

Promotorxs de salud: explorando las representaciones en salud, la construcción de “roles” y la participación comunitaria en el sistema de salud de CABA, 2018.

Fabio Barceló y Lara Weitz.

Cita:

Fabio Barceló y Lara Weitz (2019). *Promotorxs de salud: explorando las representaciones en salud, la construcción de “roles” y la participación comunitaria en el sistema de salud de CABA, 2018. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/516>

XIII JORNADAS DE SOCIOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Las cuestiones de la Sociología y la Sociología en cuestión

*Desafíos frente a los problemas contemporáneos y a los debates en torno a la formación
en la disciplina*

26 al 30 de agosto de 2019

Título: Promotorxs de salud: explorando las representaciones en salud, la construcción de “roles” y la participación comunitaria en el sistema de salud de CABA, 2018.

Autorxs: Fabio Barceló; Lara Weitz

Eje 5: Estado y políticas públicas

Mesa 88: Políticas, proyectos y acciones en salud

Institución: Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS)

E-mails: fabo.barcelo@gmail.com; larawk91@hotmail.com

Resumen

Si bien lxs promotorxs de salud pueden ser reconocidxs por sus capacidades organizativas, generadorxs de redes y participación social y articuladorxs de la comunidad con los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (DGSC:2018)¹, muchas veces sus “roles” y tareas no quedan claras dentro de sus inserciones laborales en los centros de salud. Por ello, nos propusimos estudiar sus representaciones sociales en torno a la salud, sus aportes específicos y construcción de roles, recuperando sus voces, experiencias y trayectorias laborales. Entre los hallazgos, encontramos la importancia de una mirada integral de la salud, la necesidad de generar vínculos con la comunidad y de trabajo en equipos interdisciplinarios y territoriales. A la vez, encontramos dificultades en la delimitación de “incumbencias” con otrxs trabajadorxs de salud, reflexionamos sobre el carácter de la participación comunitaria y problematizamos algunas nociones sobre sus “roles” que circulan dentro del campo. Se trata de una investigación cualitativa exploratoria, en la cual realizamos tres entrevistas semi-estructuradas con cinco promotoras de salud de dos centros de salud de CABA, combinando posteriormente el análisis temático y comprensivo de las mismas.

Palabras claves: promotorxs, salud, roles, equipos, comunidad

¹ Dirección General de Salud Comunitaria, “Caminando el territorio desde un enfoque de derechos”. En *Programa del curso de capacitación en Promoción de la Salud*, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.

Introducción

La presente ponencia busca compartir el trabajo realizado por ambxs autrxs desde la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), en el marco de una rotación por la Dirección General de Salud Comunitaria (DGSC). Esta Dirección tiene base en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y depende de la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria.

La RIEPS forma parte de las Residencias del Equipo de Salud, dependientes del Ministerio de Salud de la CABA. La misma propone una capacitación en servicio tomando como ejes la educación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en el marco de la Salud Colectiva y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Dentro del programa de formación se incluyen las rotaciones programadas para lxs residentes de segundo año, que tienen el objetivo de que éstxs conozcan y participen de las gestiones a nivel ministerial, en pos de construir una visión más macro de los procesos de atención de la salud.

En este marco, durante los meses de rotación por la DGSC (octubre y noviembre del 2018) participamos del curso destinado a promotorxs de salud *“Caminando el territorio desde un enfoque de derechos,”* cuyo propósito trataba de propiciar herramientas de intervención y acompañar sus inserciones en el subsistema público de salud de la CABA y equipos locales. Motivadxs por las resonancias de estas experiencias, nos surgió la idea de emprender un trabajo de investigación, recuperando las voces, trayectorias, experiencias, y representaciones de lxs promotorxs respecto de sus prácticas en salud. Queríamos profundizar un acercamiento a sus tareas y puntos de vistas dentro del campo de la salud, buscando poder formular observaciones y a aportar a la construcción de sus “roles” dentro de sus equipos.

Estrategia y consideraciones metodológicas

Organizamos una estrategia de investigación cualitativa orientada por las formas de los “relatos de vida”, de manera que se nos permitiera compartir y analizar los sentidos de las prácticas y parte de las trayectorias vitales de las promotoras de salud. Si bien esta técnica apunta a recuperar y vislumbrar un “mundo de significaciones”, vinculadas a las experiencias vividas de las personas tal como ellas las relatan, se torna en un desafío re-insertarlos en el contexto social del cual surgen (Kornblit, 2004)². Más aún, entendiendo que lo social no es algo fijo, sino que político e intervenido

² Kornblit, Ana Lia, “Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas”. En *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires, Ed. Biblos, 2004, pp. 15-33

por fuerzas contrarias y cambiantes (Bertaux, 1999)³, consideramos pertinente no perder de vista las eventuales contradicciones emergentes durante el proceso.

La secuencia de pasos que seguimos pueden ser divididos en tres instancias principales:

1. La participación en el curso “*Caminando el territorio desde un enfoque de derechos*”, tanto de los encuentros presenciales con lxs promotorxs, como en momentos de planificación y evaluación con el equipo de la DGSC y docentes invitadxs.
2. La realización de 3 entrevistas⁴ semi-estructuradas con 5 promotoras de salud,⁵ donde utilizamos una guía orientadora de preguntas que buscaba abordar las trayectorias personales de lxs promotorxs, el trabajo con la comunidad, las representaciones en torno a su “rol” en el primer nivel de atención y, por último, cómo se insertaron y trabajan con los equipos locales.
3. Codificación, análisis temático y comprensivo de las entrevistas desgrabadas, a través de categorías construidas teóricamente y otras emergentes de los textos de los relatos.

Asimismo, en este recorrido intentamos trascender nuestras formaciones “académicas”, recuperando el concepto de investigación-acción-participativa planteado por Fals Borda (1999)⁶. Partimos entendiendo que si la ciencia se construye socialmente, nuestra producción estaría marcada y sujeta a interpretaciones, reinterpretaciones, revisiones y enriquecimientos por parte de lxs actores/actrices con que nos relacionamos (promotorxs de salud, compañerxs de la DGSC y de la residencia y público general), esto desde el inicio hasta los momentos posteriores de presentaciones (Fals Borda, 1999)⁷. Esta forma de intervención, también implicó que trabajáramos con nuestras propias representaciones sobre los quehaceres de lxs promotorxs, los alcances del trabajo territorial, y la implicancia de la participación social en un contexto de avance de las políticas neoliberales. En este sentido, nunca estuvo entre nuestras pretensiones alcanzar una posición “neutral”, tan instalada en nuestra cultura de producción de conocimientos científicista.

³ Bertaux, Daniel, “El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades”. En *Proposiciones*, 29, 1999, pp. 1-22

⁴ Si bien la idea original era generar dos entrevistas grupales, primero con tres promotoras de un centro de salud y luego con otras dos de diferente efector, para éste último encuentro una de las compañeras no pudo concurrir. Ante esta situación, decidimos hacer la entrevista con la compañera que se encontraba, redefiniendo un nuevo día para la otra.

⁵ Las participantes se desempeñaban en dos Centros de Salud pertenecientes al Área Programática del Hospital Piñero. Esta selección se realizó en base a la recomendación de nuestras referentes que, conociendo las situaciones específicas de cada centro de salud, nos sugirieron incluir ambas experiencias dentro de la misma Área Programática.

⁶ Fals Borda, Orlando, “Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación Acción Participativa)”. En *Análisis Político*, N° 38, septiembre/diciembre de 1999, pp. 71-88.

⁷ Fals Borda, Orlando, “Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación Acción Participativa)”. En *Análisis Político*, N° 38, septiembre/diciembre de 1999, pp. 71-88.

Las entrevistas con las promotoras fueron pensadas como espacios de encuentros, en donde se buscaba establecer vinculaciones horizontales. De allí, la idea de entrevistas colectivas como forma de apoyar los relatos personales y dar espacio a un diálogo de experiencias y saberes diversos. Desde esta perspectiva, esperamos que las prácticas de investigación se constituyan en parte de las transformaciones sociales necesarias (Fals Borda, 1999)⁸.

La salud como campo en disputa

Tal como plantea Bourdieu (1997), partimos de entender a la salud como un campo de fuerzas compuesto por diversos actores que conllevan múltiples intereses y disputan la legitimidad de sus perspectivas y prácticas (Citado en Spinelli, 2010)⁹. La visión de la salud que predomina actualmente se corresponde al llamado modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988)¹⁰, caracterizada por ser biologicista, individualista, a-histórico y a-social, con intervenciones consideradas “neutrales y tendientes a absolutizar sus prácticas en “la curación” y reparación de daños (Vasco Uribe, 1987). En discusión con estos principios, por nuestra parte nos posicionamos desde un concepto de salud integral, en la cual múltiples dimensiones (económicas, sociales, políticas, históricas, de género) se conjugan en cada contexto social generándose diferentes procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado (PSEAC) (Menéndez, 2003)¹¹.

De las entrevistas con las promotoras de salud encontramos que subyace una mirada integral de las problemáticas en salud. En una de ellas se explicita la importancia de la dimensión subjetiva, donde se reconoce la necesidad de que las personas puedan expresar sus estados de ánimo y preocupaciones. Esto es, hablar, “*contar lo que les pasa*”, poner en palabras algunas situaciones que les están afectando, donde el “*abrirse*”, muchas veces, puede ser clave para lograr “*relajarse*”. Esta dimensión que no suele estar presente en las comunicaciones interpersonales que se llevan adelante en las consultas médicas rutinizadas, donde el saber profesional opera con una lógica “objetiva” que se distancia y “des-conoce” la relación entre sujetos: “*El médico te va a decir, ‘vos*

⁸ Fals Borda, Orlando, “Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación Acción Participativa)”. En *Análisis Político*, N° 38, septiembre/diciembre de 1999, pp. 71-88.

⁹ Spinelli, Hugo, “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. En *Salud Colectiva*, Vol 6 N° 3, 2010, pp.275-293, Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004

¹⁰ Menéndez, Eduardo, “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, abril-mayo de 1988.

¹¹ Menéndez, Eduardo, “Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En *Ciencia y Salud Colectiva*, Vol 8, N°1, 2003, pp. 185-207.

estás comiendo esto, estás haciendo esto, tenés que...’”. En sentido, el/la profesional evalúa y prescribe “soluciones” sin indagar otros aspectos que repercuten emocionalmente. En oposición, el/la promotorx enuncia una pregunta con muchas implicancias: “¿qué te pasa?”. Punto de partida para ir construyendo un “vínculo”, una “confianza” para hablar sobre sus situaciones problemáticas. Es que, “no todos se abren ante cualquiera”. Sentirse mal, algo que “te da vuelta la cabeza”, pueden ser síntomas de “otra cosa”, y de allí la importancia de “prestar el oído”. Así, las intervenciones de lxs promotorxs pueden resultar claves para la apertura y acceso a esa configuración compleja que son los procesos de salud:

(...) muchas veces la enfermedad no viene de que me levanto y estoy mal. No, muchas veces viene, ya, ponele que viene de meses. Por un problema, algo personal, algo familiar, algo anímico, algo más que vienen ellos soportando (...) cuando se habla es que, empiezan como abrirse, ¿viste? Que te empieza a contar de todo, y bueno, es como que después ya llegan a lo que más o menos es lo que a ellos les está haciendo mal. (Ramona, CeSAC “B”)

Abarcar las situaciones de las personas para no reducir los problemas de salud a categorías diagnósticas, es otro de los puntos de vistas que aparecen. Es “no juzgar desde afuera”, y, en toda su amplitud, “entender a las personas”. Trabajo que implica tratar de darse cuenta lo que les pasó:

“Si una persona está con sobrepeso, por ejemplo, (...) es porque trae algo psicológico de adentro y se refugia en la comida.” (Inés, CeSAC “A”)

[En situaciones de IVE] muchas no están de acuerdo y cada una se respeta, pero yo entiendo ahora porque veo que hay mujeres que son sometidas por el hombre, que a veces ella no quiere tener relaciones y el hombre la obliga, queda embarazada y luego todo eso. La mujer es siempre la que más sufre. (Aimará, CeSAC “A”)

Otra cuestión importante son las situaciones de discriminación a personas provenientes de otras comunidades, las cuales tienden a aislarse cuando padecen ese tipo de violencia. En estos casos, la intervenciones de lxs promotorxs resultan muy oportunas:

En administración les da miedo directamente preguntar o si la administrativa levantó la voz piensan que les están gritando y la próxima no viene (...) con nosotras preguntan. Lo que hay acá, lo que necesitan, en qué situación están, si están pasando alguna violencia (...). (Laura, CeSAC “A”)

En este mismo sentido, el uso de diferentes idiomas también puede constituirse en una barrera:

Una señora que va a la iglesia y empezó a venir al equipo de crónicos y a ella le cuesta expresarse [porque] mezcla el castellano con su idioma, entonces cuando le dicen algo yo intento transmitirle lo que le están queriendo decir y también lo que ella quiere expresar. (Aimará, CeSAC “A”)

Al incorporar la dimensión subjetiva, resaltar la importancia de habilitar la palabra de lxs otrxs y de crear vínculos con la comunidad y al pensar a las personas en sus contextos de vida, se alejan de una concepción reducida de la salud como mera ausencia de enfermedad. Entendemos que un abordaje integral de la salud de los diferentes grupos sociales no desconoce la importancia de las prácticas curativas, sino que trabaja, conjunta y transversalmente, los niveles preventivos, asistenciales y promocionales, recuperando el papel de lo subjetivo, de la palabra y de la participación de las personas. En este sentido, consideramos que para pensar un abordaje integral es necesario *“construir una mirada en conjunto sobre los procesos de cuidado, reconociendo prácticas y saberes, otorgando a la comunidad y los actores que allí se encuentran un rol activo en la definición de las estrategias a implementarse”* (DGSC, 2018).¹² En esta construcción, la incorporación de lxs promotorxs de salud como trabajadorxs de salud formales ocupa un lugar clave.

Tareas, roles y aportes

De los relatos de las entrevistadas podemos reconstruir que lxs promotorxs realizan un abanico de tareas muy diversas: tareas administrativas (dar turnos, ordenar papeles, hacer las agendas), entrega de leche, toma de presión, medición de peso y talla en consultorio, vacunación, trabajo en farmacia, aplicación de anticonceptivos inyectables, radio, difusión de actividades , planificación y realización de charlas sobre distintas temáticas , postas de salud (vacunación de perros y gatos, control de presión arterial, de peso y talla), entrega domiciliaria de fármacos para la tuberculosis, ir en búsqueda de pacientes que no vinieron a la consulta, acompañar a personas al hospital, participación en espacios de juegoteca, estimulación temprana, lectura, cuidados paliativos, enfermedades crónicas etc.

¹² Dirección General de Salud Comunitaria, “Caminando el territorio desde un enfoque de derechos”. En *Programa del curso de capacitación en Promoción de la Salud* , Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.

Teniendo en cuenta esta diversidad de acciones, el tema de la especificidad del rol de lxs promotorxs se abordó en distintos momentos de las entrevistas con opiniones que se tensionan: “*lo estamos construyendo porque es como que recién lo estamos realizando*”, “*específico creo que no, porque hacemos de todo*”, “*el promotor es el que hace la prevención, la promoción, la sensibilización de las enfermedades*”. Las promotoras relataron distintas posturas en relación a la conveniencia de tener un rol bien definido o uno amplio que se adaptara a las condiciones de cada centro de salud:

Acá nadie había escuchado lo que era una promotora, nadie sabía lo que tenía que hacer la promotora”, “(...) a nosotros nos gusta hacer todo lo que se pueda hacer. Pero hay otras que quizás quieran hacer otra cosa.”
(Aimará, CeSAC “A”)

En este sentido, la ubicación de sus tareas depende, en parte, de las condiciones de trabajo CeSAC:

Cuando nosotras fuimos a la capacitación, bueno ahí nos dijeron que nosotras teníamos que salir, hacer salidas territoriales y que teníamos que tratar de crear un vínculo con las personas. Bueno, cuando yo ingresé acá, yo dije, cómo voy hacer eso, si no tengo cómo hacerlo. O sea porque no había personal. (...) Entonces me quedé en la parte administrativa.
(Ramona, CeSAC “B”)

Recién con la incorporación de los equipos territoriales¹³ pudieron sumarse a las actividades que mayormente creen que hacen a su rol. Dentro de los equipos, las promotoras refieren que sus aportes hacen principalmente a la planificación y difusión de las actividades. Esto implica: hacer un mapeo del barrio y sus necesidades, ajustar el contenido y el vocabulario de las charlas y los talleres; decidir dónde realizar las postas de salud; articular con espacios comunitarios (por ejemplo, comedores) para llevar adelante conjuntamente distintas actividades; realizar una difusión más profunda de las actividades con lxs vecinxs. Toda una gama de prácticas y consideraciones sobre el territorio que les son favorables por conocer las manzanas y los pasillos del barrio, conocer de cerca las condiciones de vida de muchas familias y tener contactos con otrxs agentes y referentes colectivos. Dentro de la dinámica concreta de un equipo una compañera señala:

Ellos [otrxs profesionales] vienen de otro lado y nos preguntan en dónde podemos hacer cada actividad, de enfermedades crónicas, de hábitos saludables (...) (Rita, CeSAC “B”)

¹³ Los equipos territoriales están conformados con base poblacional, conformando equipos multidisciplinares de salud cada 700 familias con un núcleo básico conformado por un médico generalista, un pediatra y un enfermero . Plan de Salud 2016-2019

Sin embargo, aunque se se hayan incorporado a los equipos territoriales, todas continúan realizando tareas administrativas (en admisión o en farmacia). Mientras que algunas plantearon que estos trabajos sirven porque quieren *“ayudar en todo lo que puedan”*, otra relata que no le parece trabajo de una promotora, pero al menos le permite *“estar presente”*. En estas disyuntivas podríamos entrever que cierta incertidumbre respecto a sus situaciones contractuales, tal vez lleve a que las compañeras desarrollen trabajos no sentidos como propios. Cabría preguntarnos si definir algunas especificidades en sus tareas ayudaría en ese sentido.

Otro aporte que ubican es el de ser *“intermediarios entre la comunidad y los médicos”*. Relatan que las personas se les acercan para pedir turnos, consultar por distintos profesionales, preguntarles cosas que no quedaron claras en las consultas: *“Entonces vienen con nosotros, nos hablan, nos preguntan y nosotras tratamos de ir y de buscar alguna solución, no los dejamos”* (Laura, CeSAC “A”). Además, hacen mucho hincapié en que lxs vecinxs se acercan para contarles distintas situaciones que están atravesando (respecto a vivienda, violencias, trabajo, dificultad para conseguir medicamentos, entre otras). Refieren que esto se debe a que son del barrio, que lxs vecinxs las ven en la calle y las conocen.

Por otro lado, lo vincular surgió también en referencia al interior del equipo de salud. Todas dicen sentirse parte y muy cómodas en los equipos, que en las reuniones se les habilita la palabra, sus opiniones son tenidas en cuenta y su trabajo valorado: *“Ellos siempre preguntan, qué les parece, si nos parece bien que estemos haciendo esto o si nos parece que está bueno esto”* (Inés, CeSAC “A”). Además, refieren que las han escuchado y acompañado ante situaciones problemáticas de sus vidas cotidianas: *“Porque de eso se trata también, ¿no? Porque vos también podés necesitar que ellos te escuchen”* (Ramona, CeSAC “B”).

En todos los relatos se valoró y se hizo hincapié en las reuniones de equipo, como espacios donde se pueden llevar problemas surgidos de la práctica, en los que todxs aportan para pensar una solución, y que de estos intercambios entre compañerxs se construyen nuevas miradas sobre algunas situaciones. Stolkiner (1999)¹⁴ trae la importancia de que los equipos se pregunten cómo incorporar aquellos saberes que no son disciplinares, ya que el *“cómo se desarrolla lo interdisciplinario”* es una cuestión central. En este sentido, como dificultades en la construcción del trabajo interdisciplinario,

¹⁴ Stolkiner, Alicia, “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. En *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada*, Año 3, No 10, Abril de 1999, Rosario.

las compañeras de uno de los CeSACs marcaron la superposición de tareas con trabajadorxs de enfermería (por ejemplo, toma de presión y vacunación) que genera algunas tensiones. En general, en salud las disciplinas tienen muy delimitadas sus tareas (predominio de las especialidades) y que, además, *“un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente”* (Stolkiner, 1999)¹⁵. Vemos que la incorporación de promotorxs de salud en los equipos puede resultar en una oportunidad de redefinir el trabajo interdisciplinario, buscando, en parte, superar algunos límites disciplinares que pudieran obstaculizar miradas integrales de la salud. Es un trabajo interprofesional, término que excede las incumbencias meramente disciplinares, que asume y procesa las relaciones de poder que se manifiestan dentro de los equipos de salud, de manera que se favorezcan las tareas que se llevan adelante.

Volviendo a los relatos de las compañeras, notamos que también surgen ideas de *“acompañar las tareas del equipo”*, *“colaborar en lo que haga falta”*, lo cual nos lleva a interrogarnos si están referidas a tareas que sienten como propias o si aparece un límite en la inclusión de los equipos. Llamar la atención sobre esta cuestión no nos parece un mero ejercicio de disquisición semántica, sino de buscar eludir el riesgo de que las inserciones se cristalicen en roles auxiliares.

Participación Comunitaria en Salud

La Participación Comunitaria en Salud (PCS) es otro de los términos que ha recorrido una trayectoria de interpretaciones disímiles y antagónicas. En los documentos de organismos internacionales como la OPS-OMS, la ONU y el Banco Mundial, entre otros, se puede observar la conformación de un modelo oficial de la PCS (Castrillo: 2013)¹⁶. Esta es expresada como un proceso donde los individuos se hacen cada vez más responsables de sus cuidados y de los de la comunidad, intervienen en la definición y búsqueda de soluciones a sus problemas, cuyo objetivo es alcanzar el desarrollo comunitario (aumentar los niveles de vida y productividad). Así, en Alma Ata (1978) se apela, por un lado al individuo y a la familia, que conocen sus situaciones y pueden resolver problemas, y por otro a la comunidad, que puede intervenir en la evaluación de la situación, definir problemas y prioridades dentro de un Plan de APS. “Junto” a ellxs, sin explicitarlo pero en un claro nivel superior de toma de decisiones, se ubican lxs técnicxs de la planificación central, quienes deben apoyar las formas organizativas, dar los lineamientos de las acciones y

¹⁵ Stolkiner, Alicia, “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. En *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada*, Año 3 , No 10 , Abril de 1999, Rosario.

¹⁶ Castrillo, María Belén., *Participación Comunitaria en Salud: El caso de Berisso*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 2013. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.843/te.843.pdf>

comunicar una idea clara del papel que aquellxs cumplen en una estrategia nacional (Castrillo: 2013, pp. 28 y 29)¹⁷.

En la otra vereda, se instalan perspectivas críticas del modelo oficial donde en general resaltan que en aquellas definiciones se ocultan intereses de actuación de los Estados. Se precisa que en sus enunciados el eje de la participación social está puesto en el individuo y su auto-responsabilidad, dejando un lugar secundario a las estructuras y responsabilidades del Estado, y que las prácticas que dicen promover en realidad devienen en actos consultivos que no se toman en cuenta. Se cristalizan de ese modo mecanismos de control sobre las decisiones comunitarias, y a su vez en fuente de legitimación de las acciones estatales. En este contexto, algunxs autorxs conceptualizan dos tipos de PCS: una *participación simbólica*, las que alientan acciones que no ejercen una influencia favorable en la gestión institucional, sino que, por el contrario, generan una ilusión de poder dentro de las relaciones de subordinación que sostienen el statu quo, encauzando las energías comunitarias en la reproducción del sistema dominante, y una *participación real*, la que incide efectivamente en los distintos procesos de la vida institucional y en la naturaleza de las decisiones, al tiempo que potencia la capacidad organizativa y transformadora de la lucha política de las clases subalternas (toma de conciencia de que sus problemas de salud tienen raíces en componentes extrasectoriales y sociales (Castrillo: 2013, pp.30-32)¹⁸.

A partir de esta esquematización, en dos miradas contrapuestas de la PCS, tratamos de explorar las representaciones sociales de las promotoras de salud que le otorgan significados a la participación en los niveles locales. En el análisis observamos el deseo y elección de trabajar en salud, dimensión que se afirma en las experiencias de venir haciéndolo desde hace varios años, tanto por dentro como por fuera del sistema formal, en algunos casos sin retribución económica. Además, comparten la necesidad de construir abordajes que contribuyan a la salud de la comunidad y una valoración positiva de la participación de lxs vecinxs. Como ejemplos, se nos menciona distintos modos de organización comunales tales como juntas vecinales, mesas de articulación sectorial, reunión de delegadxs. Si bien algunas son criticadas por sus modos de funcionamiento -de una de ellas se dice que está alejada de lxs vecinxs, de otra que no cuenta con mecanismos de participación

¹⁷ Castrillo, María Belén, *Participación Comunitaria en Salud: El caso de Berisso*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 2013. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.843/te.843.pdf>

¹⁸ *Idem*

asamblearia- destacan la importancia y la necesidad de mejorar esas instancias de formulación de demandas comunes. Sobre la mesa intersectorial se nos cuenta:

Se reúnen todos los que están: centros de salud, la gente del barrio, actores, la junta vecinal. ¿Qué es lo que está faltando y qué no? El tema ambiental, de enfermedades cuando aparecen, el tema de las cloacas. Hacen reclamos desde ahí, ellos. El año pasado estuvimos yendo nosotras, este año no pudimos porque nos metimos en otros espacios -los equipos territoriales- y coinciden. El año que viene estamos hablando de sí participar, porque nosotras al ser promotoras tenemos que estar ahí articulando con ellos. (Laura, CeSAC “A”)

Donde funcionan las reuniones de delegadxs por manzanas, una de las compañeras analiza la importancia de organizar colectivamente un espacio en el cual lxs vecinxs puedan tomar decisiones sobre las problemáticas que actúan como determinantes de la salud de la comunidad:

Estaría bueno una junta vecinal, ponele. Porque cado uno, expresa sus necesidades (...) cada manzana tiene su propia problemática, por decir. Donde yo estoy, la cloaca cada tanto se desborda. En otros lugares, el agua también no abastece. Otros lugares, la luz. Otros también está la basura. Entonces cada lugar tiene lo suyo y estaría bueno que cada uno lo hable, lo diga, para que se pueda hacer algo. Porque más que todo por los niños, el caso de la cloaca es muy peligrosa. Ahora que se viene el verano, las infecciones y todo eso, es bastante. Y también, cuando las aguas esas que están juntas, que se estancan, por los mosquitos (...) cuando hacemos las postas sanitarias se nos acercan y nos dicen, ‘Mirá yo tengo este problema ¿Cómo nos podemos sumar? ¿Qué puedo hacer?’. Y bueno, ahí se trataría de buscar alguna solución. (Ramona, CeSAC “B”)

Por otro lado, en las biografías y acciones relatadas por las compañeras notamos un gran peso de sus “vocaciones” personales de ayudar y aportar al conjunto de lxs vecinxs, y de “querer hacer con la comunidad”, que preexiste a los momentos de cuando empezaron a definir sus trabajos de promotoras:

(...) estaba trabajando voluntariamente en el CeSAC 29; después estuve trabajando en el Santojanni. Siempre para ayudar. Me sentía más... como ayudando, toda mi vida he trabajado como voluntaria (...) siempre me llamó la atención de participar y saber más. (Aimará, CeSAC “A”)

Trataba de ayudarle, ‘anda y agarrá tal colectivo para el hospital’. Yo siempre lo tengo adentro esto, es como que esto me ayudó a poder realizar lo que yo ya traía (...) (Inés, CeSAC “B”)

Mirá, yo desde chica siempre quise estudiar de, algo de salud. Cuando se me presenta esto y, bueno, ya que estaba relacionado con la salud, sí, me encantó. (Ramona, CeSAC “A”)

En sus proyectos de vida y perspectivas laborales aparece con mucho énfasis el papel de las capacitaciones y las intenciones de querer seguir aprendiendo y adquirir mayores herramientas de intervención:

Importante creo es tener la voluntad y que te guste, porque si tenés eso ya no importa nada. Y seguir capacitándonos, con eso nos ayuda mucho para seguir haciendo talleres y seguir haciendo concientización de las enfermedades. (Rita, CeSAC “A”)

(...) estoy viendo, si es que llegamos a seguir, dejar la escuela de enfermería para hacerla a la noche en la sede de Caballito y poder estar más tiempo acá. Como me gusta, quiero participar más. Porque a veces siento que me pierdo de muchas cosas porque no me alcanza el tiempo. Me voy corriendo porque tengo que ir a las prácticas o a las clases, entonces no hay continuidad. Y quiero mejorar en ese aspecto. (Aimará, CeSAC “A”)

Por otro lado, consideramos algunos elementos de la coyuntura política que atravesaban las situaciones laborales de lxs promotorxs. Como dato de referencia sabíamos que acababan de ser transferidxs desde la jurisdicción nacional hacia el ámbito del Ministerio de Salud de la CABA. En este sentido, el presente de lxs promotorxs estaba seriamente marcado por las incertidumbres que se suscitaban por sus continuidades -se iban terminando los plazos para saber si sus contratos serían renovados o no- lo que era vivido crecientemente como situaciones de inestabilidad:

“Nuestro contrato es hasta diciembre, de ahí no sabemos si renovamos, si pasamos a Ciudad. No sabemos si vamos a continuar. Eso es lo que no sabemos. Porque nos dijeron que no iban a tener cómo asegurarnos. Pero, o sea, eso tenía que ser en este mes, pero no hubo una resolución, nada. O sea, es como que nos están alargando. No sabemos si el contrato va a seguir o si va a seguir para unos. Al principio, según un rumor, decían que era la mitad. Nosotros somos 50, la mitad de nosotros serían 25. ¿Qué mitad? ¿Me entendés?”. (Aimará, CeSAC “A”)

Observamos con preocupación ese estado de incertidumbre con el que las compañeras deben vivir sus horizontes laborales, tanto por la falta de definiciones sobre sus continuidades como por los poco lineamientos de sus actividades dentro del sistema de salud. Estas cuestiones nos alertan sobre cómo se entienden sus labores desde las esferas políticas, considerando el avance de las políticas neoliberales. Estas han concebido la PCS como herramienta de contención social tras las cada vez más precarizadas condiciones de vida de los sectores populares.

Pudimos apreciar en las experiencias y significaciones que otorgan las compañeras aspectos que apuntan a una creciente toma de conciencia de los determinantes sociales de la salud, y sobre la

necesidad de movilizarse y participar en organizaciones surgidas de la propia comunidad. Entendemos que estas características hacen a una participación real, que podrían tender a un proceso de control creciente sobre sus propios destinos, cuestionando y transformando las asimetrías de poder vigentes.

Consideraciones finales

A lo largo de la investigación pudimos reflexionar y debatir sobre algunas nociones referidas al rol y a las actividades que llevan adelante lxs promotorxs de salud, las cuales traíamos, circulan y encuentran gran consenso dentro del campo de la salud.

Una de ellas -presente también en los marcos normativos de otras jurisdicciones e incluso en incluso en las compañeras que entrevistamos- es la que lxs ubica en un papel de “mediación”, “nexo”, “puente” o “intermediarixs” entre la comunidad y los efectores de salud¹⁹. Encontramos en esta analogía conectiva cierta idea de exterioridad inmanente en dicho papel, como una “pieza” que trata de unir lo que está desconectado, pero que sigue manteniendo sus delimitaciones propias y una distancia. Es decir, que entre lxs vecinxs de la comunidad, los equipos de profesionales y la organización de los efectores de salud, se seguiría postulando unas fronteras a priori sin intentar superar lo que los separa. Tras debatir el carácter de “doble pertenencia” de lxs promotorxs (como parte de la comunidad y del equipo de salud), llegamos a considerlxs cumpliendo roles que puedan trascender esa mera posición de “conexión”, afianzando y construyendo nuevos vínculos entre el efector de salud y la vida colectiva de lxs vecinxs, tendiendo así a superar esa brecha. Cuestiones que no nos parecen menores, ya que si orientamos nuestras acciones a desestructurar las relaciones de poder que rigen actualmente las relaciones entre profesionales y “población”, y queremos fomentar la participación de lxs vecinxs en los servicios de salud, debemos pensar a éstos no como “islas”, sino como espacios de encuentros de saberes, territorializados dentro y apropiados por la comunidad.

Pudimos visualizar que desde las trayectorias personales de lxs promotorxs y el conocimiento que tienen de las situaciones que atraviesa la población, ellxs aportan a que las temáticas de salud y sus abordajes se construyan de manera contextualizada en el territorio. A la vez, hacen mucha referencia a su escucha y acompañamiento hacia lxs usuarixs de los CeSACs, dejando entrever una forma integral de concebir la salud; reconocen que las problemáticas de salud están atravesadas por

¹⁹Por ejemplo, la Ley N° 14.882 de creación de la figura de Promotor Comunitario en Salud de la provincia de Buenos Aires plantea en su artículo 4° que lxs promotores deben: “Actuar como nexo entre la comunidad y todos los efectores del ámbito público de salud de la Provincia de Buenos Aires (nacionales, provinciales y municipales)”

el barrio, lo familiar, lo personal y que requieren respuestas más allá de las consultas biomédicas; que muchas de éstas últimas surgen de los intercambios y construcción conjunta de saberes entre distintos trabajadorxs y profesionales de los equipos.

Por lo dicho, pensamos que la inserción de lxs promotorxs en los centros de salud tiene la potencialidad de promover una reformulación de las lógicas internas, en donde se jerarquicen dinámicas de trabajo en equipo, de discusión y en donde se conciban, desde nuevas perspectivas, las problemáticas y los abordajes a realizar. Entendemos que estos procesos llevan tiempo y no están libres de tensiones, ya que implican reformular cómo y desde qué lugar se interviene; y, además, cuestionan la lógica hegemónica inscripta en las formaciones profesionales (tanto en la universidad, como en las residencias) .

Respecto al proceso de re-inserción institucional- desde el ámbito del ex Ministerio de Salud de Nación hacia el del Ministerio homónimo de CABA- presenciamos el notable trabajo que vienen realizando con el equipo de profesionales de la DGSC. El haber participado de los encuentros del curso “*Caminando el territorio desde una perspectiva de derechos*”, nos facilitó observar que dicha instancia de encuentro, intercambios y aprendizajes es imprescindible para el fortalecimiento del conjunto de promotorxs, en un contexto político-institucional difícil que requiere redoblar los esfuerzos ante los desafíos crecientes. Creemos que estos espacios deben seguir siendo alentados y valorizados con el fin de consolidar este colectivo de trabajadorxs, algo que también se vincula a la exigencia de ser formalizadxs como trabajadorxs de la salud.

Algunas preguntas que formulara Mario Rovere nos resonaron durante la investigación:

“Formar personal comunitario, ¿es sinónimo de transferir conocimiento y poder decisorio a la población? El personal comunitario cuando existe ¿por qué permanece en la mayoría de los países por fuera de las carreras sanitarias? ¿Por qué algunos países que buscan creativamente generar empleos retributivos para tareas, en ocasiones de dudosa utilidad social, continúan considerando que ser promotor o agente de salud debe ser una tarea no rentada?” (Rovere, 2012)²⁰.

²⁰ Rovere, Mario, “Atención Primaria de la Salud en Debate”. En *Saúde em Debate*, Vol. 36, N° 94, 2012, pp. 327-342 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a03v36n94.pdf>