

## INTERVENCIONES SANITARIAS

### REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 28 de marzo de 2021  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 19 de mayo de 2021  
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27 de octubre de 2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Ninguna.

\* AUTORA DE CORRESPONDENCIA:  
manuelemilianomariscal@mdp.edu.ar

## SALUD DESDE UNA MIRADA INTEGRAL: EXPERIENCIA EN COMUNIDADES ORIGINARIAS DEL ÁREA OPERATIVA VIII, PROVINCIA DE SALTA, ARGENTINA

### *Health from an integrated perspective: Experience in ethnic group communities of the operational area VIII, province of Salta, Argentina*

\* Manuel Emiliano Mariscal<sup>1,2</sup>. Médico, Especialista en Higiene y Epidemiología.  
Libia Tujuayliya Gea Zamora<sup>2</sup>. Médica, Especialista en Medicina General Integral.  
María Romina Sepúlveda<sup>2</sup>. Médica General.  
Lucía Coronel<sup>2</sup>. Médica, Especialista en Higiene y Epidemiología.  
Carla Micaela Ojeda<sup>2</sup>. Médica, Especialista en Medicina General y Cuidados Paliativos de Pediatría y Adolescencia.  
Nidia Ailen Fuentes<sup>2,3</sup>. Médica, Especialista en Medicina General y Familiar.  
Adriana del Milagro Farfán<sup>2,4</sup>. Médica, Especialista en Pediatría.  
Ayelén Aymara Pereyra Castro<sup>2,4</sup>. Médica, Especialista en Pediatría.  
Juan Manuel Laino<sup>2,4</sup>. Médico, Especialista en Pediatría.

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Hospital de Santa Victoria Este, Provincia de Salta, Argentina.

<sup>3</sup> Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>4</sup> Hospital Infantil Municipal de Córdoba, Provincia de Córdoba, Argentina.

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: Entre septiembre de 2020 y febrero de 2021, en el área operativa VIII de la provincia de Salta se desplegaron acciones sanitarias vinculadas al cuidado de la salud en comunidades de las etnias wichí, chorote, toba y chulupí. Componentes de la Atención Primaria, Sistemas de Información en Salud y la Epidemiología Comunitaria fueron tomados como marco conceptual para el desarrollo de la experiencia. MÉTODOS: Se conformó un equipo itinerante e interdisciplinario, que realizó acciones asistenciales, de promoción y prevención desde un enfoque individual, familiar y comunitario. La sistematización de la información permitió redefinir los criterios de selección de las comunidades a visitar. RESULTADOS: Se realizaron 124 visitas a 36 comunidades, en las cuales se atendió a 2101 personas. En febrero, el 47% del total de embarazadas evaluadas correspondió a población en riesgo. También se logró dar seguimiento al 61% de la cohorte de infantes en riesgo por bajo peso. Se desarrollaron cuatro capacitaciones a agentes sanitarios, con niveles de participación superior al 70% del total de convocados. DISCUSIÓN: La presencia del sistema local en las comunidades es una acción relevante de Salud Pública. Las visitas permitieron lograr un acercamiento a las comunidades, y el uso de información sistematizada incrementó la accesibilidad al sistema. El trabajo conjunto y de capacitación de agentes sanitarios, en su mayoría pertenecientes a las comunidades, constituyó un primer paso hacia una salud intercultural.

**PALABRAS CLAVE:** Salud integral; Planificación sanitaria; Sistemas de información; Salud intercultural; Argentina

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: From September 2020 to February 2021, a health program was implemented in the operational area VIII of the province of Salta for the Wichí, Chorote, Toba and Chulupí ethnic group communities. Components of Primary Care, Health Information Systems and Community Epidemiology were taken as a conceptual framework to develop the experience. METHODS: A mobile and interdisciplinary team was formed, that carried out assistance, promotion and prevention actions from an individual, family and community perspective. The systematization of information led to redefining the criteria for selecting the communities to be visited. RESULTS: A total of 124 visits were made to 36 communities, where 2101 people received health care. In February, 47% of the pregnant women evaluated belonged to the population at risk. Monitoring was also performed on 61% of the cohort of infants at risk due to underweight. Four training sessions were held for healthcare workers, with a participation rate of more than 70% of the people invited to attend. DISCUSSION: The presence of the local system in the communities is a relevant action of Public Health. The visits provided an approach to the communities, and the use of systematized information increased accessibility to the system. The joint work and the training of healthcare workers, most of them belonging to the communities, were a first step towards intercultural health.

**KEY WORDS:** Integrated Health; Health Planning; Information Systems; Intercultural Health; Argentina

## INTRODUCCIÓN

Entre septiembre de 2020 y febrero de 2021 se desarrolló una intervención en comunidades originarias del área operativa VIII de la provincia de Salta, coordinada desde la gerencia del hospital de cabecera<sup>1</sup> junto a un equipo médico contratado por el Ministerio de Salud Pública provincial. Se desplegaron acciones sanitarias vinculadas al cuidado de la salud, con una mirada integral y desde un enfoque individual, familiar y comunitario, enfatizando en acciones promo-preventivas que toman de base teórica los atributos y componentes de la Atención Primaria de la Salud<sup>2</sup>. El trabajo se realizó en poblaciones especialmente vulnerables, originarias de las etnias wichí, chorote, toba y chulupí. El concepto de Sistema de Información en Salud sustentó las acciones realizadas durante la experiencia en torno a la sistematización de datos, lo cual permitió una adecuada planificación a partir de convertir los datos en información, luego conocimiento y finalmente comunicación y acciones concretas<sup>3</sup>. La Epidemiología Comunitaria conceptualizó el proceso de búsqueda de autonomía de las comunidades en el cuidado de su salud a partir de experiencias en diversos sitios<sup>4</sup>. Sobre esa base, se identificó a los agentes sanitarios como actores capaces de favorecer el acercamiento entre el sistema de salud local y las comunidades<sup>5</sup>. El desarrollo de un plan conjunto de capacitación, apoyado en el constructivismo como teoría pedagógica<sup>6,7</sup>, permitió avanzar en la adquisición de competencias, valores y habilidades de los agentes sanitarios, partiendo del conocimiento previo y con base en la reflexión crítica de las experiencias. Las desfavorables condiciones históricas, socioambientales, económicas y sanitarias del área operativa se reflejan en diversos indicadores, tales como una mortalidad infantil tres veces superior a los datos medios de la provincia<sup>8</sup>. Durante el tiempo en que se llevó a cabo la intervención, no se registraron fallecimientos en menores de un año por causas evitables. No existen en el área operativa antecedentes de una acción similar sostenida en el tiempo con la cual comparar el impacto de la intervención. El presente artículo apunta a describir las características principales del dispositivo y los resultados obtenidos en su implementación.

## MÉTODOS

La intervención sanitaria, llevada a cabo entre septiembre de 2020 y febrero de 2021, se desarrolló a partir de un equipo itinerante e interdisciplinario, compuesto por 3 médicos contratados por la provincia de Salta, junto con 2 nutricionistas, 2 enfermeros y 34 agentes sanitarios del área operativa. En las comunidades visitadas, se realizó atención médica a personas de los diferentes grupos de edades, con revisión y actualización de inmunizaciones según esquema vigente y ponderación nutricional de población infantil. Los criterios para la definición de las comunidades asistidas fueron establecidos inicialmente por la dirección del hospital, que tomó en cuenta aspectos geográficos y de accesibilidad, densidad poblacional y

demanda asistencial, así como la solicitud espontánea de los líderes de las comunidades. Al inicio de cada mes, la dirección del hospital compartía el cronograma de visitas a las comunidades. Los recursos disponibles por el equipo itinerante estaban compuestos por medio de transporte (vehículo), insumos médicos básicos (tensiómetro, cinta métrica y Pinard), medicación para las enfermedades prevalentes, suministrada por la farmacia del hospital cabecera del área operativa (sales de hidratación oral, antiparasitarios, antihipertensivos, hipoglucemiantes orales, antibióticos, entre otros), vacunas del esquema nacional vigente y heladera portátil para su almacenamiento, así como instrumentos de medición de parámetros antropométricos. Los agentes sanitarios presentes favorecieron el vínculo con las comunidades. La sistematización de los datos correspondientes a las visitas permitió mejorar desde febrero el seguimiento de la población definida como de mayor riesgo, según criterios reconocidos por el sistema de salud provincial y local a partir de su aporte a la morbilidad por causas evitables. Se consideró población en riesgo a los infantes menores de 6 años, especialmente aquellos con riesgo de bajo peso o bajo peso detectado en examen antropométrico y embarazadas de alto riesgo obstétrico en función de criterios como edad menor a 15 o mayor a 35 años, antecedente obstétrico de relevancia clínica o enfermedad previa al embarazo no compensada o sin control. Se consolidó la información de la población en riesgo de forma nominal, en función de la comunidad de pertenencia y registrando la fecha de visita, así como los hallazgos principales relativos al seguimiento. Esta información sistematizada mejoró la planificación de las comunidades a visitar, tomando un rol determinante en la definición de los criterios de selección de las comunidades, al tiempo que permitió la búsqueda activa de las personas identificadas en riesgo, con el consiguiente impacto en la calidad de la atención y la mitigación de posibles complicaciones evitables.

Al mismo tiempo, en articulación con el equipo coordinador de agentes sanitarios del área operativa, se diseñó un plan de formación y actualización para la totalidad de dichos agentes y el personal de enfermería del primer nivel de atención. Se organizaron talleres dirigidos a consolidar competencias vinculadas con la detección temprana de signos de alarma de enfermedades graves y prevalentes, y a adquirir herramientas para el desarrollo de prácticas promo-preventivas. Un aspecto central de la capacitación consistió en propiciar la reflexión sobre las propias prácticas como una instancia relevante para el aprendizaje.

## RESULTADOS

Se realizaron 124 visitas a 36 comunidades del área operativa. Las 3 comunidades a las que se asistió de manera mensual respondieron inicialmente a criterios definidos por una elevada densidad poblacional o una zona distante del hospital del área y de difícil acceso; otras 3 comunidades fueron visitadas durante cuatro meses, 8 durante

tres meses y 6 durante dos meses; aquellas visitadas en una sola oportunidad, un total de 16, eran pequeñas en número de población, estaban ubicadas en las cercanías del hospital y resultaban de fácil acceso. El detalle del número de comunidades según frecuencia de visitas y el total de visitas pueden observarse en la Tabla 1.

Las consultas realizadas en las visitas a las comunidades fueron 2101, distribuidas en función de la población definida de riesgo, tal como se muestra en el Gráfico 1. En lo que respecta a los registros de cada mes, diciembre fue el de menor número de atenciones, lo cual se explica principalmente por la reducción de personal y los días no trabajados por las fiestas de fin de año, mientras que los meses con mayor número total de atenciones fueron enero y febrero (ver Tabla 2).

La información sistematizada respecto a la población en riesgo permitió, a partir de febrero, conocer previamente a aquellas personas que debían ser citadas para su evaluación por parte del equipo itinerante. Durante ese mes no solamente se atendió así al mayor número de embarazadas, sino que además el 47% del total de mujeres

evaluadas pertenecía al grupo de población en riesgo que debía ser atendida. Del mismo modo, se estableció por parte del equipo la cohorte de infantes en riesgo por bajo peso que requerían seguimiento; hubo un total de 23 a ser evaluados durante febrero, de los cuales se logró atender al 61%. Esto permitió direccionar el enfoque de las atenciones realizadas durante las visitas hacia la búsqueda y evaluación de la población en riesgo.

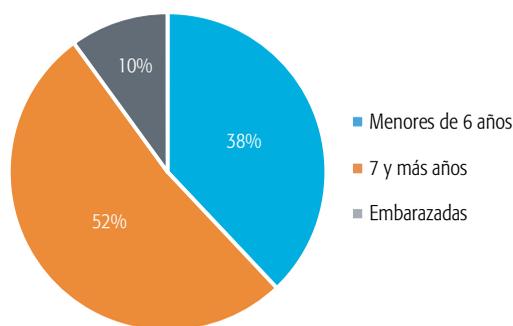
Se realizaron cuatro capacitaciones con una participación superior al 70% del total de agentes sanitarios pertenecientes al área operativa. Las temáticas desarrolladas fueron diarrea y deshidratación, toma de medidas antropométricas, rol del agente sanitario y parasitosis. Los talleres dieron lugar a algunas iniciativas relacionadas con el trabajo promo-preventivo, como utilizar la radio local, abordar de forma prioritaria una temática y vincular a los líderes de las comunidades en el proceso; también permitieron incrementar las capacidades de detección temprana de signos de alarma en grupos en riesgo y reforzar las competencias asociadas a las acciones que deben realizar para su pronta remisión al sistema local de salud.

**TABLA 1.** Número de comunidades y total de visitas según frecuencia de visitas, área operativa VIII, provincia de Salta, septiembre de 2020 a febrero de 2021.

Frecuencia de visitas	Nombre de las comunidades	Número de comunidades	Total de visitas
15	La Puntana	1	15
13	Santa María	1	13
8	Vertiente de las Costas, San Luis, San Miguel, Misión La Paz	4	32
6	Vertiente Chica	1	6
5	Km 2	1	5
4	Misión Grande, Padre Coll, Pozo el Tigre, La Curvita	4	16
3	La Golondrina, Monte Carmelo, Rancho el Ñato, Pozo el Toro, Pozo la China	5	15
2	La Bolsa, La Gracia, Misión Anglicana III	3	6
1	Betel, Cañada Larga, Cañaverl, Evenecer, El Mistolar, La Merced, Los Tambores, Magdalena, Meche, Misión Vieja, Nueva Esperanza, Pelicano, Pim Pim, Quebrachado Blanco, Roberto Romero, Sardina	16	16
		36	124

Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro diario de atenciones del hospital del área operativa VIII.

**GRÁFICO 1.** Atenciones realizadas en terreno según población en riesgo, área operativa VIII de la provincia de Salta, septiembre de 2020 a febrero de 2021 (n=2101).



Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro diario de atenciones del hospital del área operativa VIII.

**TABLA 2.** Atenciones mensuales realizadas por el equipo itinerante según grupos, área operativa VIII, provincia de Salta, septiembre de 2020 a febrero de 2021.

Mes	Menores de 6 años	≥7 años	Embarazadas	Total
Septiembre	62	164	27	253
Octubre	177	201	30	408
Noviembre	108	187	33	328
Diciembre	107	88	29	224
Enero	189	262	26	477
Febrero	154	191	66	411

Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro diario de atenciones del hospital del área operativa VIII.

## DISCUSIÓN

La presencia del sistema de salud local en las comunidades es una acción relevante de Salud Pública, garantizada a partir de una firme decisión y posibilitada con recurso humano y material disponible. Las visitas realizadas durante los seis meses de la intervención permitieron un acercamiento a las comunidades. La atención ambulatoria de personas con diferentes padecimientos, la cercanía y los vínculos interpersonales establecidos contribuyen a lograr dicho acercamiento. La puesta en práctica de los componentes de la Atención Primaria<sup>2</sup> posibilita la experiencia desde la continuidad y longitudinalidad de la atención, la integralidad en las acciones, la colaboración y trabajo en equipo, y la coordinación de la atención, funcionando al mismo tiempo como primer contacto de las comunidades con el sistema. Los criterios iniciales de selección de las comunidades se fueron adecuando a la posibilidad de contar con información sistematizada. Esto permitió definir las comunidades a visitar en función de la cantidad de población en riesgo y, al mismo tiempo, modificó cualitativamente el impacto de cada una de las visitas, dado que las personas en riesgo de cada comunidad eran identificadas y convocadas a control, lo cual favoreció un seguimiento más estrecho y evitó la aparición de complicaciones. Este aspecto es clave, ya que promueve el acceso al cuidado de personas que no están vinculadas al sistema de salud y que no acuden a los dispositivos territoriales. La evidencia recogida a partir de la experiencia demostró que personas con necesidad de atención o pertenecientes a la población en riesgo no concurrían a pesar de tener la posibilidad. La nominalización y acción planificada permitió entonces convocarlas activamente con la participación de los agentes sanitarios. Así no

solamente se extendió la atención por parte del sistema de salud local, sino que también se fomentó el cuidado activo de la población en riesgo. En otras palabras, la acción realizada mejoró la accesibilidad tanto geográfica como cultural<sup>2,4</sup>. La sistematización de datos, su procesamiento y el impacto de su utilización validan las propuestas de Sistemas de Información en Salud<sup>3</sup>.

La presencia de los agentes sanitarios cobra un rol central, dado que ellos constituyen para la comunidad la cara visible del sistema de salud y, para este último, son el actor principal para desencadenar procesos de participación capaces de involucrar a las comunidades en el cuidado conjunto. De este modo, la intervención de los agentes en el equipo itinerante, junto con el proceso efectuado de capacitación y reflexión de las prácticas, significa un primer paso para avanzar hacia la constitución posterior de un equipo que no solamente sea interdisciplinario sino también intercultural. Las herramientas de la Epidemiología Comunitaria<sup>4</sup> aplicadas fueron de utilidad para identificar a dichos actores y, además, permitieron trazar etapas subsiguientes del trabajo con las comunidades.

Al momento del presente escrito, no hay indicadores oficiales en torno al impacto sanitario de la acción descrita. Cabe esperar que la intervención haya provocado una disminución significativa de estos indicadores, y así lo han informado autoridades del área operativa a superiores ministeriales. No obstante, la sensibilidad extrema acerca de dicha información ha dificultado el acceso a ella. A pesar de todo, la descripción de la intervención y los resultados obtenidos en términos del trabajo realizado son relevantes y deben ser debidamente divulgados.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Mariscal ME, Gea Zamora LT, Sepúlveda MR, Coronel L, Ojeda CM, Fuentes NA, *et al.* Salud desde una mirada integral: Experiencia en comunidades originarias del área operativa VIII, provincia de Salta, Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2021;13:e59. Publicación electrónica 27 de Oct de 2021.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Murillo A, Urueña P. Informe de avances. Proyecto Victoria. Santa Victoria Este, Salta: Gerencia Operativa, Hospital Santa Victoria Este; 2020.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud a 25 años de Alma Ata [Internet]. Buenos Aires: OPS/OMS; 2003 [citado 12 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/arg/dm-documents/aps/OPSARG-seminario-aps-2003.pdf>

<sup>3</sup> Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 [citado 17 Jun 2021];22:2693-2702. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006001200018>

<sup>4</sup> Tognoni G. Manual de Epidemiología Comunitaria. 1a ed. Córdoba: UNC; 2011.

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. Planificación local participativa: Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington DC: OPS; 1999 [citado 17 Jun 2021]. 220 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3136>

<sup>6</sup> Carretero M. Constructivismo y Educación. 2a ed. México DF: Editorial Progreso; 2005.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. Hacia la salud universal de la población del Gran Chaco Suramericano 2016-2019 [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2020 [citado 17 Jun 2021]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52639/OPSARG200002\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52639/OPSARG200002_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

<sup>8</sup> Ministerio de Salud Pública de Salta. Sala de Situación. Indicadores de la provincia de Salta. Año 2019. Salta: Dirección General de Coordinación Epidemiológica; 2020.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.