



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Promotores de la Salud en Ezeiza : una mirada desde la comunicación

Autores (en el caso de tesis y directores):

María Cristina Castro

Ariel Alejandro Cortéz Cáceres

Ángela Bueno Palacios, tutora

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,
fecha de defensa para el caso de tesis): 2017**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Ciencias de la Comunicación



Tesina de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación

Promotores de la Salud en Ezeiza: Una mirada desde la comunicación

Tesistas:

María Cristina Castro

DNI: 34.720.388

m_cristina.c@hotmail.com

Tel: 1521717755

Ariel Alejandro Cortéz Cáceres

DNI: 29.636.561

arielcortez99@gmail.com

Tel: 1536880903

Tutora:

Ángela Bueno Palacios

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 3 |
| Hipótesis | 6 |
| Marco Teórico | 7 |
| Modelo médico Hegemónico | 7 |
| Comunicación en el modelo médico hegemónico | 10 |
| Sanitarismo | 12 |
| Comunicación de la salud en el peronismo | 19 |
| Determinantes sociales de la salud | 22 |
| Comunicación en el modelo de los determinantes de la salud | 28 |
| El campo de la salud | 29 |
| Programa de promoción comunitaria en salud en la Argentina..... | 33 |
| El Promotor Primario en Salud | 39 |
| Estudio de caso: Programa de promoción comunitaria en salud en Ezeiza | 42 |
| Algunos datos sobre Ezeiza..... | 42 |
| Entrevista al referente del Programa Promotores de Salud de Ezeiza | 47 |
| Entrevista al equipo de Promotores de la Salud del Municipio de Ezeiza | 56 |
| Nuestra propuesta | 65 |
| Conclusiones | 87 |
| Bibliografía | 90 |
| Anexo | 92 |

Introducción

Pensar en la comunicación para la atención primaria de la salud, o mejor dicho, para garantizar el derecho a la salud en el primer nivel de atención, implica un análisis profundo que excede la necesidad de acercamiento con la población y de la difusión de las actividades relacionadas al sector. Nuestra intención es estudiar la Política Comunicacional del Programa de Promoción de la Salud del Municipio de Ezeiza. Para ello es necesario hacer una revisión histórica de los modelos médicos más relevantes para entender el proceso por el que estamos atravesando actualmente. Creemos que las políticas de comunicación, y las políticas de promoción de la salud se han ligado porque existe toda una trayectoria que evidenció como problemática a resolver la inserción de la comunicación social en la salud, y en los proyectos de salud entendidos como proyectos políticos porque llevan a cabo un conjunto de los procedimientos y medidas, cargados ideológicamente, hacia un horizonte determinado, que fueron necesarios hegemonizar por sobre otras ideologías que pululaban.

En base a ello, visualizamos como problemática la presencia de la comunicación como una dimensión transversal que tiene el potencial de transformación social, y que comprende el derecho a la Salud y derecho a la Información y comunicación de la misma, y la existencia de un campo Simbólico determinado.

La raíz de nuestro interés por esta problemática surge de entender que tras varios años de esfuerzos por dejar de lado lo que se ha llamado el “modelo médico hegemónico”, que implicaba una relación unilateral entre el paciente y el médico, se obtuvo como resultado el diseño de diferentes alternativas que permitieran, no solo la promoción de la salud sino la incorporación del paciente como un agente de acción en cooperación con el sistema. Se invita a la participación activa de la comunidad desde el primer momento en que ingresa al sistema sanitario, con algunas dificultades como veremos más adelante, y se comienza a pensar en los diferentes sentidos que circulan en la sociedad en torno a la temática para lograr el acercamiento y la continuidad de los tratamientos. Esto tuvo verdadera implicancia en la comunicación de la Salud en la Argentina, desde empezar a pensar modelos comunicacionales

que se adaptaran a una difusión más amplia hasta incursionar en mensajes más inclusivos para la población.

Creemos que la comunicación es clave en estos procesos de transformación del conocimiento de la sociedad y su primer acercamiento al sector sanitario. Se comienza a tener en cuenta el lugar que ocupa en el intercambio de las experiencias de una comunidad, ésta entendida cada vez más como un grupo humano que comparte, produce y reproduce formas de ser y pensar, pero además, los centros de salud se visualizan como espacios donde se dan estas interacciones, espacios que también generan sentido y donde también son escenarios de contradicciones, pujas, luchas por el poder material y simbólico, entre los actores.

En conclusión, existen tres modelos de salud que nos interesa analizar. Por un lado el mencionado **modelo médico hegemónico** y el binomio salud-enfermedad¹, y la forma de comunicar el mismo. Por otro lado un modelo predominante durante el peronismo de carácter **sanitarista** y dentro de la medicina comunitaria, un modelo más actual de los **determinantes² sociales de la salud** dentro del cual, según creemos, la herramienta más importante que tiene, de comunicación y difusión que queremos investigar es la utilización de los llamados **promotores de salud y la participación comunitaria**. **Consideramos que estos tres modelos de paradigma en salud representan formas distintas de comunicar la salud que hoy conviven, pero además son el antecedente utilizado para trazar las estrategias de comunicación propuestas por el programa promotores de salud a nivel nacional desde el año 2013 hasta la actualidad.**

Finalmente explicar la fuerte necesidad que nace de pensar en comunicación como una herramienta transversal para fomentar, originar y generar efectos en la población, que se considera capaz de transformar las condiciones de vida que repercuten en los problemas de salud.

Por lo tanto, dentro del modelo de los determinantes de salud nos interesa dar cuenta de un actor clave que nace con este paradigma, el “promotor de salud”, que representa

¹Salud-enfermedad en relación a la perspectiva médica que surge del biologismo y que hace referencia a la salud como el estado de normalidad de la función orgánica y la enfermedad su opuesto. Sólo toma en consideración los factores biológicos y fisiológicos, pero no los mentales o sociales.

² Determinantes en referencia a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

concretamente este pensamiento y lo lleva a la práctica siendo un nexo comunicacional fundamental entre la comunidad y la base sanitaria, conocida también como salita de salud, donde se lleva a cabo el primer nivel de atención y las propuestas en comunicación que lleva a cabo el programa para aplicarse a nivel nacional.

Concluyendo el análisis teórico conceptual, **nos interesa investigar un caso concreto de aplicación sobre el rol de los promotores de salud. Para ello elegimos estudiar el desenvolvimiento del Programa Nacional de Promotores de Salud dentro del Municipio de Ezeiza**, teniendo en cuenta: las características socio demográficas del lugar, **las experiencias en comunicación que llevan a cabo**, los modos de acercarse a la comunidad, el lugar que ocupan los diferentes actores, el lugar que ocupa la comunidad.

La modalidad de trabajo será mediante un estudio de tipo exploratorio- descriptivo con orientación propositiva, que tiene como objetivo realizar un diagnóstico mediante un enfoque metodológico cualitativo de la política comunicacional del Programa de Promoción de la Salud del Municipio de Ezeiza, así como también las percepciones que tienen los destinatarios del Programa y los profesionales de la salud.

Por último, en base a lo estudiado deseamos incluir una propuesta comunicacional que sea posible aplicar dentro del mismo municipio de Ezeiza.

Hipótesis

Inferimos que la Secretaría de Salud de Ezeiza:

1. No cuenta con una política en comunicación que comprenda el rol del programa promotores de salud, de las acciones que llevan a cabo, de los actores que participan en el mismo, porque visualizamos que no tienen trazado un plan formal de comunicación con un público definido, con los canales que posee el municipio para comunicar, y con objetivos claros.
2. También creemos que hay un desfase entre las propuestas y acciones del programa a nivel nacional desde un principio y su aplicación a nivel local. El programa daba cuenta de una postura ideológica y de una línea de pensamiento relacionada con la medicina comunitaria. Fijaba el objetivo, las metas y la idea a transmitir, es decir, pautas para realizar las acciones en comunicación, pero la aplicación factible en el municipio no se lleva a cabo por diversos motivos, ya sea porque la dinámica de trabajo es diferente o porque las condiciones del entorno representan una dificultad para aplicar estas propuestas, es decir hay discrepancias entre la teoría y la práctica.

A partir de analizar cómo se desarrolla el programa y las falencias que pueda tener deseamos realizar una propuesta para que puedan comunicar las actividades que desarrollan. No deseamos subsanar todas las dificultades que se puedan encontrar al respecto ya que seguramente se pueden realizar múltiples acciones en comunicación muy interesantes, simplemente queremos brindar una estrategia específica y personalizada, aportar una herramienta más para ser utilizada que sea accesible para la población, que no genere mayores gastos y que aplique a lo que ya están trabajando, es decir que este en sintonía con el trabajo que ellos están realizando, para enriquecerlo y hacerlo más atractivo.

Marco Teórico

Es importante aclarar conceptos claves que tenemos en cuenta para este trabajo.

Teorías y modelos de la Salud

Explicar qué entendemos por salud es importante ya que existen diferentes teorías con conceptos y cosmovisiones muy distintas. En este desarrollo tomamos dos corrientes dicotómicas, que además estuvieron determinadas por una época particular, con el fin de esbozar dos percepciones diferentes de qué es la salud.

1- MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO (MMH)

Desde que **Eduardo L. Menéndez**³ denunció la existencia de un modelo llamado *médico- hegemónico (MMH)*, de rasgos biologicistas bajo los cuales aseguraba la cientificidad, objetividad y racionalidad de la atención primaria, con limitaciones claramente marcadas en la práctica, se comenzaron a indagar en diferentes alternativas que tuvieran mayor énfasis en lo social.

Durante muchos años, el aspecto biologicista de la medicina se visualizó en su ahistoricidad o negación por la historia de los hechos sociales, para ella los hechos son naturales. Esto conllevó por mucho tiempo a pensar que las enfermedades no evolucionan ni dialogan con el contexto que las rodea, tampoco asume la existencia de prácticas alternativas a la medicina, ni muestra conflictos que pudieran devenir de ello.

Lo mismo sucede con el acto médico, que se ve desligado de su rol ideológico y social. La relación médico-paciente es asimétrica, pero además es única, no existe escapatoria a esta

³Eduardo Luis Menéndez nació en 9 de Julio Provincia de Buenos Aires. Fue uno de los primeros graduados en Antropología de la Universidad de Buenos Aires (1963), se ha desempeñado como docente e investigador y ha escrito numerosos artículos y libros. Destacamos "El Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria" publicado en "Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud".1988 Pág. 451- 464.

forma de interacción. El enfermo es un órgano vacío, sin emociones ni sentimientos, se debe tener con el paciente contactos rápidos y aislados, la búsqueda siempre es apuntar a la ausencia de enfermedad.

Modelo Médico Hegemónico positivista-evolucionistas

Explicadas las principales características del MMH podemos dar cuenta fácilmente del predominio de rasgos **positivistas-evolucionistas**, rama del pensamiento de la cual se desprende **Herbert Spencer** (1820-1903) que a su vez retoma a Lamarck y Darwin, autor que tuvo mucha influencia especialmente en el positivismo argentino⁴.

Para Spencer la sociedad es explicable de acuerdo a la supervivencia del más fuerte, y surgía producto de un cambio de formas inferiores a superiores. Toma varios aspectos de la teoría de la evolución biológica, pero intenta extenderla a todas las esferas del desarrollo, no solo a las especies vivas sino a toda la organización social. Así, se considera que la evolución de la sociedad posee las mismas propiedades que la evolución de los organismos y por lo tanto se encuentra atada a procesos naturales tales como el crecimiento y los procesos de envejecimiento del organismo, pero también al mayor desarrollo de algunas razas o especies por sobre otras.

“Así como la naturaleza excreta sus miembros enfermos, lentos, vacilantes y deformes, la sociedad debe proceder de igual manera”, expresa Spencer en su libro “Estática Social” de **1865** , donde explica un sistema ético y de conducta guiado por los instintos y el bienestar corporal, “Todos tienen que admitir que nos guiamos hacia nuestro bienestar corporal por instintos; que a partir de los instintos, surgen también las relaciones domésticas por las cuales alcanzamos otros objetos importantes- y que en muchos casos son utilizados para asegurar nuestro beneficio indirecto , mediante la regulación de la conducta social”⁵.

⁴El positivismo se caracteriza por considerar como único medio de conocimiento a la experiencia comprobada o verificada a través de los sentidos. Una de las figuras destacadas en la medicina argentina fue el Profesor Horacio G. Piñedo (1869-1918), creador de uno de los primeros laboratorios de psicología experimental que se ubicaba en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en el año 1901.

⁵Spencer, Herbert. *Social Statics or the conditions essential to human happiness*, 1865, publicado por D. Appleton and Company. Pág. 31. En inglés, “All must admit that we are guided to our bodily welfare by instincts; that from instincts, also spring those domestic relationship by which other important objects are compassed- and that similar agencies are in many cases used to secure our indirect benefit, by regulating social behavior”

En Argentina el concepto de raza fue muy influyente para el positivismo porque durante el proceso de migraciones en nuestro país surgió la preocupación por lo que en aquellos años se denominaba población aluvional y el progreso de posibles enfermedades vinculadas a las vicisitudes de viaje, la mala alimentación y la pobreza.

Las limitaciones de los supuestos derivados del modelo Spenceriano son evidentes, sin embargo todavía sigue predominando su utilización en el MMH. Debemos admitir, sin embargo, que hoy se encuentra en constante conflicto con los modelos de la llamada “medicina social”, que a pesar de luchar arduamente no ha podido superar el lugar que ha construido el MMH como legítimamente científico.

Con esto no queremos decir que antes del nacimiento de la medicina social no existieron otras teorías paralelas al MMH, al contrario, la medicina siempre se ha caracterizado por ser un campo en tensión con saberes, algunos proclamados como formales, y otros llamados populares, alternativos e incluso religiosos.

Un ejemplo de Aplicación del Modelo Médico Hegemónico en Argentina

En Argentina se puede visualizar una gran influencia de estas teorías en el Modelo “Descentralizado Anárquico” del Estado Liberal, vigente hasta 1945 cuando con la irrupción del peronismo se produce un cambio de paradigma en los modelos de salud.

Durante la prevalencia del Estado Liberal, la salud se trataba de una cuestión individual y objeto de caridad. Frente a un estado ausente en materia de derechos humanos, la salud no era considerada un problema de índole pública sino privada.

Existía una Sociedad de Beneficencia que prestaba como forma de caridad el servicio a los enfermos. Las instituciones operan solo ante necesidades específicas. La capacidad de prevención era escasa, tampoco se tenía plena conciencia de su importancia, y se carecía de políticas de salud a largo plazo.

La función del Estado era evitar la propagación masiva de enfermedades y ello consistía en organizar el sistema para únicamente cuidar la higiene pública con medidas

básicas, ya que la persona debía luego continuar la mayor parte de la tarea en su casa de forma privada. Se controlaban las epidemias, se vigilaba la sanidad de las fronteras, se daba asistencia frente a contingencias no previstas. Las personas no estaban ni insertas ni identificadas dentro de un sistema de salud, por lo que particularmente deben velar por la salud general.

Puede observarse la gran similaridad con el MMH que planteaba Menéndez, cada individuo debe adoptar estrategias para prevenir y llegado el caso hasta enfrentar su enfermedad, luego si es necesario el sistema médico brindará las herramientas, siempre que sea para procurar el equilibrio y bienestar de la sociedad, que se organiza coherentemente. Claramente estos modelos no presentan conflictos ni problemáticas internas desde lo social, la enfermedad es emergente, el sujeto no puede resolver su patología y por tanto resolver su conflicto.

En el libro de **María Silva di Liscia**⁶ “Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)”, la autora hace una revisión histórica de la multiplicidad de disciplinas que prevalecían antes del centenario y concluye que dado la prevalencia de prácticas derivadas del pensamiento indígena nace la necesidad de una ciencia de conocimiento occidental que ocupará la forma de la medicina oficial con fundamento científico y bases sólidas que no surgieran de elucubraciones populares, estos fueron los primeros indicios de la existencia de un modelo médico hegemónico.

COMUNICACIÓN EN EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

La rama del Modelo Médico Hegemónico que nombramos, positivista-evolucionista utiliza como principal herramienta de comunicación con el paciente **la entrevista dentro del**

⁶ María Silva Di Liscia es doctora en Historia por Instituto Universitario Ortega y Gasset, (U. Complutense, Madrid, año 2000) y Profesora Asociada regular en la Universidad Nacional de La Pampa. Actualmente, es directora del Instituto de Estudios Socio-Históricos. Autora de numerosos libros, recomendamos leer en referencia a la información que brindamos “Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)”, Biblioteca de Historia de América, Consejo Superior de investigaciones científicas, Madrid 2002. capítulo 3. “Indígenas y medicina académica. Del control científico a la eliminación étnica”.

consultorio, mediada por la institución que permite el acceso o no a la consulta.

La entrevista en este modelo de comunicación tiene como objetivo es recabar información de manera impersonal, para el control y evaluación del paciente.

Esta metodología aún sigue en plena vigencia, sin embargo con el tiempo se ha modificado. Los viejos modelos no hacían énfasis en factores sociales y datos sociodemográficos que ahora son tenidos en cuenta, pero además ubicaban al paciente en una posición de escucha pasiva provocando que no aportará mayor información y no se creará empatía y adherencia al sistema de salud.

Prevalece la transmisión de información y conocimientos de manera unidireccional. Por mucho tiempo el médico fue el transmisor de todos los saberes que tuvieran que ver con la salud y los hábitos saludables, el médico instruye a su paciente sobre qué comer, beber, qué actividades realizar, que es bueno y que es malo. Se utiliza como herramienta conductora del conocimiento, con el fin de que logre persuadir a sus pacientes para lograr cambios en sus conductas.

Esta forma de pensamiento en el sistema sanitario y educacional también iba en sintonía con las teorías conductistas que se aplicaban en comunicación y psicología.

Los principales exponentes del conductismo que incidieron en comunicación fueron Pávlov, Thorndike, Watson y Skinner. Esta corriente de pensamiento investigaba las acciones del ser humano antes que a su conciencia, por ello el énfasis en la conducta.

Del conductismo deriva la teoría hipodérmica que intenta explicar el poder de persuasión que tienen los medios de comunicación en las masas, es así que la persona es “atacado” por el mensaje.

La teoría hipodérmico conductista forma parte de la tradición de la educación para la salud y en los modelos formativos de salud.

El primer enfoque que se utilizó fue **informativo y prescriptivo**, nacido bajo el auge del positivismo y con el creciente prestigio de la ciencia médica, básicamente se trataba de la

aceptación por parte del individuo de medidas preventivas recomendadas por las autoridades públicas, sanitarias y el médico. El individuo era como un recipiente vacío que debía llenarse de conocimiento, escuchar y asimilar, para ello existía una autoridad en la temática legitimada para transmitir los saberes y explicarlos, una autoridad indiscutible.

Luego este enfoque es abandonado por un **modelo comportamental**, influido por el conductismo, que todavía predomina. Esta orientación se va desarrollando en la década de los '60 al contar con las aportaciones de la antropología cultural, recuperando la subjetividad individual. Su objetivo es conseguir comportamientos saludables, y la información es sólo una parte del proceso, insuficiente para una acción duradera. Se abre el discurso de los factores sociales y culturales, el análisis de motivaciones y resistencias, de los instrumentos educativos y persuasivos para el cambio, pero, en definitiva, centrados en la conducta del individuo.

De allí que las diferentes campañas de comunicación en instituciones sanitarias y educativas se realizan bajo esta perspectiva, que también era la predominante en la educación formal. El sujeto al que se comunica es un sujeto en la masa, por lo que no se tienen en cuenta el entorno social, las condiciones de vida o el rol de la población en general, es así que el mensaje era el mismo para todos, sin distinguir las condiciones de vida, pensamientos, costumbres, cosmovisiones, creencias y posibles problemáticas de la población. Tampoco características de su ambiente, del lugar donde habitan, con quienes interactúan o características psicosociales, de calidad de vida o necesidades.

2- EL SANITARISMO

El peronismo produce un cambio de paradigma con respecto a los modelos anteriores ya que **comienza a darse el surgimiento del modelo de determinantes de la salud y la expansión estatal de la cobertura sanitaria**. Los pasos que se siguieron fueron primero la nacionalización de los establecimientos públicos desplazando a las sociedades de beneficencia, esto implica la construcción de centros médicos ambulatorios, salas de atención, hospitales. Se amplía la cobertura a pacientes y se crean programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas, con normas sanitarias específicas.

Ideológicamente se comienza a hablar de lo social directamente desde el Estado, que se encuentra en un contexto sanitario donde existía predominio de tuberculosis y alta mortalidad infantil. Este cambio se da de la mano del nombramiento al primer Ministro de Salud que existió en el país, Dr. Ramón Carrillo (1906-1956). Las enfermedades son pensadas como problemas colectivos, que además tienen un fuerte vínculos con otras dificultades de la población, así expresaba *“El hecho individual es un índice del problema colectivo. No hay pues enfermos sino enfermedades. Hay, pues, que sustituir la medicina de la enfermedad por la medicina de la salud. Cloacas, agua, suelo, sedentarismo, alcoholismo, vivienda, etc.”*

Es importante entender el pensamiento político y social de estas primeras medidas sanitarias para comprender la transición del modelo médico hegemónico al segundo modelo que queremos desarrollar, el de “determinantes de la salud”.

Ramón Carrillo es considerado el fundador del sanitarismo nacional. En la época en que el Dr. Carrillo asume en la Secretaría de Salud Pública, la situación sanitaria del país era alarmante debido al estancamiento político, económico y social que afectaba a la Argentina de aquellos años. Creía que los problemas que tenía que enfrentar la medicina ante el individuo enfermo no eran solucionables simplemente por medio de la atención al paciente, hacía falta un esfuerzo mayor para atacar la falta de alimentos, la antihigiene de las viviendas, la falta de agua potable, cloacas.⁷

Carrillo, aprovechando la oportunidad que le brindaba el ascenso del partido peronista, en 1946 decidió dedicarse a atacar las causas de las enfermedades desde el poder público a su alcance. Argumentó, asimismo, que el Estado debía jugar el principal papel de la asistencia médica porque la historia argentina reciente revelaba muchos trabajadores enfermos y ello causaba considerable pérdida en la producción. Estimó que por la mala salud la Argentina tenía muertes prematuras y evitables, que conllevan a anticipaciones jubilatorias por incapacidad, y

⁷ Rodolfo A. Alzugaray, Ramón Carrillo: el fundador del sanitarismo nacional Ediciones Colihue. Año de edición:2008. Buenos Aires, Argentina.

el costo de tratamientos que hubieran podido evitarse, el gasto en salud era por tanto una inversión justificada, no un lujo.⁸

Tenía una perspectiva evolutiva de la historia de la salud pública argentina. Carrillo reconocía que en ciertas áreas, como Catamarca, La Rioja y Jujuy, la medicina permanecía en una etapa prehistórica, mientras en la mayor parte del país aún prevalecía la ideología de la caridad, que incluso no estaba al alcance de todos, pues no llegaba fuera de las urbanizaciones. Ello no significa que se aferrara a ninguna ineluctabilidad biológica y consecuente exclusión, al contrario Carrillo creyó que con el advenimiento del peronismo el Estado podría imponer el desarrollo de la medicina en las provincias para que abandonaran esa forma prehistórica.⁹

Durante su gestión se destaca la presentación de un Proyecto de Plan Sanitario Sintético que el Ministerio de Salud presentará para el período 1952- 1958¹⁰. Lo interesante de este plan es para nosotros lo desarrollado en el capítulo III, llamado “Medicina Social o preventiva (macrocosmos)”, compuesto por los siguientes ítems: A continuación nos explayamos en las partes más importantes de este capítulo, y enumeramos brevemente los puntos que nos parecieron fundamentales, que marcan un nuevo paradigma de pensamiento pensado en la medicina social preventiva.

A.- Parte General

I. - Lucha contra los factores sociales de la enfermedad

II. - Diagnóstico Precoz

⁸ Ross, Peter. Construcción del sistema de salud pública en la Argentina, 1943-1955. En inglés: The Construction of the Public Health System in Argentina. Edición bilingüe. Head, Department of Spanish and Latin American Studies, School of History and Philosophy, The University of New South Wales, Sydney, 2052 Australia. Pág. 136

⁹ Ross, Peter. Construcción del sistema de salud pública en la Argentina, 1943-1955. En inglés: The Construction of the Public Health System in Argentina. Edición bilingüe. Head, Department of Spanish and Latin American Studies, School of History and Philosophy, The University of New South Wales, Sydney, 2052 Australia. Pág. 144

¹⁰ Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958 Dr. Ramón Carrillo. Publicado por la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Secretaría Parlamentaria. Dirección de información parlamentaria. En formato PDF. Pág. 8.

III. - Profilaxis por el tratamiento

IV. - Lucha contra las enfermedades invalidantes

V. - Lucha contra la mortalidad infantil

VI. - Prolongar la vida útil del hombre

VII. - Organización de la profesión médica

Este capítulo expresa la lucha contra los factores sociales de la enfermedad, su identificación y la realización de las medidas tendientes. Se identifican como **factores directos los biofísicos y mesológicos, e indirectos, los que creemos marcan el cambio de paradigma hacia medicina social preventiva, la alimentación deficiente, la vivienda insalubre, la ignorancia sanitaria, el trabajo en ambientes insalubre y los deportes no controlados.**

También factores de carácter indiscriminado que pueden afectar a toda la población como los hábitos y costumbres antihigiénicas, los urbanismos no planificados o mal planificados, el hacinamiento, la higiene pública no controlada sanitariamente por ejemplo en ámbitos como los mercados, los mataderos, los tambos, los cementerios, la limpieza de la ciudad, la basura en general, y por sobre todo el pauperismo, es decir la existencia de un gran número de pobres.

Hay que tomar perspectiva del avance de la época, de un Estado cuasi ausente a la reforma total con intervención estatal que va más allá de la mera construcción de hospitales y centros de salud, sino que identifica la mejora de la vida de la población, en todos los ambientes donde se mueven y desarrollan y en todas las edades.

En el objetivo VI se expresa claramente el cambio de pensamiento, dice así: “Los días del hombre. -Prolongar la vida útil del hombre, no conformarse sólo con prolongarla, en base a elevar el promedio de vida de la población, reduciendo la mortalidad infantil, sino a

prolongarla en la edad adulta y en la vejez, en condiciones biológicas dignas de ser vividas, sin sufrimientos ni incapacidades deprimentes.”¹¹

Esto supone también una ruptura desde el punto de vista estadístico, porque sugiere ir más allá de los indicadores para bajar al terreno donde, aunque los números sean satisfactorios en cuanto a mortalidad, las problemáticas sociales reflejan otras cosas, por lo tanto no son representativos de la población. Esto no supone abandonar la estadística sino utilizarla como un complemento y herramienta, ya que sin duda es importante conocer los índices exactos pero no determinantes para el desenvolvimiento del trabajo en salud, o por lo menos no debería serlo.

Para ello él plantea metodológicamente cómo se puede comenzar a trabajar en estos problemas, y expresa primero la **organización de la profesión médica y las ramas auxiliares con criterio social**. Hasta la actualidad cuesta que las universidades que dictan carreras relacionadas al ámbito de la salud incorporen en la currícula un punto de vista a favor del servicio social por sobre el biológico, por sobre todo que la función del médico sobrepasa el ámbito del consultorio.

En segundo lugar destacamos que Ramón Carillo plantea que **hay que llegar a la población para identificarla, no alcanza con la demanda espontánea**. Para ello en esa época era indispensable conocer más la situación de los trabajadores y las mujeres, población que había sido relegada y de la cual no se conocían registros sanitarios formales, mostrando claramente la inequidad de la época. Cuando se habla de registros formales, nos referimos además de la cantidad de población y las zonas donde se ubica, el acceso a una libreta sanitaria, a un calendario de vacunación, y algo tan básico como un documento o cédula de identidad.

Además, un avance es la captación de los pacientes, clave “en el modelo de determinantes”, que significa ir a buscar al paciente si este no llegase a asistir al “efector”¹² de

¹¹ Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958 Dr. Ramón Carrillo. Publicado por la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Secretaría Parlamentaria. Dirección de información parlamentaria. En formato PDF. Pág. 66.

¹² Los efectores de salud hacen referencia a aquellos lugares físicos en los cuales se presta atención médica, prevención y cuidados de la salud. En el primer nivel de atención, donde se desarrollan principalmente actividades de promoción y prevención de la salud o diagnósticos y tratamientos de baja complejidad, los efectores también pueden ser nombrados como “salitas atención médica”, “bases de salud” o “unidades sanitarias”.

salud. Supone una mirada integral ya que a diferencia del modelo sanitario anterior donde las enfermedades eran problemáticas del individuo.

En este nuevo pensamiento se evidencia que la poca adherencia o deserción, o directamente la no accesibilidad a los centros de salud y hospitales muchas veces tiene que ver con el entorno en el que vive la persona, que es un problema social, al igual que su enfermedad cuyas raíces competen al global de la gente.

Por ello ir a buscar al paciente supone un acercamiento con su entorno, con su forma de vida, con sus problemas, para identificar la causa de la enfermedad y las razones de la no asistencia a los ámbitos de salud.



Imagen del Dr. Ramón Carrillo durante los años en que se lanzó el Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

PLAN SINTETICO
DE
SALUD PUBLICA

1952 - 1958

POR EL

Dr. RAMON CARRILLO

BUENOS AIRES

1951

Imagen original del Plan
Sintético de Salud Pública 1952-1958,
publicado en 1951.

13

¹³ Imagen tomada de la publicación de dicho plan en la página oficial de la Dirección de Información parlamentaria de la Cámara de Diputados de la Nación. <http://www.hcdn.gob.ar/>.

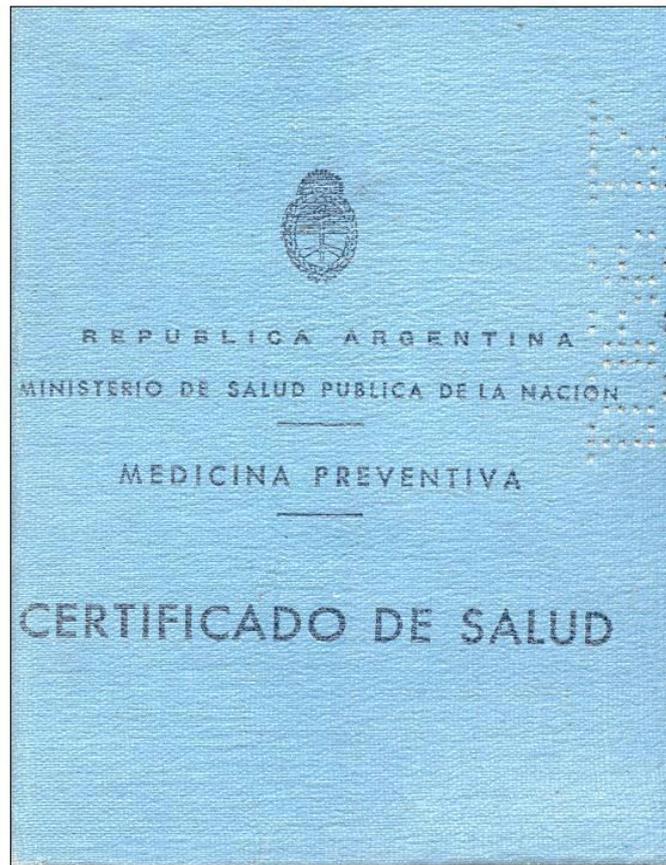
COMUNICACIÓN DE LA SALUD EN EL PERONISMO

Sería muy extenso abordar todas las políticas de comunicación desarrolladas en el peronismo, es un tema amplio que merece un análisis particular. Sin embargo, si pretendemos desarrollar algunas políticas de comunicación que se utilizaron para la promoción y prevención de la salud, ya que es durante estos años donde la divulgación comienza a tener un lugar importante para la difusión de ciertas temáticas que se pretenden visibilizar. Tal es así que en el mismo Plan Sintético de Salud, que veníamos exponiendo anteriormente, se puso en agenda la construcción de una cultura y una educación sanitaria es decir *“formar una conciencia sanitaria sobre el valor de la salud y el modo de protegerla”*.¹⁴

Las principales políticas de comunicación en este modelo se basaban en la promoción y prevención de la salud, destinados a formar una “conciencia sanitaria”. La difusión se realizaba no solo en instituciones de la salud, sino también en las escuelas.

El vínculo del sistema educativo como forma de promoción y comunicación de la salud es esencial. Se expresa formalmente la necesidad de crear un sistema de difusión y propaganda que vaya en sintonía con la nueva identidad política que el peronismo quería brindar, para ello se da un primer comienzo en la educación formal, por medio de la realización de una reforma en los contenidos curriculares, cambios en los ceremonias, en la utilización de nuevos libros de texto y en las instituciones educativas se incorpora documentación obligatoria, como la libreta sanitaria, la ficha sanitaria y el certificado de salud.

¹⁴ Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958 Dr. Ramón Carrillo. Publicado por la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Secretaría Parlamentaria. Dirección de información parlamentaria. En formato PDF. Pág. 130.



Para analizar las políticas de difusión durante el peronismo destacamos en primer lugar el libro "La política sanitaria del peronismo" de Karina Ramacciotti¹⁵ doctora en Ciencias Sociales e investigadora independiente del Conicet. Al final del libro la autora destaca la centralización creciente de la salud pública desde el punto de vista de la educación sanitaria de masas proyectada al territorio nacional en su conjunto como forma de difusión de las campañas sanitarias que se realizaban.

Ramacciotti entiende que fue en este período cuando se nacionalizaron las campañas sanitarias y el Estado mostró su presencia en el interior del país, posibilitando mejoras en sus redes de atención. Uno de los pilares de propaganda para construir campañas territoriales fue la Fundación Eva Perón, utilizada como pilar de propaganda política y divulgación masiva.

Las estrategias de difusión sanitaria fueron cuatro: 1) las que tuvieron como objetivo integrar aquellas regiones alejadas de los grandes núcleos urbanos; 2) las respuestas a la

¹⁵ Recomendamos "La política sanitaria del peronismo" de Karina Ramacciotti. *Redes*, vol. 17, núm. 32, junio, 2011. Universidad Nacional de Quilmes.

emergencia de determinados brotes epidémicos –tales como los de peste bubónica, viruela y poliomielitis–; 3) las que apuntaban a la “salud de los trabajadores” y se desarrollaron en las fábricas, y 4) las orientadas a la nutrición de los niños, realizadas en las escuelas y los hogares.



La forma de difusión del peronismo se expresó en un monopolio de los medios de comunicación, incluyendo en los mensajes de las campañas de bien público el predominio de propaganda política, incluso en aquellas destinadas a los ámbitos educativos. Según Sergio Arribá en “El Peronismo y la Política de Radiodifusión” el Estado conformó este monopolio de la información para consolidar el adoctrinamiento de las masas por intermedio de la difusión de sus ideas fuerzas “justicia social, independencia económica y soberanía política” y del programa de gobierno, titulado “Doctrina Peronista”. Conceptos que eran trasladados en todas las publicaciones y material, por lo que dentro de las intervenciones en salud se trataba de mostrar a la figura de Perón y Evita, mediante la Fundación Evita, como los garantes de estos derechos, y el Estado como única fuerza de cambio y progreso.

3- DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Marc Lalonde y su *New Perspective on the Health of Canadians*

Fue 1974 un año clave para los modelos de Salud Pública a partir de la publicación de un informe revolucionario que marcaría un antes y un después en el campo. Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá, en su *A New Perspective on the Health of Canadians*, llegó a la conclusión de que la salud o la enfermedad no estaban solamente determinadas por factores biológicos o farmacológicos sino que por el contrario son los aspectos socioeconómicos los que determinan la mayoría de las enfermedades.

La perspectiva planteada por Lalonde se puede considerar como revolucionaria por el impacto que tuvo y que sigue teniendo hasta el día de hoy en la definición de programas de Políticas Públicas de Salud del mundo entero.

Históricamente el hombre se ha preocupado por conocer las causas o circunstancias que determinan la salud y la misma había sido generalmente considerada como la mera ausencia de enfermedad, sin embargo desde mediados del siglo XX empezaron a aparecer nuevas perspectivas que terminará por consolidarse en el trabajo de Lalonde.

En 1967 la Organización Mundial de la Salud en su 20ª Asamblea Mundial de la Salud amplió la definición de la salud entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta nueva definición, mucho más amplia, comienza a definir a la salud en términos positivos e innovadores introduciendo por primera vez determinantes sociales y mentales.

En 1973 se da a conocer el modelo holístico de Laframbroise que será finalmente desarrollado y completado por Marc Lalonde en su histórica publicación de 1974.

Lo destacado de la publicación no es solo la definición que da sobre qué se entiende por Salud y cuáles son los aspectos que la determinan, sino también que hace un análisis del impacto que han tenido sobre la salud las medidas sanitarias y la inversión destinada a las mismas en Canadá. Y a las conclusiones que llega tras ese análisis no hacen más que reafirmar

su teoría de que las principales causas de los problemas sanitarios son socioeconómicos mientras las políticas de salud se centran solo en el tratamiento de las enfermedades sin trabajar sobre las causas generadas en el entorno social.

Así el informe Lalonde llega a la conclusión de que los grandes desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades a un **modelo basado en la promoción de la salud y en la conformación de redes de comunicación comunitarias**, siendo fundamental trabajar en la reducción de las desigualdades, el incremento del esfuerzo

Preventivo y la capacitación de las personas para manejar y afrontar aquellos procesos que limitan su bienestar.



La OMS se apropia del concepto

Luego de algunos años en donde los conceptos de Lalonde fueron ganando lugar en las definiciones de políticas públicas de diferentes países la Organización Mundial de la Salud estableció en el año 2005 una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el objetivo de ofrecer asesoramiento para intentar mitigar las persistentes y cada vez mayores inequidades sociales que determinan grandes inequidades sanitarias en y entre los países.

La Organización Mundial de la Salud define a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Afirmando que estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

La comisión de la OMS publicó un informe final en agosto de 2008¹⁶ en cual se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medición y análisis del problema.

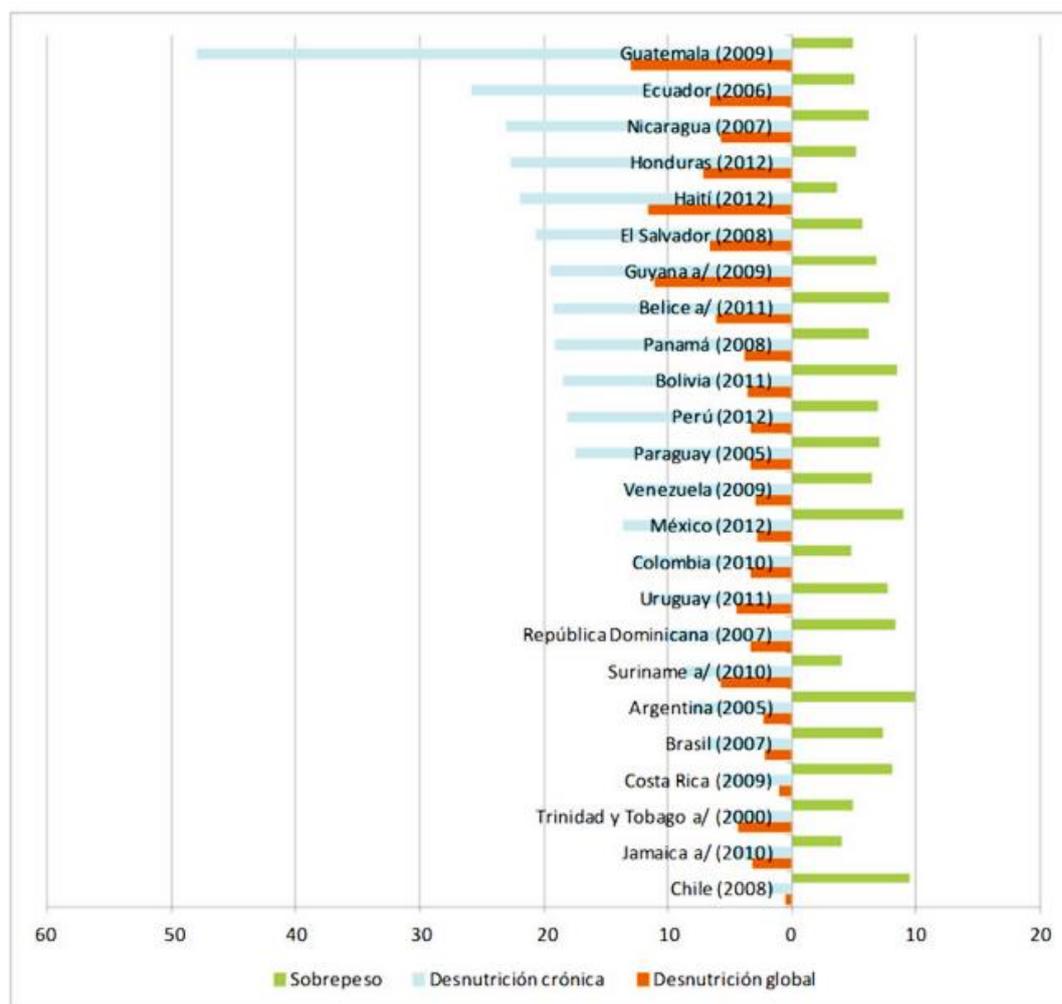
El primer ítem el de **Mejorar las condiciones de vida cotidianas** contenía varias propuestas, a saber:

Equidad desde el principio

A escala mundial, no menos de 200 millones de niños no se desarrollan plenamente. Ello tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias. En América Latina 1,5% de la población no cuenta con ingresos suficientes para cubrir sus requerimientos nutricionales mínimos, 8% sufre subnutrición, 13,3% de los menores de cinco años tiene desnutrición crónica y 3,7% sufre desnutrición global.

¹⁶La Organización mundial de la salud, junto con la Comisión Sobre Determinantes sociales de la salud presentaron un informe final a finales de agosto de 2008 llamado “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, disponible en PDF en su página web <http://www.who.int/publications/es/>. Retomamos los puntos que consideramos más importantes de dicho informe.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (24 PAÍSES): PREVALENCIAS DE DESNUTRICIÓN Y SOBREPESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGÚN PATRÓN OMS, 2004-2012



Fuente: CEPALSTAT, Global Health Observatory Data Repository e informes oficiales de los países

¿Qué son las inequidades sanitarias?

Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.

Entornos salubres para una población sana

El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestra posibilidad de tener una vida próspera. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano.

Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno

El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales.

Protección social a lo largo de la vida

Todo el mundo necesita protección social a lo largo de la vida: en la infancia, durante la vida laboral, y en la vejez. Esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo. Cuatro de cada cinco personas en el mundo carece de la protección básica que proporciona la seguridad social. Extender la protección social a toda la población, en los países y en el mundo, constituirá un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación.

Atención de salud universal

El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. Cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias. La Comisión pide:

El segundo de los puntos, ***Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*** mencionaba las estructuras y procesos sociales que determinan la inequidad en las condiciones de vida, ante lo cual la comisión solicitaba criterios de evaluación para la

actuación de los gobiernos, el cumplimiento de compromisos de ayuda mundial, que se refuerce el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud, que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género, que la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario se incluya en las cuentas nacionales, que se permita que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad sanitaria; y que las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados.

Por último el ítem de *Medición y análisis del problema* abordaba la importancia de disponer de sistemas de datos básicos y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, para poder utilizarlos en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces.

¿Qué es la atención primaria de la Salud?

Como se declaró en la Conferencia de Alma-Ata¹⁷: «La atención primaria de salud es una atención esencial de la salud sustentada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente válidos y socialmente aceptables que se ponen universalmente a disposición de las personas y de las familias en la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener en todas las etapas de su desarrollo en un espíritu de autovaloramiento y libre determinación». En el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* se profundizará más en esa definición.

¿En qué consiste la equidad sanitaria en el conjunto de las políticas?

Cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por

¹⁷ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta.

citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria.

La coherencia de las políticas es esencial (las políticas de los diversos ministerios y departamentos tienen que complementarse, en lugar de contradecirse mutuamente en materia de equidad sanitaria). Por ejemplo, la política comercial que fomenta activamente la producción, el comercio y el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares en detrimento de la fruta y las verduras está en contradicción con la política de salud.

Un ejemplo que reúne todos los componentes que destaca el modelo de determinantes y con el que se ha estado trabajando a nivel mundial es el de la obesidad. Supone cada vez más un auténtico problema de salud pública en los países con economías de transición, como ya es el caso en las naciones de ingresos altos.

Para prevenir la obesidad se requieren planteamientos que garanticen el abastecimiento sostenible de alimentos adecuados y nutritivos; un hábitat que propicie la ingesta de alimentos más sanos; actividad física, y un entorno familiar, docente y laboral que refuerce positivamente los modos de vida sanos. Pocas de esas medidas son del dominio o responsabilidad del sector de la salud. Se han registrado progresos positivos (por ejemplo con las prohibiciones de la publicidad de alimentos ricos en grasas, azúcares y sal en programas de televisión destinados a los niños). Sin embargo, para corregir las tendencias de la epidemia mundial de obesidad será necesario superar un importante obstáculo pendiente: lograr la participación de diversos sectores ajenos a la esfera de la salud tales como el comercio, la agricultura, el empleo y la enseñanza.

COMUNICACIÓN EN EL MODELO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

El modelo de determinantes de la salud se caracteriza por ser de autogestión comunitaria de perfil participativo. Es una perspectiva que busca fortalecer el rol de la población entendiendo que se encuentran inmersos en una estructura socioeconómica, cultural y ambiental como factores determinantes de la salud. Las herramientas que utiliza

son el diálogo y las capacitaciones para que la comunidad desarrolle la autogestión al momento de tomar decisiones para la búsqueda de soluciones.

El sujeto comienza a ser productor de sentido, pero no todos los sujetos producen sentido con igual peso e influencia sobre la población porque existen sujetos que crean condiciones, institucionales técnicas y profesionales para que un proceso comunicativo tenga lugar.

El rol de los promotores de salud como herramienta de comunicación nace de este concepto de sujetos productores de sentido, ya que son personas que por su rol social, y desde su campo de actuación, tiene la capacidad de readecuar mensajes, según circunstancias y propósitos, con credibilidad y legitimidad. Tienen público propio” reconocido socialmente y por ello son designados como tales.

4- EL CAMPO DE LA SALUD

Bourdieu define el campo como “todo sistema de relaciones sociales que funciona de acuerdo con una lógica que le es propia y que se debe tener en cuenta para explicar su evolución” (Bourdieu en Boschetti, 1990)¹⁸. El surgimiento de un campo específico es siempre histórico y en el devenir de su historia, el campo desarrolla leyes de funcionamiento propias, establece las posiciones de los agentes y las relaciones entre dichas posiciones.

Ya hemos mencionado a lo largo de este trabajo algunas características del campo de la salud y como se fue desarrollando históricamente, primero caracterizado por representaciones sociales hegemónicas centradas en la biología individual y el binomio salud/enfermedad, en detrimentos de otros aspectos sociales o del rol del individuo dentro de la sociedad, y el modelo comunitario al cual se intenta mutar.

¹⁸Boschetti, Anna (1990). Sartre y Les Temps Modernes. Ediciones Nueva Visión S. A. I. C. Buenos Ares.

Las características que adquiere el campo no son aisladas sino que surgen en un momento histórico que se lo ha permitido, en el auge del positivismo y el racionalismo, que surgen en la medicina como en otras ramas, también tiene que ver con un idealismo por la ciencia en un periodo donde su avance parece inminente. Es así que esto define lo propio de la lógica del campo y el papel que cumplen en él los agentes que actúan, por ello destacamos la figura del médico como agente de práctica, pero también del conocimiento. Actualmente los tres modelos de la salud que mencionamos anteriormente conviven (médico hegemónico, sanitarista y de los determinantes de la salud), sin embargo en el interior del campo de la salud se establecen conflictos por las luchas internas que significan el predominio y la imposición de uno sobre otro.

Los campos desarrollan leyes de funcionamiento propias, establecen las posiciones de los agentes y las relaciones entre dichas posiciones. El campo de la salud hace muchos años que se rige por una concepción hegemónica centrada en la biología individual por sobre los modelos que enfatizan el carácter social del fenómeno.

El médico, como agente que tiene una posición dentro de la estructura de una clase social y como intelectual, contribuye a la producción y reproducción de la lógica del campo y del sistema de relaciones, a través de instituciones legitimadores de sus actos. Existen conceptos que permanecen anclados a los espacios del campo de la salud y en los médicos. Forman parte de su habitus definidos como esquemas de pensamiento, acción y percepción, es decir dentro de un esquema corporativo. De acuerdo a Bourdieu la relación entre habitus y campo opera de dos maneras, es una relación de condicionamiento donde el campo estructura el habitus, y es una relación de conocimiento o construcción cognitiva porque el habitus contribuye a constituir el campo como un mundo significativo, dotado de sentido y valor.

Parte de la fracción dominada de la clase dominante, los intelectuales perciben sus vidas como sometidas, lo que lleva a algunos a identificarse con las clases dominadas. Pero la identificación es ilusoria; tienen poco en común con la clase trabajadora. Los intelectuales harían mejor en defender explícitamente sus propios intereses como los intereses de todos, es decir, como los intereses universales de la humanidad.

El habitus funciona por debajo del nivel de la consciencia y del discurso, más allá del alcance del examen introspectivo y del control voluntario¹⁹ por lo que el médico que incurre en aspectos biológicos individuales, es decir la salud/enfermedad como responsabilidad del individuo, también incurre en una contradicción porque el médico cumple un rol social relativa a los cuidados de la salud y lo que hace es desconocer ese rol, sólo reconoce el poder médico en relación a la medicación, lo apropia, lo que produce la efectividad de la dominación simbólica.

El concepto de dominación simbólica de Bourdieu se aleja del de hegemonía que propone Gramsci, y que toma Eduardo Luis Menéndez, el cual retomamos anteriormente para explicar la existencia de un “modelo médico hegemónico”, porque la hegemonía está basada en una conciencia de la dominación, un sentido práctico que es también consciente, mientras que la dominación simbólica radica en que los individuos toman por dado, precisamente porque se encuentra inmerso en él, el mundo en el que habitan, “porque forma un cuerpo con él, porque lo habita como si fuera una vestimenta” .

La existencia de dominación simbólica no quiere decir que no existan luchas en el campo de la salud, de hecho las hay en el interior del campo. Sin duda para ingresar a él hay que aceptar las reglas que rigen para evitar la conflictividad pero primero las instituciones educativas de formación profesional entran constantemente en tensión para imponer sus propias representaciones sobre la salud para poder legitimarse, y obtener prestigio dentro del campo académico. Luchan por la imposición de un capital simbólico, en forma de prestigio por sobre otras instituciones y la imposición de sus propias definiciones.

Esto repercute en la formación de los médicos que ya en el mismo momento que escogen una institución educativa por sobre la otra están eligiendo una definición de qué es la salud en la sociedad, pero además luchan por la adquisición de un capital cultural institucionalizado, cuya forma más evidente la constituyen los títulos y diplomas.

Sin embargo las reglas nunca se destruyen, sino que se producen tensiones por la redefinición de conceptos dentro del campo, que además está en interacción con otros campos que lo influyen como es en este caso el campo académico.

¹⁹ Bourdieu, Pierre. La distinción. Critique sociale du jugement. Penguin Random House Grupo Editorial España, 14 jul. 2016. Pág. 466.

Por otro lado, también internamente estos conflictos se dan dentro de las instituciones de salud, y entre la salud pública y la salud privada por ejemplo, donde conviven con diferentes intereses, por ejemplo entre la salud como un negocio y la salud como un derecho de los ciudadanos.

Por último la lucha también se da al exterior del campo ya que existen reglas dadas por leyes y mandatos nacionales e internacionales que deben respetar y que atentan intereses, pero también por el lugar que ocupan los individuos que acceden al sistema de salud, los consumidores, que por un lado reconocen el poder del médico y se subordinan a la medicación, pero que por otro lado poseen una visión crítica, tanto de los profesionales y su técnica como del sistema asistencial y del servicio que hacen uso. “Reinterpretan el esquema racionalizado, de acuerdo a sus intereses inmediatos y concepciones particulares y no legitiman totalmente el saber médico.

Su relación con la medicina oficial es siempre precaria, provisoria y conflictiva.” La medicina comunitaria nace de esta tensión, del descontento de la población con el tipo de atención: despersonalizada y fragmentada.

Programa de Promoción Comunitaria en Salud en Argentina

El Programa de Promotores Comunitarios en Salud de la provincia de Buenos Aires se creó en el año 2006 durante la gobernación de Felipe Solá en tiempos de la presidencia de Néstor Kirchner.

No es casual que haya sido en aquel año ya que una de las políticas de esa presidencia en el ámbito de la Salud en particular fue revalorizar fuertemente la figura, el trabajo y los postulados del doctor Ramón Carrillo. Y si bien no es el objetivo de este trabajo entrar en un análisis profundo sobre los gobiernos del Frente para la Victoria, sí es importante ubicarnos en tiempo histórico y político para entender en qué contexto surgen en el país los programas de Promotores Comunitarios en Salud.

A nivel mundial los dos hitos que impulsaron el desarrollo y crecimiento de las políticas de promoción comunitaria de la salud fueron, por un lado la carta de Ottawa²⁰ para la promoción de la Salud, documento elaborado en 1986 por la Organización Mundial de la Salud en el marco de la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud llevada a cabo ese año, y por otro la Declaración de Yakarta²¹ de 1997 sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.

Pero ese impulso a las políticas sanitarias comunitarias demoró en llegar a Argentina y los países de la región. La principal causa podemos encontrarla en que la mayoría de los países latinoamericanos durante los años 80 y 90 estaban en manos de gobiernos neoliberales como

²⁰ La **Carta de Ottawa** para la Promoción de la Salud es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en **Ottawa**, Canadá, en 1986.

²¹ Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, República de Indonesia. expone la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, en ella se confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países, además identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI

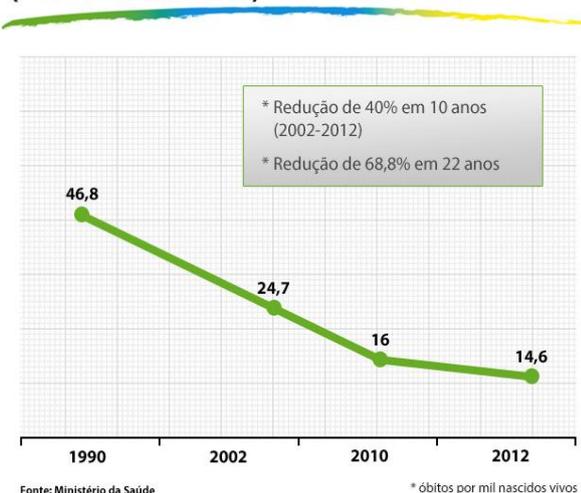
los de Carlos Menem y Fernando De la Rúa en Argentina, Alberto Fujimori en Perú, Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo en México, Fernando Collor de Melo y Enrique Fernando Cardoso en Brasil, los cuales estaban más preocupados en implementar las políticas económicas dictadas por el FMI, Banco Mundial y la Casa Blanca y conocidas como el Consenso de Washington y no estaba en su planes destinar recursos y tiempo a ninguna política de promoción comunitaria.

Sin embargo con el cambio de siglo muchas cosas empezaron a cambiar en Latinoamérica. En 1998 gana las elecciones en Venezuela el ex militar nacionalista Hugo Chávez Frías. En el 2002 y luego de años de lucha sindical y política, accede al poder en Brasil Lula Da Silva representante del Partido de los Trabajadores. En 2003 y luego de atravesar la catástrofe política y económica del 2001, en Argentina gana las elecciones Néstor Kirchner del Frente para la Victoria. Y finalmente en el 2005 triunfa en las elecciones en Bolivia el dirigente indígena y coccalero Evo Morales. Serán ellos cuatro los principales impulsores de un cambio político de enorme magnitud en la región. Es en este contexto político, social y económico en el que toman fuerza los Programas de Promoción de la Salud en toda la región y con grandes resultados.

²²En Brasil por ejemplo durante las presidencias de Lula Da Silva entre 2002 y 2010 los programas de promoción de la salud tomaron un gran impulso y uno de los resultados fue la reducción de la mortalidad infantil en un 40% para el período 2002-2012.

En Argentina mientras tanto en el período comprendido entre los años 2003-2012 bajo las presidencias de Néstor Kirchner primero, y Cristina Fernández de

Taxa de Mortalidade Infantil (menores de 1 ano)*



²² Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) Óbitos por mil nascidos vivos 1990-2012. Tomado de la página oficial del Ministerio de Salud de Brasil. <http://portalsaude.saude.gov.br/>

Kirchner después, la mortalidad infantil se redujo un 32,7%.

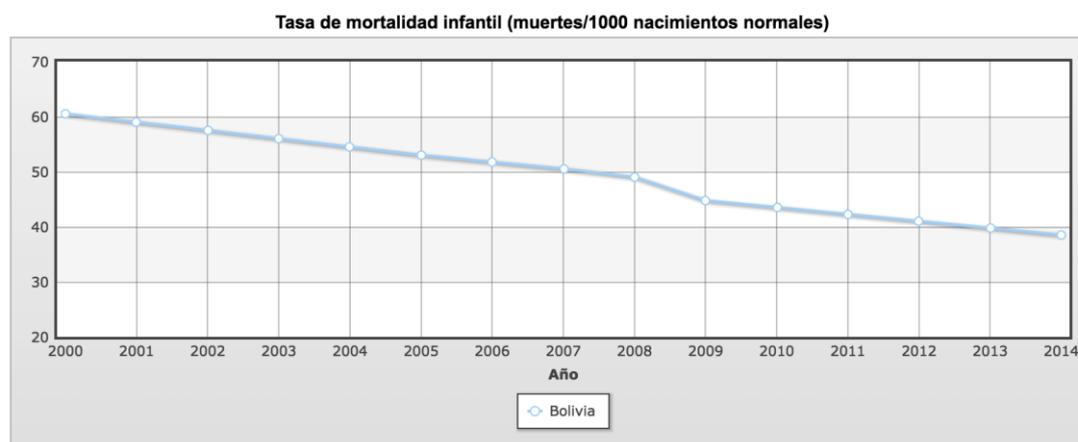
Tabla 10: Evolución de la Mortalidad Infantil -en números absolutos y tasa- y del número de nacidos vivos. Total País. República Argentina. Años 2003-2012:

| Año | Defunciones Infantiles | Nacidos vivos | Tasa de Mortalidad Infantil |
|-----------------------------|------------------------|---------------|-----------------------------|
| 2003 | 11.494 | 697.952 | 16,5‰ |
| 2004 | 10.576 | 736.261 | 14,4‰ |
| 2005 | 9.507 | 712.220 | 13,3‰ |
| 2006 | 8.986 | 696.451 | 12,9‰ |
| 2007 | 9.300 | 700.792 | 13,3‰ |
| 2008 | 9.341 | 746.460 | 12,5‰ |
| 2009 | 9.026 | 745.336 | 12,1‰ |
| 2010 | 8.961 | 756.176 | 11,9‰ |
| 2011 | 8.878 | 758.042 | 11,7‰ |
| 2012 | 8.227 | 738.318 | 11,1‰ |
| Variación porcentual | -28,4% | +5,8% | -32,7% |

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2012

23

En Bolivia por su parte la tasa de mortalidad infantil se redujo un 30% en el decenio 2004-2014.



| Country | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Bolivia | 60,44 | 58,98 | 57,52 | 56,05 | 54,58 | 53,11 | 51,77 | 50,43 | 49,09 | 44,66 | 43,41 | 42,16 | 40,94 | 39,76 | 38,61 |

24

²³Tabla Evolución de la mortalidad infantil años 2003-2012. Tomado de la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <http://www.msal.gov.ar/>

²⁴ Indexmundi.com. (2015). *Bolivia - Tasa de mortalidad infantil - Cuadros de Datos Históricos Anuales*. [online] Available at: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=bl&v=29&l=es> [Accessed 6 Nov. 2016].

Debido a las condiciones geopolíticas dominantes y a los resultados obtenidos, los programas de Promoción Comunitaria de la Salud se desarrollaron con mucha fuerza en la Argentina a partir de los primeros años del nuevo milenio. No solo a nivel nacional a través del Ministerio de Salud de la Nación sino también a nivel provincial y municipal.

Programa de Promoción Comunitaria en Salud de la provincia de Buenos Aires

El Programa de Promoción Comunitaria en Salud de la provincia de Buenos Aires se desarrolla dentro del Ministerio de Salud de la Provincia. Este Ministerio está compuesto por cuatro subsecretarías

1. La Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental y de las Adicciones
2. La Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas
3. La Subsecretaría de Administración y Gestión de los Recursos
4. La Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias.

Dentro de la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental y de las Adicciones se encuentra la Dirección Provincial de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y no violentos, en la cual se desarrolla el **Programa de Promotores Comunitarios en Salud**.

Según se informa en el sitio web de la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental y de las Adicciones, el Programa desarrolla e implementa la formación y capacitación de promotores comunitarios en salud, figuras de vital relevancia en la construcción de entornos saludables en las comunidades, que desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud (APS), entienden la importancia de la construcción de la Salud Pública desde y con la comunidad atendiendo a sus realidades específicas.

Además se aclara que el Programa se encuentra presente en todos los municipios que integran la provincia y articula con directores de regiones sanitarias, secretarios de salud municipales, intendentes y referentes de salud en todos los niveles.

No debemos perder de vista que la estrategia de APS conlleva a la reorientación del sistema de salud, la descentralización de las instituciones, la formación del personal sanitario en APS, la intersectorialidad, el desarrollo de un nuevo modelo de atención, la confluencia de las diferentes disciplinas, el desarrollo de la investigación local y la participación real de la comunidad en la elaboración, implementación y evaluación de las acciones de salud. Por ello la formación de Promotores Comunitarios en Salud se funda como uno de los objetivos en el camino de lograr la implementación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

El promover la participación comunitaria por parte del Estado genera un nuevo desafío que impactará fuertemente en el sistema de salud históricamente basado en un Modelo Médico Hegemónico al cual la mayoría de las disciplinas, y gran parte de la comunidad adhieren, consciente o inconscientemente. Este programa trabaja en la construcción de nuevos vínculos entre el estado (a través de sus sistemas de salud) y la sociedad, a través de sus organizaciones existentes o mediante estímulos a su organización.

Ese fortalecimiento apunta, en primer lugar a la formación, y a la legitimación de los promotores frente al equipo de salud y a la comunidad, en definitiva a la construcción de un rol dentro del equipo de salud.

Este programa lleva adelante las acciones de formación de Promotores Comunitarios en Salud, teniendo como objetivos principales las de:

- Reorientar al Sistema de Salud en cuanto a las necesidades de la población, participando activamente en la elaboración, planificación, implementación y evaluación de las acciones de salud.

- Aumentar la accesibilidad de la población al sistema de salud, colaborando con la disminución de las barreras del sistema.

- Garantizar la continuidad de la atención.

- Realizar actividades de promoción de la salud individual, grupal y comunitaria, trabajando sobre los hábitos, estilos y modos de vida saludables; con el objetivo de aumentar las competencias de las personas sobre su propia salud.

– Impactar sobre los propios promotores a través de la construcción conjunta del Rol con todas las implicancias que este tiene.

El Promotor comunitario en Salud

¿Qué es y qué actividades realiza un Promotor Comunitario en salud?

El promotor comunitario en salud es, ante todo, un promotor de la participación comunitaria en salud. La participación comunitaria en salud supone la obtención de información y el consecuente fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención.

Las tareas que desempeña son, la conformación de ámbitos de trabajo con actores sociales que tienen incidencia en las decisiones de la comunidad y el manejo de herramientas y habilidades para el trabajo dentro de ella. La promoción de políticas en salud planificadas desde la comunidad y la mejora en la accesibilidad a los servicios del sistema de salud y en la comprensión de su forma de funcionamiento. El mejoramiento de la articulación entre los actores involucrados y los distintos niveles gubernamentales y el fortalecimiento del trabajo en red. El incremento del compromiso de los diferentes actores sociales en el cuidado de su salud y la de su localidad.

Las/os Promotoras/es realizan actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud a través de acciones educativas en salud, contribuyen a la detección de la demanda oculta y a la especificación de la demanda espontánea, favoreciendo el acceso de la población a las acciones y servicios de salud, promoción social y protección de ciudadanía. La demanda oculta se vincula con aquella población que no realiza consultas médicas, la demanda espontánea remite a la población que ante dolencia o inquietud acude al centro de salud.

Las/os promotoras/es actúan en apoyo a las personas y los colectivos comunitarios, identificando las situaciones más comunes de riesgo en salud, participando en la orientación, acompañamiento y educación popular en salud, poniendo en acción conocimientos sobre prevención y solución de problemas relativos a la salud, movilizando prácticas de promoción de la vida en comunidad y de desarrollo de interacciones sociales. Las/os Promotoras/es como organizadores comunitarios son quienes conocen el barrio, a los vecinos y las necesidades de

cada lugar. Participan en operativos territoriales en lugares de acceso público y realizan visitas domiciliarias para la captación o seguimiento de pacientes.

¿Cómo se forma un Promotor Comunitario en salud?

Desde el Programa de Promoción Comunitaria en Salud se trabaja a partir del desarrollo de Escuelas de Promotores Comunitarios en Salud, allí el conocimiento en salud se construye partiendo de saberes, miradas y experiencias previas de los futuros promotores, para la reflexión sobre esos saberes.

Las temáticas que se trabajan en las Escuelas de Promotores son diversas. Se trabajan contenidos como derecho a la salud, reconstrucción de procesos históricos (locales y nacionales), rol del/la Promotor/a, planificación estratégica, epidemiología y comunicación comunitaria, salud infantil, salud del adulto, salud de la mujer, salud mental y salud bucal.



²⁵Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Página oficial de Promoción Comunitaria en Salud.
<http://msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos/521-programa-promocion-comunitaria>



EL BARRIO COMO ESCENARIO DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD

El Programa de Promoción Comunitaria en Salud trabaja para fortalecer a las organizaciones sociales y comunitarias y capacitar a los referentes territoriales en temas de salud. Sus estrategias apuntan a contribuir con la estrategia de Atención Primaria de la Salud a partir de la formación de promotores comunitarios y agentes sanitarios.



El promotor comunitario en salud es un referente territorial que tiene la competencia de generar participación y organización comunitaria y puede intervenir en el diseño e implementación de políticas públicas. Los promotores comunitarios realizan acciones de asistencia, prevención de enfermedades, promoción y gestión barrial de la salud.

ACCIONES EN LAS QUE TRABAJAMOS

- Desarrollo de Escuelas de Formación de Promotores Comunitarios en Salud que incluyen temas de salud integral y herramientas para la articulación y gestión con el sistema de salud local.
- Capacitaciones en salud para integrantes de organizaciones sociales y comunitarias con el objetivo de fortalecer la promoción de la salud, mejorar la accesibilidad y brindar información para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud.
- Fortalecimiento de actores sociales a través de la creación y apoyo a espacios de participación y organización comunitaria.



Si querés conocer más de nuestro programa, escribinos:
promocióncomunitariaensalud@gmail.com

Sumate a nuestra fan page en facebook

 [promoción comunitaria salud](#)

26

²⁶Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Página oficial de Promoción Comunitaria en Salud.
<http://msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos/521-programa-promocion-comunitaria>.

Estudio de caso: Programa de Promoción Comunitaria en Salud en Ezeiza

ALGUNOS DATOS SOBRE EZEIZA

La promoción en salud está fuertemente arraigada a las herramientas que se tienen en materia comunicacional e informacional que funcionan para la promoción y prevención pero también para educación y el fomento de hábitos saludables. Es un todo complejo difícil de abordar ya que no siempre se tienen en cuenta que se pueden llevar a cabo estrategias prediseñada para el logro de determinados objetivos en materia de comunicación y porque es difícil compaginar estos tres ámbitos, comunicación, educación y salud para que funcionen y sean eficaces a la hora de llevar a cabo un plan de promoción.

Elegimos el partido de Ezeiza como estudio de caso para conocer cómo se está abordando la promoción y prevención de la salud y el acercamiento a la población y que herramientas comunicacionales se están utilizando. No fue elegido al azar, ya que por un lado sabíamos que desde la Secretaría de Salud por el momento no existía un análisis sobre la temática, o por lo menos un documento que diera cuenta de ello. Por otro lado, desde nuestro punto de vista sabíamos que existía una estrategia comunicacional en pie mediante la utilización de los promotores de salud como divulgadores de distintas actividades pero no sabíamos si había conciencia del rol que ellos tenían y su relación con la comunicación, y en este sentido, si eran conscientes de que se pueden desarrollar diferentes estrategias de comunicación siendo que el promotor es la figura creada para ello, que puede ser aprovechado para la propagar, difundir, informar. Tampoco teníamos en claro si se había pensado espacios para que exista una interrelación entre el promotor y la población de tal manera que esta adquiriera protagonismo y pueda participar.

Pero también, elegimos un partido que se alejara de los modelos de salud asistencialistas y tomará en cuenta la corriente de los determinantes sociales de la salud, ya que pensamos que es un comienzo para comenzar a pensar otras problemáticas que rodean a la población, que deben ser tenidas en cuenta al momento de dirigirse a ella. Creemos que se hace imprescindible la delimitación del público al que se quiere llegar y el estudio de todas sus variables, de forma que el mensaje sea el adecuado y no suscite reacciones adversas.

Según la documentación que da cuenta del análisis de situación de Salud en el Municipio de Ezeiza (ASIS)²⁷, elaborado por el área de epidemiología de la Secretaría de Salud, se basan en el modelo del proceso salud-enfermedad-atención enmarcado en el movimiento sanitario denominado medicina social, paradigma que contempla los fenómenos sociales, los determinantes de la salud, los modos de reproducción social, la dimensión socio-cultural, histórica y política en la medicina.

El objetivo del ASIS es “es conocer y describir la situación de salud de la población del partido de Ezeiza en 2015 a través del análisis de sus características socio-económicas, demográficas, ambientales y de salud, así como también describir y analizar las respuestas dadas por los diferentes efectores de salud y el estado. Buscando detectar posibilidades de intervención que se traduzcan en la mejora de las condiciones de salud y vida de los habitantes del partido.” Esta documentación nos brinda un panorama clave de cómo se encuentra el municipio en materia de salud y como está distribuido el sistema de salud, pero además nos ayuda a entender cuál es la línea de pensamiento clave y porque se enmarcan en ella.

El ASIS propone, además de dar cuenta de la situación del municipio en materia de salud, poder visibilizar ciertas características que distinguen a Ezeiza de otros partidos del conurbano bonaerense. Extrajimos de dicho documento lo que nos pareció más relevante para nuestra investigación, que son características fundamentales a nivel socioeconómico que repercuten por un lado en el nivel educacional de la población, social y cultural.

²⁷ El análisis de situación de Salud en el Municipio de Ezeiza (ASIS) se encuentra disponible en la página web de ACUMAR (Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo) en versión PDF. <http://www.acumar.gov.ar/pagina/2778/analisis-situacion-de-salud-asis->

En principio el partido de Ezeiza, según el último censo del año 2010, posee una población de 163722 habitantes, de los cuales el 50,03% (81902) son varones y el restante 49,97% (81820) son mujeres. El partido cuenta con 49.236 hogares de los cuales el 93.87% (46.190) de las viviendas son aptas para ser habitadas (casas y departamentos) y el 6,13% (3.020) no lo son (casas con defectos de estructura, casilla, rancho, pieza en inquilinato, pieza en hotel familiar o pensión, local no construido para habitación y vivienda móvil). Hay que destacar que la mayoría de las viviendas son de calidad edilicia insuficiente en cuanto a los servicios. Poseen red pública de agua y desagüe cloacal sólo el 4,29% (1.787) de las viviendas. Las que disponen de agua de red pública y desagüe a pozo con cámara séptica son el 9,06% (3773) del total. El resto no posee ninguno de los servicios.

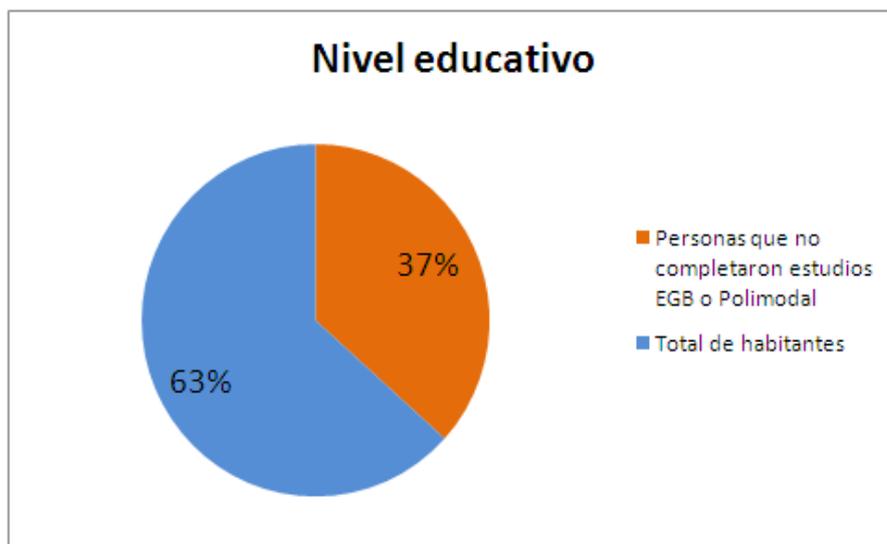


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INDEC, censo 2010.

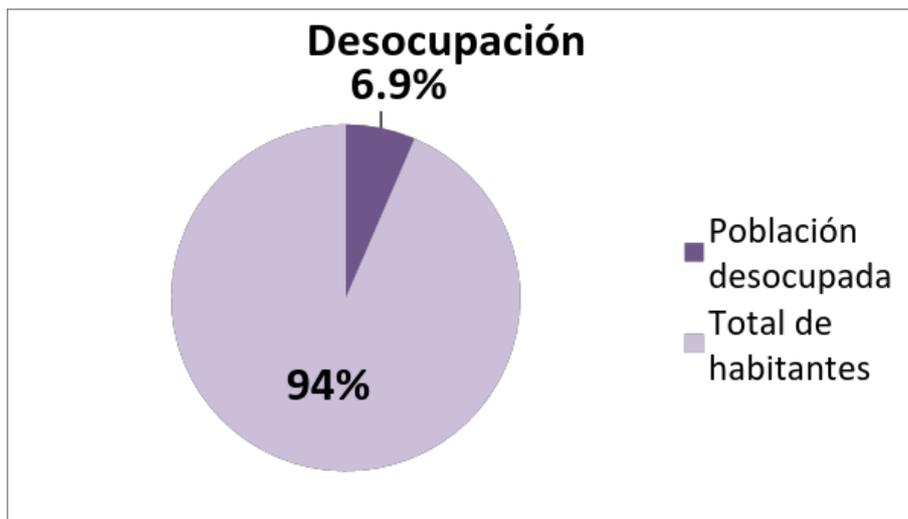


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INDEC, censo 2010.

Otro dato a destacar es que la mayoría de los habitantes de Ezeiza, 58% (81.521/140210), no completó sus estudios EGB o Polimodal, teniendo 6,9% de desocupación.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INDEC, censo 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INDEC, censo 2010.

Por último la Directora de Estadística de la Secretaría de Salud de Ezeiza, María Florencia Pérez, nos brindó un análisis de la cantidad de médicos por base sanitaria relacionada con la población proyectada en el área programática, donde se evidencia que la oferta es bastante heterogénea, desde 1,81 médicos cada 1000 habitantes hasta 18,08 médicos cada 1000 habitantes. Ambos extremos muestran una gran diferencia con la media nacional 3,88 médicos cada 1000 habitantes, esto un indicador de acceso a la salud.

Otro de los abordajes realizados evaluar el número de consultas por habitante por año, calculado para cada base sanitaria, para el hospital y para el conjunto de ambos. Al evaluar el total de consultas en todos los efectores y teniendo como población objetivo a toda la población de Ezeiza, arroja un promedio de 0,24 consultas por año. Este valor se encuentra más de 10 veces por debajo de la media nacional de 3,4 consultas por habitante por año y que otros valores internacionales que rondan entre 3 y 4 consultas anuales.

Con el fin de evaluar si existe algún nivel de subregistro, se procedió a comparar el número de consultas informadas para el período de marzo a agosto del presente año, tomando como ejemplo dos bases sanitarias 1 y 7. Solo fueron informados al registro provincial menos del 20% de la atención que efectivamente se brindó, por lo tanto podemos decir que la estadística de consultas todavía es sesgado.

Por otro lado, para tener un panorama de los medios de comunicación de Ezeiza, realizamos una lista de los mismos divididos por el tipo de soporte que utilizan.

| MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EZEIZA | |
|---|--------------------------------|
| DIARIOS | |
| LA PALABRA | |
| DIARIO DIGITAL | |
| LA 205 | |
| REVISTAS | |
| EZEIZA HOY | |
| EMISORAS DE RADIO | |
| AM | RADIO EMANUEL AM 1600- |
| | RADIO CLARIDAD AM 1080- |
| | EBENEZER AM 1570 |
| FM | RADIO UNIÓN 89.5 |
| | RADIO ABROJOS 92.5-escuela 502 |
| | RADIO LUZ 91.7- |
| | RADIO SER 89.7- |
| | RADIO CANNING 96.5 |
| | FM SUR 94.1 |

Existen un diario que se emite en papel, un diario digital, una revista y 9 radios, de las cuales 5 son radios religiosas, entre ellas Radio Ebenezer, Radio Luz, Radio Ser, Radio Emanuel y Radio Claridad, una pertenece a la Escuela Especial n° 502 (Radio Abrojos) y 3 son por localidad, por un lado Radio Unión que corresponde a la ciudad de La Unión, Radio Canning

que se vincula con la ciudad de Canning la zona más pudiente de Ezeiza, y Radio Sur que cubre la zona sur de Ezeiza conformada mayormente por la localidad de Carlos Spegazzini.

ENTREVISTA AL REFERENTE DEL PROGRAMA PROMOTORES DE SALUD DE EZEIZA

El programa de Promoción Comunitaria en Salud comenzó a funcionar en Ezeiza en el año 2004. Entrevistamos al referente de dicho programa en el municipio, Ariel Szathmary, quien nos brindó un panorama de la situación actual y del surgimiento de los comunitarios en la zona.

Nos contó que es un programa que depende directamente del Ministerio de Salud de la Nación y cuyo funcionamiento depende del Banco interamericano de Desarrollo. La idea era poder colaborar con la población más vulnerable en los municipios, brindar un apoyo, por lo que al principio se tomaban cualquier persona, profesionales y no profesionales, con el fin de que colaborarán, luego con el tiempo se consideró hacer una selección más profunda en vista de las necesidades que existían, especialmente al momento de elegir las profesiones, a fin de que pudieran suplir la demanda. Actualmente bajo la promoción comunitaria se encuentran los médicos comunitarios que son profesionales de la salud y los promotores de salud, que no necesariamente tienen que poseer algún título pero sí realizar un curso.

Existe un cupo preexistente de contratación, que siempre se respetó, actualmente trabajan 66 personas, entre promotores y médicos comunitarios. El personal se divide en cortes. Se realiza un curso de medicina comunitaria que dura 2 años para los profesionales y un año para los no profesionales. Cuando terminan el curso, los municipios asignan a los egresados un cargo, pero se sigue haciendo cargo del pago de sus haberes el Ministerio de Salud de la Nación, entonces lo que comienza como una “beca de capacitación en servicio” durante el plazo que realizan los cursos, luego termina en un contrato de locación de obra, es decir como monotributistas.

Lo nombrado por el referente del programa en el Municipio no es un hecho menor, ya que habla de un tipo de contratación precaria, es decir que es un contrato eventual que no asegura estabilidad dentro del municipio, por lo que nos explica que se producen bajas

constantes dentro del personal que provocan que se den siempre nuevas altas, y en consecuencia un cambio constante del mismo.

Hay que aclarar que en el municipio de Ezeiza continúan con la misma línea política de trabajo hace muchos años, el actual intendente sigue siendo Alejandro Granados, por lo que no se han suscitados cambios de personal a nivel municipal y el cambio de gobierno de Cristina Kirchner a el actual presidente Mauricio Macri no modificó la autoridades ni los trabajadores, como sí sucedió en el programa a nivel Nacional.

Ariel Szathmary nos explica que el rol del promotor en Ezeiza es ser el nexo entre la población y el médico, la población y la unidad sanitaria. Tienen que tener un contacto semanal con las unidades sanitarias y con el equipo de comunitarios que trabaja.

En Ezeiza por un lado hay médicos, enfermeros, psicólogos, obstetras, ginecólogos, que pertenecen al programa de médicos comunitarios y que trabajan en conjunto con los promotores de salud, los médicos se dedican solo a hacer consultorio, mientras que los promotores recorren los barrios y toman indicaciones de los profesionales. Ambos abordan las mismas instancias a tratar, “las problemáticas son en función de los intereses del gobierno provincial, del gobierno nacional y de las necesidades que haya. En este momento lo más importante es la salud materno-infantil y estamos enfocados en eso. (Igualmente, hay que tener en cuenta que) eso es un hilo conductor que tenemos ahora, pero al mismo tiempo surgen otro tipo de situaciones en las unidades sanitarias que no tienen que ver con la salud materno-infantil que son igualmente importantes. Por ejemplo: un promotor puede ir y rastrear toda una zona buscando embarazadas y el mismo promotor puede ser llamado de la unidad sanitaria para decirle que hay, no sé, un chico en un colegio que hace una semana que no va y que se sospecha maltrato, si puede investigarlo” nos dice el referente del programa.

Esto es interesante porque una persona pasa por ambas etapas del programa, por un lado es atendida por el médico, por otra se realiza un seguimiento de esa persona con los promotores, entendiendo que se intenta encontrar una solución tanto por dentro como por fuera de la institución municipal.

Cuando se consultó sobre las propuestas que tenían en comunicación, en sintonía con lo que queríamos averiguar, qué es la forma de abordar la población en el momento que salen a

campo, nos contestó: “Lo que pasa es que los promotores, en Ezeiza, son la cara visible, la personificación de las propuestas del sistema de salud. Porque se pueden hacer campañas de difusión en radio, televisión, pegar afiches en los clubes-iglesias-colegios, pero eso siempre va acompañado con una persona que en este caso son los promotores”. Luego se le preguntó qué herramientas utilizan para esto, “como primer herramienta tienen un curso de un año que hicieron para poder ser promotores. Eso, con el tiempo obviamente, siempre se desvirtúa frente a las distintas propuestas de las problemáticas que van surgiendo. Pero hay una capacitación previa para no largarse solos, obviamente... Tenemos los casos de cuando se hizo capacitación para vacuna, HIV, la semana de la diabetes... Primero se hace una charla, se entregan panfletos que los chicos luego estudian y se preparan para las preguntas que puedan tener en la lección.”

Podemos ver que los recursos que nombra el referente son únicamente algún tipo de cartelera o folletería y la presencia de los promotores, esto quiere decir que la acción no está mediatizada, no utilizan ningún medio de comunicación masivo como la televisión, la radio o la prensa gráfica, lo cual quiere decir que el alcance de la acción es limitado, no es masivo sino que está enfocado solo al barrio. Parece escapar a los tiempos que corren, pero esto tiene una razón de ser, y es que se trabaja con una población que posee necesidades particulares, por lo tanto allí se realiza un recorte de esa población para abordarla o incluso más, se trabaja con casos particulares dependiendo la gravedad del mismo. La comunicación cara a cara o el acercamiento individual a la casa o a la persona parece ser la forma que se encontró de mantener un seguimiento del paciente.

Además de la cuestión de la mediatización y el acercamiento se consultó si considera que hay otras formas de fomentar la participación de la población en conjunto con los promotores. La respuesta del referente, creemos que es de gran importancia, porque no hace énfasis en la participación grupal, es decir la conformación de actividades grupales para el trabajo con la comunidad, que es lo que francamente esperamos que contestara, al contrario, esta fue su opinión: “Yo creo que nosotros estamos muy lejos de la participación comunitaria. Estamos muy bien con el tema de los promotores que tenemos, del equipo de salud que tenemos, pero **estamos lejos de la participación comunitaria. A la gente de la comunidad le cuesta mucho integrarse a lo que es el sistema de salud y ser cómplice y partícipe de ese sistema de salud. Es muy difícil eso.**”

Ariel Szathmary está marcando que existen barreras, no con el sistema de salud en general sino con la gente en relación a ese sistema. En este punto es importante retomar lo que abordamos sobre la teoría de Bourdieu y el campo de la salud.

Ya habíamos explicado que debido a las características del mismo, que históricamente estuvo dominado simbólicamente por una lógica racionalista y biologicista individual, era muy difícil que por un lado los profesionales médicos puedan ser permeables a nuevos conceptos como por ejemplo el de la medicina comunitaria, que a su vez entra en conflicto con la estructura del propio campo, porque implica que el profesional aborde la medicina de otra manera, colectivamente. Vamos a abordar estos dos puntos por separado.

Por un lado, la medicina comunitaria propone que el médico debe ser un promotor más de la salud, lo que implica que, como todo promotor de salud, debe abandonar su lugar en el consultorio y salir a territorio, es decir a realizar promoción y prevención a otros ámbitos como escuelas, clubes, plazas y otras instituciones que no forman parte específicamente del campo de la salud, o por lo menos así lo establece el programa de promotores de salud a nivel nacional. Vemos que en Ezeiza esto no está sucediendo los profesionales se quedan en el consultorio y los no profesionales salen al barrio, lo cual implica la primera jerarquización, el médico como especialista solo está para recibir la consulta, no para exponerse al exterior de la institución que lo avala.

Entonces si el problema está en que la población no participa en el sistema de salud, ¿Qué hacen los programas para que los médicos puedan insertarse en la comunidad? Por el momento podríamos concluir que las tácticas y estrategias no han cambiado, se sigue manteniendo el modelo médico hegemónico. Existe una intención política de cambio, pero continúa la lógica de comunicación en la que el paciente para tener contacto con el médico debe acercarse a él. Ambas partes no llegan a relacionarse ni compartir aunque sea vagamente un mismo sistema de significaciones, sino que la población más que sentirse representada y contenida, acude por necesidad.

No existe forma de que el médico se comunique con la población si no es por intermediarios, que es la institución y agentes que forman parte de la misma, en este caso los promotores de salud. Tampoco estos intermediarios cumplen el mismo rol, ni tienen el mismo

capital simbólico, prestigio y legitimación de su saber. Nadie es portador del saber cómo el médico. que vive el individuo y pueden repercutir como causas de enfermedad.

Sabemos que en las condiciones en las que se encuentra el sistema de salud, esto llega a ser un ideal, porque por un lado las personas que acceden al servicio público de atención se encuentran con que deben concurrir al lugar que reúna todos los elementos que pueda suplir su necesidad, que cuente con la especialidad, los equipos, los insumos, el personal médico, teniendo que viajar para lograr acceder a ello, sin poder elegir. Esto sucede por ejemplo en los lugares donde el segundo nivel de atención tiene el servicio necesario y como consecuencia las personas deben atenderse a otra zona.

Preguntamos a Ariel Szathmary si en algún momento llegaron a realizar algún tipo de actividad grupal con la gente, y nos contestó que sí, pero que “siempre se mezcla con la política y ahí es donde se ensucia”. Nos contó la siguiente experiencia:

“Hace muchos años habíamos hecho un trabajo. La propuesta era: qué hacíamos con los chicos fuera del horario escolar. Entonces habíamos hecho una encuesta (bajo el contexto de) que, como no existía la computación o bien no había la accesibilidad a Internet que hay ahora, había muchos chicos en la calle –con todo lo que eso implicaba: riesgo social, droga, alcohol, accidentes de tránsito-. Era una época en la que había tramos de tierra en la ruta, no teníamos semáforos, era muy común escuchar todos los días accidentes de vía pública cuando no había tantas unidades sanitarias. Entonces dijimos: “¿cuáles son las personas que están más expuestas a todo esto?”. Y obviamente eran los chicos. Entonces nos juntamos al lado de la antigua base 3 (que es donde ahora está la QUNITA 1), atrás del hospital: allí había una iglesia. La cuestión es que habíamos propuesto hacer un campo de deportes ahí (en la iglesia) para incluir a todos esos chicos del barrio, porque Comunitarios se maneja con área programática; entonces respetamos solamente el área programática de la Unidad Sanitaria. Al principio nos fue muy bien, después ellos quisieron, no apoderarse del proyecto, pero sí sacar algún tipo de beneficio económico de ese proyecto y ahí es donde se empezó a destruir todo. En general, son todos proyectos que no son pagos”.

Entre las innumerables barreras que existen en la atención sanitaria, damos cuenta que la aplicación de políticas externas contrarias a la organización del propio programa es una de

ellas. Incluso lo que menciona Ariel Szathmary, intentar cobrar una actividad que se pensó gratuita para grupos vulnerables, es una medida que terminó generando retroceso en un plan que marchaba bien.

Pero este no es el único ejemplo que podemos ver sobre políticas que atentan sobre el planeamiento estratégico, también son barreras la imposibilidad de contar con el personal necesario, o con recursos.

Estas problemáticas se intentan suplir en la actualidad coordinando con otras instituciones y espacios donde la población participa, el referente nos dice que "...siempre hubieron instituciones barriales (y ahora cada vez hay más). Instituciones independientes: los comederos, la gente que se encarga de repartir la leche en otros planes que bajan de provincia o nación, todos esos actores tienen acceso a las Unidades Sanitarias como tienen acceso a la población funcional también como nexos. Existe todavía esa figura como de **manzanera** que es la que reparte, la que se encarga. Los profesores de las escuelas, las maestras, la gente de las escuelas de discapacidad, del aeropuerto, que no tienen nada que ver con el municipio y que están en contacto directo con salud permanente porque son gente que se la pasa delirando en casos que encuentran. O sea que el promotor es importante. **Pero el compromiso de la población es más importante todavía.**". En general, los clubes de barrio trabajan con nosotros. Después, los centros de adicciones también; la gente de la Paloma también. Todos los comederos."

Podemos ver que Ariel Szathmary nos dice que a la población en general le cuesta que tengan una actitud participativa en el sistema de salud, pero a las instituciones no. Es importante el rol que cumplen las diferentes entidades barriales como nexo entre las unidades sanitarias y la población, ya que lo hacen es integrar de la población indirectamente. De hecho vemos que él nombra centros para adicciones, para personas con discapacidad, comedores, entre otros, los cuales están cubriendo la demanda de la población que el municipio no ha podido cubrir, y la manera que encontró para por lo menos acercarse a esas demandas fue articular con las asociaciones barriales. A nuestro parecer también se trata de, por lo menos, un primer paso importante en el proceso de organización y definición de objetivos comunes, la unificación de criterios en cuanto a las necesidades de la comunidad.

El rol de las asociaciones barriales es el de ser también promotores de salud ya que están conformados por figuras visibles en el barrio capaces de proveer información sobre las temáticas que se interesan establecer, además de tener acceso a actividades ya instaladas, aptas para que las personas concurran .

Pero además, pensando el lugar que ocupa el Estado en relación a las instituciones, son una herramienta para la producción y transmisión de las formas simbólicas que este intenta imponer, es decir que es un medio eficaz para la emisión de símbolos que refuerzan los sentimientos de pertenencia a una comunidad y permiten, en consecuencia, la creación de valores en la comunidad.

El problema es que por un lado las entidades barriales se estarían haciendo cargo del rol del Estado, cuando la idea es que el sistema de salud estatal pueda implementar programas para institucionalizar las prácticas comunitarias en paralelo. Por otro lado la mayoría de estos organismos, especialmente las escuelas, iglesias, clubes de fomento, tienen otros objetivos concretos, por lo que la incorporación de las distintas actividades de promoción y prevención se realizan ocasionalmente y el manejo del mensaje por parte de las diferentes personas que cumplen el rol de la promoción, por ejemplo los maestros, no es exacto sino de segunda mano, no son especialistas en todas las temáticas, necesitan un seguimiento y capacitación constante y apoyo directo de la Secretaría de Salud.

Por otro lado hay actividades que son organizadas por la Secretaría, que no son específicas de comunitarios y que son campañas puntuales, por ejemplo “...cuando fue el tema del HIV o de la semana de la diabetes que se han hecho campañas. Hace dos años atrás que esta Amilia Blanca, la diabetóloga del sistema, que programaba una semana de caminatas, tomaban la presión y toda una movida muy importante. Lo que sí hicimos mucho fue salir a los colegios, charlas de prevención en las escuelas, que todavía se hacen.” Estas actividades, afirma el referente, han tenido bastante éxito y por eso se realizan anualmente “en general la gente se engancha bastante porque es raro que los médicos o los odontólogos vayan a la escuela a dar una charla, no es común. Pero la gente se engancha y es bueno porque uno recibe en esas charlas las propuestas y también las quejas que te ayudan a cambiar y ver en qué lugar estás parado.”

Entonces repasando, sí se han implementado actividades para la promoción y prevención de la salud pero han sido, o por intermedio de instituciones externas al municipio, o realizando campañas eventuales. Reside la incapacidad de poder mantener acciones continuas con finalidades concretas.

Terminada la entrevista con el referente del Programa de comunitarios de Ezeiza, él mismo concluye que sería positivo salir a trabajar por fuera de los consultorios a los barrios “...estamos acostumbrados a trabajar del lado de adentro, **no estamos acostumbrados a salir a la población.**”

Consultamos si tenían algún tipo de encuesta de opinión sobre el sistema de salud del municipio y me contestó que no, que se basan en las estadísticas de las personas que asisten a la Unidad Sanitaria, por lo que él mismo indicó que era una información sesgada.

Sin embargo, a pesar del desconocimiento de algunas características básicas de la población, por fuera de las estadísticas que solo indican el nivel sociodemográfico. Ariel Szathmary nos dijo que hay formas de llegar a la gente “Lo que pasa es que la llegada a la población también depende de la buena voluntad que le ponga la gente que está encarando el proyecto y la gente que participa del mismo. Porque no solamente necesitas las ideas, necesitas la población, la gráfica, un material humano y un recurso económico para mantenerlo. “

La ausencia de recursos y de una encuesta que permita conocer la opinión de los habitantes sobre el sistema de salud no es un tema menor, especialmente porque según nos indicó Ariel Szathmary, la comunicación con el Ministerio de Salud de la Nación no es fluida, por lo que las demandas no llegan en tiempo y forma y el material que les proveen tampoco se adapta a las características poblacionales, “...Nación cuando mandan propaganda. Son generales, ni siquiera sé si son adaptables a la población. Porque la información es tan general y tratan de implementar un solo tipo de información, y la gente que vive en Jujuy o Purmamarca y el que vive en el centro de Lomas o en el centro de Ezeiza que tienen otra identidad completamente distinta.” Esto sucede porque evidentemente no se conocen aspectos subjetivos como la cosmovisión, los gustos, las afinidades y creencias de la población.

Finalmente destacó que independientemente de estas dificultades “Siempre la llegada del promotor a la población es positiva. Si el promotor sale y de todo lo que tiene que hacer encuentra una sola cosa, o puede resolver una sola situación, ya con eso estamos contentos.”

Los puntos más importantes que se desarrollaron en la entrevista son:

- los promotores salen a territorio y son la cara visible ante la comunidad pero no tienen el apoyo médico en territorio
- hay ausencia de actividades continuas con la población
- hay ausencia de algunos recursos adaptado a la población y a la actividad que se realizará. Tampoco tienen acceso a medios de comunicación masivos.
- No existe una encuesta de opinión pública que permita conocer cuál es la percepción de la población sobre la atención en las unidades sanitarias, o cuáles son las afinidades de la misma.
- Existe la presencia de políticas por parte del municipio contradictorias a las políticas sanitarias planificadas por la Secretaría de salud

ENTREVISTA AL EQUIPO DE PROMOTORES DE SALUD DE EZEIZA

Decidimos, para completar nuestros conocimientos sobre las actividades que realiza el Programa, dialogar con los Promotores de Salud, quienes tienen contacto diario con la población.

Hablamos con Mariana Mendoza, Débora Da Silva, Graciela Sorio, Lorena Álvarez, José Correa y Leandro Ibarra, ellos realizaron el curso de Promotores de salud en el 2010, y accedieron a él por distintas razones, por haber dejado el currículum en la Secretaría, o porque se enteraron por otra persona que necesitaban gente. Pero trabajaban y de hecho trabajan actualmente también por fuera del municipio ya que el programa no les garantiza una situación contractual acorde para ser el único sustento, sino que la modalidad es part-time “...estaban

necesitando una persona y cuando deja los currículums yo estaba trabajando, entonces me dicen que era una actividad que podía hacer paralela al trabajo, que se puede acomodar los horarios y bueno, así empezamos.”

Cada promotor de Salud está afectado a dos bases de distintas zonas, y a actividades determinadas. Pero la asignación de los trabajos es por área programática planificada de acuerdo a las actividades que surgen, es decir podemos observar, los promotores no son necesariamente del barrio donde trabajan, pueden estar afectados a cualquier barrio de acuerdo al área programática que les toque dentro de Ezeiza. Se supone que en teoría y de acuerdo a lo que estipulaba el programa²⁸ se debería convocar a los promotores cuyas áreas son más cercanas, sin embargo esto varía porque la cantidad de personal con el que se cuenta no alcanza para cubrir todas las áreas en simultáneo, por ello se va a adaptando.

En cuanto a las actividades, en el momento en que se realizó la entrevista, los promotores estaban trabajando, por un lado en la captación de embarazadas de riesgo que necesitan un control y seguimiento, buscándolas casa por casa y consiguiendo un turno con la obstetra, y por otro lado en la captación de pacientes detectados con tuberculosis. Surgió la necesidad de preguntar quién es el nexo entre los pacientes, es decir como saben a qué pacientes buscar, quien es la fuente de esta información, y contestaron siempre el médico interviene, aunque la coordinadora de la base sanitaria también puede llegar a ser un nexo.

En este punto tenemos que hacer una pausa para aclarar la función de la coordinadora de cada base. Además de trabajar en distintas tareas administrativas y logísticas dentro de las unidades sanitarias, la coordinadora ocupa un puesto político, es una figura visible en el barrio que se identifica con el partido político vigente y que además participa activamente de las actividades relacionadas con las actividades de índole social, actividades partidarias, barriales, actos municipales, entre otras cosas. Por lo general tienen estudios básicos, pero poseen experiencia como trabajadoras municipales.

²⁸En apartados anteriores describimos las características del Programa de Promoción comunitaria una de ellas era: “Las/os Promotoras/es como organizadores comunitarios son quienes conocen el barrio, a los vecinos y las necesidades de cada lugar”.

Por el rol que cumple la coordinadora, nos pareció interesante saber si existía una relación fluida entre ella y los promotores, nos respondieron que sí, “Por ahí a nosotros nos ayuda con las historias para documentar la devolución de la visita o de repente si no lo ubicamos ahí ellas las tienen...en mi caso, con Sandra ella tiene muy buena memoria y te sabe decir si esa persona está yendo o no. Bueno, ella sabe y conoce más, entonces es más fácil detallar la información.”.

Parece que la coordinadora termina siendo una herramienta nexo para acercarse a los datos del paciente, incluso a la par del médico. “A mí me pasó con nutrición por ejemplo, que la coordinadora fue el nexo entre la nutricionista y yo, entonces por medio de ella mandamos mensaje y bueno, pudimos localizar al paciente que estábamos buscando. Por lo general es ella, pero no sé si en todos los casos es igual.” Especialmente cuando tienen que captar gente en los hogares, ya que las coordinadoras son personas que conocen el barrio, funcionan como promotoras de salud.

Consultamos, para contrastar con la información que nos aportó el referente Ariel Szathmary, si alguna vez habían trabajado de alguna manera diferente a la de “casa por casa”. Respondieron:

VM: No. Ha habido campañas que capaz quedan más lejos.

VF: A veces íbamos a un barrio X con los promotores y avisamos a la comunidad que estaba el hospital móvil.

Afirmando lo que su referente nos explicó, las actividades grupales son muy pocas y suelen ser en el marco de campañas esporádicas. Por lo que lo identificamos con falencia ya que las actividades que han realizado grupales fueron intramuros, es decir por dentro de la institución, en las salitas.

VF: Igual en la salita lo que fue hasta el año pasado con el grupo de comunitarios de la unidad sanitaria 5 se hacían charlas en la sala de espera, porque por ejemplo cuando era lo de la gripe en el invierno se hacía la charla de los temas de los cuidados de la gripe y por ahí en las salitas de colores se hacían talleres con los nenes para fin de año.

LI: Los chicos estaban jugando y hablábamos con los padres acerca de las actividades

Sólo mencionaron una actividad realizada en un jardín de infantes:

VF: Habíamos ido a un jardín una vez, uno que está a la vuelta de la salita y se hizo una charla con los papás y las docentes. Era para los cuidados del niño; o sea, la necesidad de llevar una actividad no sólo cuando están enfermos sino también con los niños sanos. Se trató el tema de la alimentación saludable, los padres hicieron consultas...

Destacan como importante llevar a cabo actividades grupales, pero con el acompañamiento de un profesional, lo cual es llamativo ya que cuando salen a terreno, es decir casa por casa, no siempre se encuentran acompañados por los médicos.

J: En ese caso la charla la tendría que dar un profesional.

VF: Acompañarlos sí. Brindar información a la gente, eso sí lo podemos hacer. Estaría bueno resolver sobre lo que nos indican como necesidades

VM: Ellos te dicen qué les gustaría que se desarrolle. Estaría bueno que la devolución sea esa.

VF: Porque si no ves respuesta, tenés que volver a ir.

VM: Si se presenta ese proyecto y no se cumple o el mismo club te vuelve a llamar y te dice “en qué quedó?”

VF: En el caso de la base 12, son todos vecinos de ahí y uno tiene una familiaridad y quiere cumplir con las expectativas de lo que te piden.

Podemos observar que las distintas instituciones barriales, de acuerdo a lo que ellos comentan, se demanda la presencia de las actividades que realizan en la Secretaría.

Sin embargo la formación que llevan a cabo en el curso de promotores no explica cómo actuar en terreno siendo que son barrios en situaciones sociales de vulnerabilidad. Sólo se explican las actividades y algunas estrategias de abordaje. Tampoco se otorgan pautas para abordar trabajos grupales, explican que eso “se va aprendiendo con la experiencia”.

VF: El taller que se hizo hace poco, si bien ahí aprendías como estrategias cómo captar la atención. Los talleres que se hicieron ayudan porque te dicen algo que se puede llevar a cabo

y te dan las herramientas para poder llevarlo a otros lugares. Si bien nosotros en la salita hace dos años hicimos una charla con una cooperativa que fue en el centro cultural de Ezeiza, esa fue la única salida afuera que tuvimos con la obstetra y enfermeros y por medio de ellos se pudo dar una charla. Pero quizás dieron pie a estas herramientas de otra manera, de forma más didáctica.

Retomando el trabajo casa a casa, preguntamos cuáles eran las principales dificultades que tenían, por un lado el primero que se menciona es la **identificación**, ellos tienen carteles y pecheras para que la gente sepa que provienen de la Secretaría de Salud. Pero nos sorprendió que una de las promotoras nos dijera que prefería usar casaca (ambo), vestimenta utilizada por el personal médico y enfermero, sin embargo para ello así los identificaría con todo el sistema de salud.

VM: Yo por ejemplo me manejo con mi vehículo y a veces sospecho que la gente descrea porque ve al de la camioneta que no dice nada del municipio. Y capaz que del que va caminando no pensarían eso.

E: Habría que ver si el nivel de confianza tiene que ver con...

VF: Por más que te bajes con la credencial...

VF: Para mí lo fundamental es la casaca... porque ya te ven relacionado a la salud...

E: En el caso hipotético de que salieran con ambo... ¿ustedes ya salieron con ambo?

VF: No, con la casaca.

E: Si salieran con un ambo o con una casaca nuevamente y pase esto, creen que por ahí pudiese llegar a pasar algo de si te dicen.. “bueno, yo no soy médico”?

VM: El color es fundamental.

VF: Si vas con azul, piensan que le vas a cobrar los impuestos

VF: A mí me pasó varias veces de que te confundan y te digan “y por qué no vas a decirle al intendente que arregle la calle tal o la luz tal”...

El ambo surge para por un lado mantener la sanidad ante el contacto físico, en el cual el paciente está totalmente expuesto, ya que el médico es quien tiene acceso a las distintas partes del cuerpo del individuo.

Esto nos permite pensar la predominancia de signos dentro del campo de la salud por sobre otros, en relación a la disputa de poder interno que se da que produce la existencia de determinadas desigualdades, y que permite que nuestros entrevistados deseen hacer uso de esos signos para ser identificados como actores válidos, o porque no estarían también habilitados para hacerlo, por la existencia de ya sea capitales que los inhabilitan o la capacidad social de permitir la existencia de otros signos paralelos.

Los entrevistados también nos contaron que las personas que atienden en sus casas, una vez identificado que los promotores efectivamente pertenecen al sistema de salud, vuelcan sus demandas, que no siempre van de la mano con el objetivo de los promotores, lo que ellos presentaron como un “mal acostumbramiento” de la población.

VF: En un domicilio fui y me preguntaron si era obstetra.

LI: A veces se sorprenden, se asustan. Yo noto que a veces, en lo que es la promoción, se mal acostumbran. Hay veces que vas 3 veces a una casa.

VF: Yo lo que necesitaría es que haya turnos. A veces se aprovechan, aunque no sea en todos los casos.

E: ¿Ves como una ventaja que los conozcan?

VF: Está bueno que te reconozcan porque hay casos específicos de familia que conviene que así sea. Saben que los vamos a buscar y cooperan.

LI: No está mal que te relacionen con el ámbito de salud, pero sí que se aprovechen de esa situación.

Es comprensible que la población vuelque sus demandas en los promotores, ya que los ven como representantes directos del sistema, no distinguen que existen diferentes programas, u objetivos específicos, para ellos el sistema de salud es uno solo y todos los trabajadores tienen acceso a las distintas áreas, se encuentra unificado. Mientras que los promotores son

conscientes que ellos pertenecen a un programa nacional, que tienen diferentes condiciones de contratación y otros objetivos y metas.

Creemos que el promotor como nexo entre la comunidad y la secretaría de salud, debería ser una vía de comunicación válida entre ambos para absorber ciertas demandas de la población. Hay un problema de enfoques al pensar que las exigencias de la gente del barrio son aprovechamientos, simplemente creemos que buscan quien les facilite información o acceso al sistema. La idea es tener un sistema de salud cada vez más inclusivo y no exclusivo, por ello es un enfoque que puede jugar en contra en el proceso de identificación entre los actores.

Este problema de enfoques puede obedecer a que recién el promotor esté insertándose al sistema de salud, por lo que al no sentirse completamente integrados, no se reconocen posibles soluciones a demandas más amplias, es decir no creen que deban responder a ello. Manifiestan que recién ahora están comenzando a sentirse incluidos.

Además de este sentimiento de aprovechamiento que expresan los promotores, identificamos a lo largo del diálogo diferentes tipos de barreras que tienen durante su labor interna, una de ellas habla sobre cómo era reconocido durante su trabajo por los colegas

.... antes cuando no estaba claro el trabajo del promotor...

VF: Había un recelo también...

LI: Estaba mal visto, había recelo en las bases..

VF: Yo creo que desde el 2010, recién ahora el promotor está siendo más respetado.

LI: Sí, porque están claras las pautas.

VF: Ahora se sabe qué es lo que tenés que hacer... Más allá de que en el grupo lo tengamos a Ariel, a Mercedes.

LI: Cuando vos vas a hacer una visita y traés una devolución, no sabías que pasó después. Ahora sí.

VF: En salud mental por ejemplo, hubo muchos casos que hubo respuestas de agilizar al paciente a donde tenga la salita más cercana. Eso está bueno porque tenés herramientas y referentes a los cuales recurrir.

LI: Se reconoce más. Tenemos un rinconcito en la base (risas).

VF: Ahora tenemos un lugar como para pasar las planillas..

LI:El hecho de que estemos haciendo otras capacitaciones también significa la inclusión del promotor al equipo de salud.

E: Es un equipo interdisciplinario, estamos todos relaciones con todos en algún punto, ¿no?

VF: Claro.

M: Pero es por eso. Es que ellos sepan lo que haces vos y de hecho estar un rato ahí para que ellos también te cuenten otra cosa.

Ellos ven un progreso en cuanto al rol del promotor ya que tienen definida una labor con la cual se presentan ante los demás trabajadores del sistema, reconocen que las capacitaciones y la respuesta de sus referentes brindan herramientas para valerse en las bases de salud. Esto es, una figura reconocida que tenga el poder de implantar pautas claras es necesario para poder definir una posición relativa en el campo, así como la adquisición de saberes que les permitan desenvolverse en él, “cada campo convoca y da vida a una forma específica de interés, una *illusio* específica, bajo la forma de un reconocimiento tácito del valor de los asuntos en juego y el dominio práctico de sus reglas”²⁹, solo a partir de obtener el reconocimiento, el capital necesario y el dominio de las reglas internas del campo, los agentes se sienten integrados y capaces de enfrentar la lógica del campo, es así que posible entender su noción de capital como una acumulación de disposiciones, habilidades y conocimientos que

²⁹ Bourdieu, Pierre y Kottow Miguel: sociología reflexiva para salud pública y su bioética, nuevos folios de bioética / nº 12 / DICIEMBRE 2013

permiten al habitus presentarse y entrar estructuradamente en la deliberación del campo respectivo; es decir, es una herramienta específica para la práctica social de participar en un campo también específico.

Finalmente resumimos los principales puntos que observamos durante nuestra entrevista con el equipo de promotores de salud de Ezeiza:

- Poseen vestimenta que los identifica como promotores de salud pero no se sienten identificado con ella.
- Tampoco tienen un canal de comunicación que no sea el contacto cara a cara en la captación de pacientes. No cuentan con recursos para folletería para cada actividad.
- Tienen la necesidad de realizar actividades grupales con las diferentes instituciones barriales, y el interés que demostraron las mismas ante los promotores por recibir esas actividades (talleres, capacitaciones, controles grupales), pero no tienen una vía directa para comunicarse con dichas instituciones barriales, dependen de que las mismas pidan la actividad.

Nuestra Propuesta

Dado que detectamos un problema en cómo se comunica la existencia, el funcionamiento y los beneficios de los Programa de Promoción Comunitaria en Salud y de Médicos Comunitarios y que los mismos carecen de herramientas efectivas para llegar a la comunidad; que en definitiva es la razón de ser de los mismos; consideramos necesario proponer una estrategia de comunicación enfocada en un principio en un canal en particular, Facebook, como punto de partida por sobre el que luego se pueda seguir construyendo una política comunicacional que apunte a llegar de manera masiva y efectiva a su público objetivo por todos los medios que sean necesarios y eficientes.

¿Por qué de entre todos los medios posibles decidimos en principio concentrarnos en Facebook?

La red social web Facebook cuenta en Argentina con 28 millones de usuarios, penetración del 66% de la población, de los cuales 20 millones son usuarios con actividad todos los meses.

Facebook, a través de su plataforma de anuncios publicitarios Facebook Ads, se quedó en el 2016 con el 15% de la inversión en pauta publicitaria online en Argentina, superando por mucho los porcentajes que capturaron Clarín, 7,9%, Infobae, 7,73% y La Nación 7,53%(Adcuality.com, 2017), los tres periódicos online de mayor popularidad en el país³⁰.

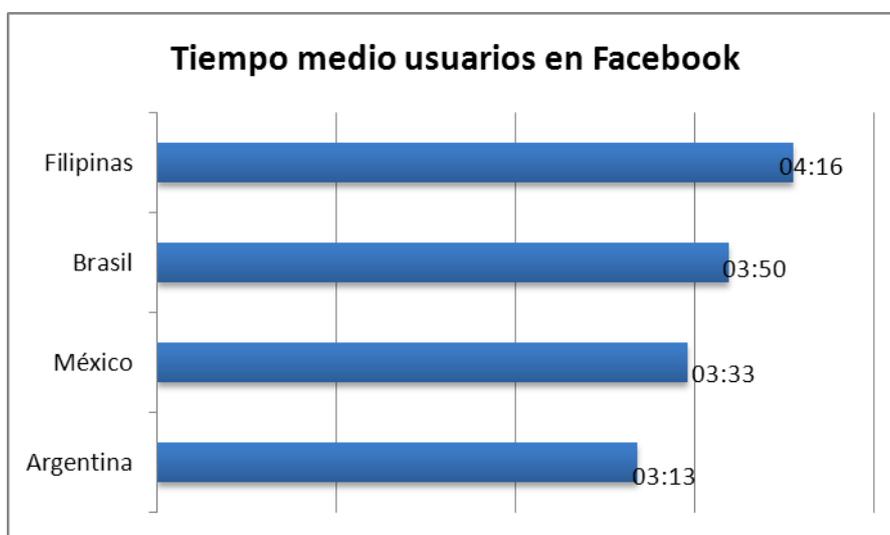
³⁰Adcuality.com. (2017). *adCuality | Real Time Ad Monitoring · Monitoreo de Publicidad Online en Tiempo real*. [online] Available at: <https://adcuality.com/> [Accessed 4 Feb. 2017].

¿A que se debe este éxito de Facebook como principal medio a través del cual las marcas y los políticos en Argentina deciden llegar a los públicos?

Dentro del ecosistema de medios digitales, Facebook se caracteriza por algunas particularidades que hacen que las marcas peleen por un espacio dentro de el.

1. Los argentinos pasan más de tres horas por día en Facebook

El tiempo medio que los usuarios argentinos pasan en Facebook es de 3 horas y 13 minutos por día, ocupando el cuarto lugar a nivel mundial solo siendo superados por Brasil, México y Filipinas (We Are Social UK, 2017)³¹.



2. Facebook y la posibilidad de segmentar audiencias hasta el mínimo detalle.

Facebook cuenta con más información sobre sus usuarios de la que cualquier medio de comunicación conto jamás. Sexo, edad, ciudad de origen, ciudad de residencia, familiares, amigos, intereses, actividades, lugares visitados, marcas con las que se relaciona, viajes, tipo de publicaciones con las que interactúa, anuncios que le generan interés y estado de ánimo son solo algunas de las informaciones que la red social almacena sobre sus usuarios y que le permiten armar segmentaciones de públicos al

³¹We Are Social UK. (2017). *Digital in 2016 - We Are Social UK*. [online] Available at: <http://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in-2016> [Accessed 5 Feb. 2017].

mayor detalle posible. De esta forma quienes quieren anunciar con Facebook Ads pueden apuntar de manera mucho más precisa a quienes mostrar sus anuncios.

CONJUNTO DE ANUNCIOS: Define tu público, presupuesto y calendario Completar automáticamente

Definición del público
Tu público está definido.
Específico | Amplio

Características del público:

- Lugar:
 - Argentina: Ezeiza Provincia de Buenos Aires
- Edad:
 - 18 - 65+
- Idioma:
 - Español
- Ubicaciones:
 - Sección de noticias de dispositivos móviles, Sección de noticias de computadoras o Noticias de Instagram
- Placements:
 - Facebook Noticias y Instagram Noticias

Alcance potencial: 160.000 personas

Alcance diario estimado

1.400 - 3.600 personas en Facebook
de 110.000

1.300 - 3.400 personas en Instagram

3. La red social que permite generar demanda

A diferencia de los buscadores, como Google, en donde los anunciantes van a mostrar sus productos a los consumidores que ya están buscando información sobre los mismos, las redes sociales como Facebook permiten trabajar de manera tal que el anunciante puede generar el interés y la demanda en los consumidores.

G Trabaja sobre la demanda.
Necesita que exista un interés previo.

f Genera la demanda. No necesita un interés previo del público.

Este dato es fundamental para nosotros a la hora de elegir a Facebook como el primer medio a través del cual comenzar a trabajar en una estrategia de comunicación para los programas de Médicos Comunitarios y de Promoción Comunitaria para la Salud para el

Municipio de Ezeiza, aunque no descartamos que la idea podría ser aplicada a todo el país luego de ser puesta en funcionamiento en este municipio que decidimos abarcar en este trabajo.

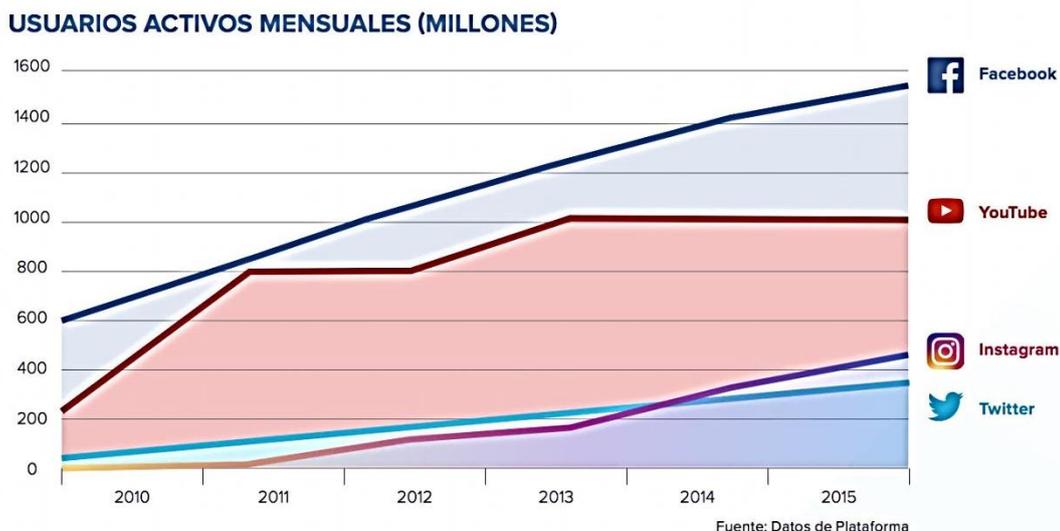
Y es que, debido a que el primer y gran problema que detectamos en los programas es la falta de conocimiento de los mismos por parte de la comunidad, es de esperar que muy pocas personas vayan a buscar información sobre ellos sino que por el contrario es desde los programas que se debe ir a ofrecer información a la comunidad sobre los mismos, generando curiosidad y atención para luego poder informar y educar sobre los mismos.

4. Facebook como número uno indiscutido entre las redes sociales.

Líder desde el comienzo en la era de predominancia de las redes sociales, en los últimos años Facebook ha ampliado la distancia frente a sus competidores.

Según los datos proporcionados por las mismas plataformas, la cantidad de usuarios de YouTube se ha estancado en alrededor de 900 millones desde hace tres años.

Twitter e Instagram si bien han conseguido sobrevivir frente a decenas de competidores que se han lanzado para disputarles su espacio y mantener importantes caudales de audiencia, no dejan de ser de nicho frente a la superpotencia Facebook que ya supera los 1.500 millones de usuarios activos sobre un total de 7.300 millones de habitantes en el mundo (penetración del 21%).



32

De esta manera, Facebook se muestra consolidado de manera indiscutida entre los medios sociales en Internet y ya comienza a mirar como rival solo a la televisión, por lo cual utilizar su potencialidad como medio de comunicación para llegar a la comunidad más que una elección parece ser una obligación para cualquier emprendimiento hoy. Esta tendencia se ve reflejada en el hecho de que se prevé que en 2017 en Estados Unidos por primera vez la inversión de publicidad en medios digitales superara a la televisión (Emarketer.com, 2017)³³.

Análisis de las páginas en Facebook del Programación de Promoción Comunitaria en Salud, Médicos Comunitarios y Secretaria de Salud de Ezeiza.

Tanto el Programa de Promoción Comunitaria en Salud, el Programa de Médicos Comunitarios y la Secretaria de Salud de Ezeiza tienen ya página en Facebook en donde se publican notas y videos con las actividades que se realizan en el ámbito de los mismos.

³²Grupo de Nuevas Tecnologías de la SoMaMFyC. (2017). *Usuarios activos en redes sociales en 2016*. [online] Available at: <https://nuevastecsomamfyc.wordpress.com/2016/02/26/usuarios-activos-en-redes-sociales-en-2016/> [Accessed 12 Feb. 2017].

³³Emarketer.com. (2017). *Digital Ad Spending to Surpass TV Next Year - eMarketer*. [online] Available at: <https://www.emarketer.com/Article/Digital-Ad-Spending-Surpass-TV-Next-Year/1013671> [Accessed 12 Feb. 2017].

Al analizar los tres casos encontramos grandes problemas de fondo que necesitan corregirse que estos espacios funcionen realmente como herramientas de comunicación que permitan llegar a la comunidad.

1. DESACTUALIZACIÓN

El espacio en Facebook del Programa de Promoción Comunitaria en Salud fue actualizado por última vez el 20 de noviembre de 2015.



El espacio en Facebook del Programa de Médicos Comunitarios fue actualizado por última vez el 29 de diciembre de 2016.



El espacio de la Secretaría de Salud de Ezeiza es el único de los tres que se mantiene actualizado con publicaciones recurrentes todas las semanas.



2. CARENCIA DE PROCESOS

Totalmente relacionado con el punto anterior, al prestar atención a los posteos realizados en las dos primeras páginas podemos ver que no existe una lógica o un proceso determinado para realizar publicaciones ya que las mismas no siguen ningún patrón temporal. Tampoco hay respuestas a los comentarios o preguntas que escribe el público en

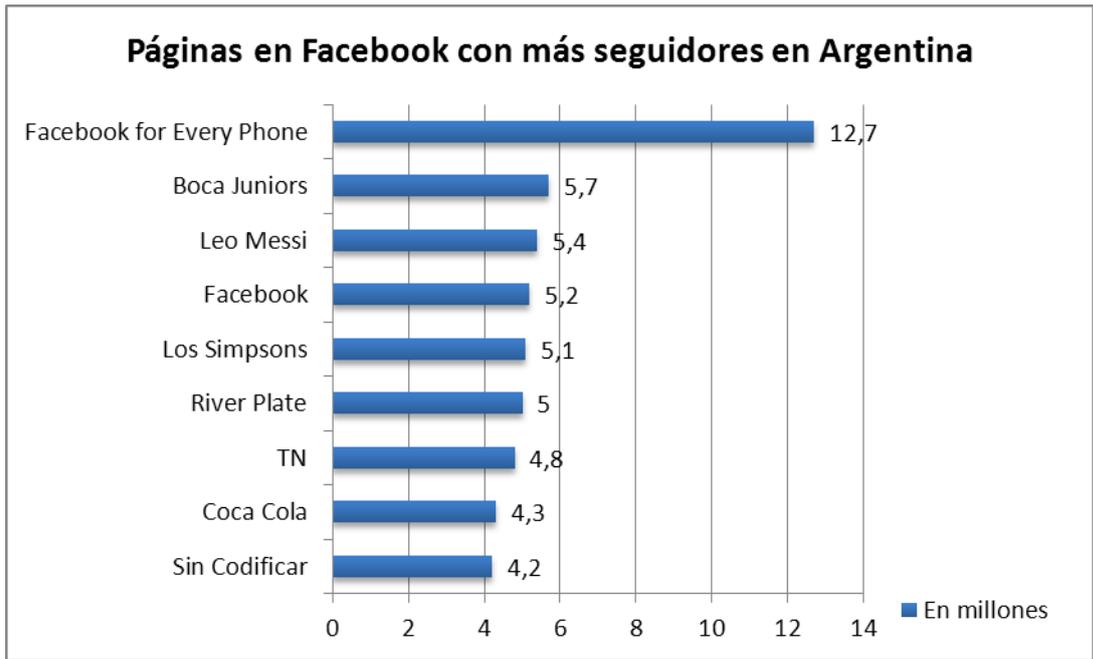
sus muros. También se detectan errores muy básicos en las publicaciones por desconocimiento del medio, por ejemplo al postear un video se deja la URL como primer referencia visible cuando la misma se puede eliminar y tomar el formato de Facebook para que el protagonismo se lo quede el título y el contenido haciéndolo más atractivo para los seguidores del sitio.

En el caso de la Secretaria de Salud de Ezeiza existe un seguimiento y gestión notoriamente superior a los dos otros espacios, ya que aquí la frecuencia de las actualizaciones es diaria la mayoría de las veces con un mínimo de 4 publicaciones semanales. Sin embargo al observar con detenimiento las interacciones de los seguidores no parece existir una política de respuestas sobre las mismas, así muchos comentarios y consultas quedan sin respuesta. Esto es de vital importancia en cualquier espacio en redes sociales las cuales se tratan básicamente de interacciones e intercambios permanentes entre los propietarios de los espacios y los públicos. Al tratarse de un espacio de un ente gubernamental, en este caso la Secretaria de Salud del Municipio de Ezeiza, se hace más importante aún la necesidad de dar respuesta a las consultas y comentarios de la comunidad.

3. FALTA DE PÚBLICO

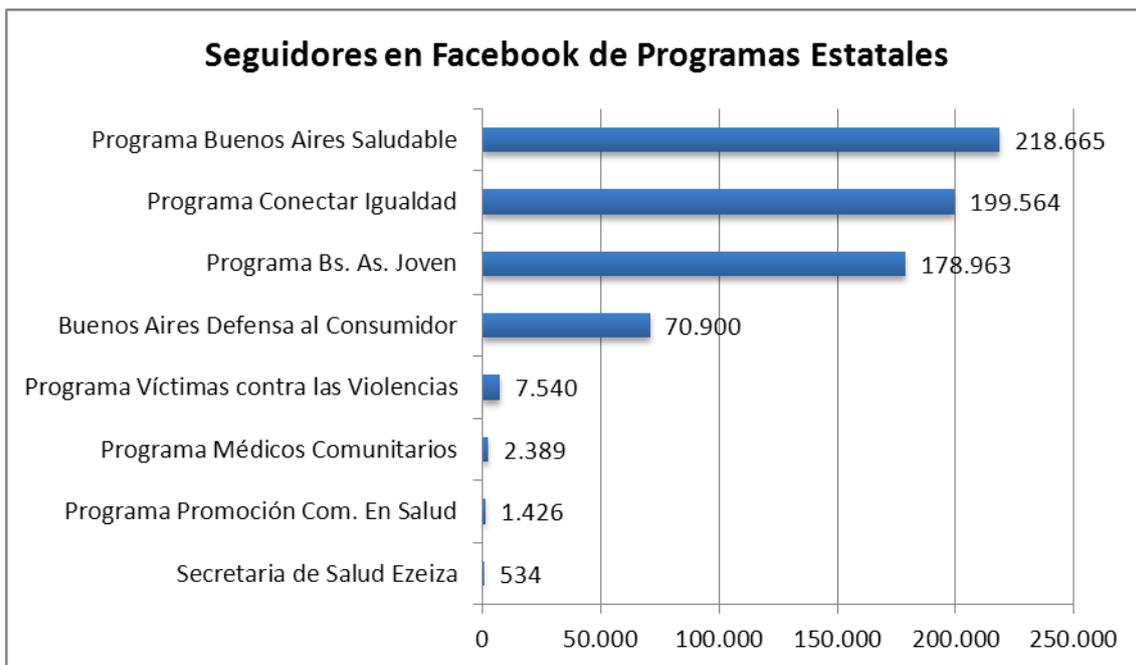
El Programa de Promoción Comunitaria en Salud tiene en su página en Facebook solo 1.426 personas interesadas en seguir sus publicaciones. El Programa de Médicos Comunitarios de la Nación, por su parte tiene 2.389 personas interesadas en los contenidos que publican en la red social. La Secretaria de Salud del Municipio de Ezeiza por su parte, cuenta con tan solo 534 personas interesadas en su espacio y publicaciones.

Para poder ver en perspectiva de que números se manejan en las páginas en Facebook más visitadas de la Argentina



No solo si lo comparamos con las páginas en Facebook que tienen más seguidores en Argentina, los cuales se cuentan por millones, los Programas de Promoción Comunitaria en Salud y de Médicos Comunitarios quedan desdibujados sino que siendo más equitativos y lo medimos con otros programas gubernamentales también quedan realmente muy relegados (Socialbakers.com, 2017).³⁴

³⁴Socialbakers.com. (2017). *Governmental Facebook stats in Argentina*. [online] Available at: <https://www.socialbakers.com/statistics/facebook/pages/local/argentina/society/governmental/page-2-6/> [Accessed 5 Feb. 2017].



4. NO EXISTE UNA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN

En los tres casos se puede observar que no existen normas, reglas o políticas de participación que especifiquen lo que se puede hacer en el espacio. Estas políticas de participación son fundamentales en cualquier página en una red social en la actualidad, cuando los públicos tienen más protagonismo y participación que los mismos administradores, por lo cual se hace fundamental dar un marco que defina lo que los públicos pueden o no hacer. De lo contrario se está dejando el campo abierto para recibir cualquier tipo de comentario o publicación incluso aquellas que hieran sensibilidades, que falten el respeto o inciten al odio y la violencia y lo que es peor cuando en esos casos el administrador decide borrar contenidos se corre el riesgo de recibir acusaciones de censura o ataques a la libertad de expresión, ya que previamente no se habían definido normas de participación.

Estas normas de participación son parte esencial de las páginas en Facebook de cualquier empresa, celebridad u organización y se hacen más necesarias aun cuando se trata de una organización o programa estatal como Médicos Comunitarios, el de Promoción Comunitaria en Salud o la Secretaria de Salud del Municipio de Ezeiza.

5. NO SE REALIZAN CAMPAÑAS PATROCINADAS PARA DIFUNDIR LAS PÁGINAS.

Como explicamos en párrafos anteriores, las campañas publicitarias en Facebook a través de la plataforma Facebook Ads permiten grandes de posibilidades de segmentar audiencias y salir a generar demanda de forma muy precisa sobre productos, servicios, programas, personalidades, políticos y cualquier cosa que se quiera difundir. Hoy ninguno de los espacios analizados está utilizando esta posibilidad y esto se ve claramente reflejado en el número de seguidores que poseen ambos espacios.

La propuesta: Un Plan de Comunicación para Facebook

Ante la situación analizada, decidimos plantear nuestra propuesta la cual consiste en un plan de comunicación para Facebook para aplicarse en la Secretaria de Salud del Municipio de Ezeiza que gestiona los programas de Médicos Comunitarios y de Promoción Primaria de la Salud en dicha localidad, en primera instancia pero con la potencialidad de luego aplicarlo al ámbito provincial o nacional de ambos programas.

1. Estrategia

Como primer paso proponemos centralizar estratégicamente en un único espacio en Facebook la tarea que realiza la Secretaria de Salud del Municipio de Ezeiza gestionando los programas de Médicos Comunitarios y de Promoción Primaria de la Salud en dicha localidad.

La idea es contar con una página en Facebook entonces que se llame Promoción de la Salud y Médicos Comunitarios Ezeiza, la cual deberá ser gestionada por la Secretaria de Salud del municipio.

2. Objetivos

Ningún plan tiene sentido si no se realiza con un objetivo definido. En nuestro caso los objetivos que se quieren alcanzar son:

- ✓ Dar a conocer, publicitar y posicionar los programas en toda la comunidad.

- ✓ Generar confianza e incentivar en la comunidad el uso, la participación e interacción con las acciones llevadas adelante por los programas, fomentando la participación en el Facebook institucional utilizándolo como un medio de comunicación directa con la comunidad a través del cual se puedan compartir experiencias, realizar consultas y sugerencias, informarse sobre lugares, horarios de atención, etc.
- ✓ Acercar a los profesionales médicos, los promotores de la salud y los ciudadanos a través de testimonios, experiencias e historias. De nuestra investigación surge el dato de que estos tres grupos se encuentran distanciados y se perciben muchas barreras que aún se deben sortear.
- ✓ Utilizar este canal como una herramienta de permanente relevamiento de las necesidades de los vecinos y de su grado de satisfacción con los servicios brindados.

Una vez establecidas las definiciones de los objetivos estratégicos intentaremos ponerle números terrenales a los objetivos que se pretenden alcanzar.

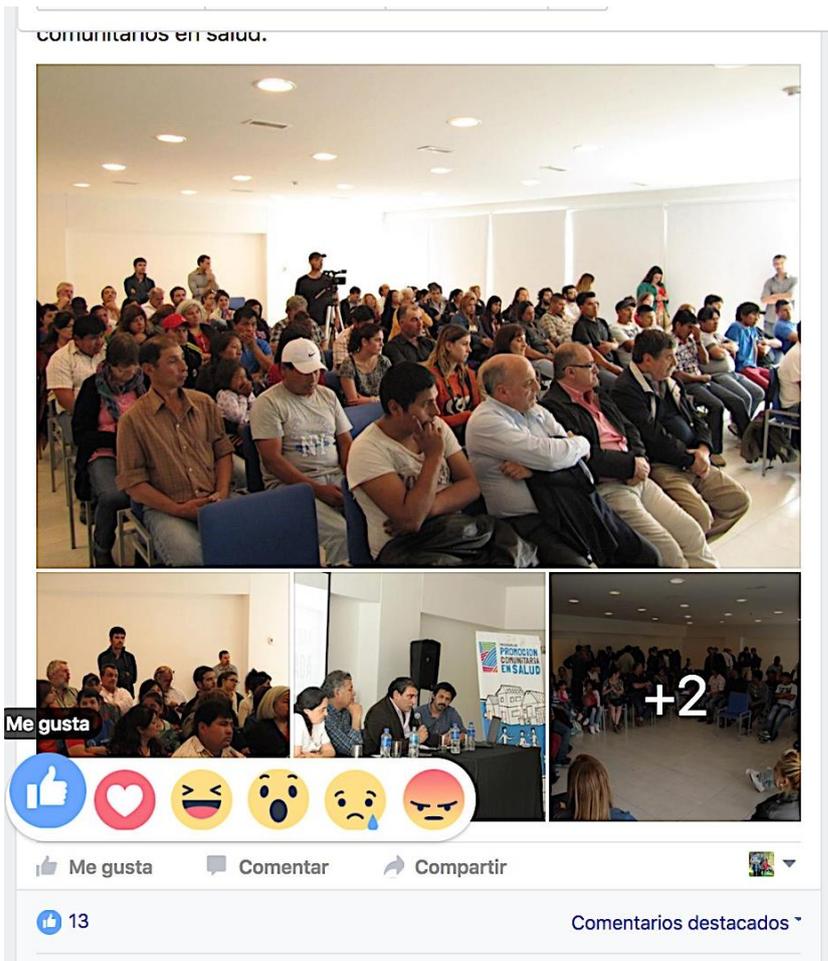
- I. Para el objetivo de dar a conocer, publicitar y posicionar los programas en la comunidad de Ezeiza nos proponemos alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo a 12 meses.....16.000 seguidores en Facebook.

Objetivo a 24 meses.....32.000 seguidores en Facebook.

Así pretendemos que en el término de dos años el 20% de los habitantes del Municipio puedan seguir las novedades del programa a través de Facebook.

- II. Para el objetivo de generar confianza en el programa a través de la participación en este canal de comunicación nos propondremos para los primeros 12 meses una tasa de usuarios activos del 20% mensual, es decir que del total de seguidores buscaremos que el 20% de ellos interactúen en la página, ya sea comentando, compartiendo, dando me gusta o participando de alguna encuesta, al menos una vez al mes. Para el segundo año buscaremos alcanzar una tasa de interacción del 30% mensual.



III. Para el objetivo de utilizar el canal como un medio para acercar a los tres integrantes de los programas; profesionales médicos, promotores de la salud y comunidad; nos propondremos en primer lugar realizar al menos una publicación semanal con contenido relacionado con experiencias con los programas de los integrantes de estos tres grupos.

Además buscaremos alcanzar un promedio mensual de 30% de interacciones sobre estos posteos, es decir que al final del mes cuando sumemos el total de reproducciones o lecturas de los contenidos relacionados con esta temática, y lo midamos con el total de interacciones sobre los mismos; esto es Me Gusta, Compartir o Comentarios; el resultado nos arroje una tasa no menor al 30%.

IV. Queremos utilizar el canal como una importante herramienta de medición de gestión por lo cual nos proponemos desarrollar un proceso que nos permita contar con información

valiosa sobre las necesidades sanitarias de los vecinos y los usos que hacen de los servicios ofrecidos por la Secretaria de Salud del Municipio, mediante diferentes encuestas que se realizarán desde la página.

3. Público

El público objetivo al queremos llegar son todos los habitantes del Municipio de Ezeiza de entre 16 y 80 años con especial énfasis, pero no de manera excluyente, en las personas que carecen de una cobertura de salud de una obra social o medicina prepaga. Queremos llegar a todos los habitantes porque la importancia de estos programas en la vida social de la comunidad es tal que necesitan ser incorporados en la conciencia colectiva de toda la comunidad independientemente de si todos utilizarán los servicios brindados por los mismos.

Concientizar sobre la importancia de estos programas es una tarea difícil y se necesita llegar a toda la comunidad para que sea efectiva.

Segmentaciones

Si bien se querrá llegar a todos los habitantes del Municipio resulta muy importante adaptar los mensajes, el tono y la comunicación de acuerdo a cada segmento de público para que la comunicación sea más efectiva.

En principio se propone realizar 4 grandes segmentaciones para trabajar y una vez las campañas puestas en marcha con resultados medibles para evaluar seguir abriendo las segmentaciones y los mensajes de manera de seguir mejorando la efectividad de la comunicación.

Los primeros 4 grupos sobre los que se propone trabajar son:

- I. Mujeres embarazadas y con hijos de hasta 13 años.
- II. Adolescentes y jóvenes de ambos sexos.
- III. Adultos mayores de más de 65 años de ambos sexos
- IV. Hombres y Mujeres de entre 25 y 64 años.

4. Recursos

Para llevar adelante el plan se van a necesitar recursos materiales y humanos.

a) **Recursos Humanos: Director de Proyecto y Community Manager**

Para poder llevar adelante la propuesta de comunicación aquí diseñada es necesaria la presencia de un **Director de Proyecto** que será el responsable general de la implementación, seguimiento y desarrollo del mismo

El mismo debe ser un profesional de la Comunicación capaz de liderar la planificación, ejecución y medición de todas las campañas y acciones que se lleven adelante en Facebook y en otros medios digitales que pudieran desarrollarse a posteriori, por lo cual es fundamental que se trate de un perfil que promueva la innovación y sea capaz de adaptarse a nuevas tendencias, herramientas y plataformas del entorno digital.

El Director de Proyecto será el responsable final de llevar adelante la estrategia definida y alcanzar los resultados esperados por el proyecto.

El Director de Proyecto deberá estar acompañado en su equipo por un **Community Manager**, quien será el responsable de administrar la página en Facebook, moderar y responder los comentarios, implementar las campañas de pauta en la plataforma Facebook Ads, postear contenidos, implementar encuestas y todas las tareas que deberán hacerse día a día en la página.

El Community Manager deberá ser un profesional o estudiante avanzado de comunicación o marketing con conocimientos y experiencia en administración de redes sociales, plataformas como Facebook Ads y Google Adwords, así como también deberá ser un gran creador de notas, publicaciones y posts de calidad informativa y educativa y contar además con conocimientos básicos de edición de fotografía digital.

Cuando se requieran realizar tareas adicionales que excedan los conocimientos y recursos del Community Manager como captura y edición de videos digitales, se podrá tercerizar esa parte del trabajo con alguna agencia o profesional free lance por lo cual será necesario contar con un presupuesto adicional para esos trabajos además de los salarios de los dos profesionales dedicados el proyecto.

b) Recursos Materiales: Pauta Publicitaria

Para poder difundir la página y las publicaciones que se realizarán en el Facebook Oficial de la Secretaría de Salud del Municipio de Ezeiza se necesitaría invertir en pauta publicitaria a través de la plataforma Facebook Ads. Hoy ninguna página o publicación que quiera tener relevancia puede prescindir de esta potente herramienta de difusión.

Teniendo en cuenta que según la información brindada por la plataforma Facebook Ads hay en el municipio de Ezeiza 120.000 usuarios de la red social que son potenciales receptores de nuestros mensajes y los costos estimados por la misma plataforma para poder publicitar la página y posts, consideramos necesaria una inversión mínima de \$60.000 mensuales destinada a la pauta, durante un tiempo mínimo de 12 meses, es decir se necesitará un presupuesto anual de \$720.000 para la pauta publicitaria en Facebook.

Con ese monto conseguiremos llegar de manera destacada al menos 3 veces por semana a los perfiles en Facebook de todos los habitantes del Municipio que están presente en la red social y así poder comunicar las acciones, beneficios, obras de los programas de Promoción Comunitaria en Salud y Médicos Comunitarios, así como también relevar necesidades y generar un feedback permanente entre público, profesionales y Estado.

5. Acciones

Definidos los objetivos, los públicos y los recursos podemos definir de manera general cuáles serán las acciones que deberán realizarse en el día a día del proyecto.

A) **Moderación:** En primer lugar la tarea de moderación será diaria, comprendida en un horario aproximado de entre las 9 y las 17 horas. El objetivo será responder a las consultas, sugerencias o comentarios lo más rápido posible para incentivar el uso de este canal por parte del público y que el mismo sea reconocido como un canal valioso por público, profesional y Secretaría de Salud/Municipio. Los comentarios deberán respetar las normas de participación definidas para el espacio y publicadas en forma bien visible en el sitio. Aquellos comentarios o publicaciones que no respeten tales normas deberán ser eliminados.

B) **Contenido de Calidad:** Si en materia de respuesta a la comunidad la norma será la rapidez de respuesta, en materia de publicación de contenido por parte del Programa, la norma será la calidad antes que la cantidad. No será necesario publicar un contenido todos los días, pero si fundamental que cada contenido que se publique aporte algún valor al público ya sea informativo o educativo.

Información sobre campañas sanitarias, sobre lugares de atención, educación para la salud, educación sexual, educación nutricional serán algunos de los temas a tratar.

C) **Preguntas Frecuentes:** El Community Manager deberá contar con un listado de preguntas y respuestas frecuentes así como con toda la información necesaria sobre el Programa para poder dar respuesta a las consultas. Pero también deberá contar con un referente dentro de la Secretaria de Salud para poder consultar cuestiones específicas que no se encuentre de las respuestas prediseñadas.

D) **Viralización:** Será importante el enlace con las páginas en Facebook de todas las instituciones posibles dentro del Municipio como escuelas, jardines, clubes, otras secretarías municipales, hospitales, centros vecinales, entre otros, con la intención de aprovechar la viralización en redes sociales de todas las acciones importantes que se realicen dentro del Programa. Por ejemplo si se realizará una campaña de vacunación en determinado barrio, sería muy importante que las páginas en Facebook de otras instituciones del municipio ayuden a viralizar la información publicando el contenido en sus propias páginas.

E) **Procesos:** Para poder gestionar de manera correcta será fundamental diseñar procesos para llevar adelante el día a día, por ejemplo llevando planillas diarias con consultas y comentarios y las respuestas brindadas, planificando semanal y mensualmente la temática de posteos y siguiendo las métricas de gestión definidas.

6. Medir y Evaluar

Para poder continuar mejorando el proceso y la efectividad del plan de comunicación será necesario establecer un proceso de medición y evaluación continua que permita confeccionar un tablero de control que ayude en la toma de decisiones.

De esta manera aquellas acciones que están generando los resultados deseados deberán continuar realizándose de la misma manera y aquellas que no estén llegando al objetivo establecido podrán ser corregidas, desechadas o rediseñadas.

Los objetivos para el Plan General ya fueron establecidos en el primer punto y deberán ser medidos constantemente.

Para ellos hemos diseñado una serie de indicadores que permitan seguir de cerca la evolución de los resultados.

OBJETIVO 1

Dar a conocer, publicitar y posicionar los programas en toda la comunidad.

INDICADORES 1

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Cantidad de Seguidores de la página | Cantidad de Me Gusta en publicaciones | Cantidad de Compartir las publicaciones |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|

OBJETIVO 2

Generar confianza e incentivar en la comunidad el uso, la participación e interacción.

INDICADORES 2

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Cantidad Comentarios en publicaciones | Cantidad de Mensajes por Inbox |
|---------------------------------------|--------------------------------|

OBJETIVO 3

Acercar a los profesionales, los promotores y los ciudadanos a través de testimonios, experiencias e historias.

INDICADORES 3

Cantidad de posteos semanales, sea mediante videos, fotos, escritos o combinación de ellos, con experiencias relacionadas con los programas de profesionales de la salud,

| |
|--|
| promotores de la salud y ciudadanos que acceden a los servicios brindados. |
| Cantidad de me gusta, comentarios y compartir en los posteos. |
| Proporción de Comentarios positivos y negativos |

OBJETIVO 4

| |
|---|
| Utilizar este canal como una herramienta de permanente relevamiento de las necesidades de los vecinos y de su grado de satisfacción con los servicios brindados |
|---|

INDICADORES 4

| |
|--|
| Cantidad de encuestas semestrales sobre el funcionamiento de los Programas publicadas en Facebook |
| Evolución anual de los resultados de las encuestas |
| % de Comentarios y mensajes por inbox positivos y negativos. |
| Cantidad de propuestas de mejora del programa presentadas a raíz del relevamiento obtenido a través de Facebook. |
| Cantidad de propuestas de mejora relevadas a través del canal Facebook, efectivamente implementadas. |

6. Instituciones a contactar

La municipalidad de Ezeiza cuenta con una Secretaría de Instituciones de Bien Público, en ella se encuentran inscriptas todas las Instituciones de la Sociedad Civil dentro del municipio, y se vinculan por medio de esta área. Nos brindaron la clasificación de las mismas, sólo de aquellas que tienen contacto con el área de salud, entre ellas 11 entidades abocadas a la integración social, 8 instituciones que priorizan el deporte, 3 instituciones religiosas, 3 en las que se dictan cursos y talleres, 3 centros de jubilados, 2 organismos dedicados salud, 4 que fomentan la educación, 1 dedicado a la investigación, 1 seccional sindical y 4 asociaciones de vecinos. Podemos observar a continuación las actividades a las que se dedican y con qué otras organizaciones articulan por fuera de salud.

Tabla 45: Instituciones de bien público según tipo y actividad principal. Municipio de Ezeiza. Año 2014.

| NOMBRE | TIPO DE INSTITUCIÓN | ENCARGADO | DOMICILIO | BARRIO | ACTIVIDAD PRINCIPAL | OBSERVACIONES |
|---|---------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------|---|
| Casa de la Cultura José M. Ezeiza | Publico no estatal | Martha Arriola | Peruti N° 231 | Ezeiza | Cursos y talleres | |
| Centro Cultural Antonio Gauchito Gil | Publico no estatal | | Gaddini esq. Irala | Vista Linda | Cursos y talleres | Se realizan cursos de computación y peluquería, se dictan clases de apoyo escolar. Feria americana permanente |
| Dirección de Cultura de la Municipalidad de Ezeiza | Publico estatal | Andrés Díaz | Avellaneda N°51 | Ezeiza | Cursos y talleres | Articulan con escuelas, instituciones, y organizaciones no gubernamentales y centros de jubilados. Participan de la sección sur con otras secretarías del conurbano bonaerense para el intercambio cultural. Articulan con otras direcciones y secretarías del municipio como la Dirección de Juventud, las Secretarías de Salud, de Seguridad y de Medio Ambiente. Algunas de las actividades que desarrollan son: Narración Oral de Cuentos, Dibujo y pintura, Modelaje Integral, Fotografía, Tango, Canto, Teatro Infantil, Danza Árabe, Danza Clásica, Guitarra, Expresión Corporal, Folklore, Hip-Hop, Teatro Adultos y joven, salsa, etc. |
| Soc. de Fomento Cultural y Deportivo General Güemes | Publico no estatal | Armando Sacarías | San Salvador de Jujuy y Bouchard | General Güemes | Deporte | La participación de los vecinos va en aumento. Iniciaron sus actividades en agosto del 2013. |
| Asociación Mutual de la Comunidad de Carlos Spegazzini | Privada | Juan Deris | Pasteur N° 85 | Carlos Spegazzini | Deporte | |
| Club Atlético Carlos Spegazzini | Privada | | Roger ballet e/ Italia y Magallanes | La flecha | Deporte | |
| Club San Javier | Publico no estatal | Azucena | Mosconi N° 936 | Barrio San Javier | Deporte | |
| Club Social, Cultural y Deportivo Defensores de Canning | Publico no estatal | Aníbal Dótelo | Houssay N°800 | Canning | Deporte | Articulan con la Escuela N°21. Los alumnos utilizan el club para la clase de gimnasia |
| Polideportivo J. M. Ezeiza | Privado | | Ramos Mejía N° 1300 | Ezeiza | Deporte | Polideportivo dependiente del club J. M. Ezeiza |
| Sociedad de Fomento Barrio Lujan | Publico no estatal | | Las Heras N° 119 | Lujan | Deporte | |
| Soc. de fomento La Flecha | Publico no estatal | Oscar | Sargento Cabral esq. Roca | La flecha | Deporte | |
| Biblioteca Popular Utopía | Publico no estatal | | Corrientes esq. La Rioja | Villa Golf | Educación | Apoyo escolar, talleres actividades con la comunidad |
| Comisión Femenina y Biblioteca Popular Leopoldo Lugones | Publico no estatal | Silvia Chamarro | Constancio Vigil N° 165 | Spegazzini | Educación | Realizan talleres de dibujo y corte y confección para toda la comunidad. Articulan con jardines, escuelas y centros de jubilados |
| Jefatura Distrital de Educación de Ezeiza | Publico estatal | Stella Maris Andrade | José Hernández 229 | Ezeiza | Educación | Articulan entre los distintos establecimientos educativos y, dependiendo de la escuela, participan de las reuniones quincenales del programa Primeros Años. También trabajan con el Complejo Penitenciario Federal. |
| Unión Vecinal San Martin de Porres | Publico no estatal | | Larralde N° 1649 | Barrio O donne | Educación | Se realizan varias actividades con la comunidad impulsadas por el Argentina Trabaja como una feria Comunitaria. Se realizan actividades todos los días. |

Tabla 46: Instituciones de bien público según tipo y actividad principal. Municipio de Ezeiza. Año 2014.

| | | | | | | |
|---|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------|--|
| Asociación Civil "Posada del Rey" | Publico no estatal | Marta González | Mar Chiquita N° 469 | Tres Américas | Integración | Funciona una radio comunitaria, una biblioteca popular y un comedor comunitario. |
| Casa Cultural Uruguaya del Sur "Alfredo Zitarroza" | Publico no estatal | | 12 de Octubre esq. Venezuela | Ezeiza | Integración | Realizan atención y asesoramiento a extranjeros los domingos por la mañana |
| Comedor Dulce Hogar de Niños | | | El Canario N° 640 | Vista Alegre | Integración | Comedor comunitario |
| Secretaria de Desarrollo Social de la Municipalidad de Ezeiza | Publico estatal | Adriana Castronovo | Av. Nestor Kirchner N°255 | Ezeiza | Integración | Desarrollan las distintas tareas de la secretaria, abarcan los programas y planes de forma integral y articulan sus distintas dependencias. Además articula con la secretaria de Salud, la Dirección de Cultura y Educación, con la Jefatura de Educación de Ezeiza, con el Centro Provincial de Adicciones y todas aquellas instituciones que considere necesarias para llevar adelante sus tareas como secretaria. |
| Servicio Local, Desarrollo Social de la municipalidad de Ezeiza | Publico estatal | Laura Amal | Av. Nestor Kirchner N°255 | Ezeiza | Integración | Articulan con las UDIs, con los Establecimientos Educativos Públicos de Ezeiza y las Bases de Salud. También Articulan con la comisaria de la Mujer. |
| Servicio Social, Secretaria de Desarrollo de la municipalidad de Ezeiza | Publico estatal | Susana Calabrese y Norma Zacarías | Av. Nestor Kirchner N°255 | Ezeiza | Integración | Articulan con las UDIs, con Región XI, con el Registro Civil, Hospital Eumekian, Jefatura de Educación, Secretaria de Salud de Ezeiza y las dependencias que sean pertinentes para solucionar las necesidades de los vecinos de Ezeiza que se acercan o son derivados por alguna institución. |
| UDI N° 10 | Publico estatal | Elena | Independencia esq. Perú | El Tala | Integración | |
| UDI N° 1 | Publico estatal | | Maipú esq. Houssay | Canning | Integración | |
| UDI N° 2 | Publico estatal | Graciela | Quito esq. Cortez | Barrio del Plata | Integración | Participaron del taller de violencia de genero impulsado por el programa Ellas Hacen. Realizan sus practicas las estudiantes de Nivel Inicial del Instituto Manuel Belgrano de Tristán Suarez. |
| UDI N° 3 | Publico estatal | Hilda | San Salvador de Jujuy y Bouchard | General Güemes | Integración | Esta ubicado junto a la USAm Ezeiza. |
| UDI N° 5 | Publico estatal | | Gonnet esq. Urquiza | Altos de Tristán Suarez | Integración | |
| UDI N° 6 | Publico estatal | Carmen | Pericón esq. Rayo de Sol | Sol de Oro | Integración | Participan del programa Primeros Años junto con la ESB anexo N°1, la Esc. Primaria y Fundación Llegando a Vos CONIN Ezeiza. |
| UDI N° 7 | Publico estatal | Gisela | Italia esq. Las Heras | Spegazzini | Integración | Articulan con el Instituto Manuel Belgrano de Tristán Suarez que envía a estudiantes de nivel inicial a realizar sus practicas. También la trabajadora social y la psicóloga de la Base de Salud N° 7 realizaron un taller de 4 encuentros en 3 grupos distintos (familia, chicos que asisten a la UDI y las cuidadoras) sobre violencia infantil. Articulan con el colegio primario "Niño de Belén". |
| UDI N° 8 | Publico estatal | | Los Ciruelos esq. Gómez | Vista Alegre | Integración | Participa de las reuniones quincenales de Primeros Años en donde planifican actividades junto con otras instituciones del cercanas a la UDI N°8 |
| UDI N° 9 | Publico estatal | | San Pedrito esq. Artigas | Santa Ángela | Integración | |
| UDI N°4 | Publico estatal | Esmeralda | Corrientes esq. Zapala | Villa Golf | Integración | Junto con Primeros Años la UDI N° 4 participa de reuniones quincenales en donde planifican actividades con el Jardín N° 913 la Primaria N°20 y la Biblioteca Popular Utopía. Ya realizaron murales, Quermes y Títeres. |

Tabla 47: Instituciones de bien público según tipo y actividad principal. Municipio de Ezeiza. Año 2014.

| | | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|---|-------------------|-------------------|--|
| Asociación Civil de Vecinos del Barrio La Esperanza | Privado | | Arroyo N°1059 | | Otros | |
| Asociación Civil Proyectos Laborales y Sociales | Publico no estatal | | Bermúdez esq. Roca | La flecha | Otros | No Registra actividad |
| Casa del Niño María Auxiliadora de la Fundación Felices los Niños | Publico no estatal | | Bermúdez esq. Las Heras | La flecha | Otros | No Registra actividad |
| Dirección de Medio Ambiente del Municipio de Ezeiza | Publico estatal | Renzo Platero | Avellaneda N°51 | Ezeiza | Otros | |
| El Instituto Nacional del Agua (INA) | Publico estatal | | Au. Ezeiza-Cañuelas, tramo Jorge Newbery Km 1,620 | Ezeiza | Otros | Tiene por objetivo satisfacer los requerimientos de estudio, investigación, desarrollo y prestación de servicios especializados en el campo del aprovechamiento y preservación del agua. Depende de la Subsecretaría de Recursos Hídricos de la Nación, del Ministerio de Panificación Federal, Inversión Pública y Servicios de la República Argentina. |
| Unión Personal Civil de las Fuerzas Armadas (PE.CI.FA) | Publico no estatal | | Presidente Perón N°580 | Ezeiza | Otros | |
| Unión Vecinal "3 Américas" | Publico no estatal | Marta González | Mar Chiquita N° 469 | Tres Américas | Otros | Asociación formada para el reclamo de la red de agua y cloacas |
| Capilla "Nuestra Señora de Itati" | Publico no estatal | Padre Ramón Pizarro | Italia y las Heras | La flecha | Religión | |
| Capilla "San Francisco Javier" | Publico no estatal | Padre Ramón Pizarro | Boyle N° 1134 | Carlos Spegazzini | Religión | |
| Capilla "San José Obrero" | Publico no estatal | Padre Ramón Pizarro | Franklin y M. Curie | Barrio Gilera | Religión | |
| Capilla "Santa Ana" | Publico no estatal | Padre Ramón Pizarro | Caseros y Malvinas Argentinas | General Güemes | Religión | |
| Iglesia Evangélica La Casa de la Bendición | Publico no estatal | | Av. Néstor Kirchner N°600 (ex ruta 205) | | Religión | |
| Parroquia "La Natalidad de Ntro.. Sr. Jesucristo" | Publico no estatal | Padre Ramón Pizarro | 25 de Mayo N° 407 | Carlos Spegazzini | Religión | |
| Centro Provincial de Atención | Publico estatal | Silvia Citarelli | Av. Néstor Kirchner N°235 (ex ruta 205) | Tristán Suarez | Salud | |
| Fundación Llegando a Vos -CONIN | Privado | | Rayo de Sol esq. Pericón | Sol de Oro | Salud | El objetivo principal es combatir la desnutrición infantil. Se trabaja respecto de la prevención y recuperación de mujeres embarazadas y niños de 0 a 5 años con Bajo Peso/Baja Talla y alto riesgo nutricional. |
| Asociación de la Tercera Edad | Publico no estatal | Emilia Cazenave | Presidente Perón N°573 | Ezeiza | Social y Cultural | Brindan talleres de Folklore, Tango y Gimnasia, además ofrecen servicio de enfermería, pedicura y masoterapia |
| Centro de Jubilados Carlos Spegazzini | Publico no estatal | Margarita | R. Koch N° 71 | Carlos Spegazzini | Social y Cultural | |
| Centro de Jubilados y Pensionados "La Bondad" | Publico no estatal | | Sarmiento N° 465 | Carlos Spegazzini | Social y Cultural | |

Muchas de estas instituciones se relacionan y conectan. Con el fin de lograr una red de comunicación efectiva entre ellas y la Secretaría de Salud, realizamos una lista de todas aquellas instituciones nombradas por la Secretaría de Instituciones de Bien Público que tiene una página de Facebook disponible para ser agregada a la red de contactos de la red social.

| Institución | Página de Facebook |
|---|---|
| Casa de la Cultura de Ezeiza | https://www.facebook.com/casadela.culturaezeiza.5/ |
| Dirección de cultura y Educación de la Municipalidad de Ezeiza (Casa de la cultura) | https://www.facebook.com/culturamunicipiodeezeiza/ |
| Club Atlético Carlos Spegazzini | https://www.facebook.com/clubatletico.carlosspegazzini.7 |
| Club Social, cultural y deportivo Defensores de Canning Polideportivo J.M Ezeiza | https://www.facebook.com/Defensores-de-canning-586447631522057/ |
| Sociedad de Fomento Barrio Luján | https://www.facebook.com/groups/150799894964732/?ref=br_rs |
| Comedor Dulce Hogar de Niños | https://www.facebook.com/pg/Comedor-Dulce-Hogar-De-Ni%C3%B1os-1476762612628919/about/?ref=page_internal |
| Unidad de desarrollo Infantil UDI 4 | https://www.facebook.com/unidadde.desarrolloinfantil |
| Llegando a vos CONIN Ezeiza | https://www.facebook.com/LlegandoAVos/ |
| Centro de Jubilados Carlos Spegazzini | https://www.facebook.com/centrodejubilados.carlosspegazzini/ |
| Centro de jubilados La Cautiva | https://www.facebook.com/Centro-De-Jubilados-La-Cautiva-1503690143259691/ |
| Ezeiza en Movimiento (Secretaría de Deporte de la Municipalidad de Ezeiza) | https://www.facebook.com/EzeizaenMovimiento/?ref=br_rs |
| Coordinación General Ezeiza Norte - Municipalidad Ezeiza | https://www.facebook.com/centrodegestionysupervisionezeizanortemuniezeiza/?hc_ref=SEARCH |
| Jefatura de Gabinete (José María Ezeiza) | https://www.facebook.com/josemaria.ezeiza.10?hc_ref=SEARCH |
| Portal de Ezeiza (Portal digital del diario La Palabra) | https://www.facebook.com/Portal-de-Ezeiza-314913875206365/ |

Conclusiones

En este trabajo no sólo hemos intentado analizar dos modelos teóricos o paradigmas en el campo de salud que corresponden a dos formas de comunicar distintas, sino que también cómo inciden esos dos modelos en el trabajo y el rol que ocupan los promotores de salud, como nexo de información entre el barrio y el sistema de salud, y los diferentes conflictos que se suscitan entre la continuidad del modelo médico hegemónico y el comienzo del modelo médico comunitario.

Creemos que sin duda es un campo fértil para ser estudiado y que todavía queda mucha más por investigar, por el momento hemos intentado entrar en tema y destacar algunos puntos, los cuales pueden ser enriquecedores para entender los éxitos y fracasos del modelo comunitario en salud.

Lo primero que debemos destacar es que el rol del promotor de salud da cuenta de un modelo de comunicación comunitaria. Intentan retomar el contacto cara a cara, el diálogo en el barrio, la participación de la comunidad en la era de la comunicación en masas y de la mediatización. Reconocemos también que tanto para los integrantes como para su referente, los promotores tienen la función de ser el nexo entre el barrio y el sistema de salud, lo cual no quiere decir que esto sea plenamente reconocido por el campo de la salud, espacio de conflicto y de lucha.

Intentado tener una mirada desde la comunidad, encontramos que no se ha aprovechado el potencial que tienen las características del intercambio social barrial para el trabajo integral, por ello realizamos una propuesta en comunicación que le permitiera a la Secretaría de Salud de Ezeiza fomentar mayor participación utilizando las redes sociales, herramienta que ya se encontraban utilizando.

Consideramos que esta propuesta les permite crear un canal para contactarse tanto con diferentes instituciones del municipio como con la población, por un costo bajo y pudiendo

realizar un recorte para llegar a determinados tipos de público casi de manera inmediata. Esto resulta efectivo especialmente al momento de difundir actividades planificadas a corto plazo.

Sin duda creemos que se pueden generar muchas más propuestas, de hecho los barrios tienen mucho para contar, en ellos hay espacios donde la gente participa, se relaciona, interactúa, expresan sus problemas, demandas y existen distintos medios que se utilizan para la circulación de la información, gráficas, orales, pequeños medios como los radiales, los diarios locales, entre otros, que focalizan en la realidad de la región, los sucesos locales.

Las manifestaciones de la comunidad en los diferentes espacios donde se produce la comunicación son importantes porque es la producción de significados y la construcción del sentido de una cultura, se cimienta con distintos puntos de vista, miradas, voces, experiencias, vivencias de esa comunidad, son las maneras que encuentran para expresarse.

Posibilitar la participación entre la población no significa dejar librado bajo decisión de las políticas internas, no que se adjudiquen total autonomía o intervención en las decisiones que competen al sistema, sino que tiene que ver con crear flujos comunicacionales, establecer instancias de diálogo y espacios de reconocimiento.

Bibliografía

- Adcuality.com. (2017). *adCuality | Real Time Ad Monitoring · Monitoreo de Publicidad Online en Tiempo real*. [online] Available at: <https://adcuality.com/> [Accessed 4 Feb. 2017].
- Boschetti, Anna (1990). *Sartre y Les Temps Modernes*. Ediciones Nueva Visión S. A. I. C. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre y Kottow Miguel: *sociología reflexiva para salud pública y su bioética*, nuevos folios de bioética / nº 12 / DICIEMBRE 2013
- Bourdieu, Pierre. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Penguin Random House Grupo Editorial España, 14 jul. 2016. Pág. 466.
- Eduardo Luis Menéndez nació en 9 de Julio Provincia de Buenos Aires. Fue uno de los primeros graduados en Antropología de la Universidad de Buenos Aires (1963), se ha desempeñado como docente e investigador y ha escrito numerosos artículos y libros. Destacamos “El Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria” publicado en “Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud”.1988 Pág. 451- 464.
- Emarketer.com. (2017). *Digital Ad SpendingtoSurpass TV NextYear - eMarketer*. [online] Available at: <https://www.emarketer.com/Article/Digital-Ad-Spending-Surpass-TV-Next-Year/1013671> [Accessed 12 Feb. 2017].
- Grupo de Nuevas Tecnologías de la SoMaMFyC. (2017). *Usuarios activos en redes sociales en 2016*. [online] Available at: <https://nuevastecsomamfyc.wordpress.com/2016/02/26/usuarios-activos-en-redes-sociales-en-2016/> [Accessed 12 Feb. 2017].
- María Silva Di Liscia *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*”, Biblioteca de Historia de América, Consejo Superior de

investigaciones científicas, Madrid 2002. capítulo 3. "Indígenas y medicina académica. Del control científico a la eliminación étnica.

- Organización Mundial de la Salud. "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", disponible en PDF en su página web <http://www.who.int/publications/es/>.
- Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958 Dr. Ramón Carrillo. Publicado por la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Secretaría Parlamentaria. Dirección de información parlamentaria. En formato PDF. Pág. 8.
- Recomendamos "La política sanitaria del peronismo" de Karina Ramacciotti. Redes, vol. 17, núm. 32, junio, 2011. Universidad Nacional de Quilmes.
- Rodolfo A. Alzugaray, Ramón Carrillo: el fundador del sanitarismo nacional Ediciones Colihue. Año de edición: 2008. Buenos Aires, Argentina.
- Ross, Peter. Construcción del sistema de salud pública en la Argentina, 1943-1955. En inglés: The Construction of the Public Health System in Argentina. Edición bilingüe. Head, Department of Spanish and Latin American Studies, School of History and Philosophy, The University of New South Wales, Sydney, 2052 Australia. Pág. 136
- Ross, Peter. Construcción del sistema de salud pública en la Argentina, 1943-1955. En inglés: The Construction of the Public Health System in Argentina. Edición bilingüe. Head, Department of Spanish and Latin American Studies, School of History and Philosophy, The University of New South Wales, Sydney, 2052 Australia. Pag. 144
- Socialbakers.com. (2017). Governmental Facebook stats in Argentina. [online] Available at:

Anexo

ENTREVISTAS DESGRABADAS

ENTREVISTA A ARIEL SZATHMARY

Entrevistadora (E): Bueno, estamos con Ariel que es el referente del Programa Promotores de Salud en Ezeiza. ¿Cómo es tu apellido, Ariel?

Ariel (A): Szathmary

E: Lo primero que te quería preguntar es cómo empezaste acá, contame un poco cómo llegaste acá a Ezeiza, cuándo empezó el Programa Promotores de Salud, si ya había una persona antes que vos...

A: El Programa llegó a Ezeiza en el 2014. Nada que ver, borra eso. 2014 no, nena. Estamos en el 2016. En el 2004 empezó el programa. Es un programa que bajó Nación, pagado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Empezó como para poder colaborar con la población al nivel de los municipios, para brindar mejores condiciones a los municipios que eran más humildes. Por eso cuando entró la primera tanda de gente tomaban a cualquiera, profesional o no profesional... había profesores de educación física, pedicuras, pediatras, de todo. Después eso se fue tamizando y se hizo una selección más profunda en función de las necesidades de los municipios.

E: Desde que vos empezaste hasta la fecha, **¿cómo fue variando la cantidad de gente? ¿O más o menos se mantuvo?**

A: No, la gente siempre se mantuvo. Los cupos fueron siempre más o menos los mismos. Nosotros ahora tenemos 60 personas.

E: 60 promotores...

A: No no no no... perdón. Tenemos **66 personas**. Los últimos 6 que entraron es la gente de la última corte y siempre respetan el número original de cargos que tuvimos, nunca aparecieron

cargos nuevos. Siempre fueron más o menos los mismos, las bajas siempre se cambian por altas; a su vez, las altas en general se cambian con cargas horarias.

E: ¿Y cómo es eso de los cortes? ¿Es por la modalidad de contratación?

A: El programa tiene **dos partes**: una que es **asistencial** y la otra que tiene que ver con la **Facultad**, donde se cruzan distintas facultades privadas y públicas, un curso de medicina comunitaria que dura 2 años para los profesionales y un año para los no profesionales. La condición para poder entrar es hacer las dos cosas: no se puede hacer o la Facultad o trabajar sólo en la parte asistencial. Siempre es el combo.

E: ¿Y el cargo en qué se basa? ¿Es una modalidad de contrato de tipo monotributista?

A: Es una beca de capacitación de salud

(Tercera): Por eso las cortes son “Coortes”, como en la Facultad.

A: El tema es que cuando la capacitación de la Facultad se termina, los municipios toman esos cargos y los sigue pagando el Ministerio. Entonces cuando los municipios toman esos cargos sí tenés que anotarte. En vez de ser una beca de capacitación, pasa a ser un contrato de locación de obra. Por eso es que esa gente se tiene que poner el monotributo, pagar el impuesto y todo eso.

E: Contame cómo trabajan, cuál es el **rol del promotor**.

A: Los promotores son el **nexo** entre la población y el médico, entre la población y la unidad sanitaria. Lo que tienen que hacer es tener un contacto semanal con las unidades sanitarias y con el equipo de comunitarios que trabajan en cada una de las unidades sanitarias, que es el que le va a dar las indicaciones de qué es lo que tiene que hacer afuera de la unidad sanitaria.

E: El equipo de comunitarios que tienen dentro de la unidad sanitaria, ¿son médicos?

A: Pueden ser médicos, enfermeros, psicólogos, obstetras, ginecólogos.

E: Son siempre profesionales

A: Sí, son siempre profesionales

E: Entonces el **alcance** del programa, acá, ¿es sólo municipal? _____

A: Sí, pero eso es así en todo el país.

E: Claro, del nivel nacional baja directamente a los municipios. Y en este momento, ¿qué problemáticas están abordando? ¿Van variando las problemáticas?

A: La problemática es en función de los **intereses** del gobierno provincial, del gobierno nacional y de las necesidades que haya. **En este momento lo más importante es la salud**

materno-infantil y estamos enfocados en eso. (Igualmente, hay que tener en cuenta que) eso es un hilo conductor que tenemos ahora, pero al mismo tiempo surgen otro tipo de situaciones en las unidades sanitarias que no tienen que ver con la salud materno-infantil **que son igualmente de importantes**. Por ejemplo: un promotor puede ir y rastrear toda una zona buscando embarazadas y el mismo promotor puede ser llamado de la unidad sanitaria para decirle que hay, no sé, un chico en un colegio que hace una semana que no va y que se sospecha maltrato, si puede investigarlo.

E: ¿Ustedes tienen algún tipo de propuesta para trabajar de ahora en adelante con esa línea materno-infantil?

A: Sí, ahora la secretaria cambió. Aparecieron más jefaturas y más gente que se puede dedicar a enfocar las cosas de una forma más fina, más hilada y más específica.

E: En base a esto, ¿ustedes tienen algún tipo de propuesta en lo que es materia de comunicación? ¿Cómo abordan la comunicación desde el programa? ¿Es únicamente llegando a la población por medio de los promotores o tienen alguna otra vía (medios, gráficos)?

A: Lo que pasa es que los promotores, en Ezeiza, son la cara visible, **la personificación de las propuestas del sistema de salud**. Porque se pueden hacer campañas de difusión en radio, televisión, pegar afiches en los clubes-iglesias-colegios, pero eso siempre va acompañado con una persona que en este caso son los promotores.

E: ¿Y ellos tienen algún tipo de herramienta que puedan utilizar?

A: Como primer herramienta tienen un curso de un año que hicieron para poder ser promotores. Eso, con el tiempo obviamente, siempre se desvirtúa frente a las distintas propuestas de las problemáticas que van surgiendo. Pero hay una capacitación previa para no largarlos solos, obviamente.

E: ¿Tienen algún tipo de folletería/apoyo de tipo gráfico?

A: Totalmente. Tenemos los casos de cuando se hizo capacitación para vacuna, HIV, la semana de la diabetes... Primero se hace una charla, se entregan panfletos que los chicos luego estudian y se preparan para las preguntas que puedan tener en la lección.

E: ¿Consideras que hay otras formas de fomentar la participación de la población en conjunto con los promotores que no sea lo que ya se esté haciendo (ir al hogar de las personas para captarlas)? ¿Hay otras formas que hayan probado y/o que vos consideres que se puedan realizar?

A: Yo creo que nosotros estamos muy lejos de la participación comunitaria. Estamos muy bien

con el tema de los promotores que tenemos, del equipo de salud que tenemos, pero estamos lejos de la participación comunitaria. A la gente de la comunidad le cuesta **mucho** integrarse a lo que es el sistema de salud y ser cómplice y participe de ese sistema de salud. Es muy difícil eso.

E: ¿Alguna vez hicieron algún tipo de intento?

A: Sí. Y siempre se mezcla con la política y ahí es donde se ensucia.

E: ¿Cómo era la estrategia? ¿Qué es lo que hicieron puntualmente?

A: Hace muchos años habíamos hecho un trabajo. La propuesta era: qué hacíamos con los chicos fuera del horario escolar. Entonces habíamos hecho una encuesta (bajo el contexto de) que, como no existía la computación o bien no había la accesibilidad a Internet que hay ahora, había muchos chicos en la calle –con todo lo que eso implicaba: riesgo social, droga, alcohol, accidentes de tránsito-. Era una época en la que había tramos de tierra en la ruta, no teníamos semáforos, era muy común escuchar todos los días accidentes de vía pública cuando no habían tantas unidades sanitarias. Entonces dijimos: “¿cuáles son las personas que están más expuestas a todo esto?”. Y obviamente eran los chicos. Entonces nos juntamos al lado de la antigua base 3 (que es donde ahora está la QUNITA 1), atrás del hospital: allí había una iglesia. La cuestión es que habíamos propuesto hacer un campo de deportes ahí (en la iglesia) para incluir a todos esos chicos del barrio, porque Comunitarios se maneja con área programática; entonces respetamos solamente el área programática de la Unidad Sanitaria. Al principio nos fue muy bien, después ellos quisieron no apoderarse del proyecto pero sí sacar algún tipo de beneficio económico de ese proyecto y ahí es donde se empezó a destruir todo. En general, son todos proyectos que no son pagos.

(Dialoga con una tercera)

A: ¿Qué te pasa?

Tercera: Estoy enojada con vos.

A: ¿Por qué?

Tercera: Porque tengo ganas de enojarme con alguien.

E: Por fuera del Programa de Promotores de Salud, ¿existen otros espacios que tenga la población para llegar a la Unidad Sanitaria que no sea...?

A: ¿Que no tenga que ver con el promotor?

E: Claro

A: Totalmente que los hay. Porque siempre hubieron instituciones barriales (y ahora cada vez hay más). Instituciones independientes: los comederos, la gente que se encarga de repartir la leche en otros planes que bajan de provincia o nación, todos esos actores tienen acceso a las Unidades Sanitarias como tienen acceso a la población funcional también como nexos. Existe todavía esa figura como de **manzanera** que es la que reparte, la que se encarga. Los profesores de las escuelas, las maestras, la gente de las escuelas de discapacidad, del aeropuerto, que no tienen nada que ver con el municipio y que están en contacto directo con salud permanente porque son gente que se la pasa delirando en casos que encuentran. O sea que el promotor es importante. **Pero el compromiso de la población es más importante todavía.**

E: ¿Ustedes articulan con alguna de esas asociaciones o algún otro tipo de entidad que trabaje con el mismo tipo de problemáticas?

A: En general, los clubes de barrio trabajan con nosotros. Después, los centros de adicciones también; la gente de la Paloma también. Todos los comederos.

E: En torno a lo que son las herramientas comunicacionales físicas que tienen los promotores (el apoyo audiovisual, el gráfico, el acceso a medios), ¿ustedes sienten que tienen un apoyo por parte de Nación para obtener otro tipo de herramientas?

A: Ehmmmm... sí... Igual la comunicación que mantiene Nación con los municipios no es tan fluida. Entonces a lo mejor eso llega por Nación cuando mandan propaganda. Son generales, ni siquiera sé si son adaptables a la población. Porque la información es tan general y tratan de implementar un solo tipo de información, y la gente que vive en Jujuy o Purmamarca y el que vive en el centro de Lomas o en el centro de Ezeiza que tienen otra identidad completamente distinta. Por lo general, el tema de la comunicación y de la capacitación, más que por Nación pasa por las Secretarías de Salud, por los municipios.

E: Dentro de las capacitaciones que tenían para Promotores, yo estuve chusmeando un poco lo que eran los manuales. Viste que ellos tienen generados unos manuales sobre cómo debe bajarse el Programa al Municipio. Y ellos también dan una propuesta por ejemplo de hacer teatros en la comunidad o de hacer grupos para juntarse y charlar sobre las distintas problemáticas. ¿Vos ves que eso se pueda implementar?

A: Eso se hizo mucho tiempo y como la salida a la comunidad siempre fue un tema medio complicado porque la comunidad muchas veces fue difícil, esos espacios en general se generaron dentro de las Unidades Sanitarias y en la Sala de Espera en el marco de una institución de salud.

E: Claro. Nunca en una plaza o en otro lugar

A: Exacto. Sí se ha hecho en otro lugar, como cuando fue el tema del HIV o de la semana de la diabetes que se han hecho campañas. Hace dos años atrás que esta Amilia Blanca, la diabetóloga del sistema, que programaba una semana de caminatas, tomaban la presión y toda una movida muy importante. Lo que sí hicimos mucho fue salir a los colegios, charlas de prevención en las escuelas, que todavía se hacen.

E: Eso viene teniendo éxito, ¿no? ¿Ven algún resultado concreto?

A: Sí... en general la gente se engancha bastante porque es raro que los médicos o los odontólogos vayan a la escuela a dar una charla, no es común. Pero la gente se engancha y es bueno porque uno recibe en esas charlas las propuestas y también las quejas que te ayudan a cambiar y ver en qué lugar estas parado

E: En torno a las propuestas y las quejas, ¿alguna vez hicieron una encuesta de opinión sobre gustos, consumos? No sé si me explico... sobre qué consume la gente en cuanto a comunicación: ¿qué le gusta leer, mirar, hacer?

A: No, nunca se hizo

E: ¿Crees que sería necesario hacer eso?

A: Según para cuál sea el objetivo

E: Yo te digo en torno a si al promotor le sería útil para llegar a la población y para ver si se pueden implementar otras estrategias.

A: Si, yo pienso que sí

E: Independientemente de la problemática, ¿no? Para ver si se pueden implementar otras estrategias. Pero yo más que nada te lo pregunto porque me decís que surgen quejas, sugerencias... de repente en algún momento, ¿se preguntó a la población cómo le gustaría que fuera el acercamiento hacia el promotor?

A: Totalmente, sí. Lo que pasa... me estás confundiendo, me estás planteando la comunicación con otra cosa. Sobre eso de qué mira la gente... ¿vos lo preguntas para tener en cuenta una forma más atractiva de llegar a la población?

E: Claro.

A: No sé.

E: Pero alguna vez se hizo algún tipo de encuesta, de opinión?

A: Me parece a mí que el organismo, antes de hacer una cosa así, primero debe saber cuáles son las necesidades que tiene la población.

E: ¿Ustedes cómo saben cuáles son las necesidades que tiene la población?

A: Las necesidades de la población se ven con la estadística.

E: ¿Cómo surge esa estadística?

A: Lo que pasa es que la estadística siempre está sesgada porque tiene que ver con la gente que se acerca a la Unidad Sanitaria, no con la gente que uno sale a buscar.

E: Entonces, digamos, la estadística se crea por la gente que llega a la Unidad Sanitaria. ¿Creés que sería posible hacerlo de forma inversa? Es decir: que nosotros salgamos a ver cuál es la demanda de la población pero por fuera de la salita?

A: Sí, sí.

E: Te pregunto porque quizá no lo ves (risas).

A: No, no, no. Yo creo que sí. No sé si el éxito del trabajo que se hace se puede ver tanto como que te gratifique, que te implique seguir, como es al revés; pero porque estamos acostumbrados a trabajar del lado de adentro, **no estamos acostumbrados a salir a la población.**

E: En el caso en que salieran a la población a ver cuáles son las demandas o de ver si se puede conocer cuáles son los gustos para hacer más atractiva la llegada del Promotor a la población, ¿vos crees que existen los medios necesarios, las herramientas, las formas de realizarse? ¿se puede hacer eso concretamente, o ves algún tipo de impedimento?

A: Mirá, yo creo que formas de llegar a la población tenemos. Lo que pasa es que la llegada a la población también depende de la buena voluntad que le ponga la gente que está encarando el proyecto y la gente que participa del mismo. Porque no solamente necesitas las ideas, necesitas la población, la gráfica, un material humano y un recurso económico para mantenerlo.

E: ¿Vos crees que la llegada del promotor a la población en este momento es positiva?

A: Totalmente. **Siempre** la llegada del promotor a la población es positiva. Si el promotor sale y de todo lo que tiene que hacer encuentra una sola cosa, o puede resolver una sola situación, ya con eso estamos contentos.

ENTREVISTA GRUPAL A PROMOTRES DE SALUD

Referencias:

(E): Entrevistadora

(T): Todos

(VM): Voz masculina

(VF): Voz femenina

(M): Mariana Mendoza

(D): Débora Da Silva

(G): Graciela Sorio

(L): Lorena Álvarez

(J): José Correa

(LI): Leandro Ibarra

Entrevistadora (E): ¿Hace cuánto que ustedes hicieron el curso de Promotores?

Todos (T): Lo hicimos en el 2010

E: ¿Todos hicieron el curso juntos?

T: (debaten) Sí, empezamos todos en el 2010.

E: ¿Y cómo llegan al curso?

Voz masculina (VM): Cada uno de diferente manera.

E: ¿Cómo les llega la propuesta? Por una persona que les comenta, por alguien del trabajo..?

Voz femenina (VF): En mi caso y de otra señora entramos por intermedio del municipio.

VM (Leandro): El caso mío.. soy Leandro, ella es Mariana. Ella estaba sin trabajo y una persona le dice que se acerque que estaban necesitando una persona y cuando deja los currículums yo estaba trabajando, entonces me dicen que era una actividad que podía hacer paralela al trabajo, que se puede acomodar los horarios y bueno, así empezamos.

E: ¿ Y es paralelo al trabajo?

VM: Sí

VF: Sí porque cada uno se acomoda

VM: Como te contaba yo recién. Vengo directamente para acá, a dormir un ratito y otra vez toca trabajar.

E: Yo sé que algunos están afectados para la capacitación de embarazadas. ¿Eso afecta a todos o solamente a un grupo?

VF: Sólo a un grupo

VM: En este caso, sólo a nosotros dos.

E: ¿Y el resto qué está haciendo ahora?

VF: Yo empecé con la otra señora, empezamos el primer grupo de capacitación; después siguieron ellos y los otros paralelos estamos haciendo lo que es visitas de base.

E: Bueno, si quieren presentarse yo no sé los nombres de todos, porque los vi una sola vez en la reunión esa que hicimos de...

Mariana (M): Bueno, mi nombre es Mariana. Estuve originalmente en la base 5 y ahora estoy en la base 18 y la 11.

Débora (D): Mi nombre es Da Silva Débora, estoy en la base 1 ahora y antes estaba en la base 16.

Graciela (G): Graciela Sorio, base 16.

José (J): Correa José, estaba en la base 4 y ahora estoy en la 14.

Lorena (L): Lorena Álvarez, estoy en la base 24 y en la 10

Leandro Ibarra (LI): Leandro Ibarra, estoy en la base 12 y en la base 15, y haciendo la capacitación.

E: ¿Ustedes van a la base, hablan con la jefa de base? ¿Cómo los dividen por área?

LI: En mi caso voy a la base y el otro día vamos a la capacitación.

E: ¿La base les queda cerca de la casa?

M: Es más fácil para el promotor que cuando sos usuario del programa ser del área. En mi caso en la 18 me queda cerca.

E: Cuando tienen que hacer una actividad, ¿es en la zona?

M: No, el área programática que te asignan.

VF: Según. Cuando vas a buscar embarazadas en deserción es dentro de tu área; ahora, lo que están haciendo capacitación es donde te paga. Lo de tuberculosis que hicimos era cerca.

VM: Siempre es distinto de Ezeiza, pero es cerca

VF: La deserción de embarazadas es dentro del radio de tu barrio.

E: ¿Cómo se llevan ustedes con los jefes de base? ¿Ustedes tienen diálogos con ellas? En el caso de que estén haciendo capacitación para embarazadas o pacientes con tuberculosis..

VF: En realidad, las derivaciones por lo general las hace el obstetra.

VM: O el defensorista. A mi me pasó con nutrición por ejemplo, que la coordinadora fue el nexo entre la nutricionista y yo, entonces por medio de ella mandamos mensaje y bueno, pudimos localizar al paciente que estábamos buscando. Por lo general es ella, pero no sé si en todos los casos es igual.

VF: Por ahí a nosotros nos ayuda con las historias para documentar la devolución de la visita o de repente si no lo ubicamos ahí ellas tienen.. en mi caso, con Sandra ella tiene muy buena memoria y te sabe decir si esa persona está yendo o no. Bueno, ella sabe y conoce más, entonces es más fácil detallar la información.

E: Entonces, ¿sienten que hay una interrelación entre el especialista, la coordinadora y ustedes? ¿Hay una relación fluída o sienten que por ahí trastabilla? A mí me pasa, también trabajo en una Secretaría y de repente tenemos esos ruidos entre “la jefa me dijo pero el especialista me dijo”... bueno, dimes y diretes que hay en las bases que son propios de estas estructuras.

VM: A lo largo de los años, se ha creado una confianza. Capaz vas a pedirle las cosas, pero en general nadie tiene problema con nadie

E: ¿Ustedes siempre trabajaron yendo a los hogares?

VF (Varias): Sí

E: Nunca hubo otro tipo de estrategia que no fuese la de captar a la gente yendo al hogar, ¿no?

VM: No. Ha habido campañas que capaz quedan más lejos

VF: A veces íbamos a un barrio X con los promotores y avisamos a la comunidad que estaba el hospital móvil.

E: Claro, un acompañamiento con las unidades sanitarias

VM: Sin ir más lejos, la campaña de salud sexual y concientización.

E: En los cursos que hacían de los promotores, hagan memoria (risas). ¿A ustedes les hablaban de algún tipo de estrategia de comunicación que no tenga que ver con el acompañamiento de Nación?

VF: De comunicación no. Qué es lo que vamos a hacer, sí.

VM: Claro, no se hablaba de cómo es la calle

VF: Te van a decir que tenés que ir a buscar una embarazada pero no te van a dar el *speech* que le tenés que hacer a la embarazada.

VM: Eso se va adquiriendo con la experiencia, con los años. Consultando, pidiendo distintas opiniones.

VF: El taller que se hizo hace poco, si bien ahí aprendías como estrategias cómo captar la atención. Los talleres que se hicieron ayudan porque te dicen algo que se puede llevar a cabo y te dan las herramientas para poder llevarlo a otros lugares. Si bien nosotros en la salita hace dos años hicimos una charla con una cooperativa que fue en el centro cultural de Ezeiza, esa fue la única salida afuera que tuvimos con la obstetra y enfermeros y por medio de ellos se pudo dar una charla. Pero quizás dieron pie a estas herramientas de otra manera, de forma más didáctica.

VM: Había sopa de letras, había cosas para que uno..

E: Claro, les daban otras..

VM: ... para que vos te pares adelante de 10 personas a explicarles algo y ellos..

VF: Igual en la salita lo que fue hasta el año pasado con el grupo de comunitarios de la unidad sanitaria 5 se hacían charlas en la sala de espera, porque por ejemplo cuando era lo de la gripe en el invierno se hacía la charla de los temas de los cuidados de la gripe y por ahí en las salitas de colores se hacían talleres con los nenes para fin de año.

LI: Entonces había dibujitos, como adornos navideños, entonces los nenes hacían esos dibujos y después los pegábamos en un afiche.

VF: Eso es aprovechar el espacio de la sala de espera

LI: Los chicos estaban jugando y hablábamos con los padres acerca de las actividades

VF: Habíamos ido a un jardín una vez, uno que está a la vuelta de la salita y se hizo una charla con los papás y las docentes. Era para los cuidados del niño; o sea, la necesidad de llevar una actividad no sólo cuando están enfermos sino también con los niños sanos. Se trató el tema de la alimentación saludable, los padres hicieron consultas...

E: Ustedes cuándo van a las viviendas, ¿no sienten como que necesitan una herramienta más? ¿les sirve ir a los hogares y charlar directamente con las personas o piensan que se puede hacer otro tipo de estrategia que no sea ir con el cuerpo a la vivienda?

VM: Es que otra no te queda. Los teléfonos que ellos brindan a veces no están actualizados

VF: Incluso las direcciones, a veces vas a buscarla y no existen. Algunos te atienden bien, otros te quieren cerrar la puerta en la cara, otros te mandan los perros (risas)

VF: Hay domicilios que tienen todos los casos. Por ahí vas por un caso y ya tenés que ir al mismo lugar por otra especificidad. Si bien nosotros tenemos un área, nosotros informamos pero luego no sabemos si se acercaron o no.

E: En los cursos que hacían de promotores, en realidad en lo que hacían énfasis era que el rol del promotor es ir a la vivienda, ¿no?

Varios: Claro. Trabajo de campo

E: ¿Creen que trabajar con grupos de personas les ayudaría? Porque cuando ustedes van al camión es otro tipo de estrategia...

Varios: Sí...

J: En ese caso la charla la tendría que dar un profesional.

VF: Acompañarlos sí. Brindar información a la gente, eso sí lo podemos hacer. Estaría bueno resolver sobre lo que nos indican como necesidades

VM: Ellos te dicen qué les gustaría que se desarrolle. Estaría bueno que la devolución sea esa.

VF: Porque si no ves respuesta, tenés que volver a ir.

VM: Si se presenta ese proyecto y no se cumple o el mismo club te vuelve a llamar y te dice “en qué quedó?”

VF: En el caso de la base 12, son todos vecinos de ahí y uno tiene una familiaridad y quiere cumplir con las expectativas de lo que te piden.

E: ¿Cuáles creen que son las principales problemáticas para llevar a cabo algo diferente que no sea ir a la vivienda? De repente ustedes quieren plantear, por ejemplo, ir al club.

LI: Tiene que venir de arriba la orden.

VF: Hay casos de expedientes sobre deserción de embarazadas que por ahí es un riesgo social y ya hay lugares en los que no podemos intervenir. Estaría bueno darle otra herramienta.

E: ¿Ustedes tienen folletería a mano? Yo sé que hay programas que nunca bajan folletería.

LI: Si vamos a hacer un especial, sí nos dan. Por ejemplo cuando hubo reuniones en Costa Salguero y otros lugares más, ahí nos hablaron de todos los programas nacionales y nos dieron volantes, folletos y afiches de todo para llevar a la base.

E: ¿A ustedes les sirve eso, que haya...?

LI: A veces sí y a veces no. A veces es demasiado específico y no puedes aportar. Podés escuchar, pero no aportar. Pero hay veces que sí, que es recontra interesante.

E: Cuando ustedes van a las casas, ¿la gente sabe que son promotores de salud?

VF: No, pero vamos identificados. La mayoría no sabe. Algunos te dicen “¡ay, qué bueno!”.

VM: ... porque piensan que los estamos cuidando, y esa es la idea, ¿no?

VF: Están agradecidos de que alguien tenga interés en ellos.

E: ¿Son las credenciales que les dio Mercedes?

VM: Igual ya teníamos antes de Mercedes. Y también pecheras.

VF: También teníamos como una casaca, que eso como estrategia me pareció mejor porque ellos ya te ven relacionado a la salud. No todos tenemos, pero teníamos las casacas blancas que eran de un programa específico. Quizá la casaca, a la vista, es mejor.

E: Lo interrelacionan con todo el sistema de salud.

LI: Exacto.

VF: En un domicilio fui y me preguntaron si era obstetra.

LI: A veces se sorprenden, se asustan. Yo noto que a veces, en lo que es la promoción, se mal acostumbran. Hay veces que vas 3 veces a una casa.

VF: Yo lo que necesitaría es que haya turnos. A veces se aprovechan, aunque no sea en todos los casos.

E: ¿Ves como una ventaja que los conozcan?

VF: Está bueno que te reconozcan porque hay casos específicos de familia que conviene que así sea. Saben que los vamos a buscar y cooperan.

LI: No está mal que te relacionen con el ámbito de salud, pero sí que se aprovechen de esa situación.

E: Entiendo. Como que relacionen el rol del promotor con una facilidad...

Varios: Igual son pocos...

E: En realidad apunto a que de repente ustedes saben que nosotros en el sistema no tenemos una forma muy tecnológica, mediatizada o informatizada de llegar a la gente, ¿no? Es salir a la calle y hablar con las personas, y esto se traslada a todo el sistema de salud. De repente es una situación que yo considero de municipio, si alguien piensa lo contrario... les pido que me corrijan, ¿no? Es una opinión mía. Yo veo que en otros ámbitos los camiones tienen otras herramientas: ellos salen, hacen la folletería, habla la radio desde el camión, les hacen los

afiches y de repente en el trabajo diario nosotros no tenemos la posibilidad de hacer eso, ¿no?

La pregunta es: ¿eso nos serviría?

LI: Ahhhhhhh, sí... Hay campañas que nos dan folletos, que se entregan en las bases...

VM: Cuando fue el tema del hospital móvil, yo por ejemplo agarré una página de Facebook y lo viralicé ahí. Ellos mismos armaban una cartelera.

VF: Hace poco yo iba a hacer el de sangre, que después nos dieron folletería que se entregaban en las bases.

LI: A mi me dieron en la capacitación...

E: ¿Ustedes creen que eso fortalece el rol del promotor?

VM: Sí

E: Ahora está el Facebook, pero de repente poder fortalecer las herramientas mediáticas que tenemos como para salir a visibilizar el rol del promotor. Yo sé que en algunos casos es difícil hacer una promoción más masiva porque a veces termina siendo contraproducente, ¿no? Pasa en otros ámbitos, no necesariamente hablo de salud. Por ejemplo, ustedes lo ven con el camión del DNI, que se hizo super-masivo; ahora no tanto, pero antes era una cola desde las 4 AM.

Entonces la idea también es pensar si ustedes creen que en Salud la mediatización ayuda, ¿no?

Para las campañas y todo eso...

LI: Para las campañas, sí... no es tan tecnológico como decías vos... vas a la base y tenés los afiches y el que lo quiera leer lo lee...

VF: No, en los colegios también... cuando van a buscar... cuando fue lo de la gripe que se dejaron los afiches, los papás que están esperando a los chicos...

E: Yo veo también que se afinó bastante el tema de la relación entre ustedes con Mercedes, con Ariel. De repente con el WhatsApp que se mandan una foto... ¿ustedes creen que debería existir algún otro tipo de comunicación entre los diferentes niveles (la jefa de base, el referente, la directora)?

VF+LI: No...

VM: Tenemos el grupo de promotores de salud y después está el otro donde está el obstetra y ahí tenés la información. Te llama la obstetra... es una buena forma de comunicarse

E: ¿Ven algún tipo de barrera en el trabajo que hacen? Barreras concretamente de esto que estamos charlando... porque barreras en el barrio y en la calle hay miles...

LI: Ahora no, pero antes cuando no estaba claro el trabajo del promotor...

VF: Había un recelo también...

LI: Estaba mal visto, había recelo en las bases..

VF: Yo creo que desde el 2010, recién ahora el promotor está siendo más respetado.

LI: Sí, porque están claras las pautas.

VF: Ahora se sabe qué es lo que tenés que hacer... Mas allá de que en el grupo lo tengamos a Ariel, a Mercedes.

LI: Cuando vos vas a hacer una visita y traés una devolución, no sabías que pasó después. Ahora sí.

VF: En salud mental por ejemplo, hubo muchos casos que hubo respuestas de agilizar al paciente a donde tenga la salita más cercana. Eso está bueno porque tenés herramientas y referentes a los cuales recurrir.

LI: Se reconoce más. Tenemos un rinconcito en la base (risas).

VF: Ahora tenemos un lugar como para pasar las planillas..

LI: El hecho de que estemos haciendo otras capacitaciones también significa la inclusión del promotor al equipo de salud.

E: Es un equipo interdisciplinario, estamos todos relaciones con todos en algún punto, ¿no?

VF: Claro.

E: ¿Ustedes creen que el tema de la contratación...? Yo conozco el sistema de contratación de ustedes y no es ningún secreto de que es bastante precarizado. ¿Ustedes piensan que cuando hablan de recelo, de la salita, tiene algo que ver con el sistema de contratación?

VF: No..

LI: Al no tener claras las pautas, menos las salitas. Entonces tenes ahí qué función cumplis, ellos ya saben por ahí la 18 como ayudar en cada caso. Lo importante es que en la misma salita te conozcan y sepas qué función cumplis, sino es imposible que afuera te conozcan.

E: Claro, insertarte... a mí me pasa con las chicas de Redes. Ustedes la conocen a Andrea y Yamila que de repente las mandas a una base y bueno, ponete a tomar mate o a charlar un rato porque es meterse y ver con la gente porque sino no saben qué haces, y se los explicaba una dos tres veces y no cobra tanta representación como si por ahí te ven todos los días. Es un poco también mi trabajo, yo voy todo el día a las distintas bases a ponerme a charlar, a ver qué está pasando, a ver qué les falta... y te terminan hablando de cualquier cosa, de cualquier cosa (risas).

VM: Pasa que por ahí ven en vos una persona que puede llegar a tener una facilidad también para...

E: ¿Ustedes ven que tienen esa inserción en la base?

LI: No, yo en mi caso no.

M: Yo sí.

LI: Ella sí.

M: Pero es por eso. Es que ellos sepan lo que haces vos y de hecho estar un rato ahí para que ellos también te cuenten otras cosas.

E: Bueno, yo... ya estoy. No sé si quieren agregar algo más.

VF: No sé si servirá para vos el trabajo... (risas).

E: No, si quieren agregar algo más de esto que hablamos...

VM: No, yo creo que bastante completa la información (risas). ¿Ustedes caminan mucho para hacer las bases? Para llegar hasta la casa a donde tenés que ir.

E: Lo que pasa es que al no vivir en la misma zona de la base, yo a veces tenía que tomarme un colectivo... de repente te mandan a ver a un tuberculoso del otro lado del...

VM: Yo por ejemplo me manejo con mi vehículo y a veces sospecho que la gente descrea porque ve al de la camioneta que no dice nada del municipio. Y capaz que del que va caminando no pensarían eso.

E: Habría que ver si el nivel de confianza tiene que ver con...

VF: Por más que te bajes con la credencial...

VF: Para mí lo fundamental es la casaca... porque ya te ven relacionado a la salud...

E: En el caso hipotético de que saliesen con ambo... ustedes ya salieron con ambo?

VF: No, con la casaca.

E: Si saliesen con un ambo o con una casaca nuevamente y pase esto, creen que por ahí pudiese llegar a pasar algo de si te dicen.. “bueno, yo no soy médico”?

VM: El color es fundamental.

VF: Si vas con azul, piensan que le vas a cobrar los impuestos

VF: A mí me paso varias veces de que te confundan y te digan “y por qué no vas a decirle al intendente que arregle la calle tal o la luz tal”...

E: Claro, porque a mí me dicen lo del chaleco y se me hace “Un Techo para mi País”

VM: Claro.

PRESENTACIÓN EN POWER POINT

Promotores de la Salud en Ezeiza: Una mirada desde la comunicación



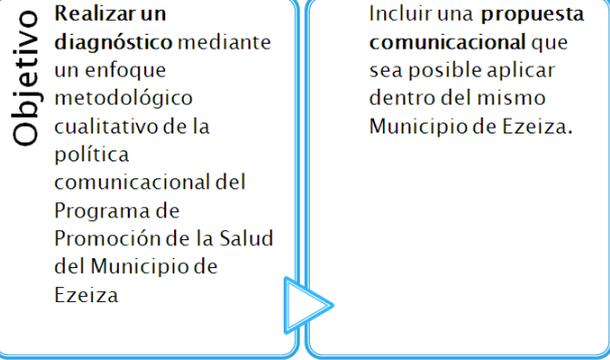
Tesina de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación

Introducción



Modalidad de trabajo

- ▶ La modalidad de trabajo será mediante un **estudio de tipo exploratorio-descriptivo con orientación propositiva.**

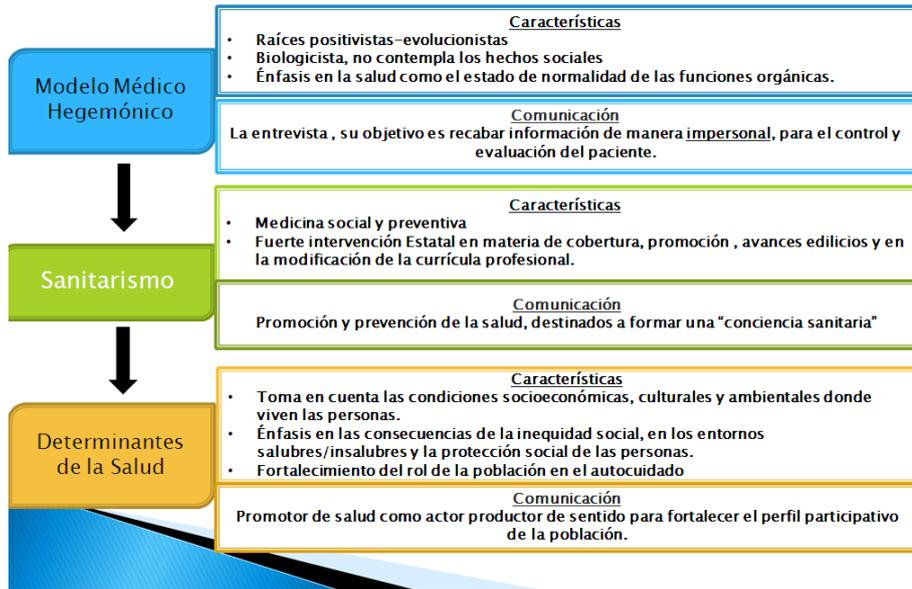


Hipótesis



Marco teórico

Teorías y modelos de la Salud



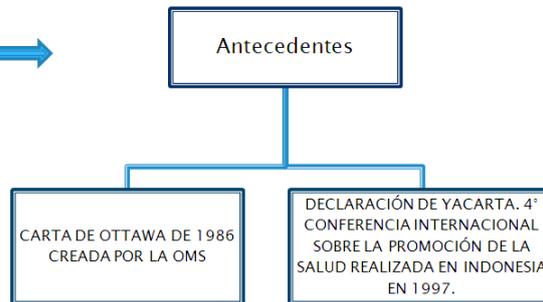
El campo de la Salud

Los tres modelos de la salud actualmente conviven produciendo **conflictos y luchas en el interior del campo de la salud**. Los campos desarrollan leyes de funcionamiento propias, establecen las posiciones de los agentes y las relaciones entre dichas posiciones. El campo de la salud hace muchos años que se rige por una concepción hegemónica centrada en la biología individual por sobre los modelos que enfatizan el carácter social del fenómeno.



Programa de Promoción Comunitaria en Salud en Argentina

En nuestro país se creó en el año 2006



Objetivos:

- Reorientar al Sistema de Salud
- Aumentar la accesibilidad de la población al sistema de salud
 - Garantizar la continuidad de la atención
 - Realizar actividades de promoción
 - Construcción de un «Rol del promotor»

El Promotor de Salud

¿Quiénes son?

- Son personas que promueven la promoción comunitaria en salud.
- Son contratados estatales en su mayoría no profesionales.
- Son organizadores comunitarios que conocen el barrio, a los vecinos y las necesidades de cada lugar.

¿Qué hacen?

- Identificando situaciones más comunes de riesgo en salud.
- Participan en la orientación, acompañamiento y educación popular en salud. Apoyan a colectivos comunitarios e instituciones.
- Participan en operativos territoriales en lugares de acceso público y realizan visitas domiciliarias para la captación o seguimiento de paciente.
- Participan en la realización talleres y cursos.
- Participan de capacitaciones.

Estudio de caso: Programa de Promoción Comunitaria en Salud en Ezeiza



Referente y promotores que trabajan en Ezeiza

Algunas problemáticas que manifestaron

- Ausencia de actividades continuas con la población
- Sólo se comunican con el contacto cara a cara en la captación de pacientes.
- No existe una encuesta de opinión pública que permita conocer cuál es la percepción de la población sobre la atención.
- Existe la presencia de políticas por parte del municipio contradictorias a las políticas sanitarias planificadas por la Secretaría de salud.
- Poseen vestimenta que los identifica como promotores de salud pero no se sienten identificado con ella.
- Tienen la necesidad de realizar actividades grupales con las diferentes instituciones barriales, y el interés que demostraron las mismas ante los promotores por recibir esas actividades pero no tienen una vía directa para comunicarse con dichas instituciones barriales, dependen de que las mismas pidan la actividad.



Nuestra Propuesta

ANTE LA CARENCIA DE HERRAMIENTAS PARA COMUNICARSE CON LA POBLACIÓN LA SECRETARÍA CREO UNA PÁGINA EN **facebook**



REALIZAMOS UN ANÁLISIS DE CONTENIDO Y FUNCIONAMIENTO DE LA PÁGINA



PROBLEMAS

- Desactualización.
- Carencia de procesos.
- Falta de público.
- No existe una política de participación.
- No se realizaron campañas patrocinadas para difundir la página.



PROPUSIMOS UNA ESTRATEGIA PARA QUE ÉSTA HERRAMIENTA SEA MÁS EFECTIVA

Definimos objetivos generales y específicos, el público objetivo, los recursos a utilizar y las acciones que deben realizar, qué medir y evaluar y las instituciones a contactar.



Nuestra Propuesta

¿Qué aporta?

- Un Plan para comunicar de manera efectiva en la comunidad las acciones del programa de Promoción Comunitaria en Salud utilizando Facebook como canal.
- Procesos definidos para la implementación, gestión y medición de dicho Plan.

¿Cuál es su alcance?

- Nuestra propuesta fue pensada específicamente para el caso analizado, es decir para el Programa de Promoción Comunitaria en Salud del municipio de Ezeiza y planeamos presentarla como una propuesta concreta en la Secretaría de Salud de dicho municipio.
- No obstante, el modelo y los procesos podrían utilizarse para otros municipios, para otros Programas, para cualquier ente estatal que quiera comunicar y difundir su accionar a través de Facebook u otras redes sociales en el país.