en lugar de ser visto como una ventaja o facilitación para brindar atención más apropiada, fue visto como una amenaza o desafío al trabajo de los demás. No se entendían los motivos de los agentes sanitarios. Aunque no se menciona explícitamente, parece que tal vez una parte de este problema es que los profesionales no respetan a los agentes sanitarios porque no son profesionales. También indica que hay una falta de entendimiento por la parte de los trabajadores de la salud en la importancia de la participación comunitaria en el cumplimiento de la APS.

Agente 4 mencionó que la falta de entendimiento del rol de los agentes sanitarios también causa que los enfermeros se sientan amenazados por la presencia de los agentes sanitarios:

ha habido mucha competencia con la parte de la enfermería. Creían ellos que era como que se tiraron al piso, que querían que tomarle el lugar, y no, nada que ver. (Agente 4, 2018).

En realidad, los dos grupos tienen tareas distintas y complementarias, pero cuando esto no queda claro a los enfermeros, causa tensión, lo que puede obstaculizar la capacidad de los trabajadores de un centro a trabajar en equipo.

Agente 2 opina que los otros trabajadores no valoran lo que hacen los agentes sanitarios porque su trabajo no siempre es tan visible como el trabajo que ocurre adentro del centro. Las tareas ocurren afuera del centro de salud y los otros trabajadores no pueden mirar todo: “existe la



teoría de que uno hace nada por allí, viste....tenés ciertas libertades, podés estar en la calle” (Agente 2, 2018).

Como los otros trabajadores no entienden la importancia del trabajo que hacen los agentes sanitarios, Agente 4 nota que esta puede resultar en trabajadores de más jerarquía cambiando las tareas de los agentes sanitarios. “Si venían coordinador nuevo, y decía ‘bueno, a mí no me gustan los agentes sanitarios. Vos vas a administración, vos vas a la enfermería”” (Agente 4, 2018). Agente 2 también cuenta sobre órdenes así: “por ahí, te dicen ‘no vayas a cubrir los servicios a ciertas zonas,’” y en cambio, ellos le dan tareas adicionales en el centro de salud (Agente 2, 2018). En su caso, él dice que todavía se hacen las tareas en terreno, pero el resultado se relaciona con su último punto: después, la única cosa de la que se dan cuenta es que no hizo las tareas en el centro, y no ven todo lo que lograron en el terreno (Agente 2, 2018). Así que este resultado apoya la mala interpretación de que ellos no hacen nada para promover la salud.

Esta falta de entendimiento del rol de los agentes sanitarios en estos casos obstaculiza su integración en el trabajo de los centros de salud. Sea por la falta de confianza y reconocimiento entre efectores o por la literal obstaculización por órdenes de supervisores, esta falta de entendimiento previene que hagan sus tareas, lo que obviamente daña su capacidad de contribuir al cumplimiento de la APS.

### *D.3. El choque de turnos*

A lo largo de las conversaciones sobre la falta de coordinación entre los agentes sanitarios y los equipos del centro de salud, una manifestación específica surgió varias veces: las derivaciones que hacen los agentes sanitarios a los centros de salud a veces no son respetados o aceptados. Otra vez, todos sostienen que esto solamente pasó en el pasado en su propio centro—que ahora, son recibidos siempre a tiempo y los otros trabajadores entienden que es importante la derivación—pero que ocurre todavía en otros centros.

En algunos casos, los agentes sanitarios dijeron que las derivaciones son completamente ignoradas:

Nos manejamos con las derivaciones, y por ahí, el agente sanitario ha tratado de derivar, y el médico—[ella gesticula como si tirara basura]—a la basura. Sí, sí, ha pasado (Agente 1, 2018).

Entonces en otros lugares, pasa eso...el administrativo no te quiere dar un turno, te rebota la gente, esto entorpece nuestra tarea. Esto hay que irlo puliendo. (Agente 4, 2018).

Al explicar las razones por las cuales pasa este choque de turnos, Agente 1 otra vez subrayó la sospecha que tienen algunos trabajadores hacia ellos por pertenecer a la comunidad, que están intentando de beneficiar a individuos que en realidad no necesitan atención o quienes solo quieren engañar el sistema de esperar por un turno:

porque era como si yo te traigo un paciente, te estaba imponiendo al profesional que me atendiera a este paciente. Y por ahí ellos pensaba de que a lo mejor, vos estás trayendo a este paciente porque no quiso levantarse temprano para sacarse el turno. Y no era así...tampoco es que decís, 'bueno, yo le saco un turno porque yo la conozco, es mi amiga.' No. (Agente 1, 2018).

Agente 4 también sugirió que los otros trabajadores no necesariamente confían que las derivaciones que hacen los agentes sanitarios pasan cuando es un caso verdaderamente importante (Agente 4, 2018).

En el caso de los Agentes 2 y 3, no hablan de instantes en que los centros ignoraron completamente turnos, sino que mencionan hechos en que los trabajadores aceptaron los turnos, pero lo retrasaron demasiado, o rechazaron a los pacientes derivados quienes no llegaron al centro exactamente a tiempo (Agente 2, 2018; Agente 3, 2018). Agente 3 opina que el problema es que los otros trabajadores no entienden bien la realidad de la vida en esta zona rural, en la que es muy difícil de llegar al centro. Me contó con frustración de un momento en que él derivó una paciente, ella llegó menos de 10 minutos tarde a su turno, y no le recibieron en un centro de salud:

Ellos vuelven con otro turno, y vuelven para otra semana, con el turno. Pero ellos ya están allí, y ellos tendrían que hacer controles. Por ahí hay un solo servicio, nada más de eso. Solo un servicio (Agente 3, 2018).

Parte de su frustración vino del hecho de que su derivación debería indicar a los otros trabajadores que el servicio es necesario; entonces, el rechazo indica una falta de fe en el trabajo del agente sanitario.

Agente 2, al contrario de los demás, no atribuyó los problemas con los turnos como resultado de una falta de articulación entre los agentes sanitarios y los trabajadores del centro de salud. Él dijo que hacer excepciones con el horario o priorizar ciertos pacientes luego crea una demanda para el centro: "por acá unas veces hacés una excepción, y después, es todo, la tenés

que hacer siempre” (Agente 2, 2018). Explica que “se tiene que adecuar la gente a esa política” (Agente 2, 2018).

De todos modos, el choque de turnos puede tener como resultado un menor cumplimiento de la APS. Primero, obviamente, si algún paciente no recibe la atención que necesita, esta constituye una falta directa de cumplimiento. En segundo lugar, todos los agentes sanitarios—incluso Agente 2—están de acuerdo con el hecho de que, cuando hacen le derivan a la gente, pero no reciben el turno, la gente percibe que ellos, como la cara visible del sistema de salud, son culpables, aunque no es la realidad de la situación. Al largo plazo, puede dañar la confianza y satisfacción que tiene la comunidad en los agentes sanitarios, y en forma sucesiva, dañar la estrategia de la APS de este modo también.

#### *D.4. Hacia una articulación mejor*

Como ya se observó, todos los agentes sanitarios dijeron que la articulación entre ellos y los otros trabajadores de la salud está resuelta en sus propios centros de salud. Aunque notan problemas actuales en otros centros de salud, también en general dicen que la articulación está en el proceso de mejorar en todos los centros. Les pregunté sobre los factores que contribuyeron o actualmente están contribuyendo a este proceso de mejorar la articulación.

Más que nada, ellos lo atribuyeron simplemente al paso del tiempo. En primer lugar, como explica Agente 1, con tiempo, los otros trabajadores “se acostumbran” a la figura del agente sanitario y sus tareas (Agente 1, 2018). “Hemos aprendido a trabajar en equipo...cada uno entiende la función que tiene que cumplir el otro. Ha costado” (Agente 4, 2018). En segundo lugar, Agentes 2 y 3 remarcan que con el tiempo se ha revelado evidencia del éxito del trabajo que hacen:

Ahora, como que, están teniendo cosas escritas, porque ahora hay muchas estadísticas, entonces se manejan por la estadística, datos enteros...esto produce que, por ahí, se ve que ha evolucionado para lo bien (Agente 3, 2018).

Los dos destacaron en particular la disminución de tasas de mortalidad materno-infantil, embarazos controlados, y la disminución de partos domiciliarios (Agente 2, 2018; Agente 3, 2018). Desde su perspectiva, esta evidencia ha mejorado la confianza que tienen los otros trabajadores de salud en el rol de los agentes sanitarios, la que ocasiona una mejor articulación.

Sin embargo, el tiempo no arregla todo, y a veces, intervenciones concretas han sido necesarios para mejorar la articulación. Agente 1 destaca capacitaciones para otros trabajadores sobre el rol del agente sanitario (Agente 1, 2018). Agente 1 y 4 cuentan sobre momentos en que trabajadores con más jerarquía han intervenido en nombre de los agentes sanitarios (Agente 1, 2018; Agente 4, 2018). De hecho, Agente 1 atribuye la resolución del choque de turnos en su propio centro de salud, hace muchos años, al momento en que vino el referente de los agentes sanitarios a hablar con los médicos (Agente 1, 2018).

Agente 4 mencionó la posibilidad de la Ley N° 8.668 para mejorar la articulación entre los agentes sanitarios y los otros trabajadores de la salud, porque la ley clarifica exactamente cuáles son las tareas del agente sanitario, lo que puede eliminar aquellos los problemas de articulación que vienen de una falta de entendimiento (Agente 4, 2018). Aunque dice que los ellos todavía pueden colaborar y compartir tareas ocasionales, subraya que según la ley, por lo menos un supervisor no puede mandar al agente sanitario siempre a hacer tareas en el centro (Agente 4, 2018). También, conectó el conflicto de los enfermeros con la falta de entendimiento. Cuando estaba hablando sobre la ley, no directamente mencionó la posibilidad de una resolución con este problema, pero parece una extensión lógica de sus expectativas para la ley (Agente 4, 2018). Ella es la única del grupo quien habló sobre la posibilidad de la ley, y lamento que no investigué si los otros agentes sanitarios comparten esta seguridad en la potencial de la ley para mejorar la articulación. Passera, por su parte, comparte esta perspectiva (Passera, 2018).

#### *D.5. Conclusión*

En conclusión, en general, los agentes sanitarios reportan estar satisfechos con la articulación y apoyo que reciben de los otros trabajadores del sistema de salud. Sin embargo, identifican que persisten faltas en esta articulación, al menos en otros centros de salud, que obstaculizan que cumplan sus tareas, y en modo sucesivo, que cumplan la APS.

#### E. La falta de recursos humanos

##### *E.1. El problema*

Sin haber sido preguntado, tres de los cuatro agentes sanitarios sacaron el tema de la falta de recursos humanos suficientes en los centros de salud. En los casos de dos de los agentes, en los días en los que yo fui a visitar a sus centros, la falta fue observable; entre los dos centros, por

enfermedades, abandono recién del trabajo, y baja por maternidad, faltaban tres otros agentes sanitarios, un licenciado en trabajo social, y un enfermero. Para llenar estas brechas temporarias, los agentes que sobraban tuvieron que hacerse cargo de roles que no son suyos. Agente 4 comentó “yo no debería estar hoy haciendo lo que estoy haciendo, lo vos ves,” y de hecho, ella estaba haciendo consultas que estaban en el horario para el enfermero y el trabajador social (Agente 4, 2018). Agente 1 me dijo que está actualmente haciendo las rondas de las zonas que generalmente están a cargo de sus compañeros.

Me parece que por manifestarse así, la falta de recursos humanos puede ocasionar un atraso en el cumplimiento de las tareas de los agentes sanitarios. Como comentaron ambas Agente 4 y Passera, hacerse cargo de otros roles en una situación así no necesariamente constituye una violación de la meta de la nueva ley, porque la sustitución es en teoría temporaria, y cuando regresen los otros trabajadores, el agente puede regresar a sus tareas propias (Agente 4, 2018; Passera, 2018). O en el caso en que faltan otros agentes sanitarios, puede volver a tener una cantidad de tareas apropiadas. Aun siendo de acuerdo con la ley, es indiscutible que una falta sistémica de recursos humanos, con situaciones así ocurriendo a menudo a lo largo del tiempo, constituye una falta de apoyo que impacta negativamente en la capacidad de los agentes sanitarios para hacer sus tareas. Entonces, en forma indirecta, por desviar el trabajo de los agentes sanitarios y hacer caerse sus tareas normales, la falta de recursos humanos daña el cumplimiento de la APS.

Aparte de comentar en la carga adicional que pone en sus propios hombros la falta de recursos humanos, todos los agentes sanitarios enfatizaron el obvio punto que, con poco personal en el centro de salud, no se pueden cumplir las necesidades de los pacientes que vienen al centro. Agente 2 notó que el recurso humano ha mejorado desde que él empezó a trabajar en el centro, pero todavía dice que “esto es el desafío que queda para cumplir por la parte del estado. Buscar el profesional” (Agente 2, 2018). Entonces la falta de recursos humanos perjudica el cumplimiento de la APS también de forma directa, por limitar la atención directa provista en centros de salud.

En último lugar, todos opinaron que además de la necesidad de simplemente tener una cantidad mayor de recursos humanos, en los centros faltan especialidades específicas. Agente 1 subrayó el hecho de que hay laboratorio solo una vez por semana aunque hay una demanda para

ecografías y electrocardiogramas, Agente 2 subrayó la falta de fonoaudióloga y cardiólogo, y Agente 4 subrayó que hay pediatra solo una vez por semana (Agente 1, 2018; Agente 2, 2018; Agente 4, 2018). Todos piensan que estos servicios deben estar en los centros para satisfacer la necesidad de las comunidades.

## *E.2. Buscando soluciones*

Agente 2 notó que el problema de la falta de recursos humanos no persiste por la falta de interés en resolverlo, sino porque, “por ahí el estado no tiene los recursos económicos para pagar, me entendés....no sé cómo hacerlo, para pagar” (Agente 2, 2018). Por el testimonio de Fragapane, ya se ha notado que hay reconocimiento al nivel provincial y nacional de esta falta de recursos humanos para la APS, y que al menos el programa de Médicos Comunitarios tiene la meta de abordar esta brecha. Sin embargo, como dijo Fragapane, actualmente el programa se ve obstaculizado por la crisis económica en Argentina. Adicionalmente, Agente 4 expresó preocupación con la estrategia de las becas como manera de arreglar la falta de recursos humanos. Ella opina que en la práctica, a veces las becas incentivan a gente que verdaderamente no tienen interés en trabajar como agentes sanitarios:

No les gusta, no es para lo que están estudiando. En cambio, lo bueno sería que quiere ser agente sanitario, como cualquier otra profesión. Se elegía por la persona. Los chicos contratados, no [tienen este problema], pero los chicos que están por beca, es como un paso para hacer lo que quieren, para ser enfermero, para ser médico, para ser otra carrera. Pero no es su visión, la del agente sanitario (Agente 4, 2018).

El resultado, atesta, es que no les interesan las tareas en el terreno, y en vez hacen actividades en el centro de salud, dejando que se caigan las tareas de los agentes sanitarios (Agente 4, 2018). Es decir, a veces no verdaderamente llenan la brecha que causa la falta de recursos humanos.

Agente 4 también expresó preocupación con los instantes en que agentes sanitarios de otros lugares vienen para trabajar en una zona, algo que no solamente pasa en los casos de los agentes con beca. Mientras que Passera opina que hay un riesgo de que los agentes sanitarios que son de la misma zona beneficien más a sus amigos, Agente 4 ve el vínculo creado por ser de la zona como un incentivo de trabajar mejor, algo que falta los demás (Passera, 2018; Agente 4, 2018).

Pero cuando ya no sos del lugar, lo que pasa ahora es que andan chicos que son de otros lugares. Los perfiles han cambiado, y cuesta mucho....Porque allá [zonas en que los

agentes son del mismo lugar] los agentes que hay son más bien, por ejemplo, viven los padres, los hijos, o parientes—son del lugar todavía. Que le preocupa por su lugar, que lucha por su lugar, trabaja por su lugar. (Agente 4, 2018).

La primera respuesta que surgiría de esta discusión sería la que dijo Passera: que esencialmente, es mejor tener algún recurso humano, usando los agentes sanitarios que están disponibles incluso si no sean de la zona, que no tener ningún recurso humano (Passera, 2018). Este argumento también se puede extender al caso de los becarios que menciona Agente 4, los que no tienen dedicación tan fuerte a las tareas del agente sanitario. Si bien eso es cierto, que tener algún recurso humano y poder cumplir al menos una porción de las tareas de los agentes sanitarios, sea mejor que no tener ningún, tal vez es importante considerar por un momento el daño potencial con la comunidad en el largo plazo. Si la falta de dedicación a la comunidad en realidad existe para estos chicos, como supone Agente 4, y si es detectable por la comunidad, puede ser que esta dañaría en la confianza que tiene la comunidad en la figura del agente sanitario en general. Por ser así, en forma sucesiva, es posible que puede dañar en la capacidad de otros agentes sanitarios para contribuir a la APS. Esta potencial necesita más investigación para confirmarla; mientras tanto, todavía me parece necesario seguir intentando de cumplir la necesidad de la comunidad como sea posible, dado que todos los agentes identificaron la falta de recursos humanos como obstáculo central.

## CONCLUSIONES

Antes de concluir, es importante subrayar que todos los agentes sanitarios expresaron que en general están satisfechos con su situación de trabajo, y el apoyo que reciben por parte del sistema de salud provincial. Sin embargo, a lo largo de la investigación, se destacaron algunos obstáculos y brechas que merecen ser notados.

Si bien parece que los referentes del programa provincial están luchando para asegurar el apoyo para los agentes sanitarios, hoy en día, esto se ve obstaculizado por la crisis económica en general y recortes por el Ministerio de Salud Nacional en particular. Estos desafíos estructurales agravan algunos desafíos ya existentes que enfrentan los agentes sanitarios, como la remuneración—la que se complica aún más para aquellos que no son de posición de planta—, la falta de recursos, la carga del trabajo y la prestación de recursos de transporte. También hay brechas en la articulación con otros trabajadores en el centro de salud permanecen, más que nada

por la falta de entendimiento del rol de los agentes sanitarios. Está por verse si Ley N° 8.668 y la regularización de su función facilitará una articulación mejor.

En total, estas brechas en el apoyo que enfrentan los agentes sanitarios pueden obstaculizar su capacidad para cumplir sus tareas, y consecuentemente, para apoyar el cumplimiento de la estrategia de la APS en las comunidades marginales de Mendoza. Por lo tanto, es recomendable que se haga más investigación en las brechas ya identificadas con un tamaño de muestra más grande, para identificar el alcance de los obstáculos explorados brevemente en este estudio, y, sobre todo, para buscar maneras de mejorarlas.

Antes de concluir, quiero notar una reflexión personal. A lo largo de la investigación, los agentes sanitarios expresaron una dedicación y aprecio a su trabajo y a sus comunidades que sinceramente me impresionó muchísimo:

Cuando sos agente sanitario de alma, y te gusta lo que hacés, lo hacés con ganas, y a la vez te encuentras satisfacción en lo que haces. Te da satisfacción poder ayudar a la gente, darle una mano a los demás (Agente 1, 2018).

Me gusta el trabajo. Es lindo, el trabajo...te desahoga mucho por ahí, porque como la comunidad te habla, vos también podés hablar con ellos, podés contarles, te desahoga mucho (Agente 3, 2018).

Es muy lindo trabajo...Te da mucha satisfacción cuando una puede ayudar, tal vez con cosas muy sencillas....hay familias que ya son parientes, que conocés de toda la vida, toda la trayectoria. Padres, madres, hijos, abuelos. Es muy lindo (Agente 4, 2018).

Lo nuestro no es un trabajo, es una hermosura. Es una felicidad todos los días salir, hacer el recorrido, llevar salud a las casas, llevar la alegría, y llevar buenos hábitos, sobre todo (Passera, 2018).

Igualmente, me sorprendió el nivel de franqueza con la que me hablaron las referentes de la provincia sobre los desafíos que enfrenta el programa actualmente: además de enseñarme la estructura teórica del programa, es obvio que están pensando y luchando en la posibilidad de cambio. Me siento muy agradecida por haber podido conocer e intercambiar con y aprender de ellos.



## APÉNDICE A: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

### C.I. para los representantes del estado

Me llamo Kelly McHugh, y estudio en la universidad Pomona College en los Estados Unidos. Este semestre, estoy participando en un Programa de Salud Pública en Ambientes Urbanos, que se desarrolla en la Universidad ISALUD en la ciudad de Buenos Aires, hasta junio de 2018.

Le agradezco mucho tomarse el tiempo de participar y compartir sus experiencias y pensamientos conmigo. En este trabajo, estoy explorando los programas de los agentes sanitarios y su relación y experiencia en el sistema de la salud en Mendoza. Su participación consistirá solamente en tener una conversación conmigo, y va a durar 30 minutos, aproximadamente, y no existe compensación económica por esto.

Su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. Por lo tanto, si acepta esta entrevista igualmente puede decidir dejar de participar en cualquier momento durante la misma. También, durante la entrevista, puede decidir no responder cualquier pregunta que le resulte incómoda o que simplemente no desee responder.

Además, para que se sienta cómodo/a con la participación, me comprometo a respetar el anonimato y la confidencialidad. Si usted prefiere que yo mencione su identidad y su cargo, podría incorporarlo en la manera en que usted me indique. Si usted prefiere que guarde el anonimato, utilizaré un seudónimo y su identidad no será revelada en el informe. Asimismo, no utilizaré ninguna información con la que se sienta comprometido/a y resguardaré mis notas, manejando personalmente la información sólo para los fines de esta investigación. Si quiere, podemos decidir sobre eso ahora, o cuando terminamos con la entrevista.

Después de mis investigaciones, voy a juntar la información de las entrevistas en un informe. Puesto a que estoy aprendiendo español, me ayudaría mucho poder grabar esta entrevista para que pueda escucharla otra vez, si no se siente incómodo/a. Solo yo tendría acceso a la grabación.

Muchas gracias por ayudarme en mi investigación. Su experiencia va a ser muy útil para que tenga una mejor comprensión del tema que estudio. Presentaré mi trabajo final en junio, y, si quiere, podría compartir una copia del redacto final con usted.

Firma de participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de investigadora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Información de contacto

Si le queda alguna pregunta, o si quiere más información, por favor contáctese conmigo o con mi tutor

Kelly McHugh – investigadora - [mkma2015@mymail.pomona.edu](mailto:mkma2015@mymail.pomona.edu)

+54 11 4472-3085

Gustavo Iribarne – tutor [gustavoiribarne94@gmail.com](mailto:gustavoiribarne94@gmail.com)

Ana Rita Diaz-Muñoz – directora de la facultad - [AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu](mailto:AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu)

### Derechos del participante de la investigación

En un esfuerzo de mantener los estándares éticos de todas las propuestas de SIT, este estudio ha sido revisado y aprobado por un Comité de Ética de SIT Study Abroad. Si tiene preguntas, inquietudes o quejas sobre sus derechos como participante en la investigación o en la investigación en general y no puede contactar a la investigadora, comuníquese con la Junta de Revisión Institucional al:

School for International Training  
Institutional Review Board  
1 Kipling Road, PO Box 676  
Brattleboro, VT 05302-0676 USA  
[irb@sit.edu](mailto:irb@sit.edu)  
802-258-3132

### C.I. para los agentes sanitarios

Me llamo Kelly McHugh, y estudio en la universidad Pomona College en los Estados Unidos. Este semestre, estoy participando en un Programa de Salud Pública en Ambientes Urbanos, que se desarrolla en la universidad ISALUD en la ciudad de Buenos Aires, hasta junio de 2018.

Le agradezco mucho tomarse el tiempo de participar y compartir sus experiencias y pensamientos conmigo. En este trabajo, estoy explorando los programas de los agentes sanitarios y su relación y experiencia en el sistema de la salud en Mendoza. Su participación consistirá solamente en tener una conversación conmigo, y va a durar 30 minutos, aproximadamente, y no existe compensación económica por esto.

Además, para que se sienta cómodo/a con la participación, me comprometo a respetar el anonimato y la confidencialidad. Utilizaré un seudónimo y su identidad no será revelada en el informe. Asimismo, no utilizaré ninguna información con la que se sienta comprometido/a y resguardaré mis notas, manejando personalmente la información sólo para los fines de esta investigación.

Su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. Por lo tanto, si acepta esta entrevista igualmente puede decidir dejar de participar en cualquier momento durante la misma. También, durante la entrevista, puede decidir no responder cualquier pregunta que le resulte incómoda o que simplemente no desee responder.

Después de mis investigaciones, voy a juntar la información de las entrevistas en un informe. Puesto a que estoy aprendiendo español, me ayudaría mucho poder grabar esta entrevista para que pueda escucharla otra vez, si no se siente incómodo/a. Solo yo tendría acceso a la grabación.

Muchas gracias por ayudarme en mi investigación. Su experiencia va a ser muy útil para que tenga una mejor comprensión del tema que estudio. Presentaré mi trabajo final en junio, y, si quiere, podría compartir una copia del redacto final con usted.

Firma de participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de investigadora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Información de contacto

Si le queda alguna pregunta, o quiere más información, por favor contáctese conmigo o con mi tutor

Kelly McHugh – investigadora - [mkma2015@mymail.pomona.edu](mailto:mkma2015@mymail.pomona.edu)

Celular: +54 11 4472-3085

Gustavo Iribarne – advisor [gustavoiribarne94@gmail.com](mailto:gustavoiribarne94@gmail.com)

Ana Rita Diaz-Muñoz – directora de la facultad - [AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu](mailto:AnaRita.Diaz-Munoz@sit.edu)

### Derechos del participante de la investigación

En un esfuerzo de mantener los estándares éticos de todas las propuestas de SIT, este estudio ha sido revisado y aprobado por un Comité de Ética de SIT Study Abroad. Si tiene preguntas, inquietudes o quejas sobre sus derechos como participante en la investigación o en la investigación en general y no puede contactar a la investigadora, comuníquese con la Junta de Revisión Institucional al:

School for International Training  
Institutional Review Board  
1 Kipling Road, PO Box 676  
Brattleboro, VT 05302-0676 USA  
[irb@sit.edu](mailto:irb@sit.edu)  
802-258-3132

## APÉNDICE B: GUÍAS DE PREGUNTAS

### Guía para los Agentes Sanitarios

- ¿Cuál es su cargo?
  - es empleado de la provincia, del municipio o ejerce la labor de manera voluntaria
- ¿Hace cuántos años que trabaja acá como agente? (Antigüedad en el cargo)
- ¿Qué estudios ha hecho?
- Edad – menos de treinta, entre treinta y cincuenta, más de cincuenta

### *Introducción*

- ¿Usted es de esta comunidad originalmente? ¿Hace cuántos años que vive acá?
- ¿Cómo definiría usted el papel de los agentes en el sistema de la salud?
- ¿Me puede contar un poco sobre cómo es la comunidad en la que sirve?
  - ¿Como es la población? Edades, etnias, etc.
  - ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes?
  - ¿Cuáles son algunos desafíos que se enfrentan?

### *Relación con la Comunidad*

- ¿Cómo es su relación con la comunidad?
- ¿Qué situaciones facilitan la relación? ¿Y cuáles pueden obstaculizarla o generar conflicto?

### *Apoyo: Comunicación con el centro*

- ¿Quién o quienes le asignan da sus tareas? (por ejemplo visitar a una familia en particular, revelar casos de niños con vacunas incompletas etc.)
- ¿Cómo es la comunicación entre usted y el centro con la que trabaja?

### *Apoyo: Recursos materiales*

- ¿Está disponible el equipamiento que necesita para hacer sus tareas?
  - Si no, ¿Qué hace cuando no hay?
- ¿Está disponible el transporte que necesita para hacer las rondas?
  - Si no, ¿qué hace cuando no hay?

- ¿La cantidad de recursos que tiene su grupo varía mucho de un periodo al otro? ¿O puede anticipar tener aproximadamente los mismos recursos?

*Apoyo: Respeto y estatus*

- ¿Como es su relación con los médicos con los que trabaja?
  - En términos del trabajo –
    - ¿Les da instrucciones sobre las tareas?
  - En términos de la relación interpersonal
- ¿Cuándo da turnos a individuos de la comunidad, (que usted deriva) son aceptados en el centro de la salud rápidamente?
- Entiendo que una parte de su rol es también proveer un conocimiento de la comunidad, la cultura, y sobre la vida cotidiana al resto del equipo. ¿Es frecuente que los otros trabajadores le pidan sugerencias o tomen en cuenta sus conocimientos?
  - ¿Siente que sus opiniones son consideradas por los otros trabajadores?
  - ¿Me puede contar un ejemplo de esto?
- ¿Siente que los agentes sanitarios están valorados por los otros trabajadores en el sistema de la salud?

*Apoyo: Sobrecarga*

- ¿Cuántas horas trabaja por día, generalmente?
- Como agente, usted tiene muchas tareas que cumplir. ¿siente que la carga de tareas es manejable?
  - ¿A veces hay conflictos entre sus tareas?
  - Si existe conflicto, ¿Cómo elije entre las distintas tareas?
- ¿Se siente cómodo/a con la cantidad de tareas?

*Apoyo: Sueldo*

- ¿Está satisfecho/a con el sueldo que recibe?
- ¿Es necesario tener otro trabajo para mantenerse?
- ¿Usted tiene otro trabajo?

*Cierre*

- ¿Dado todo lo que me ha dicho, en general, está satisfecho/a con su situación de trabajo?

- ¿Hay otros temas sobre los cuales no hemos hablado y que le parece que serían importante que yo lo supiera?
- ¿Hay cambios que le gustaría ver, en términos del apoyo o articulación con el programa, con el centro, con el sistema de salud de la provincia?
- ¿Tiene sugerencias sobre cómo podría ser mejorado el programa?

## Guía para Representante del programa de Médicos Comunitarios

### *Introducción*

- ¿Cuál es su cargo?
- ¿Cuál es su antigüedad en el cargo?
- ¿Cuál es su formación profesional?
- ¿Edad? menos de treinta, entre treinta y cincuenta, más de cincuenta
- ¿Cuál es su rol en el sistema de la salud provincial?
- ¿Cuál es su experiencia con los agentes sanitarios?

### *Las becas*

- ¿Cuáles son los requisitos para recibir las becas para ser agente sanitario?
- ¿Cómo funcionan las becas?
  - ¿Cubren la etapa de la capacitación?
  - ¿Funcionan como sueldo?
  - ¿Reciben sueldo aparte, los agentes que reciben las becas?
  - ¿Es parecido al sueldo que tienen los agentes de posición de planta? (Con antigüedad del cargo)
- ¿Cómo se renuevan las becas?
- ¿Hay algunos desafíos que enfrenta el programa de becas?
- ¿Hay cambios que le gustaría ver en el programa?

### *Cierre*

- Dado que busco información sobre cómo funcionan los programas, y cómo es la integración en el sistema de salud en la provincia, ¿hay otra información que piensa que debo saber? ¿tiene alguna sugerencia sobre material para leer?

Guía para Representante del programa provincial de los agentes sanitarios  
POR EMAIL:

*Estado Actual del Programa*

- ¿En la provincia entera, cuántos CAPS tienen programas de los agentes de salud?
- ¿Cómo se decide cuáles comunidades necesitan un programa de los agentes?
- ¿Cómo se capacitan los agentes?

*Apoyo*

- ¿Cómo es la remuneración que reciben los agentes sanitarios?
- ¿Cómo se redistribuyen los recursos—equipamiento, transporte, sueldo—a los programas respetivos en distintas partes de la provincia – todos reciben lo mismo?
- ¿Los otros profesionales de la salud—por ejemplo, los médicos que trabajan dentro de los CAPS que tienen programas de agentes—reciben alguna forma de capacitación sobre cómo integrar los agentes en su trabajo, las ventajas que proveen para la atención?

*Impacto*

- ¿Por cuántos años suelen trabajar los agentes?
- ¿Es común que abandonen después de un periodo de tiempo?
- ¿Cuál es la tasa del abandono de los agentes sanitarios en la provincia?
- ¿Hay mecanismos por los cuales los agentes pueden dar sugerencias
  - Sobre cómo funciona el programa de los agentes sanitarios en general
  - Sobre cómo se puede mejorar la Atención Primaria

EN PERSONA

- ¿Cuál es su cargo?
- ¿Cuál es su antigüedad en el cargo?
- ¿Cuál es su formación profesional?
- ¿Edad? menos de treinta, entre treinta y cincuenta, más de cincuenta

*Introducción*

- ¿Cuál es su rol en el sistema de la salud provincial?
- ¿Cuál es su experiencia con los agentes sanitarios?

- ¿Cómo definiría el papel de los agentes sanitarios con respecto al sistema de la salud de la provincia?

### *Historia del Programa*

- ¿Cuándo empezó la implementación de los programas de los agentes sanitarios en la provincia?
- ¿Cómo ha desarrollado o cambiado la implementación del programa a lo largo de los años?
- ¿Se han evaluado los programas de alguna manera a lo largo de los años?
  - ¿Cómo son evaluados?
  - ¿Qué resultados han surgido?
- ¿Cuál es la importancia del programa de los agentes dentro del sistema de salud provincial? ¿Ha variado a lo largo de los años?
  - en términos generales
  - en términos de presupuesto/los recursos económicos que recibe

**Gracias otra vez por mandarme tantas respuestas por mail—me han servido mucho en esta semana para darme contexto. Tengo algunas preguntas más que me han surgido a partir de la semana y de sus respuestas originales:**

- Aprendí que hay algunos tipos de agentes, por ejemplo, hay aquellos que son contratados, hay algunos que tienen trabajo de planta... ¿Me puede explicar un poquito sobre las categorías a distinciones que hay?
  - ¿Por cuantos años necesita trabajar un agente para llegar a esta etapa, la etapa planta?
  - ¿Y cómo son reflejados estas distinciones en términos de los sueldos que reciben los agentes?
- ¿Cómo se buscan los agentes?
- ¿Cómo se decide la colocación de cada agente?

### *Cierre*

- En su opinión, ¿Cuáles son los principales desafíos que se enfrentan los agentes en cumplir sus tareas?
- ¿Hay cambios que le gustaría ver en el programa?
- Dado que busco información sobre cómo funcionan los programas, y cómo es la integración en el sistema de salud en la provincia, ¿hay otra información que piensa que debo saber? ¿tiene alguna sugerencia sobre material para leer?



## REFERENCIAS

Agente Sanitario 1. (2018, marzo 7).Entrevista Personal.

Agente Sanitario 2 (2018, marzo 8).Entrevista Personal.

Agente Sanitario 3 (2018, marzo 8).Entrevista Personal.

Agente Sanitario 4 (2018, marzo 9).Entrevista Personal.

Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina (AFLSRA). (2018). Agentes Sanitarios. [http://www.legisalud.gov.ar/atlas/categorias/agente\\_sanitario.html](http://www.legisalud.gov.ar/atlas/categorias/agente_sanitario.html)

Cibils, A. (2018). *Module II: Public Policy and Health: Challenges to Equity* [Powerpoint slides].

Constitución de la Nación Argentina. (1994). Preámbulo.

Curotto, M., Barletta, P., Paolino, M., Arrossi, S. (2017). La perspectiva de los agentes sanitarios sobre la incorporación programática de la autotoma del test de VPH. *CadernoSaúde Pública* 2017; 33 (4). doi: 10.1590/0102-311X00138515

Curtale F., Siwakoti B., Lagrosa C., LaRaja M., Guerra R. (1995). Improving skills and utilization of community health volunteers in Nepal. *Social Science and Medicine*, 40(8):1117–1125.

Declaración de Alma-Ata. (1978). Presentado en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, USSR, 6-12 de septiembre, 1978.

Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas (DEIE). (2016). Informe Anual Encuesta de Condiciones de Vida, Mendoza, Año 2016.  
[http://www.deie.mendoza.gov.ar/backend/uploads/files/2017-09-18%2011:12:13\\_Encuesta%20de%20condiciones%20de%20vida.%20Informe%20Anual%202016.pdf](http://www.deie.mendoza.gov.ar/backend/uploads/files/2017-09-18%2011:12:13_Encuesta%20de%20condiciones%20de%20vida.%20Informe%20Anual%202016.pdf)

Dirección Nacional de Migraciones (DNM). (2017). *Radicaciones Resueltas 2017*. Recuperado de:  
[http://www.migraciones.gov.ar/pdf\\_varios/estadisticas/radicaciones\\_resueltas\\_2017.pdf](http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/estadisticas/radicaciones_resueltas_2017.pdf)

Fragapane, M. (2018, marzo 10).Entrevista Personal.

Gilson, L., Walt, G., Heggenhougen, K., Owuor-Omondi, L., Perera, M., Ross, D., Salazar, L. (1989). National community health worker programs: how can they be strengthened? *Journal of Public Health Policy*, 10(4):518–532.

Jaureche, Arturo. (2012). ¿Quién es el Dr. Alvarado?. *Salud colectiva*, 8(1), 81-83. Recuperado en 26 de mayo de 2018, de  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652012000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100008&lng=es&tlng=es)

Lehmann, U. & Sanders, D. (2007). Community Health Workers, what do we know about them?: the state of the evidence on programmes, activities, costs, and impact on health outcomes

of using community health workers. Geneva: Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health, World Health Organization. Disponible en: [http://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf)

Ley N° 8.668. (2014) Ministerio de la Salud de Mendoza, Mendoza, Argentina, 23 septiembre de 2014. <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2017/11/LEY-8668-B.O.-DECR-809.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). (2016). Derecho a la salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/135>

Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Programa de Equipos Comunitarios: Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud. [en línea]. [consulta: 5/24/2018]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/equiposcomunitarios>

Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas: Misión y objetivos del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas [en línea]. [consulta: 5/26/18] <https://www.argentina.gob.ar/salud/pueblosindigenas>

Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Programas y acciones: Promoción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud [en línea]. [consulta: 5/23/2018]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/atencioncomunitaria/programasacciones>

Ministerio de Salud de Mendoza (MSAL de Mendoza). Departamento de Centros de Salud [en línea]. [consulta: 5/24/18] Disponible en: <http://www.salud.mendoza.gov.ar/dependencias/centros-de-salud/>

Ministerio de Turismo de Mendoza (S.f) Información General sobre Mendoza. Extraído el 12/4/12 desde [http://www.turismo.mendoza.gov.ar/?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=4](http://www.turismo.mendoza.gov.ar/?option=com_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=4)

Molina, C. (2018, marzo 23). Entrevista Personal.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). La Carta de Ottawa de la Promoción de la Salud. Promulgado el 21 de noviembre, 1986.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Forman líderes indígenas en salud. Buenos Aires, agosto de 2008. [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=127:forman-lideres-indigenas-salud&Itemid=604](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=127:forman-lideres-indigenas-salud&Itemid=604)

Organización Panamericana de la Salud/La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Promulgado el julio, 2007.

Organización Panamericana de la Salud/La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2013). Agentes sanitarios inician segunda fase de formación en inmunizaciones. Buenos Aires, 16 de agosto de 2013. [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1216:agentes-sanitarios-inician-segunda-fase-formacion-inmunizaciones&Itemid=226](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1216:agentes-sanitarios-inician-segunda-fase-formacion-inmunizaciones&Itemid=226)

Organización Panamericana de la Salud/La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2017). Más de 100 agentes sanitarios y enfermeras capacitados en Tartagal en situaciones críticas de salud. Buenos Aires, septiembre de 2017.

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

Organización Panamericana de la Salud/La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2015). Agentes sanitarios fortalecen su preparación frente al chikungunya. Buenos Aires, 29 de septiembre de 2015.

[https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9925:agentes-sanitarios-fortalecen-su-preparacion-frente-al-chikungunya&Itemid=268](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9925:agentes-sanitarios-fortalecen-su-preparacion-frente-al-chikungunya&Itemid=268)

Passera, C. (2018, marzo 11).Entrevista Personal.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2018). *Bolivia en Breve*. Recuperado de: <http://www.bo.undp.org/content/bolivia/es/home/countryinfo.html>