

**A Enrique Tanoni**

**(1940 – 2019)**

***In memoriam***

**POLÍTICAS SOCIO SANITARIAS DE LA  
PROVINCIA DE SALTA**

**por**

**LEONARDO STREJILEVICH**



Roberto Romero (1927 – 1992) fue Gobernador de la Provincia de Salta en la apertura democrática de la Argentina ( 1983 – 1987 ); impulsó, entre muchas otras cosas, una reforma de la Constitución Provincial, que

incorporó una amplia legislación social que implicó numerosos trabajos y acciones concretas de promoción en el campo social. Se elaboraron planes de salud que redujeron la mortalidad infantil, junto a proyectos educacionales. Fue un infatigable emprendedor y apoyó sin vacilaciones ni cortapisas las políticas de salud de Salta contenidas en el “Plan de Salud Dr. Ramón Carrillo” que convalidaba el derecho a la salud de todos y para todos cuyo hacedor, conductor, pedagogo y administrador fue el Dr. Enrique Tanoni (1940 – 2019) que ha sido uno de los más importantes y comprometidos médicos sanitaristas de la Argentina y América Latina. Desarrolló una labor intensa en lo sanitario y social durante muchos años en las zonas más inhóspitas de nuestra tierra y se ocupó en estimular las capacidades de centenares de recursos humanos destinados a la atención sanitaria y social de los marginados y excluidos combatiendo sin tregua las desfavorables condiciones que enferman a la gente. Siguió y acrecentó las líneas y las propuestas de actuación sanitaria de los Ramón Carrillo, Carlos Alvarado, Arturo Oñativia sin distinción de colores ideológicos o políticos dada su militancia partidaria. Convocó a todos y a cada uno a la inefable empresa del Plan de Salud Ramón Carrillo de Salta, dando libertad de acción, aceptando las críticas y las enmiendas necesarias ante realidades cambiantes. Favoreció la formación técnica de números profesionales, técnicos y trabajadores de la salud e incentivó la tarea investigativa en numerosas áreas del conocimiento médico, sanitario y social. Fue maestro y generoso compañero sin altibajos. Jerarquizó a los profesionales y trabajadores de la salud y les dio a través de la ley y de los concursos por méritos el lugar apropiado para su accionar concreto.

La fuerza y la fortaleza de las políticas sociosanitarias contenidas en el Plan de Salud Ramón Carrillo además de la cuantía de las acciones y programas diseñados con objetivos concretos, consideraba los puntos de aplicación, la

dirección y el sentido de las acciones sanitarias y sociales como vectores para trabajar casa por casa, familia por familia en todo el territorio provincial delimitando áreas geográficas.

Para ello fue necesario:

1. Adoptar la estrategia y colocar como puerta de entrada al sistema sanitario a la **Atención Primaria de la Salud (APS)** adaptando la resolución de la OMS de 1978 habida cuenta que APS había realizado su primera experiencia en Jujuy 10 años antes.
2. Creación, equipamiento, capacitación de los recursos humanos para la atención sanitaria y social en los **Centros de Salud**. El Centro de Salud con modalidad Argentina fue creado como parte de la política sanitaria que comenzó a organizar la Sanidad a partir de 1946 cuando se creó la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación posteriormente transformada en Ministerio de Salud Pública. Ramón Carrillo (1906 - 1956) responsable de la planificación y ejecución de la política sanitaria de aquellos tiempos definió al Centro de Salud “como la institución integrativa de la asistencia médico-ambulatoria, médico-sanitaria y médico-social que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofisiológico y social con el objeto de habilitarlos física, intelectual y moralmente frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población”. La idea de los Centros de Salud nació en los países desarrollados alrededor de 1940 como necesidad de brindar servicios y soluciones a situaciones sanitarias críticas, entre otras cosas, producto de una feroz guerra en plena marcha. El Centro de Salud antes y ahora debe atender a sanos y enfermos de toda clase y profesión, proyectar su acción al exterior, es decir, hacia la comunidad a la que pertenece, realizar el

diagnóstico y el tratamiento integral, familiar y social y su acción, en cada caso y en todos los casos, tiene que ser asistencial, sanitaria y social. El Centro de Salud en un país como la Argentina muy extenso, con geografías diversas, multiétnico, extensa superficie rural y con un grado importante de pobreza estructural es la forma más eficaz y menos onerosa de llevar salud a las comunidades y en todo caso debe ser la unidad funcional básica de servicios sociosanitarios de cualquier planificación en Salud Pública. Más aún y dados los cambios sociales que se están produciendo y la aparición de patologías sociales como la adicción a drogas, la delincuencia juvenil, la deserción escolar, la disolución de la familia, la tecnificación, las migraciones internas, la pérdida de una tabla de valores tradicionales, la neurosis, la angustia, la incertidumbre, la inseguridad y la falta de certeza del destino personal de muchas vidas hace que haya que disponer de una oferta de servicios de salud y sociales lo más cerca posible de la gente. Un Centro de Salud no es sólo un centro médico, es un mini-ministerio de Salud Pública dentro del medio y radio de acción donde desarrolla su actividad al decir de Carrillo, y debe controlar toda la población sana o enferma de acuerdo con sus posibilidades y teniendo siempre presente que allí se ejercen las tres ramas fundamentales de la medicina: la curativa o asistencial, la profiláctica o sanitaria y la preventiva o social. Por otra parte, está debidamente comprobado y especialmente en Salta que implantó como efector básico al Centro de Salud que demostró ser más eficaz y mucho más barato sin desmedro de la calidad asistencial que cualquier hospital. Debemos tomar conciencia como sociedad de la importancia de este tipo de servicios sanitarios y sociales.

3. **Agentes sanitarios** fueron y son imprescindibles para llevar con éxito un plan de salud que pretenda cubrir una provincia como Salta geográficamente muy extensa y diversa donde hay numerosos habitantes en situación de riesgo y aislamiento, pueblos originarios y concentraciones periurbanas empobrecidas. Los agentes sanitarios eran y son postulantes de la propia comunidad a la que pertenecen que son intensivamente capacitados y supervisados permanentemente y que deben en cada ronda sanitaria realizar reconocimiento geográfico, mapeo de los parajes, pueblos y barrios, identificación, localización y numeración de todas las viviendas, censo de la población, registro, estado y disponibilidad de los servicios básicos (agua, excretas y basura) de las viviendas, inmunización con todas las vacunas disponibles, antropometría de todos los niños menores de 5 años (peso, talla e identificación del estado nutricional), búsqueda de mujeres embarazadas, búsqueda e identificación de sintomáticos respiratorios, toma de muestras de esputo, identificación y denuncia de viviendas con infestación por vinchucas, promoción de construcción de letrinas y potabilización del agua, educación alimentaria especialmente la infantil y promoción de la lactancia materna, derivación de pacientes a hospitales en los casos de enfermedad evidente.
4. **Equipamiento con tecnología de avanzada** de los hospitales de mayor nivel. Salta instaló por primera vez en el país un Tomógrafo Computado para uso gratuito de toda la ciudadanía.
5. **La salud es un derecho.** El derecho a la salud de todos los ciudadanos de la Provincia de Salta se incorporó a la reforma constitucional de 1986.
6. **Ley de medicamentos o monodrogas genéricas** que el Dr. Arturo Oñativia propulsor de una ley al respecto en 1963 no pudo o no lo dejaron concretar.

**7. Normalización, legitimación de los recursos humanos de la salud pública: Ley 6422 de Profesionales y Trabajadores de la salud.**

Con la participación de representantes de todas y cada una de las agrupaciones profesionales de la salud y los sindicatos de la sanidad reconocidos, luego de un arduo y debatido trabajo grupal se lograron los consensos necesarios para promover la ley que asegurara una carrera profesional o técnica dentro del ámbito de la salud pública, con un horizonte de ascenso vertical paulatino y pautado y con el acceso a cargos jerárquicos o ingreso al sistema por riguroso concurso de antecedentes y oposición; la evolución laboral dentro del sistema tenía como correlato las asignaciones dinerarias correspondientes y la posibilidad voluntaria de elegir la dedicación exclusiva.

**Estos objetivos fueron cumplidos pero ahora estamos obligados a asumir el compromiso con la reducción del hambre y la desnutrición, reducir aún más la mortalidad infantil, reducir la mortalidad materna y detener las epidemias y pandemias como el sida, la tuberculosis, la malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas-Mazza, el COVID-19...y defender la salud como un derecho fundamental, reclamar si fuera necesario para que la atención de la salud esté disponible para todos en los lugares en que se vive y trabaja sin olvidar que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de los pueblos y brindar toda la información para que el conocimiento de la salud y la vida se empodere en todos.**