

El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. Análisis de caso.

Licia Pagnamento.

Cita:

Licia Pagnamento (2012). *El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. Análisis de caso. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-097/493>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRxp/Kgp>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. Análisis de caso

Licia Pagnamento

pagnamento@yahoo.com.ar

Introducción

En las páginas que siguen se propone reflexionar sobre el proceso de trabajo de las promotoras municipales de salud en el municipio de La Plata¹, destacando especialmente la perspectiva subjetiva de un tipo de actividad (trabajo) que encuentra a las mujeres como sus principales actores, en el marco de la implementación de una política pública que rescata los procesos participativos en salud.

Debemos señalar que específicamente en el campo de la salud, la APS (atención primaria de la salud) recobró importancia en la década de los 90 aunque las experiencias iniciales pueden rastrear décadas previas. Desde sus inicios, junto a la idea de colocar la atención primaria como piedra angular en la transformación de los sistemas de salud caracterizados por una fuerte orientación a la curación, se puede ubicar la exaltación de la participación. En este sentido la mayor parte de las experiencias que apelan a la consolidación de la APS, incluyen tempranamente la figura de los "agentes de salud", "promotores de salud" o "promotores comunitarios", sujetos cuyas funciones pasan a encarnar *la* participación de la comunidad, o cuanto menos a actuar como articuladores entre el sistema de provisión de servicios médicos y la población².

Los procesos participativos en salud redescubiertos en la década de los noventa, no son ajenos al marco sociohistórico en el que se desarrollan. Así, la renovada apuesta a la participación en salud en los ámbitos locales³ se desarrolló en pleno auge del modelo neoliberal con una sociedad marcadamente polarizada y procesos de

¹ Este trabajo forma parte de un proyecto general, integrado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación sobre "Pobreza y relaciones de género y edad en ámbitos domésticos y extradomésticos. Estudios en el Gran La Plata", dirigido por Amalia Eguía y Susana Ortale y radicado en el CIMeCS-IdIHCS (UNLP/CONICET) y el Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación de la UNLP, que cuenta con el apoyo de subsidios del CONICET y la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

² Como señala Menéndez (2006:99) "... los promotores de salud... constituyen uno de los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la participación social y la organización comunitaria".

³ Como señala Massolo, A. (2003) ésta se vincula a la revalorización de los gobiernos municipales en el marco de las reformas del Estado orientadas hacia la descentralización y reorganización político-administrativa del territorio (particularmente en las décadas del 80 y 90). El municipio entonces, en tanto gobierno local, se asocia a un conjunto de cualidades como legitimidad por elección democrática, autonomía, eficiencia, eficacia, gestión participativa, promoción del desarrollo, etc. En particular, con frecuencia en los ámbitos locales y en las políticas comunitarias se ha facilitado la participación pública de las mujeres debido fundamentalmente, a la proximidad espacial y la mayor flexibilidad de tiempo. Sin embargo los estudios sobre género han alertado sobre este tipo de participación femenina, en el sentido de que naturalizan "el lugar de la mujer" en lo estrictamente doméstico o local, ocultando situaciones de opresión, explotación y discriminación de género. Se encubre, de esta manera el traspaso de las responsabilidades estatales a las tareas domésticas femeninas y la autoayuda comunitaria.

empobrecimiento y crecientes grados de exclusión social. El neoliberalismo impulsó una ciudadanía con características especiales en lo que respecta a los sectores pobres, que puede ser caracterizada como una *ciudadanía restringida* (Svampa, 2005). En este contexto, “el último recurso termina siendo la autoorganización comunitaria” y las recetas para combatir la pobreza sistemáticamente impulsan “el desarrollo de redes comunitarias locales, con el objetivo de generar nuevas formas de participación ciudadana y estrategias de “empoderamiento” entre los sectores más vulnerables (Svampa, 2005:88-89). Es aquí donde se puede identificar un creciente interés por la participación, que la hace depositaria de un cúmulo de bondades, a la vez que se erige como la contracara de un proceso de creciente desigualdad y que en parte expresa la necesidad de legitimación de un modelo altamente excluyente.

El recorrido por los estudios sobre el tema encuentran la referencia ineludible a procesos sociales emblemáticos de la década de los 90, y su consideración continúa siendo insoslayable aún entrado el siglo XXI, principalmente porque en nuestro país si bien las condiciones socio económicas y políticas han cambiado, las transformaciones no pueden catalogarse de radicales (es decir coexisten continuidades y redefiniciones), pero también porque los procesos sociales no pueden comprenderse adecuadamente si se recurre a una perspectiva meramente contextual y sincrónica.

Además se debe considerar una reflexión particular en torno a las mujeres y a las relaciones de género, dado que se trata de una dimensión con frecuencia invisibilizada a nivel de las políticas públicas (es decir escasamente problematizada e incluso “olvidada” en más de un programa), y porque suponen procesos de desigualdad y diferenciación significativos en las relaciones de poder presentes en todo proceso participativo.

Al menos en el campo de la salud, las mujeres constituyen las principales beneficiarias de programas o están directamente involucradas en la implementación de políticas asistenciales (prestación del servicio médico). Interesa destacar, que en lo que en lo concerniente a la construcción de procesos participativos, las mujeres ocupan un papel destacado. Lo es en particular en lo referido a los espacios locales porque en el terreno de la división y desigualdad entre los géneros, el barrio, la comunidad vecinal, la localidad, representan los lugares de la vida social donde las mujeres se han desenvuelto y proyectado sus papeles, habilidades y luchas (Sanchez, 2000). No es de extrañar entonces que la participación de las mujeres sea destacada en el conjunto de actividades diversas y ligadas a la salud-enfermedad-atención.

Pero además, al menos en el campo de la salud, las mujeres constituyen la principal fuerza de trabajo, especialmente en el primer nivel de atención. En efecto, como señalan Rico, M. y Marco, F (2006) diversos estudios regionales e internacionales señalan que las trabajadoras se concentran en ciertos sectores y oficios coincidiendo con los estereotipos y roles de género dominantes. De esta manera, el trabajo de las mujeres se asocia a la extensión de sus actividades de cuidado en el ámbito doméstico (enseñanza, salud, atención personal y administración) a la vez que se inscribe en la socialización diferencial de género, decisiones, preferencias y orientaciones vocacionales, que condicionan la inserción laboral.

En 2008 la OMS reconocía que dentro del sector salud, en muchos países las mujeres componen más del 75% de la fuerza laboral, y persisten las situaciones en las que las mujeres ocupan las posiciones de menor estatus a la vez que su distribución por categoría ocupacional tiende a inclinarse hacia el personal de enfermería, parteras y trabajadoras comunitarias de la salud⁴ (OMS; 2008). En nuestro país, “la ocupación del sector salud explica aproximadamente el 8% del empleo total femenino, considerando que el 65% de quienes trabajan son mujeres. Los dos sectores que tradicionalmente han concentrado una proporción más elevada de mano de obra femenina, con excepción del servicio doméstico, son la enseñanza y la salud” (Pautassi, L.; 2006:194).

El proceso de profesionalización de la práctica médica y las transformaciones en el ejercicio de la profesión vinculadas a las características de los sistemas de salud y el mercado de trabajo, ha influido en la incorporación de mujeres en las especialidades menos valoradas en términos técnico ideológicos, lo cual les reserva mayores posibilidades laborales en el primer nivel de atención (el prestigio profesional sigue ligado a los mayores niveles de complejidad y especialización)⁵. Como señala Pautassi, L., “históricamente, el sector salud tuvo una fuerte presencia de mano de obra femenina, particularmente en tareas semicalificadas (auxiliares de la salud) relacionadas con las características del trabajo reproductivo y de cuidado que cultural y tradicionalmente se adjudican a las mujeres. Las tendencias actuales en la formación universitaria

⁴ En este estudio sobre género en la fuerza laboral en salud, la OMS rescata como punto de partida analítico la consideración de la ocupación, el tiempo de trabajo y los ingresos.

⁵ Es sabido que el progresivo desarrollo de subespecialidades médicas y desarrollo de la investigación orientada hacia los factores biológicos, con la consecuente desvalorización de la práctica clínica. Al respecto Menéndez (1978) señala que desde una perspectiva histórica, en la práctica médica se produce un proceso de pérdida de hegemonía de la clínica que se relaciona con el desarrollo de la investigación médica que pondera algunas de las características del MM en detrimento de otras. La forma en que se estructuran los núcleos de interés de la investigación será paulatinamente tomada como paradigma de la práctica de la medicina con lo cual paralelamente se desarrollará un proceso de descalificación de la clínica.

evidencian que la feminización también avanza en las áreas profesionales” (Pautassi, L.; 2006:198), ante lo cual no hay que olvidar la problemática de la calidad del empleo (cantidad de horas trabajadas, pluriempleo, salarios, capacitación, etc.) en relación a las desigualdades ocupacionales según el género.

Finalmente se requieren algunas precisiones en torno a la propuesta de apelar a la categoría (muy conocida) de proceso de trabajo. En la consideración de la práctica médica como proceso de trabajo encontramos como antecedente (llamativamente “antiguos”) a autores como Gonçalves (1984) o Cordeiro (1978) quienes desarrollaron la idea de que el trabajo de los agentes de salud aún con sus especificidades puede ser concebido como cualquier otra forma de trabajo humano⁶.

En primer lugar podemos suponer que el la prestación del servicio de salud opera a través del trabajo concreto de sus agentes (médicos, enfermeros, administrativos, auxiliares, etc.), es decir que incluye y excede el trabajo de los médicos, pero que podemos denominar “trabajo médico” en términos genéricos (sin referir exclusivamente a la profesión de los médicos). Por otra parte, las características del proceso de trabajo que se construye suponen un marco de ejercicio institucional concreto en el que se consolidaran procesos de aproximación y aprehensión de su "sujeto-objeto" de trabajo, en una trama de interacciones sociales. Finalmente debemos considerar que el "producto" del trabajo de los agentes de salud es un servicio, como tal supone satisfacer una necesidad humana que manifiesta una utilidad (valor de uso) para lo recibe y una interacción social concreta en la que se materializa. Como señala (Cordeiro; 1978: 291) al ser un servicio, lo que se "consume" es la actividad útil de los agentes de salud⁷.

⁶ Hablar de "proceso de trabajo" naturalmente referencia los tres factores identificados por Marx (la actividad orientada a un fin, su objeto y sus instrumentos).

⁷ Entre las particularidades del proceso de trabajo médico sobresalen además las atinentes al “objeto” de trabajo y a los instrumentos. El objeto del trabajo médico es el portador de una necesidad que, reconstruida como objeto (el "cuerpo humano enfermo" del médico), motiva el trabajo. La práctica médica trata con sujetos sociales construidos como "objetos" y en este sentido funda una "mirada" particular en términos ideológicos dado que no puede pretenderse excluida en tanto práctica social del contexto histórico-social en el que se genera y desarrolla. Respecto de los medios e instrumentos del trabajo médico, podemos incluir junto a Gonçalves (1984:59-69), el desarrollo de un cuerpo de conocimientos científicos que recortan un objeto particular; los instrumentos que permiten la transformación de este objeto, y aquellos compuestos por las condiciones requeridas para que el proceso de trabajo acontezca. El conjunto de actividades que el médico realice (acciones terapéuticas, interpretaciones, aplicación de conocimientos) configuran una técnica que es la que permite abordar y operar sobre el "sujeto/objeto". Al conjunto de los instrumentos (no sólo teóricos y técnicos sino también ideológicos) debe reconocérseles su historicidad, y con ello, que su desarrollo se halla vinculado a procesos económico-políticos e ideológicos. Finalmente, para que el trabajo acontezca se requiere que se instaure una relación entre los agentes de salud y el "sujeto/objeto" del trabajo cuya característica central es la asimetría (como se recordará uno de los rasgos definidos para el Modelo Médico Hegemónico, es que se establece una relación social entre médico, institución y paciente caracterizada por la asimetría, la subordinación social y técnica del paciente, la consideración del paciente como ignorante y portador de un saber erróneo y como responsable de su enfermedad).

A partir de este conjunto de afirmaciones generales iniciales, esta ponencia trata de detenerse en el análisis del tipo y las características de las actividades que desarrollan un alto número de mujeres incorporadas a la estructura del servicio de sanitario como promotoras de salud⁸, lo que obliga además a considerar sus actividades en relación al equipo profesional de los CAPS dado que el servicio de salud implica un conjunto de actividades llevadas a cabo por los distintos actores sociales encargados de su prestación (tanto profesionales como auxiliares).

Si analizamos las actividades de los agentes de salud como un proceso de trabajo, podemos identificarlas configurando un proceso técnico-ideológico que permite operar sobre el “sujeto/objeto” de la propia práctica en el marco de relaciones sociales particulares inscriptas a su vez en formaciones institucionales específicas. El producto del trabajo (las actividades de los agentes de salud) al constituir un servicio, supone un conjunto de procedimientos, capacidades técnicas, saberes e ideologías, que reporta una utilidad al sujeto/s que lo recibe. Entre ellos debemos incluir el componente interpersonal y subjetivo de las interacciones sociales, que se desplaza y oculta constantemente en la relación técnico-médica. Finalmente, no hay que olvidar que el servicio de salud implica un conjunto de actividades que constituyen elementos estratégicos y funcionales en los procesos de reproducción social, lo cual es sin dudas significativo para los sujetos al aceptar o no, las prácticas de los agentes de salud.

Consideraciones metodológicas

Para el análisis de este caso se trabajó con el material de un relevamiento empírico con un total de 42 entrevistas semiestructuradas, realizado en dos etapas: 2003-2005 (20 entrevistas a responsables y enfermero/as de 10 Centros de Salud y 2 a funcionarios municipales) y 2010 (20 entrevistas a responsables y promotores de salud, en 10 Centros de Atención Primaria de Salud –CAPS-). La decisión de realizar entrevistas obedece al objetivo general de analizar las representaciones y las prácticas⁹

⁸ Si bien la instancia municipal que cuenta con los datos sobre sus agentes (de los cuales era significativo en principio conocer la distribución por sexo) no permitió el acceso a la información, de las observaciones realizadas, en especial en las instancias en las que se convocaba a todos los promotores de salud, se trata de un conjunto con participación marcadamente femenina. Asimismo, en las entrevistas, los informantes identificaban pocos hombres (entre 1 y 3) que se desempeñaban como promotores de salud.

⁹ Siguiendo a Grimberg, M. (1988), por sistema de *representaciones* se entiende las formas específicas de "percibir, categorizar y significar (otorgar sentidos)" por parte de los sujetos a su experiencia social. Suponen no sólo un espacio de actualización del sistema de normas y valores hegemónicos, sino que al mismo tiempo implican procesos de intencionalidad y reflexión que llevan a un replanteo constante de la experiencia social. Al mismo tiempo existe una articulación entre las representaciones y las *prácticas* sociales, entendidas estas últimas como los "modos de

de actores centrales en la construcción de acciones participativas en el marco de la implementación de la Atención Primaria de la Salud en los CAPS del Municipio de La Plata. Del material recogido se tomó sólo una parte, en función de los objetivos del presente trabajo, principalmente las entrevistas a los promotores de salud (aunque no exclusivamente). Las decisiones muestrales siguieron los criterios del enfoque flexible o “cualitativo”, es decir que se trata de una muestra no probabilística. En particular se tomó el criterio de *accesibilidad* (consideración de las posibilidades concretas y recursos disponibles), *redes personales del investigador* (previas o construidas en el proceso de investigación a través de la técnica de "bola de nieve") y *saturación o redundancia* (Valles, M: 2000).

El análisis que se propone en este artículo, recuperando fundamentalmente el material empírico obtenido en el trabajo de campo de la segunda fase (2010), transita por presentar algunas líneas de reflexión sobre el trabajo de los promotores de salud (dado el caso, promotoras de salud), destacando particularmente las concepciones subjetivas asociadas al proceso de trabajo.

Promotoras de salud en el municipio de La Plata.

Es habitual encontrar la figura de los *agentes sanitarios o promotores de salud* (que ante todo son miembros de la comunidad), como agentes centrales aunque no únicos en la implementación de la política en APS. En lo que hace al municipio de La Plata, la información oficial¹⁰ indica que su Dirección de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud tiene como intención primordial el abordaje integrador de la salud con políticas de inclusión a través de la Participación Comunitaria. Se señala además que “*la participación comunitaria vinculada a la Atención Primaria de la Salud legitimada en la Conferencia de Alma Ata en 1978 ha generado diversas experiencias, con diferentes concepciones acerca de qué implican los procesos participativos, desde proyectos caracterizados por intervenciones de tipo informativo en la comunidad, hasta procesos donde se generaron espacios de participación genuinos en cuanto a la toma de decisiones*”¹¹, y bajo este lineamiento general se propone la estrategia de “Formación de Promotores”. Justamente una de las actividades que se iniciaron en el año 2008 es la creación de las Escuelas de Promotores de Salud

acción, organización y respuesta social e institucional”, las cuales conforman una unidad indisoluble en la que ambas dimensiones (sólo separables analíticamente) se influyen recíprocamente.

¹⁰ <http://www.laplata.gov.ar/nuevo/gobierno/institucional/salud/saludcomuni.shtm> (17/04/2009)

¹¹ El subrayado corresponde a la autora.

con el objetivo explícito de fortalecer la red social comunitaria para que la propia comunidad adquiriera herramientas para su auto-cuidado y protección. Se preveía además que los promotores comunitarios de salud se incorporaran a los equipos técnicos aportando saberes y conocimientos que permitieran una revisión de las prácticas de la propia comunidad y del conjunto de instituciones involucradas en el tema. Según los datos oficiales del municipio, en esta experiencia se formaron 86 promotores, de los cuales 56 desarrollan actividades en los CAPS (doce de ellos concentrados en prevención del HIV-SIDA)¹².

Entre las funciones que se asignan al promotor de salud, se incluyen: el desarrollo de estrategias de Educación popular en salud; gestionar espacios colectivos de participación barrial para el abordaje integral de las problemáticas de salud; contribuir en la construcción de un diagnóstico y planificación participativos; fomentar la realización de actividades que potencien los saberes y recursos populares y la utilización apropiada de los recursos del estado; participar en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud a nivel local y en el marco de los programas de salud; y propiciar la conformación y continuidad de redes comunitarias e intersectoriales para el cuidado de la salud¹³.

Tomando como referencia los objetivos y funciones explicitados por la Dirección de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud del municipio de La Plata, y los análisis de diversas experiencias en APS a lo largo de varias décadas, la reflexión sobre los procesos participativos se torna clave al ser tanto el punto “crítico” (el de más tensiones) como, a la vez, el más declamado. Podría pensarse *ex ante* en al menos dos situaciones extremas, por un lado una reducción de los objetivos o concentración en aquellos más típicos de la atención médica individual, y por otro la concreción experiencias participativas amplias¹⁴. La realidad da contenidos matizados a estas situaciones polares, y la descripción y análisis de las variaciones posibles es parte de un estudio en curso.

¹² www.salud.laplata.gov.ar (ingreso: 7/9/2011)

¹³ Fuente: www.salud.laplata.gov.ar (ingreso: 7/9/2011)

¹⁴ Los significados y las prácticas participativas pueden pensarse en términos de una gradación entre dos polos, aquel en el cual la participación es acotada (es decir acciones que ejercen poca o ninguna influencia sobre la política y la gestión institucional y generan una ilusión de poder inexistente) y otro polo que, por ahora, denominaremos “participación efectiva o emancipadora”. Esta última apunta a aquellos procesos sociales que contienen, favorecen o impulsan la capacidad transformadora de la lucha política de las clases subalternas y constituye una instancia movilizadora a través de la cual la población toma conciencia de los componentes extrasectoriales y determinaciones sociales de las problemáticas particulares (Eguía, A y Ortale, S., 2007).

La participación en las actividades de los promotores de salud

Podría pensarse que el proceso de construcción de procesos participativos involucra tres niveles¹⁵: en primer lugar, el atinente a las instituciones en el plano de los propósitos explícitos o formales (en este caso la incorporación de los promotores de salud en los CAPS y la consolidación de procesos participativos). En este plano es posible identificar situaciones que actúan en contra de los objetivos proclamados reforzando la reproducción de la posición subalterna de la APS aunque no se trate de un enfrentamiento explícito¹⁶. Un segundo nivel refiere al hecho de que los objetivos oficiales son mediados por los agentes de las instituciones particulares que proyectan un sentido práctico sobre la ideología oficial (podríamos ubicar en nuestro caso las acciones más acotadas en términos de participación pero que reportan resultados positivos concretos visibles en los indicadores epidemiológicos y/o de provisión del servicio médico); y el tercer nivel implica considerar el proceso de apropiación y reapropiación por parte de los sujetos, no siempre coincidentes respecto de las exigencias institucionales (la política oficial y sus propias contradicciones).

En principio, encontramos prácticas, que se circunscriben a la provisión de atención médica (controles, asistencia clínica, vacunación) y la difusión de información sobre enfermedades (charlas, folletería, información brindada en el momento de la consulta médica o en el tiempo de espera previo a recibir atención profesional), definidas como participativas por los profesionales de los CAPS y los promotores de salud. No es un dato menor que este tipo de acciones tienen un reconocido y ampliamente documentado impacto positivo en los indicadores de salud, y que constituyen parte de las actividades previstas para los promotores de salud.

En el conjunto de actividades de los CAPS analizados, es especialmente la atención médica la que constituye una de las principales actividades, cuando no “la” principal actividad del equipo de salud.

Pero además, es posible identificar situaciones diversas que por un lado tienden a reforzar la centralidad de la atención médica y por otro confluyen en reforzar (particularmente en el plano ideológico) la *reducción* (atinente a las prácticas y sentidos) de la participación: encontramos saberes que son desvalorizados (aun los obtenidos por los promotores en las capacitaciones) o situados en clara subordinación

¹⁵ Se recuperan algunos señalamientos de Willis, P (1988:207-209) para pensar análogamente.

¹⁶ Quien se atrevería a cuestionar los principios de la APS en forma explícita? yendo en contra de la propia política municipal y de tanto escrito por diversos organismos e instituciones a su favor...

respecto del saber de los profesionales médicos; el planteo de la necesidad de controlar las actividades de los promotores evitando acciones autónomas (basadas en sospechas que remiten al saber técnico médico o a las relaciones de poder que pudieran constituirse y que eventualmente “desafiaran” a los profesionales de los centros de salud); la consideración y calificación de “políticos” en un sentido despectivo y vinculado a intereses personales, demandas o acciones en las que aparecen involucrados los promotores de salud u otros líderes o referentes barriales¹⁷.

“...en el caso mío tengo un beneficio muy grande porque tengo una promotora de lujo (...) pero en otros centros de salud los promotores no entienden mucho lo que significa la figura del promotor, por ahí son gente de muy bajos recursos intelectuales, entonces eso afecta muchísimo la comprensión de su papel y del rol que desempeñan ¿no?(...)” (Entrevista N° 13. Jefa CAPS)

“...en algunos casos han tenido intervención como punteros políticos o que se toman el rol desde un lugar hegemónico, si, ha pasado (...) repercute negativamente, para el equipo, negativamente, porque se complica el vínculo con el equipo y el laburo interno del centro de salud y también para el afuera porque la gente dice “y esta mina que a viene?” se complica.(...) va a depender de la personalidad del promotor, si es un promotor tipo puntero político con un rol muy hegemónico, la gente nos es tarada, y dice “basta con esto” y va a poner un límite; depende digamos del rol que tenga esa persona dentro de la comunidad, si es un persona aceptada, comunicativa y demás lo van a seguir aceptando como tal, eso es así.” (Entrevista N° 17. Jefa CAPS)

En particular, la relación de subordinación de los *promotores de salud* respecto del equipo médico, repercute (como es de esperar) en las acciones concretas desarrolladas por estos actores cuyos márgenes de acción se definen y redefinen en función de una relación de poder en la que, el saber (con su plano ideológico) y la práctica médica, tienen un lugar sobresaliente¹⁸.

La posición subalterna puede reconocerse detrás de la apelación al trabajo en equipo (por parte tanto de promotores como de profesionales de los CAPS), dando lugar a situaciones (según surge en los relatos) en las que la diferencia de saberes técnicos y funciones marcan jerarquías y, potencialmente, conflictos.

“...nosotros no éramos profesionales. Nosotros veníamos de... yo no tengo el secundario terminado, la XX tampoco, en realidad hicimos una capacitación pero ¿qué era una promotora? Tampoco lo sabíamos hasta que salimos a la calle y empezamos a hacer determinadas cosas que habíamos hecho antes pero que nunca le habían puesto un nombre...” (Entrevista N° 9 Promotora de salud)

¹⁷ En muchas entrevistas cuando se hacía referencia a conflictos o problemas con los promotores de salud se pedía que la información fuera tratada como *off the record*. Siguiendo las premisas de confidencialidad de la información no se reproducen aquí testimonios que expresamente solicitaron que no se hicieran públicos.

¹⁸ Ese lugar destacado, se hace particularmente visible considerando las instancias de capacitación de los promotores, donde hay un marcado énfasis en conocimientos técnicos del área de la medicina.

“...y bueno, es según quien te toque, si te toca una promotora que sabe trabajar, que es cumplidora..., hemos tenido esa suerte (...) que está comprometida, aparte es estudiante de trabajo social, entonces es un lujo en parte, tiene un buen nivel, ha estudiado (...)” (Entrevista N° 14 Jefa de CAPS)

“...tienen que trabajar en conjunto la promotora con el trabajador social, solas, es como que no están preparadas, no están preparadas ellas. Pero con la trabajadora social ya te digo que acá hacen un lindo trabajo.”(Entrevista N° 10 Jefa de CAPS)

Por otra parte, si bien es frecuente que en los relatos tanto de los médicos como de los promotores se aluda a un trabajo conjunto en la definición y realización de las acciones, surge en los relatos de los promotores una ponderación especialmente acusada del lugar prominente del equipo técnico. Se alude a “prestar ayuda”, a “no sobrepasar”, a prácticas de subordinación al momento de la incorporación a los centros (que incluyen por ejemplo desarrollar tareas administrativas, preparar bebidas, colaborar en la limpieza) que a la postre se van redefiniendo. En este juego de poder, las opciones se acotan a favor de la subordinación al equipo técnico:

“...es una cuestión de supervivencia: o te vas y lo hacés por otro lado o te quedás y te integrás (te integrás y te integran).” (Entrevista N° 9, Promotora de Salud).

Hay que destacar que, a pesar de lo dicho, se construyen espacios de relativa autonomía pero, sobre todo, refieren a acciones por parte de los promotores de salud que podíamos englobar (en referencia a los datos empíricos recogidos) aludiendo a cierta ayuda humanitaria ante situaciones extremas (acciones que no entrarían dentro de las actividades pautadas formalmente para los promotores de salud). Sobre el tema de la ayuda volveremos más adelante.

“La última chica que fuimos a ligarle las trompas, que le ligaron en el San Martín, ella tiene 8 hijos, está sola, y qué hicimos?, bueno nosotras somos tres, a la mañana la llevamos a internar nosotras dos, una vio a los chicos, la otra la acompañó a internarse, volvió la de la mañana, a la tarde fue la promotora de la tarde y estuvo con ella hasta las 6 de la tarde porque no dejaban estar a nadie y después estuvimos viendo a los chicos que estaban en la casa con la hermana mayor de 13 años, o sea a la noche íbamos a verlos, cualquier cosa nos llamaban porque vivimos a 10 cuadras (...) Y bueno, así hasta el otro miércoles que le dieron el alta y no la dejaban salir. Así que fuimos para allá porque tenía que...o sea, era simple y sencillo, necesitaba un papel (...) Nos fuimos hasta allá en la moto, íbamos a retirar el papel, íbamos a volver al hospital para que lo sellaran, para que la pudieran dejar salir, porque ella tenía los 9 pibes en la casa.” (Entrevista N°8, Promotora de salud)

“Me pasó de un caso que bueno,...yo estaba haciendo el seguimiento de una embarazada y cuando nace el bebé, muere, y me llama a las 10 de la noche a mi casa y yo estuve una hora consolándola por teléfono, porque se sentía bien conmigo, ella me decía que se sentía apoyada; entonces al otro día la cité a ella, al marido, y bueno, hablamos con la obstetra y se lo comuniqué a la jefa y ahí se dió cuenta de lo importante que soy yo para la gente.” (Entrevista N° 12. Promotora de salud)

Considerando que la participación (que se construye en un entramado de relaciones sociales e institucionales) involucra la propia definición de acciones (“lo que es posible hacer”), su justificación (técnica médica e ideológica) y la “puesta en acto” (actualización concreta), opera en el caso analizado una marcada tendencia a la reproducción (funcional) de una participación acotada aunque, visto en conjunto, también surgen otras prácticas contrapuestas o en tensión con éstas.

Un acercamiento a la concepción subjetiva del trabajo de las promotoras de salud: participar y cuidar

No en pocas oportunidades se ha denunciado la precariedad de los puestos de trabajo generados por el sector salud en el primer nivel de atención. Esa precariedad ha sido particularmente significativa en la figura de los promotores de salud y puede identificarse considerando la marcada inclusión de mujeres, la escasa remuneración, a lo que se suma el pluriempleo y la doble carga de trabajo doméstico y extradoméstico. El conocido problema de la escasa remuneración (o su inexistencia) de los actores supuestamente clave en las estrategias participativas (“promotores de salud” u otras denominaciones similares), no hace más que marcar que la declamada “relevancia” asume en los hechos una posición subalterna de los promotores en relación al equipo técnico de salud¹⁹. Esto no obstaculiza destacar que la situación actual de los promotores de salud municipales implica un reconocimiento de sus actividades, dado que en otros momentos los hoy denominados CAPS incorporaron agentes (aunque en forma más o menos esporádica y no en todos los Centros de Salud) que desarrollaban algunas actividades coincidentes con las que hoy desempeñan los promotores pero sin un reconocimiento formal en el sistema de salud municipal (es decir englobados bajo la figura formal de “promotor de salud”) ni retribución asociada al cargo (fue el caso de actividades desarrolladas como contraprestación por recibir el Plan Trabajar o como parte de las tareas de las “manzaneras”).

En primer lugar, en el análisis de caso puede reconocerse el proceso de “feminización” de la atención primaria de la salud en el municipio de La Plata. Si bien las instancias institucionales del Municipio no brindaron datos estadísticos, “extraoficialmente” se identifica que cerca de un 80% del personal (profesionales y no-profesionales) son mujeres. Considerando las entrevistas como fuente de dato al

¹⁹ Hay heterogeneidad de los promotores respecto de las instancias de quienes dependen (municipio, Nación), reciben remuneraciones distintas y el tiempo de trabajo no es el mismo.

respecto, se coincide en identificar una marcada ocupación femenina de los puestos de trabajo en el sector, especialmente en el caso de los promotores de salud.

La escasa retribución monetaria por las tareas de los promotores de salud, ubica el muchas veces denunciado espacio secundario de este tipo de actores y sus tareas (aún cuando se argumente que se remuneran actividades que en otros contextos no la recibían). Este lugar subalterno a su vez refuerza un espacio propicio para la incorporación de mujeres. En este sentido el monto de los ingresos que se perciben por las actividades, que podría catalogarse como una “ayuda” (recuperando las expresiones de los sujetos entrevistados), no constituye el ingreso central o más importante del grupo doméstico, de tal forma que se renueva la relación de género tradicional de la mujer y del varón, este último como proveedor central o del ingreso al que se le asigna mayor importancia en términos simbólicos.

En algunos casos, además, el monto de los ingresos de las promotoras se complementa con otros trabajos extradomésticos, a los que se suma el trabajo en el propio espacio doméstico, y la necesidad del apoyo de la red familiar y de amistades necesario para que las mujeres puedan desempeñar más de una ocupación extra doméstica.

“Mirá, yo creo que primero porque el varón siempre es el que por ahí tiene que mantener la casa y lo que cobra una promotora no sustenta a una familia” (Entrevista n° 9, Promotora de salud)

“...yo cuando voy a capacitación soy... antes había un compañero más pero consiguió otro trabajo y voló (...) Y porque capaz la mujer está más metida en las escuelas, en los comedores porque son todas más de cooperativas (...) por ejemplo de un comedor, me entendés?, entonces como que se van agrupando y se van haciendo. Y yo bueno, como caí así “plum”, paracaidista, pero bien. Sí, sí, porque soy el único casi.” (Entrevista N° 6 Promotor de Salud)

“Yo tengo otro trabajo aparte de este, como la mayoría de las que estamos acá. La mayoría estamos porque nos gusta, nos gusta el proyecto y bueno... las que estamos todavía es porque nos gusta, la mayoría tiene otro trabajo.” (Entrevista N° 18. Promotora de Salud)

Frente a estas desventajas, las promotoras de salud entrevistadas rescatan en algunos casos, la relativa flexibilidad en la relación *patronal* de trabajo que permite adecuar la carga horaria laboral en consideración de situaciones personales o particulares. Este dato no es menor y se ubica como una situación de relativa ventaja para las mujeres inmersas en contextos de dificultades económicas, precariedad laboral y desempeño de múltiples tareas (trabajo doméstico y extradoméstico).

“...tuve la posibilidad de conseguir un trabajo que no lo tenía, un trabajo de algo que me gusta, que es algo que no se consigue todos los días, flexible porque, sí, yo

tengo mi hijo enfermo, puedo hablar y mi jefe a lo sumo me dirá “compensálo otro día pero no te lo voy a descontar”, cosas que muchas mamás no pueden tener. Pero por sobre todo que me gusta...” (Entrevista N° 9, Promotora de Salud)

En lo concreto, el tiempo de trabajo diario es variable (más allá de la carga horaria formal que oscila entre las 25 y 35 horas semanales según identifican las personas entrevistadas), en algunos casos se mencionaron siete horas, en otros una carga horaria menor (cinco horas)²⁰, pero aquí nos interesa considerar por un lado, que la actividad central (que carece de controles formales, salvo la instancia de ingreso diario al CAPS) es la que se cumple “en terreno”, es decir, actividades que se realizan recorriendo el barrio a pie (eventualmente se desarrollan tareas en el Centro, por ejemplo los días de lluvia, o ante problemas de salud) que hacen que el cálculo exacto sea impreciso. Por otro lado, hay que considerar que el tiempo destinado a las actividades y el tipo de actividad que se desarrolla depende en mayor medida de las actividades organizadas o requeridas por el equipo médico lo cual imprime ritmos y tiempos diferenciales según las actividades.

“... Como ahora estoy contratada por la municipalidad, tengo un contrato, tengo que cumplir las 7 horas acá o en el terreno, como yo me organice, ahora capaz prefiero un poquito más estar acá porque a la vez tengo que pasar un trabajo en la computadora y otras cositas que tengo que hacer” (Entrevista N° 1, Promotora de Salud)

“Depende, depende el centro. En mi caso particular yo vengo todos los días al centro, estoy 2 horas, si es día de lluvia nos quedamos porque a terreno no podemos salir, ayudamos a las administrativas, llamamos por teléfono a los casos más particulares. Hoy por ejemplo citamos a una chica y trabajamos con niñez y adolescencia.” (Entrevista N° 8, Promotora de Salud)

Un aspecto no menor se refiere a la construcción de una situación de poder diferencial en las relaciones sociales a nivel barrial. Marcadores de esta situación los encontramos en la alusión a “*todos me conocen*” y la asociación directa del promotor con el CAPS. Igualmente podría pensarse que las actividades que desarrollan en el CAPS sumadas a las formas de “ayuda” que van más allá de las tareas pautadas para los promotores (las que provisoriamente llamamos humanitarias por distinguirlas de las que tienen un acusado rol técnico) se estructuran situaciones que forman parte de las estrategias de las personas del barrio ante problemas concretos (de salud en este caso). Es posible considerar que las promotoras construyen un conjunto de relaciones

²⁰ Se toma como referencia a los promotores de salud municipales, dado que en los CAPS participan promotores que dependen de otras instituciones, con tiempos de trabajo y remuneraciones diferentes.

(incluidas las personales) en las que el saber técnico adquirido en las capacitaciones, su pertenencia a los CAPS, y su posición de “llegada desde adentro” a los profesionales del centro de salud, las ubican como actores clave dentro del barrio.

Es de esperar que la trayectoria de las mujeres en su involucramiento en las actividades colectivas o barriales y sus relaciones respecto de los aparatos políticos en sus instancias formales e informales, tengan un peso relevante a la hora de considerar tanto el proceso de construcción de poder como las posiciones valorativas sobre las tareas de las propias promotoras de salud. Surge en los relatos un diagnóstico diferencial (respecto de las que no han desarrollado actividades barriales vinculadas a los aparatos políticos) sobre el tipo de necesidades de las personas del barrio, que supera ampliamente los problemas médicos y re-sitúa el problema de la salud en las condiciones de vida de las personas. No casualmente, además, se manifiesta el conflicto con profesionales que defienden un accionar neutro y apolítico del CAPS. Y finalmente, este tipo de trayectorias, supone poner en juego otros recursos (conocimiento de situaciones y personas) a la hora de prestar ayuda (*muchas veces vos ayudás a un vecino, por tener un poquito más de conocimientos de ciertas cosas, sabés a dónde dirigirte y entonces mandás al vecino “no, mirá, andá allá”* (Entrevista N° 9. Promotora de salud)

“... en realidad muchas veces quisiéramos tener más aval político. A mí no me molesta el aval político, al contrario, me encantaría poder tener todo el aval político porque me resolvería un montón de cosas que yo veo en la gente y que hoy por hoy tengo las manos atadas. Desde conseguir una tipo de leche maternizada porque te mandan 4 y necesitás 5, hasta una familia que se le quemó la casa. O sea, ojalá pudiera ser así. (...) Puntera, sí, y yo en esa época empecé a..., íbamos a hacer como un trabajo de promotora sin saberlo, porque nos mandaban a ver cuáles son las necesidades de la gente (...) Que, igual después se tiró a la basura, porque vos traías dos millones de problemas y no te daban bola, y te quemaban con la gente (...) por eso te digo, para mí sería espectacular que cada chica pudiera trabajar con alguien que la apoyara desde ese lado [se refiere a los aparatos políticos], no para que tenga una varita mágica pero sí para las necesidades más urgentes.” (Entrevista N° 9. Promotora de salud)

Asimismo se debe considerar que se valora el trabajo recuperando el plano de las preferencias personales y particularmente la “vocación por la ayuda a los demás”, de tal forma que el cuadro se completa reafirmando la propia lógica de una inserción laboral precaria, escasamente remunerada y a la vez simbólicamente valuada en términos positivos.

“No lo tenés que buscar por un sueldo, porque nuestro sueldo no es rentable, te tiene que nacer ayudar a la gente y saber hasta qué punto podés ayudar también. Porque acá hay muchas cosas que vos no podés hacer, podés guiarlas, te vas

informando, porque hay gente que tiene 8 pibes y no le alcanza para los pañales y es un tema de salud también, porque se les paspa la cola y los traen para acá, influyen muchas cosas. Nosotros seríamos como una ayuda, a veces necesitan hablar con vos nada más, te cuentan toda su vida y ellas se sienten tranquilas y ya no necesitan ir al psicólogo, ni hacer otras cosas. Y que vos las comprendas, no las juzgues tampoco, porque hay muchas madres que tiene muchos hijos y por ahí no te llevan al control a uno, pero porqué? porque ellas pensaban que lo habían traído pero habían traído a otro chiquito, y se te van de la cabeza esas cosas, porque vos estás preocupada por darle de comer también. O sea la promotora tiene que ser alguien común y alguien que llegue a la gente, que le guste, porque sino no va a dar.” (Entrevista N° 8. Promotora de salud)

Por otra parte, la propia idea de la “ayuda” que se manifiesta, podría indicar una respuesta a las limitaciones de la práctica médica para tratar con el plano del sufrimiento a nivel subjetivo²¹. En este marco puede ser que el *cuidado feminizado de la salud* otorgue nuevos contenidos compensatorios a la “impersonalidad” de la relación médico-paciente, re-instalando una suerte de vinculación subjetiva contenedora ante los temores, la angustia, o el malestar subjetivo que desencadena el padecimiento o su potencial desarrollo. Sin embargo, lejos de tratarse de experiencias que se reducen a acciones interpersonales (o interindividuales), en algunos casos las actividades de las promotoras de salud se asocian a cierto “compromiso” con un proyecto de orden colectivo (identificado como proyecto político en algunos casos o como proyecto de ciertas personas que impulsan acciones concretas) de tal manera que el sentido de “la ayuda” (a las personas del barrio o al propio equipo técnico) que se despliega en las acciones que realizan, se extienden en un arco amplio que abarca la consideración de individuos, grupos de trabajo y acciones orientadas a la “comunidad” (los vecinos del barrio).

Cuidados femeninos

En el caso que analizamos se reconoce la persistencia de la relación “tradicional de género”. En este sentido, respecto de las actividades domésticas y extradomésticas que desarrollan las mujeres, se encuentran situaciones en las que la redefinición de las tareas asignadas a varones y mujeres en el ámbito doméstico sólo se aplica en términos del horario (más reducido) que las mujeres pueden dedicar a las tareas domésticas, sin

²¹ Recordemos que la idea de *vocación de servicio* incluso aparece asociada a la práctica médica, y que tuvo en sus orígenes una fuerte vinculación con la idea de sacerdocio, estructurándose un código ético que otorgaba prestigio y privilegios, a la vez que contribuía a la legitimación del ejercicio profesional (Belmartino, 2005) de la medicina científica, uno de cuyos supuestos se estructuró en torno a las respuestas objetivas ante la enfermedad. Procesos posteriores acertaron un duro golpe a esa matriz inicial de tal manera que se perfiló el cuestionamiento (con diversos grados de intensidad) a la deshumanización de la práctica médica.

embargo las entrevistadas no identificaron otros cambios y bien puede suponerse que las tareas tradicionales mayormente son realizadas por las mujeres.

“Si imagináte, como estoy estudiando yo ahora salgo de acá a la una, llego una y pico, cuando estoy con la moto por ahí llego antes, a eso de las 3 y pico tengo que estar volviendo a salir y en ese trayecto puedo por ahí estar un rato con la más chica, porque las dos mas grandes están en el colegio y después no los veo mas hasta las 8 y pico que vengo del colegio, así que imagináte...Si me re ayuda, él trabaja también, porque tiene su trabajo.” (Entrevista N° 1, Promotora de salud)

“Y todo, te tenés que reorganizar porque ya cambia, no es como estar todo el día en tu casa y decís “bueno hago a tal hora tal cosa, a la hora que quiero” no, ya llevas los chicos, volvés, a tal hora tenés actividad y tenés que salir corriendo con los chicos para llevarlos a las actividades que tienen que hacer y después volver y limpiar tu casa y lavar la ropa y si, llega un momento en que decís “basta!! Ya terminó el día por hoy.” (Entrevista N° 5 Promotora de salud)

“...no, porque yo siempre trabaje todo el día, o sea en mi casa están acostumbrados (...). Lo mío yo es como que lo tapo, yo creo que si mi marido estuviera me dice “tu horario no es este”, porque la promotora no tiene horario (...) si vos sos promotora acá en la sala, y te llevas binen con la gente, la promotora no tiene horario.” (Entrevista N°8. Promotora de salud)

Por su parte, las tareas que tradicionalmente se asignan a las mujeres aparecen como sustrato para el desempeño de las tareas asociadas a los promotores de salud. Entre las referencias de las personas entrevistadas surge el rol tradicional de la mujer como “cuidadora” (en principio de los integrantes del grupo familiar, y potencialmente extensible a otros) y las actitudes de abnegación que se espera de ellas (sensibilidad, predisposición a la escucha, acompañamiento desinteresado, etc.).

“Y qué sé yo, porque por ahí, no sé como decirte, para mí es más en los hechos de ser mamá, en los chicos, en lo que es los cuidados, en los controles y del bebé y de un montón de cosas. Por ahí es porque somos más sensibles, qué sé yo. Ese es mi punto de vista...Igual hay hombres y trabajan muy bien, los que yo conozco trabajan re bien.” (Entrevista n° 1, Promotora)

“...y porque la mujer, cómo te puedo decir? Es multifacética, podés hacer todo y tiene otra visión de las cosas. Si yo me comparo con un hombre creo que un hombre no puede hacer ni la mitad de las cosas que hacer una mujer. Yo creo que la mujer las cosas las ve diferente, de un lado mucho más humanitario, por eso somos la mayoría mujeres las promotoras, por eso todas nos quedamos, porque nos gustó. Creo que un hombre no se hubiese bancado un trabajo así, aunque hay promotores hombre, pero son los pocos.” (Entrevista n° 18 Promotora de salud)

En este sentido, resurge el problema de que “los cuidados de la salud” (o más específicamente frente a la enfermedad o los padecimientos) abarcan no sólo aquellos que se entroncan con las acciones técnico médicas específicas (con un rasgo de

despersonalización creciente en la relación del médico con los “pacientes”²²), sino también aquellos que refieren a las personas en un sentido amplio: sujetos que son algo más que el “objeto de intervención médica”. Tal es el caso de las acciones que simplemente suponen el apoyo de la escucha de los problemas personales y familiares, la disposición de las personas a hablar sin el temor de recibir sanciones morales a sus comportamientos o formas de pensar²³.

En este plano juega especial importancia el hecho de *ser del barrio*, porque en las relaciones interpersonales a las que aludimos, compartir el lugar en el que se vive ofrece algunas ventajas más allá de la empatía que pueda desarrollarse entre las personas. Sin embargo, esto no quita que se mencionen algunas situaciones problemáticas (tanto más si el promotor no es un vecino del barrio) en la visita a los domicilios.

“Acá vos sabés quién es cada persona, vos me decís “vino Pérez Juan” “ah, sí! Es el papá de éste, el hermano de éste, tiene este problema, sí yo lo ví la otra vez” entonces como somos de acá del barrio...” (Entrevista n° 8 Promotora de salud)

“...hay de todas formas de gente, que les gusta y que no les gusta que vayas a cada rato a la casa. Igual, yo trato de no ir mucho, si tengo que ir dos, tres veces, trato de que pase un tiempo, porque a mí como persona me molesta que me vengán a cada rato a mi casa, más que no te conocen, pero hay gente que sí, ya me conocen, en junio va a ser un año que voy a estar acá”(...) “a mi me gusta cuando vos vas a una casa y te hacen pasar, te preparan mate y me dicen “la próxima avisáme que te preparo algo”. La otra vez me pasó así con una señora: “avisáme cuando vuelvas!”. Por ahí te hablan que te hablan y te cuentan todo y te tenés que tomar el tiempo. Que te ceban mate, que te cuentan mientras vos le vas preguntando las cosas. Así que me agradecen un montón, y más cuando vos le llevás los turnos, cuando le digo “mirá si no ibas lo ibas a perder” (...) acercarme a personas como yo, como una vecina, porque yo soy de acá de XX y por ahí la gente de acá no me conoce, porque yo soy más de allá (más del centro de XX). Eso rescato, de que por ahí he llegado a la gente hablando como ellos hablan, de la manera en que ellos entienden.” (Entrevista N° 1. Promotora de salud)

La importancia de la cercanía (el estar allí en un lugar físico que supone el compartir cierta realidad concreta), se manifiesta en relación al caso opuesto, es decir, al caso de los promotores que no viven en el barrio en el que desarrollan sus tareas. Esto incide en el tipo de relación con las personas y en sus actividades (el tipo de tareas que

²² Mantendremos el término paciente, aún sabiendo de su asociación a personas con problemas de salud, lo cual no es el caso de las personas que recurren al médico cuando se trata de acciones de prevención.

²³ Se podría pensar que así como Friedson (1978) cuestionaba el imperativo de la neutralidad del médico ante la enfermedad o el enfermo (manifiesta en las interpretaciones de síntomas y la terapéutica elegida, sus preferencias subjetivas, y aspectos tan diversos como los antecedentes religiosos, étnicos, sexo, clase social, el ambiente en que trabaja, el tipo de pacientes que ve más frecuentemente, su contacto con colegas, etc.), lo que se rescata es justamente lo opuesto en el caso de las promotoras de salud: lo subjetivo, el compromiso, la relación cara a cara. Aparecería como contracara a la “ayuda” profesionalizada, que supone a la impersonalidad como directriz de un vínculo instrumental en el que se despersonaliza a sus actores.

realizan), más allá de que se puede pensar en el desarrollo de vínculos análogos a la situación de “vivir en el barrio” aunque esto no ocurra. Hay que destacar que, en las entrevistas analizadas, la situación de “no vivir en el barrio”, sumada a una relación de marcada subalternidad (no impugnada) del promotor de salud respecto del personal médico, refuerza el desarrollo de actividades como “auxiliar médico”, en el que el promotor de salud se restringe a ubicar y conducir pacientes a la consulta.

“yo viste mucho no estoy en ese terreno, como no soy yo del barrio no me conocen [la persona entrevistada hace un año que trabaja como promotor en el barrio] (...) Sí, yo con esto [señala su chaleco] por lo menos digo “soy del centro de salud X, vengo a...”. Pero hay personas que por ahí no les gusta y te tratan... “qué querés vos acá?” “quién te mando?”, “qué, sos policía?” y vos tenés que explicarle que no. (...) eeh... de entrada es como que “no!”..., es como que yo le tengo que estar diciendo a que vengo, porque me mandan, entonces ahí como que amainan, se quedan más tranquilos, porque si no... (Entrevista N° 6 Promotor de salud)

Por otra parte, es sabido que la principal proveedora de cuidados de la salud es la mujer, y a ella se dirigen gran parte de los programas del área, de tal manera que como es de esperar constituyen las principales interlocutoras de las promotoras de salud.

“Si, porque dialogamos con mujeres, el ama de casa que está más en la casa... Porque yo he ido a todas las casas y me han atendido mujeres, entonces es como que llegamos más, ya cuando es un varón... no sabría decirte.” (Entrevista n° 8. Promotora de salud)

Más allá de esta referencia explícita, el hecho se reconoce al considerar las actividades que las promotoras desarrollan convocando a los vecinos del barrio en el que se inserta el CAPS. Dentro de estas actividades, que podríamos denominar “colectivas” (o “públicas”) para diferenciarlas de las actividades vinculadas a la búsqueda de pacientes puntuales para que acudan a la consulta médica, y que se mencionan en las entrevistas, se destacan las charlas o talleres sobre cáncer de mamas, anticoncepción (desarrolladas durante el tiempo de espera a la consulta ginecológica), embarazo adolescente (dirigida a niñas-madres y sus madres), nutrición para embarazadas, bronquiolitis (para madres de niños de corta edad). No son las únicas actividades que las promotoras realizan, pero la enumeración da cuenta de la importancia de las mujeres como grupo al que se dirigen una parte importante de las acciones. Se encuentra por tanto, una situación coincidente con lo señalado por Menéndez (2009) respecto de que los actores sociales con los que se trabaja son principalmente mujeres. En el caso analizado, la propia implementación de los programas y líneas de acción en los CAPS, el trabajo de los promotores de salud se

concentra particularmente en las mujeres suponiendo principalmente su papel como madres, y/o constituyéndolas como sujetos de apelación en función de su constitución biológica reproductiva.

Reflexiones finales

En las páginas precedentes se ha propuesto reflexionar sobre el proceso de trabajo de las promotoras municipales de salud en el municipio de La Plata, destacando especialmente la perspectiva subjetiva de un tipo de actividad (trabajo) que encuentra a las mujeres como sus principales actores, en el marco de la implementación de una política pública que rescata los procesos participativos en salud.

Recurriendo a un estudio de caso que tomó como unidad de observación a diez Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en el Municipio de la Plata, se ha intentado un análisis que se concentró en los sentidos y las prácticas de los actores involucrados.

Se consideraron las características del trabajo de los promotores de salud y en particular la referencia al género. No en pocas oportunidades se ha denunciado la precariedad de los puestos de trabajo generados por el sector salud en el primer nivel de atención particularmente en las décadas posteriores a la declaración de Alma Ata. Si bien algunos estarían inclinados a considerar que la situación actual no puede denominarse precariedad, hay que destacar que ciertas condiciones pueden ser consideradas de precariedad sobre todo en asociación a la marcada inclusión de mujeres, la escasa remuneración, la situación de pluriempleo y la doble carga de trabajo doméstico y extradoméstico. Tal vez no sean (formalmente) empleados precarios pero no tienen el mejor empleo del mundo... ¿o sí?, una de las cuestiones sugerentes en este punto es la percepción subjetiva del trabajo, que añade un valor positivo al propio trabajo, desde la perspectiva de las promotoras.

Si se consideran las percepciones subjetivas de las promotoras de salud sobre el trabajo encontramos que se valora considerando las preferencias personales y particularmente la “vocación por la ayuda a los demás” en la que se reconoce la persistencia de la relación “tradicional de género” identificable claramente en el hecho de que las tareas que tradicionalmente se asignan a las mujeres aparecen como sustrato para el desempeño de sus tareas. En las referencias de las personas entrevistadas surge el rol tradicional de la mujer como “cuidadora” (en principio de los integrantes del grupo familiar, y potencialmente extensible a otros) y las actitudes de abnegación que se

espera de ellas (sensibilidad, predisposición a la escucha, acompañamiento desinteresado, etc.). En este sentido, resurge el problema de que “los cuidados de la salud” (o más específicamente frente a la enfermedad o los padecimientos) abarcan no sólo aquellos que se entroncan con las acciones técnico médicas específicas (con un rasgo de despersonalización creciente en la relación del médico con los “pacientes”), sino también aquellos que refieren a las personas en un sentido amplio (sujetos que son algo más que el “objeto de intervención médica”). En este sentido, el *cuidado femenino de la salud* otorga nuevos contenidos, en cierta forma compensatorios, a la “impersonalidad” de la relación médico-paciente, re-instalando una suerte de vinculación subjetiva contenedora a nivel subjetivo. En este marco es posible identificar la construcción de espacios de relativa autonomía en referencia a acciones desarrolladas por parte de los promotores de salud, parte de los cuales podíamos englobar (en referencia a los datos empíricos recogidos) aludiendo a cierta ayuda humanitaria ante situaciones extremas (acciones que no entrarían dentro de las actividades pautadas para los promotores de salud). Sin embargo hay que destacar que las actividades desarrolladas por las promotoras se enmarcan en la trama de relaciones de poder en los CAPS, dando lugar a situaciones que, detrás de una justificación técnico-médica, acotan las posibilidades de acción y reducen el sentido de las formas de participación, visible al considerar que manifiestan conflictos o al menos de confrontaciones o disidencias en los grupos de trabajo (compuestos por profesionales y no profesionales) de los CAPS.

En lo que a la autonomía relativa refiere, ha que destacar también que las promotoras de salud construyen un conjunto de relaciones (incluidas las personales) en las que el saber técnico adquirido en las capacitaciones, su pertenencia a los CAPS, y su posición de “llegada desde adentro” a los profesionales del centro de salud, las ubican como actores clave dentro del barrio. En este sentido, podría pensarse que se desarrolla una concepción subjetiva del trabajo y prácticas concretas que por un lado reproducen roles tradicionales de género que se despliegan en el contexto de construcción de recursos necesarios en el proceso de reproducción social de los sectores subalternos (no se trata sólo de una cualidad moral de solidaridad, sino de prácticas que operan como parte de los recursos de la población del barrio). A su vez, parte de esos recursos, imbricados en el desarrollo de estrategias diversas (individuales, grupales, colectivas), aún cuando no transformen radicalmente las relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres, abren un espacio de, cuanto menos, “libertad” personal (aún cuando sea catalogable como “restringida”) que las encuentra como actores importantes por

fuera de y en relación con el escenario doméstico. Una visión optimista podría llevar a plantear que la centralidad de dichos recursos y la persistencia de estrategias que las encuentran como actores clave, es justamente la piedra basal de un proceso social que se renueva constantemente y en ciertos contextos emergen con mayor visibilidad.

Por otro lado, en algunos casos el trabajo de las promotoras de salud se asocia a cierto “compromiso” con un proyecto de orden colectivo (identificado como proyecto político en algunos casos o como proyecto de ciertas personas que impulsan acciones variadas, en otros) de tal manera que el sentido de “la ayuda” (a las personas del barrio o al propio equipo técnico), se dispersa en un arco amplio que incluye la consideración de individuos, grupos de trabajo y acciones orientadas a la “comunidad” (los vecinos del barrio). La trayectoria de las mujeres en actividades colectivas o barriales y sus relaciones respecto de los aparatos políticos en sus instancias formales e informales, tienen un peso relevante a la hora de considerar tanto el proceso de construcción de poder como las posiciones valorativas sobre las tareas de las propias promotoras de salud. Surge en los relatos un diagnóstico diferencial (respecto de las que no han desarrollado actividades barriales vinculadas a los aparatos políticos) sobre el tipo de necesidades de las personas del barrio, que supera ampliamente los problemas médicos y re-sitúa el problema de la salud en las condiciones de vida de las personas.

Considerando el escenario en conjunto, compuesto por experiencias con distintos grados de participación, a la vez que se reproduce una APS con formas de participación restringidas y un marcado componente técnico-médico, se abre potencialmente un escenario de discusión, no ya técnico médica, sino política, con resultados abiertos tanto en contenidos como en el tipo de acciones y actores involucrados o interpelados y sus posiciones ideológico-valorativas y políticas. Así como encontramos situaciones que obturan cualquier disidencia respecto de las formas más clásicas de prestación del servicio médico y formas participativas restringidas, en otros casos es posible identificar posiciones en las que los lineamientos y acciones de los CAPS dan cabida a formas de participación más abarcadoras.

El re-descubrimiento actual de la participación de los conjuntos sociales en la APS, se estructuró por un lado en base a la recuperación (por imposición o decisión) de los lineamientos de organismos internacionales, pero también en relación a situaciones particulares en los contextos nacionales. En este sentido no puede obviarse tanto la persistencia de las recomendaciones de dichos organismos en lo que a APS refiere como

la consolidación de líneas de acción en el nuevo escenario socio político y económico de nuestro país al entrar en el siglo XXI.

Más allá de que se manifieste una situación de en mayor inclusión social comparada con la década de los 90, en el campo de la salud, y en particular en el primer nivel de atención, las políticas públicas siguen transitando una lógica anclada en la *ciudadanía restringida* con la “autoorganización comunitaria” y el supuesto “empoderamiento” de los sectores más vulnerables como recurso, que se complementa con la responsabilización individual y la “protección selectiva”. La lógica de que los sectores más vulnerables constituyen actores que cuentan con medios para cambiar su condición pareciera redefinida en el sentido de que “*potencialmente* cuentan con medios para cambiar su condición”. En este sentido se supone requieren recursos que se obtienen vía la intervención del estado, de tal manera que se desplaza del centro del debate el problema de las condiciones de vida de los sectores excluidos por el sistema económico-productivo y se justifican intervenciones acotadas y contextuales. Esto es particularmente visible en el campo de la salud especialmente en lo relativo a la reproducción de una APS selectiva, revalorizada en el ámbito local, en la que el componente técnico (pretendidamente neutro) y las relaciones de poder entre los actores, invisibilizan e incluso cuestionan formas alternativas. Sin embargo tratándose de un proceso social, el contexto de la implementación de políticas públicas abre un espacio de “lo no previsto”, que remite a objetivos, motivaciones o demandas de los conjuntos sociales. Esto es particularmente significativo cuando tales procesos dan lugar a prácticas que se bifurquen de las directrices que el Estado (aún el local) imprime a sus políticas y programas. Tal vez no sean confrontativas, o no involucren la movilización de grandes conjuntos sociales, pero se inscriben en los recursos de los conjuntos sociales al menos como experiencias de nuevos horizontes posibles.

Bibliografía

- Eguía, A., Ortale, S., Pagani, ML., Pagnamento, L. (2007) “Sobre el concepto de participación”. En: Eguía, A. y Ortale, S. (Compiladoras) *Programas sociales y participación en la provincia de Buenos Aries*. Edit. Edulp.
- Grodos, D. y Béthune, X. (1988) "Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". *Cuadernos Médico Sociales*, Nº 46
- Massolo, Alejandra (2003) *El espacio local y las mujeres: pobreza, participación y empoderamiento*. En La Aljaba, 2º ÉPOCA, VOL. VIII
- Menéndez, E. (1992) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Edit. Alianza, México.
- Menéndez, E. y Spinelli, H. -coordinadores- (2006) *Participación social ¿para qué?* Edit. Lugar. Bs. As.
- Morgan, L. (1993) "Participación comunitaria en salud. La política de Atención Primaria en Costa Rica". Cambridge University Press.

- OMS (2008) “Estadísticas de género de la fuerza laboral de salud”. En Spotlight; Publicación N°2, febrero 2008; en www.who.int/hrh/statistics (ingreso: septiembre 2011)
- Pautassi, L. (2006) “El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad de empleo y calidad de atención.” En Rico, MN. Y Marco, F (Comp.) *Mujer y empleo*. Edit. CEPAL; GTZ; OW y Siglo XXI.
- Pereira, J (2009) “La participación ciudadana en las políticas de salud”. En: M. Chiara y MM Di Virgilio (organizadoras) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Ed. Prometeo y UNGS, Bs. As.
- Sirvent, M. T. (1999) *Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos*. Buenos Aires-Madrid: UBA-Miño Dávila Editores.
- Svampa, M. (2005) *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Edit. Taurus, Bs. As.
- Ugalde y Homedes (2002) "Qué ha fallado en las reformas de salud en América Latina?"; ponencia presentada en el *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. 8 al 11 de octubre. Lisboa, Portugal.
- Ugalde, A. (1985) "Las dimensiones ideológicas de la participación en los programas de salud en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 41. Rosario, Argentina.