

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



Por Mary Kelly McHugh

La autora participó en el Programa de Salud Pública en Ambientes Urbanos, de SIT-World Learning en la Universidad ISALUD en 2018 y se graduó en Políticas Públicas con especialización en Salud Pública en la Universidad de

Pomona, Estados Unidos. La presente investigación, desarrollada como cierre de su experiencia académica, se basó en entrevistas con agentes sanitarios y referentes de programas orientados a promover la salud y la accesibilidad a los servicios a nivel comunitario en la provincia de Mendoza.

Resumen

Desde que fue publicada la declaración de 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.

La investigación fue cualitativa, exploratoria y no longitudinal, y se basó en dos grupos de entrevistas semi-estructuradas. En primer lugar, se hicieron 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 agentes sanitarios de la provincia, para explorar sus percepciones sobre el apoyo que reciben por parte del sistema de salud.

Primero, se presenta la estructura teórica del programa provincial

Tutor: Gustavo Iribarne
School for International Training (SIT)
La Salud Pública en Ambientes Urbanos

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 los 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.

Introducción

En una breve caracterización, los agentes sanitarios son trabajadores de la salud que 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 que a los agentes sanitarios les falta apoyo del sistema de salud, lo que afectaría su capacidad de contribuir eficazmente en la estrategia de la APS. Entre otros, 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 objetivo general de la investigación fue indagar cómo es la articulación entre el programa provincial de agentes sanitarios de Mendoza y la realidad del trabajo cotidiano de los agentes sanitarios. Los objetivos específicos fueron conocer las características del programa desde la perspectiva oficial, y 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.

Marco teórico-conceptual

A nivel internacional, se usan muchos modelos distintos de programas de agentes sanitarios. Sin embargo, según un informe publi-

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

Por su parte, 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 enfoca en un modelo de prestación que aborda a todos los factores que permiten que la gente alcance su mayor potencial de salud, incluso 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 solución de problemas ya existentes (Alma-Ata, 1978).

La Declaración de la Alma-Ata señala a 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: intersectorialidad, equidad y 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, 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 personas 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. 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 Jujuy. Dentro de su estudio de la incorporación programática de la auto-toma del test de HPV por agentes sanitarios de la provincia Jujuy, Curro et. al (2017) identifican otro obstáculo potencial crucial: la sobrecarga del trabajo. Sugieren que ella disminuye la calidad de la atención que pueden proveer, un hecho que también disminuiría la satisfacción y confianza que tiene la comunidad en el programa, y podría aumentar el índice de abandono. De cualquier modo —ya sea por la sobrecarga de trabajo 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. 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.

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.¹

Las voces oficiales

Los primeros registros de incorporación de agentes sanitarios en el sistema de salud de Mendoza mencionan la formación de grupos en 1977 en Malargüe. El médico Quiroga, quien estaba prestando servicios en la zona, contrató a algunos líderes de la comunidad para informar sobre el estado de la salud y necesidades de

la comunidad y para prestar servicios básicos como vacunación y extracción de sangre. En esta etapa, los agentes sanitarios tenían un vínculo con el Ministerio de Salud de la provincia, pero no eran empleados oficiales. La incorporación se ha expandido, y hoy 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. En la decisión de qué comunidades necesitan un programa de agentes sanitarios, hay algunas prioridades que se sopesan: índices de mortalidad materno infantil, poblaciones que enfrentan barreras de accesibilidad a la salud, y un énfasis en los pueblos originarios, para incorporar un entendimiento de la cosmovisión y la interculturalidad en la atención (Passera, entrevista personal en 2018).

Dada la promulgación de una nueva ley en 2014, los agentes sanitarios de Mendoza están en un momento de evolución. La Ley 8.668 es la primera que regula y reconoce oficialmente su función en el sistema de salud provincial. 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, auxiliares 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”. 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”. 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 de los centros de salud. 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. Como la nueva ley especifica las acciones de los agentes, dice Passera, “la ignorancia no te salva”. 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, asegurando que los agentes sanitarios “no venimos a quitar el trabajo de nadie”. Dicha regulación y la clara diferenciación de las funciones 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

¹ 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.

comunidad de pertenencia”. La lista de responsabilidades que elabora esa norma es exhaustiva. La tarea tal vez más reconocida de los agentes es la 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. Los datos recolectados incluyen también inmunizaciones, nutrición, saneamiento ambiental e higiene. 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. 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 dentro de los centros de salud y que descuiden las tareas que tienen que hacer en el terreno. 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”. Concluyo, de acuerdo con su testimonio, que tener una ley provincial que reconoce y regula las responsabilidades de los agentes sanitarios es un buen paso para apoyarlos en su tarea y en su contribución al cumplimiento de la APS.

Clasificaciones y trayectorias laborales: teoría y práctica

Hay tres posibles clasificaciones laborales de los agentes sanitarios de Mendoza. La primera son los becarios del programa nacional Médicos Comunitarios, las cuales duran dos años (Fragapane, entrevista personal en 2018). Reciben su ingreso 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”. Durante estos dos años, los becarios no tienen ningún contrato o relación laboral con el Ministerio de Salud provincial. Sin embargo, según Fragapane, 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 sobre la ubicación de los becarios. 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 en que empezaron como becarios, cuando pasan a ser contratados Nación y Provincia juntas pagan el sueldo. La etapa de ser contratado se

marca por cierto nivel de inseguridad laboral; aunque hay leyes laborales en la provincia que protegen a los trabajadores, es más fácil en esta etapa que a uno lo puedan echar. Generalmente, según Passera, el contrato necesita ser renovado después de dos años, o el agente pasa a la próxima etapa: la de planta permanente. En los casos de los agentes sanitarios contratados y los de planta permanente, el sueldo varía según la antigüedad en el cargo y la zona en que trabajan: los que trabajan en zonas alejadas reciben un subsidio. En promedio, Fragapane estima que los contratados reciben 15.000 pesos.

La última posible clasificación de agentes sanitarios es la ya mencionada planta permanente. Los que pasan a planta son empleados legales de la provincia, y es más difícil echarlos, según Passera. Aumenta el pago y reciben todos los beneficios que reciben otros empleados de la provincia, incluso el aporte jubilatorio y la obra social. Estima Fragapane que cobran como promedio 20.000 pesos, pero subraya otra vez la variedad que hay por antigüedad y zonas de trabajo. En teoría, el proceso de llegar a planta permanente lleva de 2 a 4 años, y depende de las negociaciones con los gremios. En 2017 el gobierno provincial empezó a implementar —“en forma muy gradual”— un concurso de evaluación para pasar a planta permanente. El proceso incluye una presentación de carpeta de antecedentes, un examen de capacitación y una entrevista de perfil. 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.

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 todos se vieron perjudicados con esta situación”.²

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

² Aunque no me dio otros ejemplos, Passera sugirió que han pasado otros problemas por cambios de las políticas y la resultante discontinuidad: “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 se echa toda una cuestión atrás que no la puede menospreciar” (Passera, 2018).

Nación (según el testimonio de Passera de 2018). Además, según Fragapane, inclusive con respeto a este grupo de becarios la Nación está en un proceso de recorte por la crisis. 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. En este periodo dejaron a algunos agentes sanitarios de la provincia sin cobrar. “Les pagan cada tres meses”, dijo Passera con frustración, “ahora hace tres meses que no cobran, y otros hace seis meses que no cobran”. Fragapane y la provincia intentaron 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 tuvieran una continuidad de un año”. También intentaron negociar con el Ministerio de Hacienda de la provincia, para intentar obtener un presupuesto más alto y pasar algunos de los becarios a contratos o a planta en la provincia. La lucha para proteger a los agentes sanitarios –y a todos los beneficiarios del programa de Médicos Comunitarios, que también son importantes en los equipos de APS– era una prioridad para su equipo porque, “si no nos aprueban, perdemos el recurso humano nosotros, y ellos pierden su trabajo”.

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”. 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 los consideran profesionales. Según Passera, la tasa del abandono del trabajo a nivel provincial queda cerca del 15%.

Capacitación de los agentes sanitarios

Aunque hace muchos años que los agentes sanitarios tienen que cumplir un curso de capacitación, la Ley 8.668 de 2014 inició la regulación de un nuevo requisito: un plan de capacitación nueva y formalizada avalado por el Ministerio de Salud y la Dirección General de Escuelas. En el pasado, explicó un agente sanitario entrevistado que lleva casi 20 años de antigüedad, el certificado no venía con una matrícula, pero con el nuevo sí. El curso de Agente Sanitario requiere 442 horas cátedra y contiene entre sus contenidos: Atención Primaria de la Salud; Organización del Sistema de Salud; Leyes que establecen el Derecho de los Pueblos Originarios a la Salud; Interculturalidad;

Sistemas de Información y Registros; Inmunidad, Inmunizaciones, Vacunas, Patologías Infecciosas Prevalentes; Signos Vitales, Primeros Auxilios; Salud del Adulto Mayor y del Anciano, Patologías Crónicas Prevalentes; Organización Social, Familia, Salud Mental; Salud de la Mujer, Salud Reproductiva; Salud del Niño; Salud del Adolescente; Salud Bucal; Saneamiento Ambiental; Administración y Supervisión; Curso PAI (Inmunizaciones) Vacunadores eventuales; 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.

El dictado de este curso también ha sido obstaculizado por los mismos problemas económicos de la Nación y la Provincia que impactan en la trayectoria de los agentes sanitarios actualmente. Por eso, en el año 2017, la Provincia no dictó el curso, para evitar aumentar una demanda laboral que luego no se podría apoyar económicamente.

Colocación de los agentes sanitarios

En el pasado, los agentes sanitarios se seleccionaban por el simple hecho de ya ser líderes en su propia comunidad, un modelo muy común a nivel mundial. Según Passera, esa regulación conllevaba elementos positivos y negativos en 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. 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.³

Con la ley, la búsqueda y colocación de agentes sanitarios está evolucionando y ahora es más abierta. 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”. 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 las necesitan para hacer las rondas. Los testimonios de los agentes sanitarios llevaron dudas sobre este sistema de prestación.

Voces de los agentes sanitarios

Los agentes sanitarios con los que hablé tienen horarios oficiales de 7 u 8 horas, de lunes a viernes. Como se puede ver en la lista de responsabilidades que enumera la Ley N° 8.668, hay una car-

³ Los agentes sanitarios entrevistados en esta investigación negaron esta aseveración.

ga grande de tareas que deben cumplir entre estas horas. De hecho, a lo largo de nuestras conversaciones, los agentes me contaron de tareas tales como visitas domiciliarias, 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 un agente entrevistado, “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!”. Cuando les pregunté si se sienten cómodos con la cantidad de tareas que hay, no me respondieron en esos términos, sino que 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. Dos agentes me mencionaron que les gustaría modificar el programa para que puedan pasar más tiempo con las familias críticas. En general, lo que me reportaron fue que la carga es agotadora pero manejable e inevitable, y no señalaron que falte el apoyo necesario.

Remuneración

Tres de 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 se relaciona con la crisis económica del país, diciendo que aun sueldos apropiados ahora no alcanzan en el contexto de altos niveles de inflación: “Antes vos con el sueldo vivías bien. Ahora no, tenés que buscar otros recursos”. “Los sueldos que tenemos acá no son malos, sino que hoy por hoy no están de acuerdo a lo que las cosas valen. Con el sueldo que tenés, vivías muy bien... ahora a veces no llegas a fin de mes porque las cosas están caras”. Todos enfatizan 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 dado a los agentes sanitarios por el sistema de salud.

Según los entrevistados, muchos agentes sanitarios tienen trabajos secundarios. El horario les facilita la posibilidad de tener otro trabajo, aunque un agente entrevistado discute esta idea: 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.

Entre los que identificaron que el sueldo no es suficiente, todos sostenían que la dedicación que brindan a su trabajo como agentes sanitarios subyuga cualquier dificultad económica, porque el sueldo no es la preocupación central. “Cuando sos agente sanitario de alma, y te gusta lo que hacés, lo hacés con ganas, y a la vez se encuentra satisfacción en lo que hacés. Te da satisfacción poder ayudar a la gente, darle una mano a los demás... No es suficiente. Pero bueno. Es lo que hay”.

Un tema relacionado es la falta de reconocimiento remunerativo de horas afuera del horario oficial. Una agente entrevistada menciona que, como vive dentro del barrio en el que trabaja, “no tenés horario porque tenés gente que viene a la noche, a preguntarte... algún tipo de información”. Cuando le pregunté sobre si recibe pago para este trabajo, ella negó 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”.

Sin embargo, la ventaja —en términos de beneficios y sueldo más alto— de ser “de planta” puede facilitar la capacidad de estos agentes sanitarios para mantener este orden de prioridades. Los que no están en esa situación, aun poseyendo la misma dedicación a sus tareas, no siempre tienen la capacidad para decidir seguir con el trabajo. A una entrevistada, supervisora de agentes en su municipalidad, le pregunté si notó si es común que agentes sanitarios abandonen el trabajo por la cuestión económica. Ella subrayó que ésta impacta en forma despareja. “Sí, por el tema económico, sí. Más si no son de planta. Si son de planta, no, porque es un sueldo regular, igual que el de todos los demás. Pero los contratados, los que tienen becas, sí”. Ella advierte que hay una inestabilidad inherente en la estructura de los contratados y las becas. Cuando ella estuvo contratada, tardó nueve años para pasar a planta, aunque en teoría eran solo dos. El proceso no es tan predecible como sugiere la estructura teórica, y también dijo que el proceso ha mejorado un poquito hoy en día. En el caso de los becarios, 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”.

Según su experiencia, uno de los entrevistados afirma que la inestabilidad y el resultante aumento en la proporción de abandonos del trabajo afectan la eficacia del programa de agentes sanitarios. Primero, se pierde el vínculo que ya se formó entre cada agente y la comunidad. Los agentes sanitarios entrevistados, cuando les pregunté cómo se genera confianza con la comunidad, contestaron que lo más importante es simplemente el tiempo y la consistencia. Parece obvio entonces que cuando un agente tiene que dejar el trabajo por razones económicas se pierde cierto nivel

de confianza con la comunidad. Según la bibliografía 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. Además, otro entrevistado señala que cuando un agente sanitario abandona el trabajo, el lapso antes de que llegue un nuevo agente tiene consecuencias directas en la prestación de servicios: “no terminás nunca de cumplir con la gente... porque todo es una tarea de día a día, y cuando desaparecen, caen muchas cosas. Te cae la vacunación del lugar, te caen las embarazadas sin controles, no hay observación del territorio. Te caen muchas cosas”. En el largo plazo, es probable que la falta de apoyo económico suficiente para mantener agentes sanitarios ya capacitados resulte en la necesidad de gastar más en el entrenamiento de otros agentes.

Prestación de Recursos Materiales

La primera categoría del apoyo en recursos materiales sobre la que indagué fue el tema del transporte. En el caso de la agente sanitaria que vive y trabaja en la zona periurbana, puede llegar al centro y hacer las rondas a pie con facilidad, porque las distancias en la zona no son muy grandes. Sin embargo, ella sugirió que en casos ocasionales de urgencias –por ejemplo, cuando la llaman para decirle que necesitan llevar algún paciente al centro– la movilidad le ayudaría para hacerlo más rápidamente y atender mejor al paciente. Pero destacó esta situación como de gran importancia. Los demás entrevistados trabajan en zonas rurales, y del tema del transporte surgieron dos cuestiones distintas: la movilidad para llegar al centro de salud cada día, y la movilidad para hacer sus tareas en terreno durante el día de trabajo. Aunque no les pregunté sobre el tema, me informaron que el transporte público no llega a los centros de salud rurales en los que trabajan. Tienen que buscar y pagar movilidad para llegar al centro cada día. Pero en general no es una expectativa de los empleadores proveer la movilidad a los empleados para llegar al lugar del trabajo cada día. Pero 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 que trabajan en zonas rurales reportan que hacen las rondas diarias usando movilidad por su cuenta. Aunque las responsables del programa provincial dicen que prestan movilidad –motos y bicicletas, por ejemplo– para aquellos agentes sanitarios que la necesitan para hacer las rondas, en los casos de estos tres entrevistados conseguir movilidad es su propia responsabilidad, y no reciben pago adicional para asegurarla. “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”.

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. Ante una necesidad específica pueden llevar vacunas o remedios, pero no habitualmente. Como explicó un entrevistado, cuando hay necesidad de servicios de más complejidad que requieren más equipamiento, se hacen derivaciones al centro de salud. Los insumos y el equipamiento mencionados son provistos por los centros de salud, y todos dijeron que generalmente están disponibles de una manera fiable y consistente. En general, todos parecían satisfechos con la disponibilidad de insumos, diciendo: “no falta nada. No es un obstáculo”.

Articulación con otros trabajadores

Cuando se les preguntó sobre la calidad de su relación con otros trabajadores de la salud, todos respondieron 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, es una interacción bidireccional, en que cada uno se siente dispuesto a pedir información del otro. “Si yo no sé algo, o tengo alguna duda, voy y les pregunto. Ellos me informan, me capacitan. Me dicen ‘bueno, esto tenés que hacerlo así, o esta patología podés tratarla de tal manera’”. 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 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. Y 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 una persona 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. 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 que llevan sobre la comunidad y sobre 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 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 que reciben. Sienten que 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 tienen el poder para organizar su tiempo y lograr sus metas. Sin embargo, 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 necesitan ayuda. “Ellos piden algo, y uno les cumple, igual que yo le pido algo a los médicos, y ellos lo cumplen también”. Esas 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.

Pero también todos los agentes sanitarios entrevistados mencionaron el hecho de que sí hay situaciones en que la relación con otros trabajadores se caracteriza específicamente por la falta de articulación, intercambio o respeto. En estas discusiones, ellos siempre afirmaron que, aunque estas relaciones existían en sus propios centros de salud en el pasado, ya todo estaba resuelto. A la vez, declararon que en otros centros todavía existen malas relaciones. 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, les importaba destacar el hecho de que la situación ideal no es la 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, atribuyeron eso a una falta de entendimiento por parte de los otros trabajadores acerca de cuál es el rol de los agentes sanitarios. Una de las entrevistadas, por ejemplo, piensa que el problema viene del hecho de que los agentes sanitarios se ven solamente como representantes de la comunidad y no como verdaderos trabajadores de salud: “Yo soy de la comunidad, y me veían como una intrusa en el centro de salud, porque venías de la misma comunidad”. A veces, el hecho de que los agentes sanitarios pertenezcan a la comunidad, en lugar de ser visto como una ventaja para brindar atención más apropiada, es visto como

una amenaza o un desafío al trabajo de los demás. También, aunque no se lo mencionara explícitamente, tal vez una parte de este problema es que los profesionales no respetan a los agentes sanitarios porque no son profesionales. O que hay una falta de comprensión por la parte de los trabajadores de la salud sobre la importancia de la participación comunitaria en el cumplimiento de la APS. Otro agente entrevistado afirmó que “ha habido mucha competencia con la parte de la enfermería. Creían ellos que era como que les movíamos el piso, que queríamos tomarles el lugar, y no, nada que ver”. En realidad, los dos grupos tienen tareas distintas y complementarias, pero cuando esto no queda claro a veces causa tensión entre los enfermeros, lo que puede obstaculizar la capacidad de trabajar en equipo. Otro agente opinó que los otros trabajadores no valoran lo que hacen los agentes sanitarios porque su trabajo no siempre es tan visible como el que ocurre dentro del centro. “Existe la teoría de que uno hace nada por allí, viste... tenés ciertas libertades, podés estar en la calle”.

Otro entrevistado notó que la incompreensión puede resultar en que los trabajadores de más jerarquía cambien las tareas de los agentes sanitarios. “Si venía un coordinador nuevo, decía ‘a mí no me gustan los agentes sanitarios. Vos vas a administración, vos vas a la enfermería’”. Otro más también relató sobre órdenes de ese tipo: “por ahí, te dicen ‘no vayas a cubrir los servicios a ciertas zonas’ y en cambio te dan tareas adicionales en el centro de salud”. Sostuvo que la única cosa de la que se dan cuenta es que no se hicieron las tareas en el centro, y muchas veces no ven todo lo que se logró en el terreno. Este sesgo apoya la mala interpretación de que ellos no hacen nada para promover la salud.

A lo largo de las conversaciones sobre la falta de coordinación, 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. Nuevamente, sostienen que esto solamente pasó en el pasado en sus propios centros, pero que ocurre todavía en otros. Al explicar las razones por las cuales ocurre este “choque de turnos”, un entrevistado subrayó nuevamente la sospecha que tienen algunos trabajadores hacia ellos por pertenecer a la comunidad, en el sentido de que están intentando beneficiar a personas que en realidad no necesitan atención, o que solo quieren vulnerar el sistema de espera. “Por ahí ellos pensaban que a lo mejor estás trayendo a este paciente porque no quiso levantarse temprano para sacarse el turno. Y no era así... tampoco es que decís ‘bueno, le saco un turno porque la conozco, es mi amiga’. No”. Otros entrevistados mencionan hechos en que los trabajadores del centro aceptan los turnos, pero los retrasan demasiado, o

rechazan a pacientes derivados que no llegaron al centro estrictamente puntuales. El rechazo indicaría una falta de fe en el trabajo del agente sanitario. A largo plazo, eso puede dañar la confianza que tiene la comunidad en los agentes sanitarios, y a la larga dañar la estrategia de la APS.

Respecto a su opinión sobre las causas en las mejoras en la articulación con los otros trabajadores de la salud en sus propios centros, en general lo atribuyeron simplemente al paso del tiempo. En primer lugar, como explica un entrevistado, con el tiempo los otros trabajadores “se acostumbran” a la figura del agente sanitario y sus tareas. “Hemos aprendido a trabajar en equipo... cada uno entiende la función que tiene que cumplir el otro. Ha costado”. En segundo lugar, otros remarcan que con el tiempo se ha revelado la evidencia del éxito del trabajo que hacen, principalmente por la disminución de las tasas de mortalidad materno-infantil, embarazos controlados o la disminución de partos domiciliarios. Sin embargo, el tiempo siempre no arregla todo, y a veces fueron necesarias intervenciones concretas para mejorar la articulación. Los entrevistados destacan las capacitaciones para otros trabajadores sobre el rol del agente sanitario, o momentos en que trabajadores con más jerarquía han intervenido en nombre de los agentes sanitarios. Otra agente entrevistada mencionó la posibilidad de que la Ley 8.668 haya mejorado la articulación entre los agentes sanitarios y los otros trabajadores de la salud, porque clarifica cuáles son las tareas del agente sanitario, lo que puede reducir los problemas de articulación que vienen de una falta de entendimiento. Aunque dice que todavía pueden colaborar y compartir tareas ocasionales, subraya que, según esa ley, al menos un supervisor no puede mandar al agente sanitario a hacer siempre tareas en el centro. Passera, por su parte, comparte esta perspectiva.

La falta de recursos humanos

Sin haber sido preguntados, tres agentes sanitarios sacaron el tema de la falta de recursos humanos suficientes en los centros de salud. En dos casos, en los días en que fui a visitar sus centros, la falta fue observable: por enfermedades, abandono del trabajo y baja por maternidad, faltaban otros agentes sanitarios, un licenciado en trabajo social y un enfermero. Para llenar estas brechas temporarias, los agentes tuvieron que hacerse cargo de roles que no son suyos. Una de ellas comentó: “yo no debería estar hoy haciendo lo que estoy haciendo, lo ves”. Otra me dijo que estaba haciendo rondas de las zonas que generalmente están a cargo de sus compañeros.

Una agente entrevistada y Passera coincidieron en que 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, o puede volver a tener una cantidad de tareas apropiada. Pero aun estando de acuerdo con la ley, es indiscutible que una falta sistémica de recursos humanos, con situaciones así ocurriendo a menudo, constituye una falta de apoyo que impacta negativamente en la capacidad de los agentes sanitarios para hacer sus tareas. En forma indirecta, la falta de recursos humanos daña el cumplimiento de la APS, además del obvio punto que, con poco personal en el centro de salud no se pueden cumplir las necesidades de los pacientes que asisten a él. Por último, todos opinaron que en los centros faltan especialidades específicas.

Un entrevistado sostuvo 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”. El testimonio de Fragapane afirma que el programa de Médicos Comunitarios se ve obstaculizado por la crisis económica en Argentina.

Una agente entrevistada expresó su preocupación con la estrategia de dar becas como manera de resolver la falta de recursos humanos. Ella opina que, en la práctica, a veces las becas incentivan a gente que verdaderamente no tiene interés en trabajar como agentes sanitarios. “No les gusta, no es para lo que están estudiando. En cambio, lo bueno sería que se contrate a quien quiere ser agente sanitario, como cualquier otra profesión. Los chicos contratados no, pero los chicos que están por beca, es como un paso para hacer lo que quieren, para ser enfermero, para ser médico, para hacer otra carrera. Pero no es su visión la del agente sanitario”. El resultado, afirma, es que no les interesan las tareas en el terreno, y en cambio hacen actividades en el centro de salud, dejando que se caigan las tareas de los agentes sanitarios. Es decir, a veces no llenan la brecha que causa la falta de recursos humanos.

También una agente expresó su preocupación con las situaciones en que agentes sanitarios de otros lugares trabajan en una zona donde no residen, algo que no solamente pasa en los casos de los agentes con beca. Mientras Passera opina que hay un riesgo de que los agentes sanitarios que son de la misma zona beneficien más a sus amigos, esta agente ve que el vínculo creado por ser de la zona es un incentivo para trabajar mejor. “Se preocupa por su lugar, lucha por su lugar, trabaja por su lugar”. Si la falta de dedicación a la comunidad en realidad existe para estos chicos, como supone esta agente, y si es detectable por la comunidad, puede ser que dañe la confianza que tiene la comunidad en la figura del agente sanitario en general. De ser así, es posible que pueda dañar la capacidad de otros agentes sanitarios para contribuir a la APS.

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, esto se ve obstaculizado por la crisis económica en general y por recortes por el Ministerio de Salud nacional en particular. Estos desafíos 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 planta–, la falta de recursos, la carga del trabajo y la falta de prestación de recursos de transporte. También hay brechas en la articulación con otros trabajadores en el centro de salud, más que nada por la falta de entendimiento del rol de los agentes sanitarios. Está por verse si la Ley 8.668 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 de Mendoza. Por lo tanto, es recomendable que se hagan más investigaciones sobre estas brechas, para identificar el alcance preciso de los obstáculos ex-

plorados en este estudio y, sobre todo, para buscar maneras de mejorarlas.

Antes de concluir, quiero anotar una reflexión personal. A lo largo de la investigación, los agentes sanitarios expresaron dedicación y aprecio por su trabajo y sus comunidades, lo 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 encontrás satisfacción en lo que hacés. Te da satisfacción poder ayudar a la gente, darle una mano a los demás”. “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”. “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”. “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). Igualmente, me sorprendió el nivel de franqueza con 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 con la posibilidad de un cambio. Me siento muy agradecida por haber podido conocerlos e intercambiar con ellos, y aprender de ellos.

Bibliografía

- Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina, AFLSRA (2018). Agentes Sanitarios. www.legisla.gov.ar/atlas/categorias/agente_sanitario.html.
- Cibils, A. (2018). Module II: Public Policy and Health: Challenges to Equity [Powerpoint slides].
- 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. *Cadernos de Saúde Pública* 2017; 33 (4).
- 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).
- Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas (2016). Informe Anual Encuesta de Condiciones de Vida, Mendoza, Año 2016.
- 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).
- 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.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). Derecho a la salud. <http://www.salud.gov.ar/dels/printpdf/135>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). Programa de Equipos Comunitarios: Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/equiposcomunitarios>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas: Misión y objetivos.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). Programas y acciones: Promoción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- Ministerio de Salud de Mendoza (2018). Departamento de Centros de Salud. <http://www.salud.mendoza.gov.ar/dependencias/centros-de-salud>.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Forman líderes indígenas en salud*. Buenos Aires, agosto.
- Organización Panamericana de la Salud (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.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Agentes sanitarios inician segunda fase de formación en inmunizaciones*. Buenos Aires, 16 de agosto.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Más de 100 agentes sanitarios y enfermeras capacitados en Tartagal en situaciones críticas de salud*. Buenos Aires, septiembre.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Agentes sanitarios fortalecen su preparación frente al chikungunya*. Buenos Aires, 29 de septiembre.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018). *Bolivia en Breve*. <http://www.bo.undp.org/content/bolivia/es/home/countryinfo.html>.