

“SER UNO MÁS DE ELLOS” RELATOS ACERCA DE LAS MOTIVACIÓN DE LXS AGENTES SANITARIXS EN CONTEXTOS DE INVISIBILIZACIÓN
BITTI, Agustina Supervisión Docente: ALTAMIRANO, Cintia S.
Centro de Salud Antonio Menghini. General D. Cerri. 25 de mayo y Chiclana – Gral. D. Cerri – Bahía Blanca CP: 8000 291 – 154324146 - agos_bitti@hotmail.com
Trabajo de investigación cualitativo Categoría temática: Gestión en Salud
Durante dos experiencias en el Impenetrable Chaqueño y Alta Montaña en Tucumán se visibiliza la importancia de la figura del agente sanitarix en la Atención Primaria de la Salud. Teniendo en cuenta los contextos desfavorables y de invisibilización en los que desarrolla su rol es que se decide investigar las motivaciones autopercebidas de lxs agentes que lxs ha llevado a desempeñar esta tarea y los determinantes que le dan sentido y/o motivan su práctica cotidiana. El objetivo que orienta el trabajo es escuchar la voz de lxs agentes sanitarix del Impenetrable Chaqueño y Alta Montaña en Tucumán a partir del relato de las motivaciones que lxs llevaron a desempeñar la tarea. Se toma como período de estudio los meses de febrero a mayo de 2018. Se realizó una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico. Se realizaron once entrevistas en profundidad. Los relatos descubren una otredad sufriente y lxs agentes se reconocen pares en ese dolor. Surgen como motivaciones intrínsecas el amor, la pasión, el servicio. Un favorecedor de la motivación es la capacitación constante. Se mencionan aspectos desfavorecedores pero los primeros prevalecen. Surgen como emergentes el vínculo con el equipo y las ideas acerca de la salud. Se hace necesario visibilizar la figura del agente sanitarix y su importante rol en la salud de las comunidades, devolviendo un trato cercano a un sistema muchas veces lejano y deshumanizado. Se deben pensar estrategias para formar equipos en los que todxs se sientan parte y trabajen por un objetivo común. ¹
Palabras claves: agentes sanitarios – contextos invisibilización - motivaciones
Soporte técnico: multimedia – cañón, pantalla, sonido.

¹ Nota: total de 247 palabras

Introducción

En el transcurso de mi tercer año de la Residencia de Medicina General tuve la posibilidad de conocer el Impenetrable Chaqueño y el área operativa de Alta Montaña en Tucumán en el contexto de mi rotación electiva. En ambos lugares la atención primaria depende del sistema de salud provincial, la población se encuentra dispersa en territorios de difícil acceso y el recurso humano y material en más de una ocasión es insuficiente. Una figura relevante en estas regiones es la del agente sanitario². Ellxs trabajan en los hospitales rurales, centros y postas de salud, a veces siendo el único efector de salud en el lugar; recorren los espacios donde vive la gente, conocen a las familias, las georreferencian y realizan el seguimiento de aquellas personas con patologías crónicas o que requieren medicación, se encargan de la captación de niños o embarazadas sin control y también de las actividades de prevención y promoción de la salud. Durante el recorrido por los distintos pueblos y parajes es notoria la diferencia en cuanto al seguimiento y registro de la población entre aquellos que cuentan con un agente que desarrolla sus tareas en el lugar y los que aún no tienen alguien que cumpla este rol.

Me propongo investigar cuáles son las motivaciones autopercebidas de lxs agentes sanitarixs del Impenetrable Chaqueño y el área operativa de Alta Montaña en Tucumán que los ha llevado a dedicarse a esta tarea y cuáles son los determinantes que relatan como aquellos que motivan y/o dan sentido a su práctica cotidiana.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son las motivaciones autopercebidas de lxs agentes sanitarixs del Impenetrable Chaqueño y el área operativa de Alta Montaña en Tucumán que los ha llevado a dedicarse a esta tarea en el período febrero/mayo 2018?

¿Cuáles son los determinantes de esas motivaciones que relatan estxs agentes como aquellos que motivan y/o dan sentido a su práctica?

Fundamentación

Al revisar la bibliografía existente con respecto a lxs agentes sanitarixs, también llamados agentes comunitarios de salud (ACS) en otros países, son escasos los estudios publicados, especialmente que profundicen en la mirada de lxs mismxs agentes.

² NDA: Se decide utilizar el símbolo "X" en las expresiones escritas a fin de respetar las diferencias que se asumen en función del género (Lxs= en referencia a los y las; etc.)

Garabeli y Magosso (1) en su revisión de la literatura acerca de los ACS describen los objetivos de los trabajos encontrados de esta manera: los más frecuentemente definidos fueron aquellos relacionados a la actividad de los ACS, incluyendo el proceso de trabajo, resultados de las actividades desarrolladas, descripción de la implantación de servicio y reconocimiento y satisfacción del usuario. Este resultado es seguido por las publicaciones cuyos objetivos estaban relacionados a la condición de los ACS, sea en cuanto a su caracterización y función, su vínculo institucional así como por las condiciones de salud y trabajo. En esta revisión ninguna investigación pone el relieve en la mirada de los propios agentes sobre sus motivaciones para la tarea. Y las autoras concluyen en que se hace necesario pensar en el direccionamiento de mayor número de investigaciones sobre los ACS llevando en consideración al agente como una persona, con dilemas, dificultades y realizaciones, factores que puede ser influenciados o no por la naturaleza peculiar de su trabajo.

Personat Labrador, C. (2) realiza una revisión bibliográfica acerca del rol y el impacto del ACS en la organización del sistema de salud y para lograr el objetivo de "salud para todos" propuesto en Alma Ata. La autora plantea que en los tiempos actuales la figura del agente comunitario de salud puede ser el nexo de unión entre el sistema de salud y la realidad de una comunidad con sus propias necesidades y problemas de salud. Comenta que desde que el programa de agentes comunitarios comenzó, los indicadores nacionales de salud brasileños han mejorado. Y concluye luego de su revisión que los ACS pueden ser sujetos transformadores del panorama sociosanitario de un país.

Razee H. (3), por su lado, investiga los factores sociales que motivan el trabajo de los trabajadores rurales en Nueva Guinea a través de entrevistas en profundidad a enfermeras y agentes comunitarios de salud y concluye que el apoyo de las comunidades y el contexto local son factores importantes que influyen en la motivación.

En un contexto más cercano, de Latinoamérica, Fernandes Biffe Peres et al. (4), estudió el perfil, motivaciones y significaciones de los agentes comunitarios en salud en el municipio de Marília- Sao Pablo (Brasil). El desempleo, la búsqueda de otro campo de trabajo y el anhelo de ayudar al prójimo constituían los motivos que los impulsaban a ser ACS.

En Argentina se encontraron un estudio sobre enfermeras y agentes sanitarios en la provincia de Catamarca (5) en el que se evaluaba su rol en la adherencia terapéutica de los

pacientes y uno de la provincia de Jujuy (6) que investigaba la aplicación de un programa de testeo de HPV y la opinión de lxs agentes sanitarios con respecto a la autotoma y la toma de muestra en el centro de salud. No se halló bibliografía indexada que profundizara en las motivaciones desde la perspectiva de lxs mismxs agentes.

Por otro lado, Hernández Gómez (7), en su artículo sobre motivación laboral en trabajadores de salud de un hospital menciona que la motivación laboral, entendida como el impulso que guía y mantiene el deseo de querer hacer las cosas de la mejor manera posible, es un aspecto fundamental en toda organización. Y comenta además que el trabajo con significado mejora el ánimo del trabajador, satisface sus necesidades humanísticas, aumenta su productividad y la eficacia general de la organización. Si bien ésta es una mirada empresarial y centrada en los resultados y eficacia de la tarea para lograr mayor producción, puede justificar el estudio de las motivaciones de lxs trabajadores de salud si se tiene en cuenta que su conocimiento permitiría mejorar las condiciones laborales de estos efectores. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la eficacia de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que llevan adelante lxs agentes sanitarixs no debería medirse en números rígidos que no contemplen los procesos. El trabajo en Atención Primaria de la Salud es entendido esencialmente como una estrategia para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio. De allí la permanente búsqueda de un modelo de gestión que permita la constitución de lxs trabajadorxs de salud como sujetos protagonistas, en permanente revisión y remoción de las barreras con que las instituciones obstruyen la participación de la gente en la construcción de su derecho a la salud. (8).

En síntesis, existe poca bibliografía indexada acerca de lxs agentes sanitarixs y casi nulas que aborden el tema de las motivaciones, las revisiones de la literatura encontradas remarcan la necesidad de investigar a lxs agentes sanitarixs desde el sujeto que cumple ese rol. Por otro lado, es importante el conocimiento de las motivaciones laborales de lxs trabajadorxs para poder favorecerlas y sostenerlas en el ámbito cotidiano, y sobre todo, en la medida en la que se compartan, ayudar a multiplicar el sentido vivido de este rol. El conocimiento que se genere, además, será de utilidad para sensibilizar a los equipos de salud y mejorar las condiciones de trabajo de lxs agentes sanitarixs, cuya tarea se describe en las investigaciones no sólo como necesaria sino como transformadora de la realidad.

Objetivo General

Escuchar la voz de lxs agentes sanitarixs del Impenetrable Chaqueño y el área operativa de Alta Montaña en Tucumán a partir del relato de las motivaciones que lxs llevaron a desempeñar la tarea.

Objetivos Específicos

Interpretar a partir de sus relatos las motivaciones autopercebidas de lxs agentes sanitarixs del Impenetrable Chaqueño y el área operativa de Alta Montaña en Tucumán para desempeñar esta tarea en el período febrero–mayo 2018.

Profundizar en la comprensión de los determinantes de esas motivaciones que estxs agentes relatan como aquellos que motivan y/o dan sentido a su práctica.

Sensibilizar al equipo de salud, al equipo de gestión y a la comunidad en general acerca de la importancia de escuchar con atención la voz de los sujetos que llevan adelante la tarea de trabajar en APS desde el lugar de agente sanitarix.

Marco referencial

Lxs agentes sanitarixs son considerados uno de los pilares de la APS, cumpliendo un rol esencial como articulador entre la comunidad y el sistema público de salud. (11).

En la Provincia de Chaco se crea a partir del año 2016 a través de la ley 7943, el Programa de de Formación de Promotores Comunitarios en Salud y la figura de Promotor de Salud Comunitario (si bien la figura del agente existe desde hace tiempo a partir de Programas Nacionales). Esta ley define como 'promotor de salud comunitario' a la persona de la comunidad que se forma para integrar equipos interdisciplinarios y equipos básicos de salud, que desarrollan estrategias de atención primaria de salud, consolidado en un modelo de atención de salud colectiva, fortaleciendo la democratización de las políticas de salud. Realiza prácticas que propician la promoción y la prevención de la salud identificando los factores protectores y de riesgo de las personas y en la comunidad, mediante orientación, acompañamiento y educación popular, favoreciendo y facilitando el acceso a la población a las acciones y servicios de salud como articulador entre las necesidades de la población y el sistema de salud. La ley describe, además, las funciones del Promotor de salud y establece que este rol se sumará como personal de planta permanente del Ministerio de Salud Pública dentro de los Equipos de salud (12). En la provincia de Tucumán hace más de diez años se forman agentes sociosanitarios que integran los equipos de salud del primer nivel de

atención. En el año 2015 la resolución ministerial 2355 (13) aprueba el diseño curricular de la Tecnicatura Superior en Agente Sociosanitario, sumando posibilidades de formación en este campo. Las funciones que se le asignan a este rol son similares en ambas provincias.

Como requisitos, el promotor comunitario debe residir en la región sanitaria donde va a ejercer su función, ser mayor de dieciocho años, acreditar la educación secundaria completa y la constancia de aprobación del curso de Promotor de salud comunitario brindado por el Ministerio de salud pública y certificar buen estado psicofísico (12).

Varios artículos e investigaciones destacan la importancia de que sea miembro de la sociedad local, lo cual otorga mayor conocimiento de las necesidades (5), explican también que su tarea trasciende el campo de la salud, ya que actúan sobre las condiciones de vida de la población (14), que funciona como un importante comunicador entre el universo existencial de los usuarios y la unidad de salud (1), que abre las puertas al sistemas de salud y da el primer paso, lo describen como un vecino más de la comunidad con un fuerte compromiso social y un espíritu solidario, entrenado para educar y traspasar información sobre el cuidado de la salud a las zonas adyacentes a su residencia (11).

Con respecto a la motivación, la Real Academia Española la define como el conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona. Pujadas-Sánchez (15) la entiende como el motor que activa y dirige el comportamiento. González Serra, DJ. (16) expresa que la motivación despierta, inicia, mantiene, fortalece o debilita la intensidad del comportamiento y pone fin al mismo. También explica que en la motivación participan procesos afectivos (emoción, sentimientos), las tendencias (voluntarias e impulsivas), y los procesos cognoscitivos (sensopercepción, pensamiento, memoria). León y Díaz (2013) desde su "teoría dual" indican que la motivación intrínseca es aquella que procede naturalmente en las necesidades psicológicas orgánicas, la indagación personal y la aspiración de crecer. Se le conoce también como automotivación. Y la motivación extrínseca es aquella que es producida por remuneraciones e incentivos independientes de las ocupaciones que un trabajador realiza para poder conseguirlos y cuyo control depende directamente de personas o de hechos externos a dicho trabajador. (15, 17)

Se debe tener en cuenta que el estudio de la motivación humana requiere la consideración de la estrecha unidad existente entre la personalidad, los procesos psíquicos, la actividad motivada externa y el medio sociohistórico (16). La motivación no puede observarse si no es a través de sus manifestaciones externas. Solamente podemos evidenciar

las propiedades de ésta en los hechos empíricos, no se observa directamente la motivación, sino la conducta motivada (18).

Diversos autores han querido explicar la motivación humana y las necesidades que impulsan la conducta del hombre. Al respecto, Maslow considera que las principales motivaciones del comportamiento son las necesidades y que éstas tienen un orden jerárquico, de tal manera hasta que no se consigue la primera o más básica, no se puede satisfacer la siguiente. El orden que el autor establece es: las necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales (amor y pertenencia), de estima y las de autorrealización (17). Por su parte, Manfred Max-Neef presenta una matriz de necesidades humanas fundamentales y satisfactores que intenta dar cuenta de las dimensiones de la vida humana. Remarca que las necesidades fundamentales son finitas, pero los satisfactores infinitos y culturalmente determinados. El esquema que el autor presenta debe entenderse como un proceso dinámico, pues las necesidades del ser humano son múltiples e interdependientes. La relación entre ellas, por lo tanto no es lineal, sino que las necesidades conforman un sistema complejo en el que es difícil establecer prioridades. Por último, considera que las necesidades no son sólo carencia, sino que en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a ser recursos (19).

Finalmente Chóliz (18) intenta generar un modelo integrador que abarque la mayor parte de las teorías sobre motivación humana. A modo de resumen, él entiende que la motivación está en función de dos factores principales: necesidad, como estado del organismo que incita a la ejecución conductual con una intensidad determinada e incentivo, como meta u objetivo que pretende alcanzar o evitar el organismo. Lo formula de la siguiente manera: $Motivación = f(Necesidad \times Incentivo)$. Dentro de la primera categoría entrarían las variables biológicas, cognitivas, situacionales, emocionales y las características de personalidad; dentro de la segunda se consideran los factores de valor del incentivo y la probabilidad subjetiva de obtener el incentivo.

Hablar de *contextos de invisibilización* implica hablar de escenarios sociohistoricopoliticoculturales donde determinados grupos sociales expresan indicadores de vida (salud, enfermedad, educación, trabajo, etc.) inequitativos, como resultado de un proceso sistemático de opresión, supresión y debilitamiento de sus identidades ejercido por el grupo hegemónico de dominación económica, política y cultural. La invisibilización está

relacionada con la discriminación de minorías -o mayorías tradicionalmente omitidas y oprimidas- étnicas, sociales y culturales; razón por la cual también se asocia con la vulnerabilidad social. Para que el fenómeno de invisibilización exista, las Ciencias Sociales explican que dichos grupos han sido sometidos a tres estadios de presión sistemática – estereotipación, violencia simbólica y deslegitimación- donde el escenario del Estado como garante de derechos impresiona ausente en la búsqueda de equidad de las vidas que componen esos grupos invisibilizados (10, 20).

Para los fines de esta investigación se decide definir a las motivaciones como los estímulos, impulsos y procedimientos que regulan el comportamiento humano, que mueven al individuo a la acción y se toman las diversas teorías enunciadas para intentar comprender el fenómeno de las motivaciones en los agentes sanitarios en contextos de invisibilización.

Contexto de la investigación

Impenetrable Chaqueño

Para el año 2016, se ha estimado en la región Noreste Argentina (NEA) una población de 4.025.174 habitantes. Dentro de esta región, la pirámide poblacional de la Provincia del Chaco tiene una estructura poblacional joven, similar a las demás provincias del NEA. Para el periodo 2008-2010 se observó que los residentes de la región NEA presentaron menor esperanza de vida en comparación con Argentina; Chaco mostró la menor esperanza de vida de todo el NEA, tanto en hombres como en mujeres, alcanzando los 70 años en la capital provincial, mientras disminuye a los 60 años para el Departamento Güemes (Impenetrable Chaqueño). Así mismo, Chaco es la provincia que presenta el mayor porcentaje de analfabetismo tanto en hombres como en mujeres³; y junto con Formosa son las jurisdicciones que presentan la menor cobertura de salud para sus poblaciones y la mayor tasa de Necesidades Básicas Insatisfechas del país (superiores al 20% en promedio, alcanzando según el Departamento valores cercanos al 50%).

La grave desigualdad que estos indicadores expresan, pueden comprenderse por “la coacción económica que se presenta en las comunidades indígenas a través de la ausencia del Estado, la ampliación de la frontera agropecuaria y el desmonte, el fin de los cultivos

³ NDA: El mayor porcentaje de "alfabetismo occidental", ya que la medición se realiza por indicadores de lectoescritura castellana. Nuestros compatriotas pluriétnicos originarios no son "analfabetos" sino alfabetos en su lengua materna.

tradicionales, la falta de tecnificación agrícola y la carencia de tierra propia y agua sumada al hambre y a la atención sanitaria mínima que reciben.”(9)

El Departamento Güemes o “Impenetrable Chaqueño” es el segundo más poblado (luego del Departamento San Fernando, donde se encuentra la capital provincial) con una extensión de 25.487 km² sobre la que se estima una densidad poblacional de 2,65hab/km² (clasificada como ‘predominio rural’ frente a media nacional de 14,4hab/km²). Según la variación intercensal, la población total del departamento registrada sería de 74.767 habitantes. La ciudad con mayor urbanización y disponibilidad de servicios es Juan José Castelli (40.084 habitantes según estimaciones al 2017).

Cerca del 56% de la población del Departamento son Originarios de las etnias Qom (Toba), Wichi y Mocovíes. El resto de la población se conforma de criollos e inmigrantes latinoamericanos y europeos. Los integrantes de los pueblos originarios recolectan frutos y miel del bosque, practican la caza, la pesca, trabajan en obrajes madereros o son cosecheros temporarios. Tallan la madera del palo santo, tejen con fibras de chaguar y realizan alfarería. Algunas familias conservan elementos de su rica cosmovisión, su lengua y curaciones ancestrales. Algunos trabajan como maestros, enfermeros, auxiliares contables, o desempeñando cargos en municipalidades, escuelas, hospitales. Otros trabajan en la fabricación de ladrillos y la venta de arte (alfarería y tejidos).

El sistema de salud público, como mencionaba en la introducción, es de administración provincial, centralizado por el Ministerio de Salud Pública con sede en la ciudad capital (Resistencia, a 269 km de la ciudad de Juan José Castelli). A los fines sanitarios este sistema se organiza en 8 Regiones Sanitarias estructuradas sobre la base de las Regiones y Unidades de Desarrollo Territorial (UDT), concebidas como espacios geográficos definidos para la ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de gobierno. Cada una de las Regiones Sanitarias en que se divide la Provincia cumple funciones técnicas y administrativas delegadas por el nivel central, contribuyendo a la descentralización en las decisiones operativas, agilización en la resolución de los problemas de orden logístico y a la desconcentración de los recursos de una manera equitativa. Las Regiones Sanitarias, a su vez, están conformadas por una o más subregiones sanitarias, cuyas delimitaciones respetan el criterio de las Unidades de Desarrollo Territorial -UDT- y dependen técnica y administrativamente de la Dirección de Región Sanitaria articulándose en una red según los diferentes niveles de complejidad. Para el Departamento Güemes, la región sanitaria

competente es la Quinta (RS V) cuya sede administrativa se encuentra en la ciudad de Juan José Castelli, en el Hospital del Bicentenario Gral. Güemes [hospital cabecera de referencia para todo el Departamento Güemes; Categoría 3, Nivel de complejidad registrada (teórica): VI; Nivel de complejidad resolutive (real): menor (se estima III a V, los indicadores se encuentran en proceso de medición)].

La RS V “Impenetrable” se encuentra subdividida en la UDT 1-2 (Sauzal, Sauzalito, Nueva Pompeya, Comandancia Frías, Wichí) y en la UDT 3-4 (Río Bermejito, Espinillo, Miraflores, Juan José Castelli, Tres Isletas). Cada unidad de desarrollo territorial contempla la administración y gestión de puestos sanitarios “A” (6 para la UDT 1-2; 4 para la UDT 3-4) y puestos sanitarios “B” que referencian a los “A” de los que dependen.

En la Ciudad de Juan José Castelli existen 7 puestos sanitarios clasificados como “Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)”, distribuidos entre los diversos y crecientes Barrios que conforman la ciudad. Las áreas programáticas asignadas a cada CAPS se encuentran distribuidas sin una planificación estratégica respecto de las características poblacionales y su asentamiento geográfico. El conjunto de trabajadorxs de salud relativamente estable que conforma cada CAPS consiste en Médicx, Enfermerx y/o auxiliar de Enfermería y Agente Sanitarix. (10)

Alta Montaña

La población de la provincia de Tucumán, según el Censo Nacional de 2010, es de 1.448.188 habitantes y casi el 77 % es población urbana. La densidad demográfica es de 24,2 habitantes por km² y muy poco uniforme a lo largo del territorio provincial.

Alta Montaña (21) corresponde a la región de altas cumbres y valles interiores de los cordones de San Javier, sierras del Aconquija y cumbres Calchaquíes y está ubicada al oeste de la provincia. Abarca una superficie aproximada de 800 Km² y comprende parte de los departamentos Trancas, Tafí Viejo, Lules y Tafí del Valle. El clima muestra veranos templados y lluviosos e inviernos fríos, con nevadas frecuentes y temperaturas que no superan unos pocos grados centígrados. Presenta una población diseminada sin constituir agrupamientos urbanos y comprende las localidades de Anfama, Chasquivil, San José de Chasquivil, Ñorco, Ancajuli, Lara, Mala Mala y El Nogalito. Se ubican a una altitud que oscila entre los 1300 y 3800 metros sobre el nivel del mar y se sitúan entre los 70 y 180 kilómetros de la capital provincial. El traslado se realiza mediante vehículos de tracción en cuatro

ruedas y luego a caballo. Ñorco, El Nogalito y Lara son las únicas localidades que cuentan con un camino habilitado para vehículo durante todo el año, Ancajuli y Anfama sólo cuentan con el camino durante los meses de invierno y el resto sólo está comunicado por sendas para el tránsito de mulas y caballos. En ocasiones se utiliza la vía aérea con servicios prestados por la Dirección Provincial de Aeronáutica mediante el empleo de un helicóptero que se moviliza para la resolución de urgencias y el traslado de pacientes que no pueden desplazarse por otro medio, siempre que las condiciones meteorológicas lo permitan.

La población total del área de Alta montaña hasta diciembre de 2017 es de 1.573 personas (22), con una densidad poblacional de 2,0 habitantes por Km². La pirámide poblacional es joven. Los pobladores de alta montaña son mestizos derivados de los antiguos habitantes de la cultura Diaguita-Calchaquí. Si bien es innegable la influencia de grupos inmigrantes, alrededor del 80% de los habitantes muestra un fenotipo particular con una clara identificación de antecedentes de pueblos originarios, con manifestación de un perfil cultural característico. La mayor parte de la población profesa la religión Católica Apostólica Romana. Las comunidades aborígenes realizan eventuales ofrendas a la Pacha Mama (Deidad Quechua) que representa a la Madre Tierra, a la que se rinde culto incluso entre los grupos católicos. Tienen relevancia las organizaciones que nuclean a los pueblos originarios, aunque no toda la población participa activamente de estos espacios. Como instituciones, las más convocantes son los centros de salud y escuelas.

La actividad económica está restringida a la ganadería en pequeña escala, principalmente ovina y caprina para consumo de la familia. Las carnes frescas y desecadas, como así también huevos y leche, se obtienen de los animales domésticos (gallinas, ovejas, vacas, cabras). También cuentan con la provisión de alimentos artesanales como quesos y quesillos. La provisión de mercaderías de primera necesidad se realiza desde centros urbanos lejanos transportados con animales de carga. Es excepcional encontrar huertas domiciliarias, cultivos de hortalizas o árboles frutales, lo que se debe a la rigurosidad climática con veranos cortos y a la falta de práctica de los lugareños en cuanto a tareas agrícolas. No existen centros de capacitación de adultos orientada a la elaboración de artesanías. La enseñanza de trabajos en piedra, cuero y madera es informal y tiene lugar dentro de las familias de manera tradicional. Con respecto al nivel de instrucción, un 10% de la población es analfabeta y casi un 30% no ha finalizado el nivel primario. De la población

económicamente activa, sólo un 10% está ocupada. La principal fuente de trabajo la constituyen las instituciones públicas (escuela, comuna, centro de salud).

En toda la región de Alta Montaña existe una precariedad con respecto a la propiedad de los terrenos que la población ocupa, puesto que las familias no cuentan con títulos de propiedad y la única acreditación es la tenencia, lo que dificulta el usufructo de los mismos. Esta problemática se encuentra presente desde hace muchos años y periódicamente genera reclamos ante los sectores oficiales.

La atención de la salud en la región está dada exclusivamente por el subsector público a través del Área Operativa Alta Montaña, que depende del Área Programática Oeste del Sistema Provincial de Salud, no posee Hospital de cabecera y las derivaciones se hacen a establecimientos de 3º nivel de la capital. La modalidad de trabajo consiste básicamente en la atención programada en cada uno de los CAPS, tratando de priorizar la atención de embarazadas y una adecuada cobertura materna infantil. Las embarazadas se controlan a partir del momento de su captación, los controles de laboratorio y ecográficos se realizan mediante traslado programado de las pacientes al Hospital de Clínicas “Presidente Nicolás Avellaneda”, sitio al que concurren con turno asignado previamente. En Alta Montaña no se registran partos domiciliarios, ya que anterioridad a la fecha probable se tramita la permanencia de la embarazada en dependencias del citado hospital hasta que tiene lugar el nacimiento del niño. De igual forma, el médico responsable de cada centro asistencial se ocupa de gestionar, en los distintos hospitales de la capital, la atención de pacientes con distintas patologías, a fines de lograr un correcto diagnóstico y un buen seguimiento de la evolución.

Metodología

Se realizó una investigación con enfoque cualitativo interpretativo⁴ fenomenológico, dando importancia a la palabra, sentimientos, emociones y vivencias de los sujetos. La fenomenología se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en la experiencia humana vivida dentro de cuatro conceptos claves: temporalidad, espacialidad, corporalidad y relacionalidad. El mundo vivido, la experiencia vivida son sus elementos cruciales, se busca comprender el significado que la experiencia vivida tiene a partir del

⁴ Este enfoque, desde lo cualitativo busca la subjetividad, explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales y grupales. El aspecto interpretativo se relaciona con la necesidad de comprender el significado de los fenómenos sociales. (19)

registro de la experiencia subjetiva como es informada por la persona. (23) Según Van Manen, la fenomenología lo que pretende es obtener un conocimiento más profundo de la naturaleza o del significado de las experiencias cotidianas. (24) En este caso el fenómeno en estudio son las motivaciones autopercibidas de lxs agentes sanitarixs en contextos de invisibilización a partir de sus relatos.

Las variables en estudio se definieron de la siguiente manera:

Definición	Dimensiones	Elementos referenciales
Motivaciones: estímulos, impulsos y procedimientos que regulan el comportamiento humano, que mueven al individuo a la acción.	<p>Necesidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Biológicas Cognitivas Situacionales Emocionales <p>Características de la personalidad (intrínseca)</p> <p>Incentivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Valor de incentivo <p>Probabilidad subjetiva de obtenerlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Activación, homeostasis - Propósitos, metas, planes - Antecedentes situacionales - Hedonismo, búsqueda de sensaciones - Rasgos de personalidad -Cantidad y calidad de recompensa - Facilidad para obtención - Relación entre conducta y refuerzo
Determinantes de la motivación: factores que condicionan la motivación y por lo tanto influyen en el inicio, mantenimiento, fortalecimiento o debilitamiento de la intensidad del comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecedores de la tarea - Desfavorecedores de la tarea 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneración - Condiciones de trabajo - Relación con el equipo de salud - Relación con la comunidad / Elección de la comunidad - Actividades cotidianas

Se realizaron once entrevistas en profundidad orientadas a historia de vida a distintxs agentes sanitarixs de centros de salud y zonas rurales de la UDT 3 y 4 del Impenetrable Chaqueño y del área operativa de alta montaña y departamento de Trancas en la provincia de Tucumán. Las mismas se registraron en audio y luego se transcribieron para su análisis. La muestra fue seleccionada por conveniencia. (Para mayor detalle de la muestra final revisar anexo).

Resultados y análisis

Comprendiendo entonces a la motivación como el entramado de estímulos, impulsos y procedimientos que regulan el comportamiento humano, que conduce al sujeto a accionar, el *Ser Agente Sanitario* porta en las voces de estos relatos expresiones intrínsecas relacionadas a 'necesidades y características de personalidad' que los vincula entre sí: *"lo elegí para ayudar" "es muy importante para mí" "me gusta" "me interesaba" "me gustaba ayudar en lo que se pueda"*. La concepción pretérita de una **otredad sufriente**, doliente, que requiere de cuidado *"hay muchas áreas donde realmente necesitan que estén los agentes sanitarios" "hay mucho sufrimiento" "hay muchas personas que necesitan atención" "Encontrarse con la situación social" "ver la necesidad de la gente"*, unificada por la **paridad del origen de ese dolor**: *"es un bien para mi comunidad" "Me viene bien para ayudar a los que son de mi paraje" "soy de la zona, y la conozco bien la zona" " me quería quedar a trabajar aquí en el cerro" "me gustaba esto de trabajar para la comunidad"*.

Así como mencionaba que una necesidad puede ser entendida como carencia o como potencialidad, pude ver cómo se manifiesta que la concepción de una otredad sufriente junto con un conocimiento del sistema de salud con sus falencias, genera una motivación intrínseca vinculada a las metas, es decir, como potencialidad: *"me gustaría que todas las personas con tuberculosis puedan tener el tratamiento a tiempo" "Lo que más me gusta es hablar con la gente y hacerlos que lleguen al CAPS para cuando está el doctor"*.

Se destaca en los relatos como parte de la motivación intrínseca también el amor y pasión por lo que hacen: *"amo lo que estoy haciendo" "hay que amar a los pacientes" "la base de uno es cuando realmente se apasiona por lo que le gusta hacer"*, sumado a un sentido de pertenencia con el lugar y la población a la que atienden: *"es cuestión de que uno quiera el lugar y sacarlo adelante" "uno lo ama porque ha nacido y lo quiere ver crecer"*. Y la concepción de la tarea como un servicio: *"la idea es prestar un servicio" "lo elegí para ayudar en algo"*.

Con respecto a las motivaciones extrínsecas relacionadas a los 'incentivos' se observa que el *Ser Agente Sanitario* implica para más de un entrevistadx una oferta de aprendizaje permanente: *"siempre estamos aprendiendo" "aprendí mucho" "es constante la capacitación"*, también una posibilidad viable de capacitación: *"es mi única opción de hacerlo"* y una forma de trabajar en el sistema: *"es trabajo" "es una salida laboral" "el programa no permite técnicos, me tomaron como agente sanitario"*. Sin embargo en varios

relatos aparecen como incentivo el refuerzo positivo de la misma comunidad y la satisfacción por la tarea realizada: *"la satisfacción personal es la paga" "la mejor paga es que la gente esté bien" "vos poder ayudarlos...ya es una satisfacción para uno" "Cuando nos reciben bien nos da fuerza para que sigamos el trabajo que tenemos" "Me gusta hacer las visitas porque nos atienden re bien"*

En cuanto a la 'probabilidad subjetiva de conseguir incentivo' ellxs relatan que luego de los cursos de capacitación generalmente son contratados: *"Entré en la capacitación. Con ese papel que yo tenía, entré en la salita." "El director me tomó porque yo tenía ese papel de capacitación" "Hice el curso y salió el trabajo, la beca" "Me pidieron los papeles para presentar" "Empecé en una carrera acelerada y logré entrar como agente sanitario",* sin embargo no siempre son remunerados en tiempo y forma: *"era ad honorem, seis meses" o ejercen sus actividades como beneficiarios de una beca durante mucho tiempo: "de salud indígena, una beca, solamente eso" "después de pasar con 17 años puedo acceder a planta permanente".* En otros casos el trabajo precede a la formación: *"empecé así nomás, sin capacitación" o resulta contemporánea: "los sábados hacíamos la capacitación y durante el resto de la semana salíamos a hacer terrenos y trabajar" "nos han nombrado como agentes sanitarios para que trabajemos y a la vez nos capacitemos".*

Por otro lado, los relatos mencionan el fenómeno del *Ser Agente Sanitario* desde el 'deber ser': *"...porque es mi rol, mi deber" "tengo que atender" "es el trabajo, hay que cumplir sí o sí"*. Y desde este 'deber ser' es que se empiezan a descifrar algunos de los determinantes de la motivación. El fenómeno de ser agente sanitario en estos contextos de invisibilización se vive desde diversas funciones: *"anotar turnos, llenar las planillas, buscar las fichas para el doctor", "estoy haciendo todo lo que es la parte de estadística" "preparar la medicación y salir a repartir",* y se identifica un recorrido también diverso: *"empecé como administrativo", "trabajé con una obstetra... trabajé seis meses en farmacia... me llamaron del área de personal como secretaria"*. Esto, en algunos casos, es reconocido como un determinante desfavorable: *"la rutina agobia", "estamos cubriendo áreas donde no nos corresponde", "los agentes no dan a basto"*. En este sentido, varios destacan la insuficiencia de personal en el equipo de salud: *"pocos somos los que estamos", "a veces falta personal"*. Sin embargo también se deja ver una intención de continuar con la tarea aunque no sea específicamente para la que han sido formados porque descubren la necesidad de sostener el servicio que es finalmente para la comunidad: *"lo hacemos para que esto salga a flote",*

"el servicio nos necesita un montón", "estamos sosteniendo el hospital"⁵. En este sentido se genera una tensión entre el 'ser' que los identifica y que los motiva y el 'deber ser' que muchas veces atenta contra eso. En las entrevistas es claro que ellxs tienen presente y muy definidas sus tareas y su 'razón de ser' agentes sanitarixs: *"El agente sanitario es como una torre alta, que vigila un sector...conoce a la población"* *"Nosotros estamos para el trabajo en terreno"* *"Conocés el problema de la gente en su casa"* *"Yo me preparé para salir, hablar con la gente, hacer terreno, hacer prevención"* *"estamos para el trato con las personas...nosotros primero entablamos una conversación, un vínculo...que lleva a una confianza"*; sin embargo el sistema de salud, de la manera en que está planteado limita sus tareas e incluso no les permite realizar aquello para lo que han sido preparados. Más allá de este hecho, en los relatos prevalecen los elementos de la motivación intrínseca que siguen llenando de sentido la tarea cotidiana de lxs agentes sanitarixs. Es necesario mencionar que en este punto es en el que mayor diferencia se encuentra entre los relatos del Impenetrable Chaqueño y el área de Alta Montaña. La situación hasta aquí descrita constituye la percepción de lxs agentes del Impenetrable. En Alta Montaña lxs agentes se encuentran realizando las tareas para las cuales se prepararon: *"censo de animales domésticos"* *"visitas domiciliarias, control de la presión arterial, llevé las pastillas"* *"a veces hacemos charlas en las escuelas"* *"rondas, visitas en domicilio, vacunación"* *"ir casa por casa, hacer seguimiento"* *"cartografía"* *"captación para vacunarse"* y las describen como favorecedoras de su labor: *"me gusta venir, me gusta salir, conversar con la gente"* *"es lindo"* *"me encanta lo que hago"* *"es una tarea hermosa, muy linda"*. En este contexto los principales desfavorecedores aparecen asociados al difícil acceso y el esfuerzo que implican los viajes a la ciudad capital: *"Las capacitaciones que hacemos, hay que bajar allá. Hay que gastar, hay que viajar...llueva, haga frío, el día que hay que ir, nosotros lo hemos hecho"* *"Uno deja mucho a la familia"*

Como cuestión emergente en los relatos, merece una mención especial el equipo de salud y el fenómeno vincular que se da en él. En lxs agentes sanitarixs que trabajan habitualmente como único efector de salud en su lugar se percibe una aceptación y buena predisposición a recibir equipos itinerantes de médicxs y enfermerxs: *"más que importante es que vengan"* *"me siento feliz"*, *"me siento contenta porque vienen a atender a la comunidad que necesita"* *"cuando viene la doctora aprovechamos a hacer una reunión con el*

⁵ Hace referencia a un hospital rural que, en lo concreto, funciona como un centro de salud, que además posee guardia y camas de internación breve u observación.

equipo"; aunque destacan las dificultades del contacto más cotidiano: "es muy difícil comunicarse". Con respecto a lxs agentes que se desempeñan en centros de salud con equipos permanentes, hay voces que relatan una buena experiencia: "somos bastante unidos" "yo me siento parte del equipo" "nosotros somos buenos compañeros" "somos parte del equipo" "siempre se ha tratado de trabajar en equipo, ayudar a los demás" "el agente sanitario siempre está con el médico y el enfermero", pero también se detecta una diferencia que marcan los profesionales con respecto a los agentes sanitarios, especialmente en los relatos de los agentes de las comunidades originarias en el Impenetrable Chaqueño: "no le quieren a nosotros los enfermeros", "no tienen diálogo, no quieren andar juntos" "...esa gente sabe tomar mate con cualquiera, pero ahora no" "son racistas digamos". En los relatos del área de Alta montaña también existen quienes manifiestan que el trabajo en equipo no es el ideal: "regular, hay muchas cuestiones internas". Y estas situaciones se convierten en determinantes desfavorables: "y sí, a veces nos sentimos mal" "Hasta los mismos compañeros te juegan en contra". Estos relatos se hacen carne en el día a día y durante la rotación se observaba lo que ellxs contaban, la distribución de horarios y espacios de trabajo, los diálogos que se generaban y la ausencia de ellos en otros momentos, las tareas diferenciadas y la dificultad en plantear un trabajo coordinado en equipo.

Otro factor también relacionado con el equipo que se menciona como determinante desfavorable es el hecho de que los agentes son quienes están en contacto permanente con los pacientes y reciben en ocasiones las críticas por fallas del sistema o de coordinación de los servicios: "a veces la gente te critica" "a nosotros la gente le insulta porque nosotros no atendemos...y nosotros atendemos a la gente, toda...pero lo que pasa es que a veces el hospital no da respuesta, no manda la ambulancia" "a veces el médico viene cuando se le ocurre y yo choco con los pacientes".

Por último, es necesario destacar luego de haber explicitado las motivaciones que mueven a estxs agentes a iniciar y seguir desempeñando sus tareas en estos contextos muchas veces adversos, sus propias concepciones de salud, que reflejan una mirada integral de la persona humana: "es estar bien, estar feliz, poder hacer las cosas bien, sentirse realizado" "es bienestar, que la gente tenga trabajo, tenga de qué echar mano" "sentirse bien" "tener vida y para poder trabajar y hacer todo lo que uno quiere hacer" "bienestar físico, psíquico y mental" "estar fuerte" "caminar con mucha energía" "contento, alegre, estar en la casa tranquilo" "es algo tan importante"

Discusión

*“Sólo volviendo a la tierra
haciendo en comunidad
ha de reencontrar el hombre
su perdida humanidad”
JL Aguirre*

La pregunta planteada al comienzo de esta investigación me ha llevado a iniciar un camino de profunda escucha que me acercó a la experiencia vital de otras personas que trabajan por la salud de su comunidad pero desde un rol y contextos totalmente diferentes a los que conocía. Descubrí que en un sistema que deshumaniza, excluye y muchas veces no favorece la empatía con quien consulta, estxs agentes relatan que es el amor por su gente, por el lugar, por quien necesita lo que lxs motiva a desempeñar su tarea. Mencionaron muchas diferencias en sus prácticas: algunxs pueden llevar adelante las tareas para las que se prepararon, otrxs se encuentran cumpliendo con funciones que se les pide para sostener los servicios, algunxs no se imaginan haciendo otra cosa, otrxs sueñan con seguir estudiando o dedicarse a sus familias, algunxs eligieron este rol, otrxs fueron elegidxs y aceptaron. Sin embargo en algún momento todos los relatos manifiestan un gusto, encanto y hasta pasión por lo que hacen. En contextos olvidados, invisibilizados, muchas veces observados sólo desde una estadística, estxs agentes se acercan a cada familia, le ponen nombre a cada persona que atienden, se hacen *“uno más de ellos”* e intentan día a día transformar su realidad, trabajar por la comunidad, trabajar con la gente.

Esta investigación ha significado un importante aprendizaje. Descubrir a lxs agentes motivadxs motiva también mi propia práctica y me anima a repensar y reflexionar acerca de nuestras vivencias cotidianas como trabajadorxs de la salud. Como investigadora me comprometo a compartir este trabajo con los equipos locales de gestión. Hay muchos aspectos sobre los que trabajar para mejorar las condiciones en las que lxs agentes se desempeñan. En los relatos aparecen como desfavorecedores de la motivación aspectos que son modificables si la mirada está puesta en la organización de los servicios de salud de manera tal de que respondan a las necesidades de la población desde la participación comunitaria y ciudadana.

Es necesario visibilizar el rol de lxs agentes sanitarixs y su irremplazable trabajo en la salud de la comunidad. Es necesario también cuidarlx y poder promover

espacios de trabajo colectivos en el que todxs se sientan parte, en el que se descubran como pares, como parte de un equipo, diferentes en su esencia individual, pero persiguiendo un objetivo común. Siento que es un paso imprescindible para poder lograr, tomando las palabras de Chapela (25) *"el desarrollo de sujetos saludables (individuales y colectivos), de sujetos auto sujetos, es decir, de agentes sociales capaces de cambiar sus condiciones de sufrimiento en la vida que viven, capaces de cambiar sus relaciones con el poder, capaces de cambiar su conocimiento, su identidad y pertenencia y, con ello, las inscripciones en sus cuerpos"*.



Bibliografía

- 1) Garabeli Cavalli Kluthcovsky, AC. Magosso Takayanagui, AM. AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: UNA REVISIÓN DE LITERATURA. Rev Latino-am Enfermagem 2006 novembro-dezembro; 14(6).
- 2) Personat Labrador, C. Agente comunitario de Salud, sujeto transformador. Memòria del Treball de Final de Grau. Estudis de Grau d'Infermeria. UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS. 2012-2013.
- 3) Razee H et al. Listening to the rural health workers in Papua New Guinea - the social factors that influence their motivation to work. Soc Sci Med. 2012 Sep;75(5):828-35. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.013. Epub 2012 May 10.
- 4) Fernandes Biffe Peres, CR. et al. SER AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE: MOTIVACAO E SIGNIFICADO. Rev. Min. Enferm.;14(4): 559-565, out./dez., 2010.
- 5) Martínez B. Enfermeros y agentes sanitarios como impulsores de la adherencia terapéutica: una investigación etnográfica en Catamarca, Argentina. Rev Cienc Salud. 2018;16(1):144-154. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6496>
- 6) Curotto M et al. La perspectiva de los agentes sanitarios sobre la incorporación programática de la autotoma del test de VPH. Cad. Saúde Pública 2017; 33(4):e00138515. doi: 10.1590/0102-311X00138515
- 7) Hernández Gómez, R. et al. La motivación laboral de los empleados en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera". Rev. cienc. adm. financ. segur. soc vol.8 n.1 San José Jan. 2000.
- 8) Ferrandini, D. TRABAJAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. Boletín Capacita Salud. 2003.
- 9) Francovich, A. et al. Cuando el Norte habla: esperando el impacto. Relato de experiencia. UNCAUS. 2017.
- 10) Zanchi, S. Morales, D. & Altamirano Raminger, C. "El Relato de Ixs Nadies": significaciones del Proceso sociovital Salud Enfermedad Cuidado Atención en contextos de invisibilización. Investigación cualitativa de interaccionismo simbólico. Inédita para certificación FAMG de la especialidad Medicina General.
- 11) Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. Manual del personal del salud del área agente sanitario. Junta de Escalafonamiento. Decreto 522/13. 2017

- 12) LEY 7.943. Creación del Programa de Formación de Promotores Comunitarios en Salud y la figura de Promotor de Salud Comunitario. RESISTENCIA, 14 de Diciembre de 2016. Boletín Oficial, 13 de Enero de 2017
- 13) Ministerio de Educación de Tucumán. Resolución ministerial 2355. Octubre 2015.
- 14) Schubert, J. Neves da Silva, R. Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad. Investigación financiada por CAPES. MedPal. 2008
- 15) Pujadas-Sánchez, MD. et al. Aspectos motivacionales en el personal de emergencias. Clínica y Salud 28 (2017) 9–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.07.004>.
- 16) González Serra, DJ. Psicología de la motivación. La Habana. Ed. Ciencias Médicas. 2008.
- 17) Ovalle de León, CM. Motivaciones psicosociales y satisfacción laboral. Tesis de grado. Quetzaltenango, Guatemala, marzo 2016.
- 18) Chóliz Montañés, M. Psicología de la Motivación: el proceso motivacional. Universidad de Valencia. 2004
- 19) Groppa, O. Las necesidades humanas y su determinación. Los aportes de Doyal y Gough, Nussbaum y Max-Neef al estudio de la pobreza. Universidad Católica Argentina. 2004.
- 20) Bastidas, F. Torrealba, M. Definición y desarrollo del concepto "proceso de invisibilización" para el análisis social. Una aplicación preliminar a algunos casos de la sociedad venezolana Espacio Abierto, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 515-533
- 21) Rodríguez, CA. Diagnóstico de situación de salud. Área operativa Alta Montaña. 2018.
- 22) Registros Socio Sanitarios Área Operativa Alta Montaña. Diciembre 2017.
- 23) Álvarez-Gayou Jurgenson, JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Ed. Paidós. México. 2005.
- 24) Ramírez Perdomo, CA. Fenomenología hermenéutica y sus implicancias en enfermería. INDEX DE ENFERMERÍA/PRIMER-SEGUNDO TRIMESTRE 2016, VOL. 25, N. 1-2
- 25) Chapela Mendoza, MC. Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria. Edición 2013.

Anexo 1: Instrumento de recolección de datos

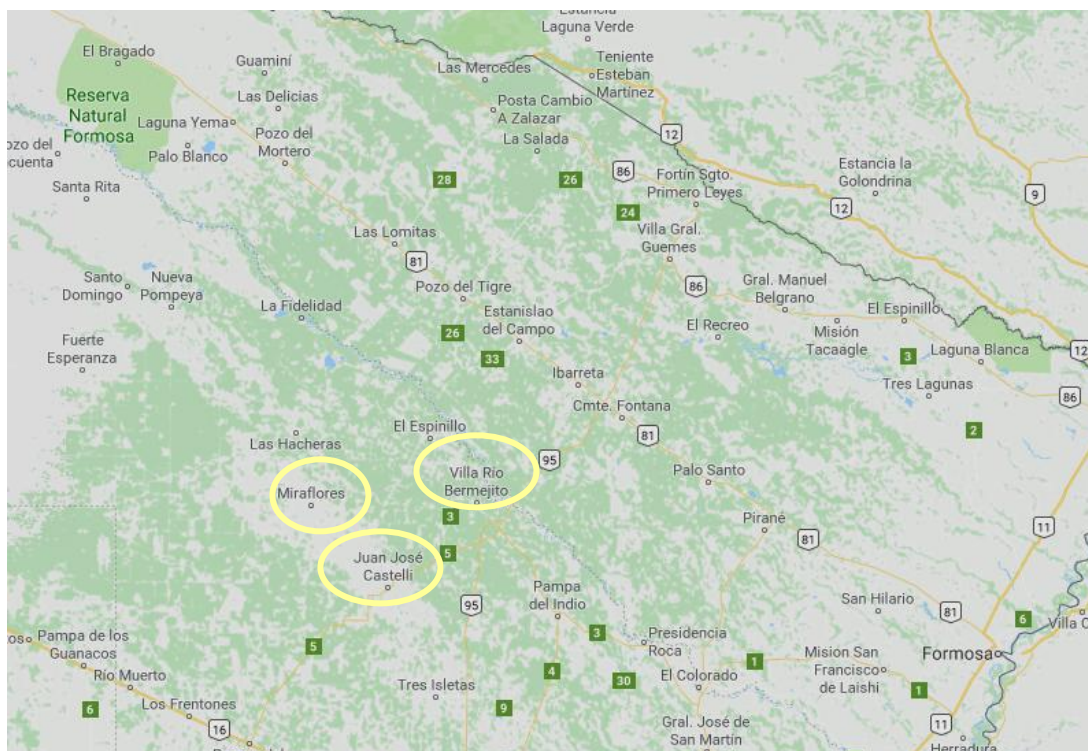
Preguntas guía de la entrevista:

- Nombre: Edad:
- Agente sanitario de paraje:
- Lugar de origen:
- Residencia actual:
- ¿Hace cuánto tiempo es agente sanitario? ¿Cuándo empezó?
- ¿Cómo fue? ¿cómo empezó? ¿alguien lo trajo? ¿tuvo que estudiar?
- ¿Ud eligió ser agente sanitario?
- ¿Por qué eligió esta tarea? ¿Qué lo llevó a querer ser agente sanitario?
- Si yo quiero ser agente sanitaria hoy, ¿qué me recomienda a mí en este momento?
- ¿Le gusta lo que hace? ¿Qué es lo que más le gusta?
- ¿Por qué hoy sigue trabajando? ¿Qué hace que quiera volver al centro de salud cada día?
- ¿Le gustaría dedicarse a otra cosa? ¿alguna vez se imaginó haciendo otra cosa?
- ¿Qué actividades realizó en la última semana? ¿son las mismas que hacía cuando empezó?
- ¿Cómo percibe su trabajo en el equipo de salud? ¿Se siente parte?
- ¿Qué cree usted que es la salud?

Anexo 2: Caracterización de la muestra

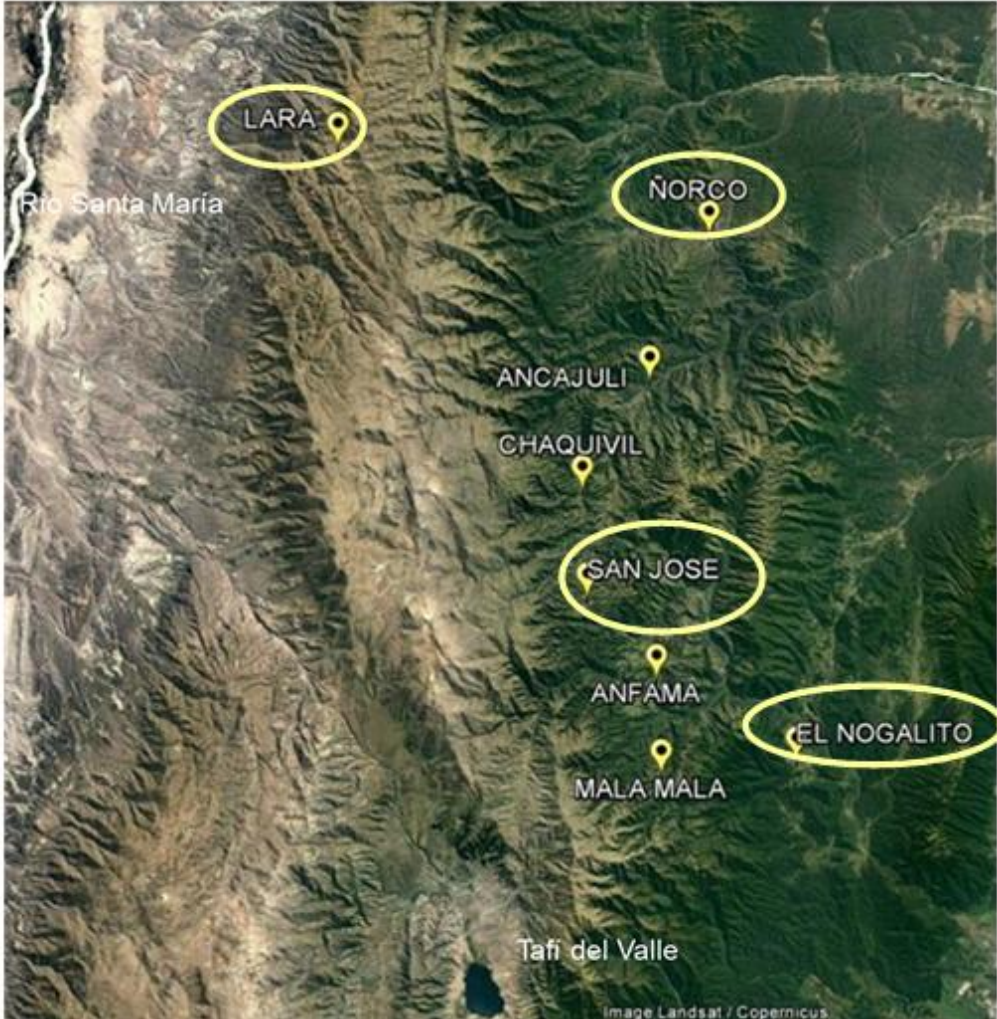
Codificación del agente	Lugar de residencia/ desempeño de la tarea	Tiempo que lleva siendo agente sanitario
NG - 53 años - Masculino	B° Curishi - J.J. Castelli	19 años
MS - 32 años - Masculino	Miraflores	6 años
RC - 27 años - Femenino	Río Bermejito	6 años
DL - 29 años - Masculino	Pampa Argentina	8 años
EG - 28 años - Femenino	Pampa Argentina	8 años
AJV - 54 años - Masculino	Gonzalo	24 años
OSAB - 58 años - Femenino	Chuscha	38 años
GEL - 48 años - Masculino	Ñorco	18 años
VS - 36 años - Femenino	San José de Chasquivil	6 años
FSM - 27 años - Masculino	Lara	5 años
AC - 41 años - Femenino	El Nogalito	10 años

Impenetrable Chaqueño



Nota: El paraje rural Pampa Argentina se encuentra en el área aledaña a la ciudad de J.J. Castelli. Cuatro de los cinco entrevistados en el Impenetrable Chaqueño pertenecen a una comunidad Qom.

Alta Montaña



Nota: Las localidades rurales de Gonzalo y Chuscha pertenecen al departamento de Trancas, al Este del área operativa de alta montaña.

Anexo 3: Tabla de resultados

Motivaciones	Referencias	Elementos referenciales
Necesidades Biológicas Cognitivas	<i>"me gustaría que todas las personas con tuberculosis puedan tener el tratamiento a tiempo". "Me gusta todo lo que hago" "Lo que más me gusta es hablar con la gente y hacerlos que lleguen al CAPS para cuando está el doctor" "Me gustó, por eso he tomado la decisión de hacer el curso"</i>	-Activación, homeostasis - Propósitos, metas, planes
Situacionales	<i>"hay muchas áreas donde realmente necesitan que estén los agentes sanitarios" "hay mucho sufrimiento" "hay muchas personas que necesitan atención" "Encontrarse con la situación social" "el conflicto con la tierra acarrea todo" "ver la necesidad de la gente, me aboco a eso" "me gustaba esto de trabajar con la gente y trabajar para la comunidad" "soy de la zona, y la conozco bien la zona" "me gusta y me quería quedar a trabajar aquí en el cerro"</i>	- Antecedentes situacionales
Emocionales	<i>"amo lo que estoy haciendo" "hay que amar a los pacientes" "la base de uno es cuando realmente se apasiona por lo que le gusta hacer" "es cuestión de que uno quiera el lugar y sacarlo adelante" "uno lo ama porque ha nacido y lo quiere ver crecer" "queda la satisfacción de haber hecho algo por los demás" "Me gusta hacer las visitas porque nos atienden re bien" "es lindo"</i>	- Hedonismo, búsqueda de sensaciones
Características de la personalidad (intrínseca)	<i>"lo elegí para ayudar" "es muy importante para mí" "me gusta" "me interesaba" "me llamaba la curiosidad" "uno quedó por voluntad" "me gusta el trato con la gente, salir, conversar" "me gustaba ayudar en lo que se pueda" "Me gusta trabajar con la gente, ayudarlos" "me gusta el lado de la salud"</i>	- Rasgos de personalidad
Incentivo Valor de incentivo	<i>"siempre estamos aprendiendo" "aprendí mucho" "es trabajo" "es constante la capacitación" "la satisfacción personal es la paga" "la mejor paga es que la gente esté bien" "vos poder ayudarlos...ya es una satisfacción para uno" "es un trabajo" "es una salida laboral" "uno aprende cosas que son útiles para la vida de uno" "es tranquilo" "hemos tenido congresos, capacitaciones" (tengo) "de salud indígena, una beca, solamente eso" "es una carrera buena, es tranquila" "Cuando nos reciben bien nos da fuerza para que sigamos el trabajo que tenemos"</i>	-Cantidad y calidad de recompensa - Facilidad para obtención
Probabilidad subjetiva de obtenerlo	<i>"es mi única opción de hacerlo" "Entré en la capacitación. Con ese papel que yo tenía, entré en la salita" "El director me tomó porque yo tenía ese papel de capacitación" "Hice el curso y salió el trabajo, la beca" "Me pidieron los papeles para presentar" "Empecé en una carrera acelerada y logré entrar como agente sanitario" "era ad honorem, seis meses" "se produjo una vacante" "uno quedó por voluntad" "nos hemos capacitado" "una supervisora...conversando con ella es que yo entro" "he</i>	- Relación entre conducta y refuerzo

	<p><i>empezado con ese programa y después de casi 17 años pude recién acceder a planta permanente</i> "es hacer el curso, tener el título y empezar a trabajar" "los sábados hacíamos la capacitación y durante el resto de la semana salíamos a hacer terrenos y trabajar" "nos han nombrado como agentes sanitarios para que trabajemos y a la vez nos capacitemos" "había una oportunidad por la comunidad" "Nos capacitamos en ATSA, hicimos el curso de agente sociosanitario, nos recibimos y entramos" "Ni he terminado el curso y ya he entrado" "Al principio no me pagaban, hasta que he sido contratada"</p>	
Determinantes de la motivación	Referencias	Elementos referenciales
- Favorecedores de la tarea	<p><i>"siempre estamos aprendiendo" "somos bastante unidos" "me encantan las tareas" "nosotros somos buenos compañeros" "mi comunidad eligió a nosotros para poner de agentes sanitarios" "tengo a mi marido que me ayuda" "uno se junta con los chicos residentes...y eso ayuda muchísimo" "El continuar con los programas" "Se ha construido un nuevo CAPS, cada uno va a tener su espacio" LOGROS: "hemos logrado la vacunación, que la gente venga hacia el CAPS" "antes los partos se hacían en domicilio, ahora no" "hay adelantos, van cambiando las viviendas" "me encanta lo que hago" "me encanta trabajar con TBC" "es una tarea hermosa, muy linda" "cada vez que está la doctora uno aprovecha, pregunta y aprende" "pedimos las capacitaciones porque realmente es para nosotros muy útil" "me encanta eso, el trabajo" "es tranquilo" "hemos tenido congresos, capacitaciones" "uno aprende... alguien nos hace una pregunta y ya le respondimos" "Cuando nos reciben bien nos da fuerza para que sigamos el trabajo que tenemos" "El enfermero es bastante bueno, compañero, nos incentiva a muchas cosas" "La gente nos recibe bien, son muy amables, muy buenos" "Trabajando conjuntamente...eso nos da ánimo" "me gusta venir, me gusta salir, conversar con la gente" "es lindo" "la gente si necesita algo, nos pregunta"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneración - Condiciones de trabajo - Relación con el equipo de salud - Relación con la comunidad / Elección de la comunidad - Actividades cotidianas
- Desfavorecedores de la tarea	<p><i>"la rutina agobia" "estamos cubriendo áreas donde no nos corresponde" "los agentes no dan abasto" "pocos somos los que estamos" "a veces falta personal" "a veces la gente te critica" "a nosotros la gente le insulta" "...y yo choco con los pacientes" "tengo tres chicos y tengo que atenderlos" "de esto después vienen muchos problemas" "me querían sacar el trabajo" "hasta los mismos compañeros te juegan en contra" "la he pasado muy mal yo mucho tiempo" "es mucha la exigencia" "muchas veces lo bueno no se valora" "Esto no es bonito, primero tenés que hacer una instrucción y aguantártela todas las cosas que tiene" "Las capacitaciones que hacemos, hay que bajar allá. Hay que gastar, hay que viajar...llueva, haga frío, el día que hay que ir, nosotros lo hemos hecho" "Uno deja mucho a la familia"</i></p>	