



Tipo de documento: Trabajo Final de Carrera de Especialización

Título del documento: Promotoras comunitarias de salud en el partido de Moreno: construcción de accesibilidad en el marco de las políticas sanitarias del conurbano bonaerense

Autores (en el caso de tesis y directores):

Natalia Soledad Cabral

Pablo Stropparo, tutor

Aurelio Arnoux Narvaja, co-tutor

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2019

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



**TRABAJO INTEGRADOR FINAL
ESPECIALIZACIÓN EN PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE
POLÍTICAS SOCIALES**



TÍTULO:

*“Promotoras Comunitarias de Salud en el partido de Moreno.
Construcción de accesibilidad en el marco de las políticas
sanitarias del conurbano bonaerense.”*

AUTORA:

Lic. Natalia Soledad Cabral

TUTOR: Dr. Pablo E. Stropparo

CO-TUTOR: Mg. Aurelio B. Arnoux Narvaja

Buenos Aires

Octubre de 2019

RESUMEN

A lo largo de su historia, el sistema de salud en la República Argentina ha sido escenario de luchas permanentes en donde las ideas dominantes, la situación económica y el signo ideológico, han ejercido una presión notable a la hora de impulsar políticas de acceso al bienestar. Considerado originalmente como un tema relativo al ámbito privado, en donde sólo se garantizaban las condiciones mínimas, fue con las políticas implementadas por Ramón Carrillo que el Estado se puso al frente de esta problemática.

La fragmentación que ha sufrido el sistema de salud en los últimos tiempos, la crisis económica y la matriz ideológica de gobiernos neoliberales, no han impedido la supervivencia de modelos que le asignan una especial relevancia a la promoción de la salud desde la Estrategia de Atención Primaria. En este trabajo la intención es indagar sobre las tareas que las Promotoras Comunitarias de Salud llevan adelante en el Municipio de Moreno a partir del análisis de las políticas sociales desarrolladas.

Entendiendo que el Estado constituye una esfera crucial a la hora de garantizar el bienestar de la comunidad pero no la única, el mercado, la familia y la sociedad civil se vuelven relevantes. Ni el Estado ni las políticas que pueden desprenderse del mismo pueden ser efectivas por sí solas. En este marco, la hipótesis que se sostiene en la tesis de maestría, de la que forma parte inicial este trabajo, es que las Promotoras Comunitarias de Salud en el partido de Moreno operan como mediadoras exitosas de los programas de salud estatales, contribuyendo a mejorar la accesibilidad a la salud, a integrar a las poblaciones vulnerables y a reducir la fragmentación del sistema de salud argentino.

En otras palabras, se realizará un análisis sobre el caso de Moreno a través de perspectivas propias de la ciencia política y del campo de las políticas sociales, haciendo hincapié en los procesos de planificación, gestión e implementación de las políticas estatales. A modo organizativo, el trabajo se estructurará en los siguientes apartados: en primer lugar se hará una presentación del problema de investigación, luego se desarrollará el estado de de la cuestión, las perspectivas teóricas pertinentes, se abordará brevemente el caso de estudio y se establecerán las principales conclusiones del trabajo.

Conforme a lo establecido en los planes de estudio de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, el presente escrito constituye la monografía final de la Carrera de la Especialización en Planificación y Gestión de Políticas Sociales. La misma responde a los lineamientos planteados formalmente, es decir, conformar un trabajo de investigación breve de tipo bibliográfico documental que se complementa con información obtenida en entrevistas a informantes clave y observaciones participantes.

ÍNDICE

RESUMEN	2
PALABRAS CLAVES	5
ABREVIATURAS.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I - PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	9
1. Promotoras Comunitarias de Salud y la salud en Argentina	9
2. La construcción del problema de investigación.....	16
3. La relevancia del estudio sobre las Promotoras Comunitarias de Salud	24
4. Hipótesis, objetivos y metodología.....	27
CAPÍTULO II - EL ESTADO DEL ARTE Y ABORDAJES CONCEPTUALES	30
1. Políticas sociales y producción de bienestar.....	30
2. Ciudadanía y desigualdad	33
3. Vulnerabilidad.....	37
4. Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos.....	39
5. Políticas territoriales en salud en el conurbano bonaerense	40
6. Accesibilidad en salud	42
7. Promoción de la salud.....	44
CAPÍTULO III – PERSPECTIVAS TEÓRICAS	48
1. Análisis de políticas estatales y su implementación	48
a) Política, poder y políticas sociales	48
b) Estudio de políticas estatales	52
2. Las políticas sanitarias. La gestión como lugar de la mediación.....	55
CAPÍTULO IV - APROXIMACIÓN AL CASO DE ESTUDIO.....	58
1. Características generales de Moreno	58
2. El desarrollo de la promoción de la salud en las políticas sanitarias de Moreno	63
a) Antecedentes en la historia reciente.....	63
b) Coyunturas neoliberales y nuevas problemáticas en el subsector público de salud	70

3. Las políticas estatales y la cuestión de la promoción de la salud	78
4. Rol actual de las Promotoras Comunitarias de Salud, tareas y responsabilidades	84
CONCLUSIONES	89
1. El camino construido.....	89
2. Reflexiones finales y desafíos	90
BIBLIOGRAFÍA CITADA Y CONSULTADA.....	93
Fuentes complementarias y de organismos gubernamentales.....	100
Desgrabaciones	102
ANEXO	103
1. Contenido de la ley 14.882 – Creación de la figura de “Promotor Comunitario en Salud” en la Provincia de Buenos Aires	103
2. Registro sobre tierra y hábitat del Instituto de Desarrollo Urbano, Ambiental y Regional (IDUAR).....	106
3. Datos recientes sobre la población del partido de Moreno	107

*“La salud se construye como proyectos, luchas, sueños,
subjetividades, ingenio, trabajo y arte”
(Jairnilson Silva Paim)¹*

PALABRAS CLAVES

Promotoras Comunitarias de Salud – Conurbano bonaerense - Accesibilidad - Subsector público – Políticas Sociales

ABREVIATURAS

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires

APS: Atención Primaria de la Salud

ATAMDOS: Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

CIC: Centro Integrador Comunitario

COFESA: Consejo Federal de Salud

CUS: Cobertura Universal de Salud

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCS: Promotoras Comunitarias de Salud

PRIST-AT: Programa de Inclusión Social con Trabajo - “Argentina Trabaja”

PS: Promoción de la Salud

PTCI: Programa de Transferencia Condicionada de Ingresos

¹ Jairnilson Silva Paim es referente de Salud Colectiva en Brasil y Latinoamérica. Es Doctor en Salud Pública, Magíster en Medicina, profesor titular en Políticas de Salud del Instituto de Saúde Coletiva (ISC) de la Universidade Federal da Bahia (UFBA), investigador del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) y Doctor Honoris Causa por la Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo conforma la monografía final de la Carrera de la Especialización en Planificación y Gestión de Políticas Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). El tema seleccionado para este fin es el rol de las Promotoras Comunitarias de Salud en la accesibilidad a la salud, especialmente, de la población en situaciones de vulnerabilidad social. Para su análisis, se abordará el caso del partido de Moreno a través de perspectivas propias de la ciencia política y del campo de las políticas sociales, haciendo hincapié en los procesos de planificación, gestión e implementación de las políticas estatales.

Este estudio forma parte de un proceso más amplio de investigación enmarcado en la tesis de maestría titulada *“La accesibilidad a la salud en poblaciones vulnerables del conurbano bonaerense. Los aportes de las Promotoras Comunitarias de Salud en el partido de Moreno”*. Allí, los principales interrogantes se presentan sobre la manera en la que la intervención de las Promotoras² Comunitarias de Salud (PCS) en Moreno integra a las poblaciones vulnerables, considerando que contribuyen con su accionar a la mediación exitosa de los programas de salud estatales y abonan a la reducción de la fragmentación del sistema de salud argentino, específicamente en el conurbano bonaerense. Al tratarse de un tema escasamente abordado desde investigaciones en las ciencias sociales, resulta necesario vislumbrar los caminos posibles que promueven la participación social, la organización comunitaria, en suma, la promoción de la salud. De esta forma, la intención es tanto propiciar la discusión y el debate en un nivel teórico como también poder brindar aportes empíricos que colaboren hacia el establecimiento de políticas estatales que prioricen una mirada integral de la salud y fortalezcan las capacidades de las personas en comunidad.

²Es importante aclarar que la mayoría de las personas que cumplen la función de promotores/as comunitarios/as de salud son mujeres; por ende, en este trabajo se utilizará el género femenino como integrador a ambos géneros.

El criterio para ordenar este trabajo estuvo centrado en la idea de comenzar desarrollando el contenido más general, para luego hacer énfasis en las particularidades que presenta el caso de estudio. En este sentido, en el capítulo 1 se busca situar sucintamente el tema a partir de la realización de un breve recorrido histórico de las principales perspectivas sobre salud en Argentina y las instancias de promoción promovidas por éstas, para luego dar paso al planteo del problema de investigación, su construcción y relevancia.

En el capítulo 2 se hará hincapié en el estado del arte, realizando una aproximación a los estudios e investigaciones vinculadas a la temática. Para ello, se tendrán en cuenta los aportes de algunos trabajos académicos sobre políticas sociales y producción de bienestar, los debates en torno a la construcción de ciudadanía y desigualdad, la noción de vulnerabilidad, los análisis de los Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos (PTCI) relacionados a la formación de PCS, los estudios sobre políticas territoriales en salud en la región del conurbano bonaerense, el concepto de accesibilidad a la salud, y, por último, algunas referencias centradas en el eje de promoción de la salud.

En el capítulo 3 se hará mención a los principales enfoques y conceptos que se utilizarán en esta investigación, teniendo en cuenta la bibliografía que resulte pertinente en la ciencia política -en particular- y en el campo de las políticas sociales -en general-. En este marco, se contemplarán los elementos teóricos sustantivos sobre los conceptos de política, poder y políticas sociales. Estas perspectivas se complementarán con algunas posturas sobre las políticas estatales y la gestión como espacio de mediación en las políticas sanitarias.

En el capítulo 4 se focalizará sobre los principales datos que permiten describir -de manera preliminar- el caso de las PCS en el partido de Moreno. Para ello, se considerará el contexto en el que se enmarcan las acciones de las promotoras de salud, la conformación del sistema de salud en el conurbano bonaerense y las especificidades del distrito. Por este motivo, se retomarán las experiencias recientes de PCS en el distrito y las acciones realizadas por la gestión local, buscando recuperar las características del proceso de su origen en el territorio y en organizaciones político-

sociales. Se observará la cualidad distintiva que presentan quienes formaron parte de cooperativas y se brindará un breve acercamiento al rol que desempeñan las PCS a través de una aproximación a sus tareas, incumbencias y responsabilidades. La presentación del caso estará basada en la utilización de documentos e informes de gestión de la Secretaría de Salud del municipio, en la revisión de periódicos locales así como también en la información obtenida por entrevistas a informantes clave, instancia que forma parte del trabajo de campo previsto en la tesis de maestría.

En consecuencia, se pretende que este estudio pueda ser un insumo que favorezca la planificación y la gestión de políticas socio-sanitarias -y políticas sociales de otro tipo-, considerando que el análisis de un caso relevante en las prácticas de promoción de la salud puede brindar aportes oportunos que resulten útiles para enfrentar las problemáticas actuales, así más no sea, abriendo nuevos interrogantes y reflexiones.

CAPÍTULO I - PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1. Promotoras Comunitarias de Salud y la salud en Argentina

La promoción de la salud representa un elemento clave en el sistema de salud argentino. En este sentido, cabe recordar que fue a partir de la gestión del Dr. Ramón Carrillo que en nuestro país se impulsó desde el Estado una mirada hacia la prevención y promoción de la salud. En 1946 asumió como responsable de la Secretaría de Salud Pública, organismo que se creó en dicho año y que por primera vez obtuvo rango de Ministerio.

Anteriormente, en Argentina la medicina era considerada una actividad que pertenecía a la esfera privada. Las acciones realizadas desde el gobierno principalmente estaban destinadas a la creación de hospitales en la medida en que iban apareciendo ciertos grupos que se encontraban desprotegidos por alguna enfermedad específica y, a su vez, los servicios sociales se llevaban a cabo desde valores de caridad (Bustelo Graffigna, 2000). Es así que, como respuesta a las numerosas epidemias -y las consecuentes muertes- que había padecido la población, desde la década del setenta del siglo XIX hasta la segunda década del siglo XX, en la salud pública tuvo hegemonía el enfoque higienista (Carrillo, 2005). El contexto social, político y económico de ese tiempo estuvo marcado por el dominio de la clase oligárquica, bajo el modelo agroexportador y con la presencia de un masivo flujo inmigratorio (Dalle, 2010; Torrado, 2017).

Desde el enfoque sanitarista, en la gestión del Dr. Ramón Carrillo se propugnó por el reconocimiento de la salud como un derecho que debía ser garantizado por el Estado. Con la medicina social como perspectiva, se hizo hincapié en aquellas características sociales que se comenzaron a considerar elementos condicionantes del

estado de salud de la población y, sobre todo, se invocó a la participación de la comunidad en problemas tales como los relacionados a la vivienda, la alimentación, las actividades laborales y la recreación, aspectos a los que se los denominó factores indirectos de la enfermedad (Carrillo, 2005)³. Así, algunos logros de esta etapa histórica fueron la creación de los centros de salud como instituciones que debían funcionar en contacto directo con la realidad que las rodeaba, la construcción de numerosos hospitales a lo largo de todo el territorio nacional que se adaptaran a las problemáticas regionales, la creación de Especialidades Médicas Medicinales del Estado (EMESTA) para lograr una producción pública de medicamentos a través de la primera fábrica nacional de este tipo y -fortaleciendo los puntos anteriores- el vasto desarrollo territorial obtenido a partir de las numerosas campañas de salud nacionales realizadas y el accionar del dispositivo del Tren Sanitario, entre otros.

Asimismo, en Argentina el rol de las PCS tiene precedentes en la experiencia del sanitarista Carlos Alberto Alvarado, quien en el año 1966 llevó adelante el “Plan de Salud Rural” en la provincia de Jujuy (Jauretche, 2012). Alvarado sostuvo un trabajo organizado a partir de la acción de agentes sanitarios y trabajadoras y trabajadores comunitarios en salud. Dentro de las tareas que llevaban adelante se comprendía la realización de rondas sanitarias, visitando casa por casa a las familias, realizando medidas de prevención, detectando enfermedades y promoviendo el saneamiento rural (Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012). De igual manera, resulta importante resaltar que en esta experiencia se estableció la definición de áreas programáticas a partir de la consideración de aspectos tales como la cantidad y características de la población, la geografía y la cultura propia del lugar, todo ello en busca de mejorar la accesibilidad a la salud. Así, esta experiencia marcó los inicios de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en nuestro país, enfoque que fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1978 a través de la Declaración de Alma Ata⁴.

³ Así lo detalla Arturo Carrillo en su libro “Ramón Carrillo, el hombre...el médico...el sanitarista...”. Dicha obra fue publicada a cincuenta años de su muerte y constituye un homenaje a la vida de esta figura histórica en el sector de salud argentino.

⁴Las implicancias de esta Declaración se desarrollarán de forma más amplia en el capítulo 2.

Otro antecedente importante respecto a la promoción de la salud fue el diseño y la implementación -breve en tiempo efectivo de ejecución- del programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) durante los años 1987 y 1988. Este programa promovió la participación popular en la salud en el nivel local bajo la gestión provincial de Floreal Ferrara como ministro de salud. Algunas de las propuestas del programa incluyeron el hecho de otorgarle a los equipos de salud familiar y comunitarios trescientas familias a cargo, debatir con los integrantes de la comunidad los gastos para realizarse en los presupuestos, tener en cuenta instancias de evaluación conjunta y -principalmente- propiciar la organización, las instancias de lucha y la participación popular (Ferrara, 2005). Como puede verse, aquí el eje de la política sanitaria estuvo centrado en el fortalecimiento de la participación de la comunidad.

Por otra parte, es cierto que en la mayoría de las provincias del interior del país se podrían mencionar numerosas experiencias donde los agentes sanitarios son un actor fundamental para poder dar respuesta desde el subsector público a las necesidades de la comunidad (Jauretche, 2012; Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Incluso muchas veces el propio agente sanitario constituye el único actor que representa al sistema de salud mismo. Esto en especial es recurrente en lugares donde geográficamente las distancias son extensas, donde los efectores de salud son escasos y la población es reducida, en comparación con los conglomerados urbanos como los de la provincia de Buenos Aires.

Sin embargo, es notable que desde fines de los años setenta hacia la década del noventa la coyuntura argentina –en general- estuvo marcada por la implementación de políticas neoliberales que han traído consecuencias altamente negativas para la población (Hopenhayn y Barrios, 2003; Basualdo, 2011). Ante fenómenos tales como la privatización, la flexibilización laboral, el crecimiento del desempleo y la pobreza, la sociedad civil se volvió un actor clave (Bustelo Graffigna, 2000). El sector salud y las políticas sanitarias, no fueron la excepción. En una coyuntura de deterioro de los servicios esenciales de salud, en los inicios del nuevo milenio las figuras del agente sanitario y de las promotoras de salud se transformaron en un sostén importante para cubrir las necesidades de salud en sus comunidades. En muchos casos, este hecho fue

promovido desde los movimientos sociales y las organizaciones políticas, y un ejemplo de ello son las experiencias del Movimiento Barrios de Pie o del Movimiento de Trabajadores Desocupados Aníbal Verón (Entrevista a Reina, 2019). Allí, las problemáticas que enfrentaban las PCS fundamentalmente se relacionaron con las necesidades básicas que no estaban garantizadas por el Estado, como pudo ser la falta de alimentación adecuada y el aumento de la desnutrición. En sintonía con lo anterior, las PCS han podido mantener, de este modo, los lazos sociales y comunitarios que se encontraban débiles al calor de la crisis.

Luego, en un contexto de recuperación económica y también de mayor confianza hacia las representaciones políticas (Abramovich y Vázquez, 2011), a partir del período post-devaluación las experiencias de las PCS han fortalecido el camino recorrido y comenzaron a disputar su efectiva incorporación a los equipos de salud del primer nivel de atención, aunque no sin dificultades. Es posible identificar políticas públicas sanitarias que priorizaron la promoción de la salud, así como también la creación de programas⁵ –nacionales, provinciales y municipales- que propiciaron la formación de promotoras de salud y consideraron la importancia de su rol. Asimismo, se implementaron políticas a nivel nacional que tendieron a la universalidad, principalmente a través de programas que fortalecieron el primer nivel de atención y pusieron en un papel central a los equipos de los centros de salud (Chiara, Crojethovich y Ariovich, 2017).

No obstante, respecto a las condiciones laborales de las PCS, pueden identificarse algunos hechos en lo que respecta a la regulación formal de las tareas que realizan las promotoras y sus incumbencias. En este sentido, cabe mencionar la Ley 14.882⁶ de la provincia de Buenos Aires, marco legal que estableció el reconocimiento de la figura del Promotor Comunitario en Salud dentro del Ministerio de Salud de la Provincia. Esta iniciativa surgió a partir de un proyecto promovido por el diputado Gustavo Di Marzio, legislador de Peronismo Para la Victoria y referente político del Movimiento Evita. Resulta interesante remarcar que este proyecto de ley fue producto

⁵Se detallarán con mayor profundidad, más adelante, en el planteo del problema de investigación.

⁶ Puede verse la ley completa en el ANEXO.

de un debate que se extendió durante tres años que buscaba legitimar el trabajo que ya venían realizando las PCS hace muchos años. A pesar de haber logrado la sanción de la ley en la legislatura en diciembre de 2015, en el año 2016 el gobierno de la Provincia de Buenos Aires por decreto vetó los artículos 6, 7 y 13 que -principalmente- establecían que la promotora de salud trabajara en relación de dependencia del Ministerio de Salud provincial. La resistencia planteada por el poder ejecutivo se basó –al menos en términos de lo comunicado formalmente- en el hecho de considerar muy alto el costo económico implicado en poder otorgarles un puesto de trabajo de planta permanente a las PCS y, por consiguiente, promover el ingreso de nuevos agentes estatales.

Sumado a lo anterior, puede afirmarse que más recientemente se han tomado medidas que plantearon un menor apoyo estatal a las instancias de promoción de la salud y –con consecuencias más graves aún- en detrimento del subsector público de salud. En este sentido, cabe considerar que en el año 2016 el gobierno nacional, a partir del decreto N° 908/2016, anunció la reforma del sistema de salud argentino hacia una Cobertura Universal de Salud (CUS)⁷. Si bien los detalles de su implementación todavía son ambiguos y no terminan de dilucidarse al momento de escribir este trabajo, existen algunas reflexiones sobre el tema que posibilitan prever algunos de sus efectos. Bajo lineamientos de organismos internacionales como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) – como lo cita un documento de la Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias de la Nación (2018)- la CUS supone un modelo que focaliza los servicios de salud pública hacia sectores de la población que se encuentran sin cobertura médica. Como afirma este documento, se plantea la necesidad de buscar la optimización de la salud pública y gratuita estableciendo una canasta básica de prestaciones y haciendo hincapié en los sectores más vulnerables. Siguiendo a Belardo y Herrero (2018), la CUS propone el

⁷Al momento de escribir este trabajo, la Cobertura Universal de Salud (CUS) aún se encuentra en una etapa temprana de ejecución, por lo que queda por analizar a futuro los impactos de dicha política pública. Al respecto, pudo identificarse que en junio de 2018 tuvo lugar una reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) donde los responsables de Salud de las provincias fueron convocados para tratar el tema de la implementación de la CUS con quien fuera en ese momento el Ministro de Salud de la Nación, A. Rubinstein. En agosto de ese año se han registrado 21 provincias adheridas.

desarrollo de un seguro de salud médico con una canasta de prestaciones básicas en la que el Estado sea el principal financiador aunque los servicios podrían ser prestados también por el sector privado. Además, para acceder a la CUS, las personas deberían estar previamente identificadas y haber demostrado que no cuentan con obra social ni servicio prepago.

Al respecto se han manifestado diversas preocupaciones. Por un lado, la Universidad Nacional de San Martín (Lombardi, 2018) echa luz sobre los mecanismos de negociación utilizados por el gobierno nacional para que las provincias adhieran a la CUS o –en cambio- dejen de recibir los financiamientos y políticas de programas nacionales referidos a medicación y/o vacunación, por ejemplo. Además, el artículo destaca que el Banco Mundial es fundamental en el otorgamiento de los créditos necesarios para llevar adelante la CUS y remarca que ese dinero será destinado por única vez, para luego hacer responsables a las jurisdicciones correspondientes. En este sentido, un riesgo podría ser –como ya se ha visto en el país y toda América Latina a fines del siglo XX- las consecuencias del endeudamiento con los organismos internacionales de crédito, donde en última instancia dichos entes tienen un rol central a la hora de orientar las políticas sociales (Chiara y Di Virgilio, 2005). Asimismo, se deja de manifiesto que el gobierno nacional no será el único que financie este tipo de cobertura y se espera que los gobiernos provinciales y los municipales sostengan económicamente estas responsabilidades en una segunda etapa. Ampliando la mirada, Gollán (2017) sostiene que no se trata de un modelo argentino simplemente sino que se enmarca en una agenda regional delineada por organismos internacionales de crédito, que como se ha afirmado antes, fueron clave en las reformas de los años noventa. Además, dichos trabajos reconocen que este modelo es similar a otras reformas implementadas en Colombia, México y Perú donde terminó definiendo un derecho restringido a la salud.

Adicionalmente, durante el año 2018 la cartera nacional de salud pública perdió su rango de ministerio, pasando a ser una Secretaría y ello implicó una reducción de presupuesto y de ejecución de políticas sanitarias a nivel nacional. A modo ilustrativo, algunos datos que reafirman esta cuestión muestran que el presupuesto se redujo de un

2.4% en el 2015 a un 1.9% en 2018 a nivel nacional y de 6% a un 5.65% en 2017 para la provincia de Buenos Aires (Gollán, 2017). A esto se le agrega una sub-ejecución de dicho presupuesto.

Por ende, el subsector público de salud hoy se encuentra debilitado bajo un modelo que privilegia la mercantilización de la salud (Gollán, 2017). Sin embargo, esto no ha impedido la supervivencia de experiencias que le asignan un especial interés a la promoción de la salud dentro de la Estrategia de Atención Primaria. Este es el caso de las Promotoras Comunitarias de Salud del partido de Moreno. Como se observa en la Figura N°1, ellas continúan realizando visitas casa por casa en los barrios vulnerables y se acercan a las familias para hacer frente a las necesidades de la comunidad.



Figura N°1: Recorrido casa por casa por prevención de dengue ante un caso sospechoso en el Barrio Los Hornos, localidad de Cuartel V, partido de Moreno. Año 2019.

Imagen de la página de Facebook de la Secretaría de Salud – Moreno, Organización gubernamental, recuperada de: <https://www.facebook.com/Secretar%C3%ADa-de-Salud-Moreno-1988087581220115/>

Fecha: 11/07/19.

En este marco, pueden establecerse los siguientes interrogantes: ¿De qué manera se reconfigura el rol de las PCS en un proceso político adverso a la priorización de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud? ¿Qué nuevas luchas emprenden las promotoras de salud? ¿Cuáles son las nuevas problemáticas a las que se enfrentan? ¿Colaboran con su accionar hacia una mayor accesibilidad a la salud? En

busca de algunas aproximaciones a estas preguntas, se hará el planteo del problema a investigar.

2. La construcción del problema de investigación

Como se ha sostenido anteriormente, en este trabajo se indagará sobre el rol de las PCS entendiendo que el abordaje de este tema supone mantener una mirada intersectorial. Sólo de esta forma se llegará a la comprensión de los procesos que vinculan al sector de salud -específicamente el subsector público- con el resto de los sectores del campo de las políticas sociales.

En primer lugar, resulta pertinente recuperar el encuadre normativo que se estableció sobre el derecho a la salud en nuestro país. El sistema federal dejó un amplio margen para que las provincias definan su accionar sobre el sector. Luego, fue con la reforma del año 1994 de la Constitución Nacional (Art. 75, inc. 22, 1994) que se reconoció que los instrumentos internacionales de derechos humanos obtuvieran jerarquía constitucional y, a partir de allí, se estableció el derecho a la salud como un derecho universal. En este sentido, han contribuido en este campo los trabajos basados en el enfoque de Derechos Humanos al considerar la inclusión de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (Abramovich y Pautassi, 2009).

De igual forma, como este estudio se focaliza en el conurbano bonaerense, debe tenerse en cuenta el marco legal de la Provincia de Buenos Aires. La Constitución de la Provincia establece en su Artículo 36 el derecho a la salud al afirmar que el gobierno provincial es responsable de garantizar “a todos los habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos” (Constitución de la Provincia de Buenos Aires, Art. 36, 1994). Además, hay que hacer referencia a las normas que permitieron el desarrollo de la descentralización, proceso que explica el fenómeno de fragmentación y municipalización que presenta hoy el Gran Buenos Aires. Dichas normas tienen sus antecedentes en 1957 con la descentralización de los hospitales nacionales a las provincias y se profundiza a partir del año 1978 a través de la Ley 21.883. A su vez, en el año 1994 con la sanción de la Ley Provincial 11.554 se

transfirieron a los municipios 76 Unidades Sanitarias que se encontraban bajo la jurisdicción de la provincia. En este sentido, Chiara (2012) hace un aporte relevante al concluir que este marco legal contribuye a la fragmentación, le otorga mayor jerarquía a los gobiernos locales y termina abonando a una institucionalidad débil en la distribución de responsabilidades entre jurisdicciones, la asignación de recursos y la articulación necesaria para llevar adelante el funcionamiento de los servicios de salud.

En este marco, se agrega que la propia conformación del sistema de salud en Argentina presenta una extrema complejidad. Sintéticamente, en los servicios del sector salud existen tres subsectores claramente diferenciados: el subsector de seguridad social -basado en las obras sociales de las que gozan quienes se encuentran trabajando en el mercado laboral formal-, el subsector de los servicios prepagos –de índole privada- y el subsector público –no contributivo y al que todos los integrantes de la sociedad tienen libertad para acceder- (Tobar, 2017). A su vez, el subsector público se encuentra en funcionamiento bajo tres jurisdicciones distintas: nacional, provincial y municipal, por lo que la trama institucional se torna aun más difusa (Chiara, Moro, Ariovich, Jimenez y Di Virgilio, 2011; Reimondi, 2008). Como se verá más adelante, si bien la fragmentación y la segmentación son características del propio sistema de salud argentino, el conurbano bonaerense plantea desafíos específicos y muestra grandes brechas de equidad (Maceira, 2011). En dicha región esta situación es acompañada por las dificultades existentes en términos de obtención de financiamiento para los gobiernos locales, la falta de eficiencia en la asignación de recursos, la extrema heterogeneidad de las estrategias que desarrollan los municipios, la complejidad para dar respuestas coordinadas y articuladas a las problemáticas de la población y la presencia de diversos obstáculos para llevar adelante un verdadero trabajo intersectorial.

Ahora bien, para comenzar a situar a las PCS dentro de dicha complejidad pueden tomarse algunas referencias históricas. El modelo neoliberal que había sido iniciado durante la dictadura militar a mediados de los setenta se profundizó con las reformas estructurales implementadas bajo el Consenso de Washington en la década del noventa (Hopenhayn y Barrios, 2003). Para detenerse en algunas de sus consecuencias,

el impacto social de este modelo supuso un aumento de la desigualdad, la pobreza y el desempleo:

En octubre de 2001 el 10% más rico de los hogares del área metropolitana (Gran Buenos Aires) concentraba la misma porción del ingreso total que el 60% más pobre y su nivel de ingreso promedio era casi 34 veces más alto que el del 10% más pobre de los hogares – casi 80% más que una década atrás, y 25% más que en la coyuntura hiperinflacionaria de 1989. (...) Durante ese año más de 830 mil personas ingresaron en el mundo de la pobreza. (Vilas, 2011, p.90)

Según Fleury (2008), estos hechos formaron parte de las políticas sanitarias que se llevaron adelante en toda América Latina durante las últimas dos décadas del siglo XX. Así, “descentralizar, privatizar, aumentar la competitividad y delegar poder a los usuarios, son algunas de las herramientas de los procesos de reforma” (Fleury, 2008, p.172). Los efectos en el sector salud fueron la exclusión de ciertos grupos de población, una mayor fragmentación de instituciones, un aumento de la fragilidad en las fuentes de financiamiento y una orientación general hacia prácticas asistenciales y curativas que dejaron de lado medidas de prevención y promoción de la salud.

Las consecuencias de estos procesos podrían resumirse en, al menos, tres aspectos. En primer lugar, el hecho de que aumentara la desocupación y el empleo informal en un contexto de políticas económicas de ajuste y flexibilización laboral, hizo que el Estado debilitara la cobertura que debía garantizar el subsector público (Maceira, 2011). Por ello, gran parte de la población perdió en esos años la cobertura de la que antes hacía uso a través obras sociales o prepagas, lo que pudo generar más demanda hacia el subsector público. A su vez, este incremento de la demanda en el subsector público profundizó la falta de capacidad en los hospitales y centros de salud para poder afrontar las prestaciones que solicitaba una cantidad de personas cada vez mayor. Es notable que en un contexto de políticas de ajuste económico, la reducción del financiamiento público produjera la degradación de los servicios públicos de salud, provocando además una brecha tecnológica entre los servicios del ámbito privado y los estatales (Fleury, 2008).

En segundo lugar, los servicios públicos de salud sufrieron un gran deterioro, principalmente, a causa de los procesos de desfinanciamiento y descentralización a nivel

nacional y procesos de municipalización en la provincia de Buenos Aires (Chiara, 2008; Moro, 2012). Desde el Estado nacional se transfirieron las responsabilidades hacia las jurisdicciones provinciales y municipales, aunque ese traspaso no estuvo acompañado por el financiamiento necesario para sostener dichas tareas. Como se ha mencionado antes, a través de una decisión implementada en el Consejo Federal de Salud (COFESA), en el año 1991 se puso en marcha la descentralización de los hospitales que aún se encontraban bajo jurisdicción nacional. Al mismo tiempo, en el caso del Gran Buenos Aires el primer nivel de atención fue absorbido por los municipios a causa de la transferencia de centros de salud provinciales y por la toma de responsabilidad sobre salas de primeros auxilios que eran gestionadas por organizaciones sociales y Sociedades de Fomento (Moro, 2012, p.57). A nivel institucional el resultado de esta situación terminó reflejándose en una gran heterogeneidad y una marcada fragmentación en el sistema de salud argentino –en general- y en el conurbano bonaerense – en particular-.

Por otra parte, este proceso de descentralización produjo que los municipios obtuvieran mayor autonomía para llevar adelante sus políticas públicas (Chiara, 2008). Sin embargo, este tipo de autonomía no significó más que la regresividad en la distribución del ingreso, el crecimiento del desempleo y la aparición de nuevas demandas de la población hacia el subsector público. Hasta el día de hoy estos factores influyen tan negativamente sobre las políticas sanitarias al punto que los sistemas de salud locales terminan dedicándose casi en exclusividad a la asistencia, sin poder accionar como debieran en la prevención y promoción.

En tercer lugar, el acceso a los servicios de salud dejó de basarse en un criterio colectivo para dar prioridad a la capacidad que pueda tener cada individuo para asegurar su atención y los beneficios que necesite de manera privada, alejándose así de la búsqueda de la equidad en salud (Fleury, 2008). Siguiendo a Esping Andersen (1993) es posible sostener que durante el período neoliberal las políticas públicas han profundizado el proceso de mercantilización de la salud de la población ya que las personas ya no podían mantenerse independientes del mercado para poder asegurar su bienestar. Así, efectivamente el mercado fue considerado un verdadero mecanismo

autoregulador y el principal soporte para el progreso individual a fin de garantizar la cobertura de las necesidades básicas de salud. De igual manera, por su parte Cunill Grau (2011) ha analizado cómo en toda América Latina en los últimos treinta años se “ha adoptado la lógica del mercado para la provisión de los servicios públicos en términos extremos” (Cunill Grau, 2011, p.3). Observó que el accionar del Estado se encuentra notablemente limitado para tomar las medidas adecuadas que regulen y monitoreen las prácticas en dichos ámbitos, en parte por no poder obtener la información necesaria para hacerlo. A su vez, la autora remarca que junto a este giro hacia el ámbito privado se han perdido ciertos valores, siendo uno de ellos la solidaridad social. Por el contrario, el neoliberalismo y el mercado promueven el individualismo.

Ya pasada la crisis que eclosionó en 2001, es posible considerar que a partir del período post-convertibilidad las condiciones estructurales en nuestro país han mejorado. Si bien existe una vasta bibliografía que analiza este período, Cárcamo y Tenewicki (2012) destacan que hubo un crecimiento económico anual de 8.5% entre los años 2003 y 2008, se eliminó el déficit fiscal debido al incremento de los ingresos públicos, se tomaron medidas para el desendeudamiento y se llevaron adelante políticas sociales de corte, al menos en su objetivo, universal. Al mismo tiempo, se ha avanzado hacia una redistribución del ingreso y una reducción de la brecha de desigualdad. Podría sostenerse, entonces, que durante esos años se vivió una “revitalización del papel del Estado en la economía” (Abramovich y Vázquez, 2011, p.21). En este marco, el Estado tuvo un rol importante como garante del derecho a la salud, entre otras cuestiones porque se han creado programas en la cartera del Ministerio de Salud de la Nación -hoy Secretaría-, se han garantizado nuevos derechos y otorgado notables fondos en inversión para mejorar los servicios públicos. Según Chiara, Crojethovich y Ariovich (2017), durante este período se pueden reconocer políticas sanitarias que tendían a la universalización. Sólo a modo de ejemplo, es clave resaltar el Programa REMEDIAR + Redes⁸ que proporcionó medicamentos en todos los efectores de salud del país -

⁸El Programa REMEDIAR + Redes fue un programa que comenzó a funcionar en 2002 bajo la dependencia del Ministerio de Salud de la Nación. Tuvo el objetivo de fortalecer la Estrategia de Atención Primaria de la Salud con la provisión de medicamentos a los centros de salud de toda la Argentina y se propuso aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población a través de un conjunto de medicamentos y el acceso a tratamientos.

especialmente al primer nivel de atención-, el Programa SUMAR⁹, así como también pueden destacarse los avances notorios en materia de salud sexual integral con la reglamentación e implementación de leyes que reconocieron los derechos a recibir de manera gratuita los métodos anticonceptivos tanto transitorios como los permanentes, entre otros derechos.

En efecto, específicamente sobre las PCS pueden nombrarse algunas políticas sanitarias desarrolladas a nivel nacional durante esta etapa. Una de ellas fue la incorporación de los agentes sanitarios a los equipos del primer nivel de atención en 2007 desde el Programa Nacional Médicos Comunitarios¹⁰, otorgándoles una remuneración fijada por el Ministerio y una formación en concordancia con la visión de la salud comunitaria. Con igual sentido, en el año 2011 fueron incorporados a la misma política los agentes sanitarios indígenas, buscando respetar sus condiciones, historia, saberes previos y el contexto donde desarrollaban sus tareas. Puntualmente, la justificación para hacer foco en los agentes sanitarios y PCS estuvo dada por la necesidad de comprender en el abordaje del programa también a los integrantes del equipo que no eran profesionales. Según la Resolución N°439/2011, los agentes sanitarios constituyen una parte imprescindible de los centros de salud para poder “ampliar y optimizar la accesibilidad y calidad de la atención de las personas con más necesidades sociosanitarias” (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Asimismo, a partir de la resolución N°612 del Ministerio de Salud nacional en el año 2011 comenzó

⁹El Programa SUMAR en 2012 significó la ampliación del Plan Nacer que había surgido con anterioridad en 2005. El SUMAR estableció metas sanitarias y un nomenclador con distintas prestaciones de salud para definir la asistencia sanitaria brindada dentro del sistema público y gratuito a la población sin cobertura médica. Los centros de salud reciben –con el municipio como intermediario- un financiamiento por prestación realizada a la población inscripta bajo el programa, lo que se traduce en una fuente de recursos importante para los gobiernos locales. La población destinataria se fue ampliando con el correr de los años ya que inicialmente se cubría sólo a embarazadas, niños, niñas y adolescentes y hoy abarca a mujeres y varones de hasta 64 años.

¹⁰El Programa Médicos Comunitarios, también dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, se creó en el año 2004 y supuso el fortalecimiento del recurso humano en el Primer Nivel de Atención. El propósito fue consolidar la estrategia de Atención Primaria de la Salud a partir del establecimiento de equipos interdisciplinarios que desarrollaran prácticas de asistencia, prevención y promoción de la salud. Se destinó presupuesto para becas de profesionales en todo el país y se realizaron acuerdos con universidades nacionales para llevar adelante programas de formación continua.

a implementarse el proyecto de capacitación para PCS cooperativistas del Programa de Inclusión Social con Trabajo - “Argentina Trabaja”¹¹ (PRIST-AT) a lo largo de todo el conurbano bonaerense -ampliándose al Programa Ellas Hacen¹² en 2013-. En sintonía con lo anterior, en 2012 el Programa (hoy Dirección) Nacional de Municipios y Comunidades Saludables¹³, el Programa Médicos Comunitarios y el área de Promoción Comunitaria en Salud¹⁴ comenzaron a extender la formación de promotoras de salud hacia las provincias del interior. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se abordó desde el Plan de Abordaje Interministerial Integral en Villas y Barrios Vulnerables¹⁵. Avanzando en la misma línea, en 2014 se creó formalmente el Programa

¹¹El Programa de Inclusión Social con Trabajo - “Argentina Trabaja” fue creado en agosto del año 2009 a través de la Resolución N°3182 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. El objetivo que se planteó formalmente fue la promoción del desarrollo económico y la inclusión social a través de la generación de nuevos puestos de trabajo organizado y comunitario que impulsen la formación de organizaciones sociales de trabajadores. El Estado transfería recursos a partir de la creación de puestos de trabajo bajo la conformación de cooperativas integradas por 30 personas que desarrollaban sus tareas en obra pública de baja y mediana complejidad como en la construcción de viviendas, la mejora de espacios verdes, saneamiento y en infraestructura urbana y comunitaria. A su vez, el programa planteaba el desarrollo de un componente de capacitación obligatoria para los cooperativistas, siendo un eje priorizado la formación en salud.

¹²El Programa Ellas Hacen fue otro Programa de Transferencia Condicionada de Ingresos que en 2013 amplió la cobertura de la población destinataria en el Programa de Inclusión Social con Trabajo hacia las mujeres. Bajo el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Ellas Hacen estaba dirigido principalmente a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad social, por eso, para su incorporación en el programa se priorizó a mujeres desocupadas, madres de varios hijos, el tener hijo/a con discapacidad y el haber sido víctimas de violencia de género. La contraprestación para obtener el ingreso consistía en realizar diversas capacitaciones y en cumplir con la terminalidad educativa formal.

¹³La Dirección de Municipios y Comunidades Saludables se enmarca en una iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el año 2003 se crea la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables y desde el Ministerio de Salud de la Nación se ejecutan los lineamientos propuestos. Hoy en día la dirección fomenta que los gobiernos locales desarrollen políticas sanitarias que atiendan –al menos- cuatro determinantes relacionados con: los modos de vida, indicadores socioeconómicos, el sistema y los servicios de salud y la salud ambiental.

¹⁴El Programa de Promoción Comunitaria en Salud comenzó a desarrollar tareas en promoción de la salud desde el año 2009 como área y se constituyó formalmente como programa en el año 2014. De manera sintética, las líneas de trabajo del programa fueron el establecimiento de cursos de formación de Promotoras Comunitarias de Salud a nivel nacional, en articulación con otros programas y direcciones del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Desarrollo Social. Asimismo, bajo esta política se abarcaron muchos municipios del conurbano bonaerense, entre los que se destaca Moreno como un lugar donde en el año 2013 y 2014 se desarrollaron cursos para promotoras de salud cooperativistas.

¹⁵ El Plan de Abordaje Interministerial Integral en Villas y Barrios Vulnerables fue una propuesta de trabajo que incluía a varios ministerios nacionales, como el de Trabajo, Salud, Desarrollo Social y

Nacional de Promoción Comunitaria en Salud, programa destinado a la capacitación y rectoría de la promoción de salud. En el año 2015, con el Dr. Daniel Gollán como ministro de salud, la discusión sobre la importancia del rol de las promotoras de salud tuvo lugar en el COFESA sobre las incumbencias de las PCS a nivel nacional.

Por el contrario, como se ha mencionado anteriormente, puede sostenerse que con la gestión nacional llevada adelante desde el 2016, se han agudizado las deficiencias en los servicios públicos así como también han aumentado las dificultades para poder lograr una real accesibilidad de la población al sistema de salud. Inclusive esto es algo que muestran con frecuencia los medios de comunicación en general. Utilizando un concepto de Esping Andersen (1993), puede pensarse que la CUS propone una mirada mercantilizadora. Serían las personas, en condición de sujeto individual, las responsables de generar sus propios ingresos y, así, acceder a los bienes y la atención necesaria para vivir saludablemente. De esta forma, los individuos son considerados como consumidores y no sujetos de derecho a los que el Estado les garantice el acceso universal a una salud de calidad. De hecho, esto puede verse recientemente plasmado en un informe del año 2017 del Banco Mundial donde se analizan los desafíos y las oportunidades de la CUS en nuestro país. En este documento las recomendaciones se abocan hacia que Argentina realice una mejor evaluación de costo-efectividad y costo-rendimiento al mismo tiempo que considera oportuno mejorar la cobertura especialmente en la población más pobre y en la zonas más vulnerables (Banco Mundial, 2017). Este último elemento y la propuesta de focalización se ven reforzados por la idea de establecer como requisito para acceder a ciertas prestaciones, el poder acreditar y demostrar la condición de necesidad de manera individual y nominalizada.

Seguridad, entre otros. El objetivo era focalizar el trabajo conjunto en las villas y barrios vulnerables de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y establecer dispositivos con tareas fijas sostenidas entre las distintas dependencias. En el caso de salud, una acción que llevó adelante el Programa de Promoción Comunitaria fue la formación de Promotoras Comunitarias de Salud en la villa 21-24, la 31 y la 15.

3. La relevancia del estudio sobre las Promotoras Comunitarias de Salud

Tomando el recorrido desarrollado anteriormente, existen numerables razones para considerar que las PCS constituyen un actor clave en el sistema de salud argentino (Cabral y Abramovici, 2018; Jauretche, 2012; Pagnamento, 2012; Curotto, Barletta, Paolino y Arrossi, 2017). Por un lado, si la promotora de salud es una figura que actúa como nexo entre el primer nivel de atención y la comunidad puede afirmarse que su función resulta fundamental en el subsector público de salud ya que sus acciones pueden ayudar a paliar problemas aún presentes. En este sentido, cabe mencionar que a partir de lo observado en el trabajo de campo y de la información obtenida en entrevistas e informes de la Secretaría de Salud de Moreno (2019), entre las acciones que realizan las PCS se pueden nombrar la realización de visitas domiciliarias a pacientes que requieren atención y no concurren a los centros de salud, el seguimiento de personas con enfermedades crónicas, las charlas informativas sobre medidas de prevención y el sostén de campañas de promoción de la salud, entre otras. A modo de ejemplo, en la figura N°2 se muestra una charla informativa dirigida a niños y niñas.



Figura N°2: Taller de prevención de enfermedades en colonias de verano en el que se trabajaron los temas de dengue y lavado de manos. Polideportivo municipal, localidad de Paso del Rey. Año 2019. Imagen de la página de Facebook de la Secretaría de Salud – Moreno, Organización gubernamental, recuperada de: <https://www.facebook.com/Secretar%C3%ADa-de-Salud-Moreno-1988087581220115/> Fecha: 11/07/19.

Por otro lado, el rol de las PCS es crucial si se considera que la participación en salud implica reconocer las complejas situaciones que condicionan el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en cada territorio y, además, poner especial atención en aspectos que fortalecen la organización y la participación popular. La promoción de la salud como eje estratégico, supone ir más allá que tomar medidas para prevenir determinada enfermedad y supone, en cambio, el fortalecimiento de la salud por medio de la construcción de la capacidad de elección de las personas intentando transformar las condiciones de vida en la comunidad (Czeresnia, 2008). En este sentido, las PCS promueven y participan de espacios de discusión, concertación, negociación y búsqueda de consensos con el objetivo de que los actores involucrados puedan identificar los problemas de salud, bajo una articulación intersectorial y un abordaje integral (Curotto et al., 2017). Así, las PCS pueden colaborar en que las políticas sanitarias resulten efectivas y respondan a las necesidades de salud de la comunidad debido a que con sus acciones propician un trabajo conjunto entre la estructura institucional sanitaria y la sociedad con sus organizaciones, en la toma de decisiones y en el establecimiento de la agenda pública. Las personas son consideradas aquí no como individuos aislados y pasivos sino como ciudadanos activos, posibilitando que puedan desarrollarse políticas sanitarias que contemplen, respeten y valoricen las diferencias y particularidades de cada grupo social.

Asimismo, las PCS son cruciales para mejorar la salud de la población si se entiende que para formular una agenda sanitaria en el conurbano bonaerense se debe prestar especial atención a la complejidad y la fragmentación de la trama institucional que caracteriza al sector salud después de los procesos de descentralización (Chiara y Moro, 2011). Las PCS pueden promover la participación protagónica de la comunidad y generar espacios que fomenten el encuentro de conocimientos científico-técnicos y saberes populares, -teniendo en cuenta lo interesante de observar si en la práctica se articula (o no) la figura de la promotora, y el paradigma que la acompaña, con el saber médico hegemónico-. De hecho, Menéndez (2008) afirma que “fue el sector salud y un número cada vez más amplio de ONG las que formaron y siguen formando cientos de

promotores de salud que suelen utilizar una mezcla de técnicas populares y biomédicas” (Menéndez, 2008, p.19).

En otro orden de cosas, cabe mencionar que el origen de quiénes cumplen el rol de PCS, es diverso. Esta característica ha sido resaltada tanto en entrevistas (Ameigeiras, 2019) como en las presentaciones que las Promotoras Comunitarias de Salud realizaron en una jornada en la Universidad Nacional de La Plata en diciembre de 2018 (V Encuentro Nacional de Salud, 2018). Muchos de estos actores, antes de ser promotores de salud eran ya referentes barriales. Así lo destacan las palabras de un promotor de salud que trabaja en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Molina Campos de la localidad de Cuartel V:

Primeramente yo llegué como referente del barrio, haciendo bastantes obras en el barrio. Tal es así que me invitaron a hacer un curso de promotor de salud en Moreno. Yo vi una situación muy crítica en el barrio, cuando no era promotor todavía, y veía las madres y familias que salían con sus hijos a un sanatorio o a un hospital se caían en el barro, cosas así, cosas muy dramáticas. Entonces eso me causó una cierta impresión y por eso fue que también tomé esta situación de promotor como para ayudar en cierto sentido y ver si cambia en algo el barrio. (Relato de Luis Zegarra en la UNLP, 2018)

Aunque seguramente algunas personas cumplen esta función por una simple búsqueda laboral o interés personal, en muchos casos se trata de referentes comunitarios, actores sociales clave en su comunidad y que generalmente forman parte de distintas organizaciones de la sociedad civil –en su mayoría, políticas-. Es por ello que su conocimiento del territorio, su vínculo con los vecinos, la identificación de cuáles son los problemas principales de salud en su barrio de pertenencia, sean factores muy valorables a la hora de actuar como promotoras de salud. Además, se espera que dichas personas no se alejen de esta función de tipo comunitaria sino que sigan siendo fortalecedoras de los lazos comunitarios desde tareas de promoción.

Por todo lo anterior, puede destacarse que la figura de la Promotora Comunitaria de Salud constituye un aporte clave dentro del sistema de salud y, principalmente, en el Primer Nivel de Atención. Al mismo tiempo, esta situación se vuelve aún más evidente en contextos de políticas estatales de corte neoliberal.

4. Hipótesis, objetivos y metodología

De modo que, retomando la caracterización del sistema de salud, las menciones de políticas sanitarias recientes, el desarrollo de la función de las PCS y, especialmente, haciendo hincapié en la importancia de la promoción de la salud, en este trabajo se sostiene la hipótesis de que las Promotoras Comunitarias de Salud operan como mediadoras exitosas de las políticas de salud estatales, facilitando la integración de las poblaciones vulnerables y abonando a la reducción de la fragmentación del sistema de salud argentino. En este trabajo, se buscará brindar aportes que colaboren –al menos de forma introductoria- en la comprensión sobre la manera en la que la intervención de las PCS en el municipio de Moreno, integra a las poblaciones vulnerables contribuyendo a una mejora en la accesibilidad a la salud, objetivo de una futura investigación de tesis de maestría.

Conviene hacer un detenimiento en este punto para establecer el marco general de donde se desprende el presente trabajo integrador final. En la tesis de maestría, y a través de una aproximación parcial en este trabajo, se problematizará el rol de las promotoras comunitarias en la accesibilidad a la salud de población en situaciones de vulnerabilidad social. Para ello, se tendrán como guía los siguientes interrogantes: ¿De qué modo se reconfigura la función de las PCS en un proceso político que pareciera promover la mercantilización de la salud? ¿Qué lugar se le otorga a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para la población de Moreno en dicho contexto? ¿Qué nuevas demandas surgen y qué tareas emprenden las promotoras de salud? ¿Colaboran con su accionar hacia una mayor accesibilidad a la salud?

El objetivo general de la tesis de la Maestría de Políticas Sociales es analizar el rol de las Promotoras Comunitarias de Salud del partido de Moreno en el espacio de interface entre las instituciones de salud y la población, para el período 2011-2019. Los objetivos específicos son: 1) Reconstruir en la historia reciente las estrategias de promoción de la salud que se han desarrollado en el sistema de salud de Moreno, observando continuidades y rupturas; 2) Determinar las condiciones de acceso en los casos a analizar, seleccionando seis casos, uno por cada zona sanitaria y considerando la

diversidad respecto a las siguientes variables: inclusión de Promotoras Comunitarias de Salud en los centros de salud como trabajadoras municipales, trabajo voluntario, pertenencia a una organización política, antigüedad en el desempeño del rol y distancia geográfica; 3) Caracterizar el rol -actividades, recursos movilizados, dispositivos con los que cuentan- de las Promotoras Comunitarias de Salud de Moreno en el espacio de interface; y 4) Conocer cómo las Promotoras Comunitarias de Salud de Moreno definen las necesidades de salud de los integrantes de las comunidades seleccionadas.

Dicho proceso más amplio de investigación se propone partir desde un enfoque cualitativo y utilizar una metodología que comprenda el análisis de documentos -normativas, informes, registros- de las políticas sanitarias que resulten pertinentes, la utilización de datos secundarios que den cuenta del contexto en donde se sitúa la promotora de salud, el uso de fuentes novedosas y poco transitadas -como lo es el periódico local *Para Ud...*- y la realización de entrevistas a informantes clave y a los propios actores. Para llevar adelante el objetivo específico N°1 se tomará como fuente principal el periódico *Para Ud...* en el corte temporal que incluye los años comprendidos entre 1983 (vuelta a la democracia) hasta 2018 (año en que dejó de publicarse el periódico). Se analizarán de manera exhaustiva noticias específicamente sobre temas de promoción de la salud, antecedentes de agentes sanitarios/Promotoras Comunitarias de Salud y, de manera secundaria, la conformación del sistema de salud local que mantiene hasta la actualidad un preeminencia del primer nivel de atención, es decir, los centros de salud que constituyen el lugar donde las promotoras desarrollan su tarea. Se complementará esta información con la obtenida en entrevistas a informantes clave. Para el objetivo específico N°2 se utilizará un método comparativo para determinar las condiciones de accesibilidad en la diversidad de casos, atendiendo a las particularidades de cada zona sanitaria y cada experiencia. Para los objetivos específicos N°3 y N°4, que dan cuenta de los momentos de implementación de las políticas sanitarias de promoción de la salud, se tomará como principal fuente de información la realización de entrevistas en profundidad a las Promotoras Comunitarias de Salud para buscar conocer las percepciones y representaciones de los propios actores. Dicha instancia se complementará con la técnica de observación participante con el fin de

especificar el rol de las Promotoras en el trabajo que desempeñan. Además, será necesario recurrir a informes oficiales de la secretaría de salud y/o registros de instituciones vinculadas –como la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ) o presentaciones en Congresos- para tener una mirada amplia sobre el tema.

A su vez, el período que se abordará en la tesis de maestría centralmente abarcará los años comprendidos entre 2011 y 2019. Para el análisis se considerará también la historia reciente de la conformación del primer nivel de atención de Moreno, buscando antecedentes en promoción de la salud desde la vuelta a la democracia en adelante. El recorte temporal fue seleccionado teniendo en cuenta que en el año 2011 comenzó a implementarse, a partir de la resolución N° 612 del Ministerio de Salud de la Nación, el proyecto de capacitación para promotoras de salud cooperativistas, política clave en formación de estos actores en el conurbano bonaerense desde una rectoría y acompañamiento nacional. Asimismo, habiéndose culminado la gestión del gobierno que llevó adelante un modelo de desarrollo de crecimiento con inclusión social (Abramovich y Vázquez, 2011; Cárcamo y Tenewicki, 2012), resulta interesante estudiar los cuatro años de las políticas sanitarias -especialmente las referidas a promoción de la salud- desarrolladas bajo el gobierno del frente político Cambiemos, en principio con el fin de poder establecer una comparación entre ambas gestiones y hacer foco en las medidas de transición o ruptura entre las distintas perspectivas de salud de nuestro país que delinear el rol, las tareas e incumbencias de las PCS. Adicionalmente, con este trabajo se pretende brindar un análisis actual que permita dilucidar cuáles son los desafíos a los que deben enfrentar quienes se encuentren en la planificación y gestión de políticas sociales, buscando ser –en este sentido- de utilidad para medidas futuras.

CAPÍTULO II - EL ESTADO DEL ARTE Y ABORDAJES CONCEPTUALES

Existe una gran cantidad de investigaciones que han analizado ampliamente el sector salud en Argentina y, en menor medida, en el conurbano bonaerense. Sin embargo, es notable que no hayan hecho hincapié en el rol de las promotoras de salud ni se haya priorizado el eje de promoción de la salud. Por eso, el presente trabajo se vuelve aún más relevante ya que hace foco en esos actores, su accionar y sus efectos en los servicios de salud y el acceso a los mismos.

Por otra parte, comprender el rol de las Promotoras Comunitarias de Salud en la accesibilidad a la salud de la población que se encuentra en situaciones de vulnerabilidad social, supone un análisis desde diferentes enfoques que superan lo estrictamente sanitario. Bajo esta mirada, se recuperarán los estudios previos que enmarcan la discusión sobre la problemática a tratar.

1. Políticas sociales y producción de bienestar

En principio, si hablamos del sector salud, resulta fundamental retomar los estudios que describen las diversas formas que puede adoptar la producción de bienestar. Cuáles deberían ser los actores y las formas que adoptan éstos para garantizar la producción de bienestar de la sociedad, son cuestiones que se encuentran hoy en debate. Especialmente en contextos de cambios de modelos de desarrollo como los que vivió América Latina y nuestro país en particular. En los últimos años, puede verse que hubo un paso de un modelo de desarrollo con inclusión -en términos de Abramovich y Vázquez (2011)- hacia uno que presenta una fuerte hegemonía neoliberal. Pese a que existe una vasta bibliografía que ha analizado el tema, cabe aclarar que al hablar de

Régimen de Bienestar hacemos referencia a la combinación de prácticas utilizadas para la asignación de recursos existentes en un determinado momento de una sociedad (Martínez Franzoni, 2005, p.11).

Si nos detenemos en una dimensión temporal, puede identificarse que en un contexto de posguerra europeo el Régimen de Bienestar tuvo como protagonista al Estado. A su vez, los países del cono sur tomaron esas experiencias y, particularmente en Argentina, el Estado garantizó bienestar a través de la figura del trabajador asalariado formal bajo el modelo de desarrollo de Industrialización Sustitutiva de Importaciones en adelante. En el caso de la salud, fue con la creación del Ministerio de Salud de la Nación que con Carrillo y desde el enfoque sanitarista se impulsaron importantes políticas estatales en vistas a poder cubrir las necesidades de la población a nivel nacional (Carrillo, 2005). Sin embargo, hacia fines de la década del setenta hubo un cambio de modelo económico basado en la liberalización comercial y financiera, la desindustrialización, los procesos de ajuste y reforma estructural (Basualdo, 2011). En ese entonces, el auge del modelo neoliberal supuso una retracción del Estado en el Régimen de Bienestar y comenzó a hacerse más visible que en las sociedades capitalistas modernas los recursos que garantizan el bienestar de la población provienen de diversas fuentes, destacándose otras que no son el Estado; así, el mercado, las Organizaciones de la Sociedad Civil y la familia cobran una especial relevancia (Adelantado, Noguera, Rambla y Sáez, 1998, p.144). Con el correr del tiempo, fue evidente que las políticas neoliberales tuvieron resultados negativos en la mayoría de los aspectos y, además, generaron aún más desigualdad (Vilas, 2011). Aunque desde comienzos del nuevo milenio existieron en nuestra región gobiernos de corte progresista que proclamaron por la idea de recuperar el Estado como protagonista, hoy en día se vislumbra un proceso de retorno a las políticas de corte neoliberal.

Desde una dimensión analítica y conceptual, puede identificarse la existencia de distintas fuentes que producen bienestar, pudiendo ellas actuar simultáneamente y, muchas veces, dando lugar a que alguna de ellas pueda predominar sobre las demás. Se trata entonces de instrumentos analíticos que fueron conceptualizados teóricamente desde diferentes enfoques. En este sentido, cabe remarcar que Esping Andersen (1993)

identifica al mercado, al Estado y a la familia como distintas esferas productoras de bienestar y sostiene que los tipos de combinación de fuentes de asignación de recursos pueden ser diversos según el fin que se propongan. A su vez, Martínez Franzoni (2005, p.16) agrega una cuarta esfera que llama “el tercer sector”.

Intentando comprender estos fenómenos en forma más detallada, es preciso detenerse en cada una de las cuatro esferas mencionadas. El Estado por mucho tiempo fue considerado el principal productor de bienestar, sino el único. Su especificidad estuvo marcada por tener el poder de implementar políticas públicas y, a través de ellas, distribuir recursos económicos que, a su vez, tienen un efecto de regulación sobre las demás esferas. No obstante, se ha observado ya, a lo largo de la historia su rol ha sido cambiante y ha tenido distintos tipos de presencia en América Latina (Franzoni, 2005, p.12).

El mercado fue reconocido como productor de bienestar desde la sociología clásica destacando que es aquél que determina las relaciones sociales por las que se mantiene tanto la producción como el intercambio a nivel material, identificando a las personas como trabajadoras y consumidoras, al mismo tiempo que genera condiciones de desigualdad determinadas por la capacidad que se tenga para comprar o vender mercancías (Adelantado, 1998, p.144). De hecho, Esping Andersen (1993) analiza los Regímenes de Bienestar y las políticas sociales enfocándose, principalmente, en su capacidad para ser mercantilizadoras o desmercantilizadoras de acuerdo a la medida en que las personas pueden mantenerse independientes (o no) del mercado para asegurar su bienestar.

Respecto a la familia, son importantes los señalamientos que resaltan que el capitalismo verdaderamente profundizó la diferenciación entre la esfera doméstica y la mercantil, no considerando trabajo a las tareas de cuidados y quehaceres domésticos realizados dentro del hogar. De ahí que Adelantado (1998, p.132) afirmase que la esfera doméstico-familiar y de parentesco es fundamental a la hora de ocuparse del trabajo reproductivo no remunerado que históricamente sostienen las mujeres en el marco de la división sexual del trabajo. Además, las relaciones de parentesco tienden a colaborar en la producción de bienestar, especialmente en momentos de crisis económicas debido a

que son circunstancias en las que se suelen reforzar los lazos familiares. Es así que las políticas sociales pueden tener efectos de desfamiliarización o familiarización y, en esta línea, podemos encontrar abundantes estudios que profundizan la mirada sobre la provisión de cuidado desde una perspectiva de género (Montaño, 2010, Pautassi, 2007, Rodríguez Enríquez, 2012).

Martínez Franzoni (2005, p.16) propone al tercer sector como una cuarta esfera, refiriéndose a las distintas expresiones de Organización de la Sociedad Civil. En esta sintonía, hay autores que sostienen que los procesos de privatización, descentralización y desregulación de la economía, por un lado, supusieron una reducción de las funciones del Estado en materia de políticas sociales y, por otro, terminaron –de alguna manera- revalorizando el rol de la Sociedad Civil (Bustelo Graffigna, 2000, p.62; Adelantado, 1998). Sólo a modo de ejemplo, puede observarse que en este tipo de contextos -como el actual- hay algunos indicios para poder comprender la emergencia de la figura de las Promotoras Comunitarias de Salud en las ciudades del conurbano bonaerense, ya sea como fortalecedoras de los lazos comunitarios, actores que promueven la organización social o mediadoras exitosas de las políticas estatales que deberían promover y garantizar los derechos de salud.

2. Ciudadanía y desigualdad

El concebir a la salud como un derecho implica retomar estudios que analizan los debates en torno al concepto de ciudadanía. Sostener que una persona tiene un status de ciudadano marca su pertenencia a una comunidad y define ciertos deberes, obligaciones y derechos. En este sentido, hay una tensión existente entre la *ciudadanía*, entendida como la igualdad formal de derechos y obligaciones, y la *desigualdad*, comprendida tanto en términos económicos propios de las sociedades capitalistas como en cuestiones culturales, de género y etnia. Por eso, puede hacerse un breve repaso por las principales perspectivas teóricas que han problematizado este binomio ciudadanía-desigualdad.

Una de las primeras concepciones acerca de ciudadanía puede encontrarse en el libro “Ciudadanía y clase social” de Marshall y Bottomore (2005). Allí se analiza el desarrollo de la ciudadanía en Inglaterra y se plantea una visión incrementalista basada en la existencia de tres tipos de derechos que fueron reconociéndose formalmente: los derechos civiles (Siglo XVIII) materializados en la libertad de prensa, la ley de tolerancia, libertad de asociación y el derecho al trabajo; los derechos políticos (Siglo XIX) en tanto se expandieron derechos que anteriormente sólo poseían las elites respecto al sufragio y posibilidad de representación en el parlamento, prohibiendo la corrupción y el requisito de propiedad; y por último, los derechos sociales (Siglo XX) fundamentalmente referidos a la educación y la salud. Siguiendo a Marshall, la ciudadanía significó la pérdida del poder religioso como fundamento del poder político, la independencia del ser humano respecto a otros, la igualdad de derechos y obligaciones y la obtención de un sentido de pertenencia para la integración a una nación. Pero este tipo de ciudadanía pone el énfasis en los derechos de los que es titular el sujeto, sin considerar el componente de participación y responsabilidad ante los mismos. Además, este proceso supuso que los individuos sean considerados todos en condición de igualdad como ciudadanos, mientras que se aceptaron las desigualdades propias del desarrollo del capitalismo.

En contraste a esta perspectiva, Carlos Franco (1997), analiza cómo se vivió este proceso en América Latina. Observando el rol de las comunidades aborígenes y de las organizaciones sociales, sostiene que en Perú existió un tipo de ciudadanía plebeya que no fue legitimada por el gobierno democrático. La población accedió a los derechos porque hubo un proceso de movilización desde abajo que pujaba por el reconocimiento de ciudadanía de grupos que habían sido excluidos del pleno reconocimiento político que gozaban las elites urbanas y rurales. Al contrario de la descripción clásica de Marshall, el proceso de constitución ciudadana en este caso ocurrió en sentido inverso, partiendo desde el reconocimiento de derechos sociales para luego avanzar en el reconocimiento civil de las comunidades aborígenes que realizaron sus reclamos a través de organizaciones sociales.

Kymlicka y Norman (1997) plantean la necesidad de analizar la ciudadanía incorporando el creciente pluralismo de las sociedades modernas, donde se encuentran múltiples reclamos de diversos colectivos. Por este motivo, señalan que si hablar de ciudadanía implica hablar de la expresión identitaria de la pertenencia a una comunidad, con la concepción igualitaria y universal de ciudadanía de Marshall, numerosos grupos de población- negros, mujeres, homosexuales; por ejemplo- son excluidos de la comunidad política. Por lo tanto, seguir construyendo una ciudadanía igualitaria en donde existen ciertos grupos privilegiados por sobre grupos que son oprimidos, sólo perpetuará y reforzará dichos privilegios. En este sentido, Kymlicka y Norman retoman el concepto de “ciudadanía diferenciada” enfatizando que los grupos oprimidos se encuentran en desventaja de cara al proceso político y que, por ello, deberían existir medios institucionales que garanticen su representación.

Por otra parte, Francois Dubet (2012) teoriza sobre la diferencia entre la igualdad de oportunidades y la igualdad de posiciones como las dos grandes soluciones para reducir la tensión entre la igualdad formal de los individuos y la desigualdad real de las sociedades modernas. Concibe que la igualdad de posiciones busca reducir las diferencias de ingresos, de condiciones de vida, de acceso a servicios y otros, distribuyendo las riquezas mediante un sistema de protección social que se lleva adelante desde el Estado. Sin embargo, analizando Europa, plantea que de este modo se corre el peligro de desconocer las diferencias de género y etnia. A su vez, estas medidas podrían no generar incentivos para cambiar de puesto sino que el Estado genera movilidad social como consecuencia de la igualdad social y en una instancia secundaria. Por otro lado, la igualdad de oportunidades comprende la posibilidad de que todos los sujetos puedan ocupar una posición social en función del principio meritocrático. Como no busca reducir las posiciones desiguales sino luchar contra las discriminaciones para poder lograr un igual acceso, tiende a tolerar las desigualdades y a ofrecer políticas sociales asistencialistas, focalizadas y contratos más individualizados. Dubet considera que se deben combinar las dos posturas aunque priorizando la igualdad de posiciones. Su explicación se basa en que la igualdad de posiciones les brinda una mayor autonomía

a los individuos y fomenta más cohesión social al mismo tiempo que modifica la estructura social y disminuye la competencia entre los sujetos.

Finalmente, para la comprensión de las desigualdades sociales en Argentina puede contarse con una matriz, ampliamente reconocida, propuesta por el Enfoque de Derechos Humanos. Siguiendo a Pautassi (2010a, 2010b) y a Abramovich y Pautassi (2009) puede sostenerse que el Enfoque de Derechos Humanos es un marco conceptual basado en un conjunto de estándares que puede permitir analizar las políticas públicas. Se trata de estándares porque constituyen reglas fijadas jurídicamente a través de declaraciones y tratados internacionales¹⁶ que establecen tanto las medidas que los Estados deben garantizar para que no existan violaciones a los derechos humanos así como también las obligaciones que deben responder para alcanzar la plena realización de los derechos civiles, políticos y los denominados derechos económicos, sociales y culturales (DESC) –ya no reducidos a su faceta estrictamente social-. Así, el enfoque de derechos en políticas sociales logra superar la secuencialidad en la constitución de los derechos y los piensa desde una perspectiva interdependiente, integral, indivisible y no regresiva.

Desde esta matriz se puede contar con indicadores que posibiliten medir cuánto se acercan las políticas públicas hacia los resultados esperados. Siguiendo a Pautassi (2010b, p.16) los principales estándares que precisan el contenido deseado en los DESC son: el contenido mínimo de los derechos, la universalidad, la utilización al máximo de los recursos, el principio de progresividad y no regresividad, la igualdad y no discriminación, el acceso a la justicia y mecanismos de reclamo, la producción de información y la participación de los sectores afectados en el diseño de las políticas. Teniendo en cuenta estas directivas, otro aspecto importante es que este enfoque ressignifica la concepción que primaba en las políticas públicas al reconocer que los sectores excluidos y postergados, dejan de ser beneficiarios para pasar a ser

¹⁶Algunos tratados representativos son: el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establecido en el año 2008 bajo Asamblea General de las Naciones Unidas; el Protocolo de San Salvador que entró en vigencia para el sistema interamericano en 1999; y la Declaración del Milenio del año 2000 en el que los Estados se comprometieron a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

considerados titulares de derechos que pueden exigir el cumplimiento efectivo de los mismos. Abramovich (2016) sostiene que no alcanza con la participación política y las estrategias clásicas que plantea Marshall -participación de las elecciones- sino que deben establecerse mecanismos para acceder a la información pública, mecanismos para evaluar y fiscalizar políticas e implementar rendición de cuentas. En la misma línea, Laura Pautassi (2010a) promueve el diseño de políticas sociales de corte universal incorporando el enfoque de género en materia de equidad y justicia ciudadana.

3. Vulnerabilidad

Ya que en el presente trabajo se habla de las poblaciones en situación de vulnerabilidad social, es conveniente tomar algunos análisis conceptuales que han sido utilizados para estudiar la cuestión social y la noción de grupos vulnerables. En este sentido, la cuestión social -desde su origen- se ve relacionada con la contradicción presente entre los derechos políticos de la ciudadanía y la desigualdad generada por el modo de producción capitalista (Donzelot, 1994; Laguado Duca, 2011).

Ahora bien, desde los estudios sobre la desigualdad y pobreza, siguiendo a Ana Grondona (2014) puede reconocerse que en Argentina el estudio realizado por el INDEC en 1984 fue el que estableció un punto de partida para los estudios sobre la pobreza. Ese trabajo utilizó la información obtenida en el censo de 1980 y el objetivo estuvo centrado en planificar e implementar políticas que atendieran específicamente la pobreza. Para ello, se buscó no sólo saber si había pobreza y cuánta o conocer dónde estaban los hogares pobres sino -como elemento novedoso- poder identificar quiénes eran esos pobres. Es así que los saberes expertos sobre la pobreza comenzaron a hablar de grupos vulnerables. En ese momento, se consideraba que estaban en condición de vulnerabilidad quienes presentaran alguna característica regular de acuerdo a ciertas variables como ser jefe de hogar con estudios incompletos, encontrarse bajo la tercera edad, la población infantil o tratarse de mujeres viudas, por ejemplo.

En la década del noventa aparecieron numerosos estudios sobre el análisis de la desigualdad y vulnerabilidad en vistas de poder comprender desde las ciencias sociales algunos fenómenos del modelo neoliberal y las políticas de reforma, que trajeron como consecuencia la aparición de nuevos pobres a causa del mayor desempleo, pobreza y desigualdad (González, 2009). Dichos estudios podrían clasificarse en dos grandes visiones, por un lado estuvieron aquellos que consideraban la vulnerabilidad como una condición de fragilidad, indefensión e incertidumbre y, por otro, quienes analizaban el fenómeno asociándolo a un conjunto de factores de riesgos (Crossley, 2008 citado en González, 2009, p.2).

Sin duda, un referente en el tema es Robert Castel. En su obra “Metamorfosis de la cuestión social” (1997) plantea la preocupación por las capacidades existentes para poder mantener la cohesión social mientras se presentan algunos grupos que hacen peligrar esta condición para el conjunto de la sociedad. Teniendo al trabajo como un eje fuerte -aunque no el único- de cohesión social al reconstruir la historia del asalariado, Castel (1997) sostiene que es mejor alejarse del concepto estático de exclusión para pasar a considerar diferentes zonas que comprenden las instancias de integración, vulnerabilidad y desafiliación. El concepto de integración se ve asociado a la participación del mercado laboral formal y el goce de las medidas de protección social que brinda ese tipo de empleo. Luego, la zona de vulnerabilidad social supone la presencia de redes laborales débiles marcando una situación inestable y de precariedad en términos de garantías de bienestar, teniendo en cuenta que la zona de vulnerabilidad puede ampliarse o reducirse de acuerdo al rol que cumple el Estado y las políticas que establezca. Por último, al hablar de la desafiliación Castel hace referencia a la situación de aquellos sujetos que se encuentran disociados de las redes sociales y no cuentan con protecciones sociales. De esta forma, a diferencia del concepto de exclusión (que plantea el binomio afuera-adentro de la sociedad), las categorías de vulnerabilidad social y desafiliación plantean una realidad en continuo cambio y en transición.

4. Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos

Teniendo en cuenta que en el presente estudio se analizará el papel de las PCS y que en el caso de Moreno muchas de ellas han empezado a cumplir este rol desde su pertenencia a las cooperativas del Programa de Inclusión Social con Trabajo - “Argentina Trabaja” (PRIST-AT) –hoy denominado Hacemos Futuro- es importante considerar los estudios referidos a los Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos (PTCI) que más se vinculan con el tema a abordar.¹⁷

Los aportes de autores como Vilas (2013) permiten considerar al PRIST-AT como un PTCI que puede ubicarse bajo la categorización de políticas sociales integrales debido a que el programa reconocía los múltiples factores que constituyen las problemáticas sociales y, a partir de eso, se planteaban los principales ejes de acción complementarios y de largo plazo con el objetivo de eliminar las causas que generaban la pobreza. Este tipo de estrategias de política social fueron implementadas desde un gobierno que se enmarcó en un conjunto de gobiernos latinoamericanos de corte nacional-popular -nacidos a inicios del siglo XXI- y que se propuso una transición hacia un nuevo patrón de acumulación de capital que pudiera superar el modelo basado en la valorización financiera (Basualdo, 2011). En consecuencia, en el PRIST-AT subyacía la idea de que el Estado debía tener una fuerte intervención ampliando los derechos sociales y tomando a la desocupación como un tema central (Laguado Duca, 2011).

Por otra parte, es importante remarcar el rol fundamental que tuvieron –y tienen- las organizaciones sociopolíticas al poder participar de la convocatoria a los cooperativistas, definir módulos de trabajo y reclamar responsabilidad en la coordinación del programa (Natalucci y Paschkes Ronis, 2009). De igual manera, hay estudios que recuperaron una mirada positiva hacia el programa y llevaron adelante investigaciones de tipo cualitativas en las que se tuvo en cuenta la perspectiva de los propios cooperativistas (Guimenez y Hoop, 2011; Iorio, 2013).

¹⁷A fines de los objetivos del presente trabajo, en este caso se dejará de lado el análisis de la Asignación Universal por Hijo.

Sin embargo, distintos autores han cuestionado al PRIST-AT desde diversos aspectos. Algunos directamente percibieron que esta política presentaba una continuidad con programas asistenciales de empleo transitorio y, por eso, se han centrado en observar los mecanismos de discrecionalidad y clientelismo que se presentaron (Lo Vuolo, 2010). De igual manera, desde el enfoque de Derechos Humanos se analizaron las distintas lógicas de provisión de bienestar que supone su implementación, considerando que desde los mecanismos que se desarrollaron no era posible llegar al objetivo propuesto por el programa (Arcidiácono, Kalpschtrej y Bermúdez, 2014). También se ha evaluado si el PRIST-AT realmente se correspondía con los supuestos de la Economía Social y Solidaria en las dinámicas que con las debían promover el cooperativismo (Bertolini, 2010) y, finalmente, otros han considerado como elemento fundamental la alta complejidad de gestión que supuso su aplicación en los niveles sub-nacionales (Fernández, 2012).

Más recientemente hay artículos que intentan brindar un análisis de los actuales PTCI, entre los que se destaca la mirada sobre el actual Programa Hacemos Futuro. Siguiendo a Arcidiácono y Bermúdez (2018), puede observarse que en el traspaso de los programas Argentina Trabaja y Ellas Hacen hacia el denominado Hacemos Futuro, se da cuenta de la pérdida de las lógicas propias del cooperativismo, la solidaridad y la misma Economía Social, evidenciando una fuerte impronta de descolectivización en dichas políticas sociales. Esto se examina a través de la solicitud de capacitaciones individuales que fomentan el emprendedurismo y las acciones más personales para obtener un trabajo digno. En este marco, más adelante se considerarán estas transformaciones a la hora de caracterizar el caso.

5. Políticas territoriales en salud en el conurbano bonaerense

Por otra parte, es preciso que este trabajo se enmarque en los estudios que se han realizado sobre políticas territoriales en salud. Al respecto, resulta importante retomar investigaciones en las que se analiza la relación entre el sector salud, las políticas

sociales en general y las políticas sanitarias en el territorio del Gran Buenos Aires (Chiara, 2012; Chiara y Moro, 2011) así como también los trabajos que hacen hincapié en la gestión local y las políticas sanitarias que se desarrollan en los municipios (Chiara y Di Virgilio, 2005). Dichos estudios permiten reflexionar sobre la complejidad de la articulación y la coordinación intergubernamental que supone la superposición de la institucionalidad de las políticas sanitarias y la dinámica propia del territorio (Moro, 2012, p.45).

Atendiendo a la superposición de las responsabilidades de las distintas jurisdicciones, Cravacuore (2008) sostiene que las relaciones intergubernamentales en la gestión de salud no deja de plantear problemas:

La ejecución de las políticas públicas implica hacerlo en el territorio, y para ello necesitan (los funcionarios nacionales y provinciales) que el gobierno local actúe como una agencia de acción territorial en la dirección que ellos desean, algo que, recuerdo, vulnera el espíritu de la autonomía municipal. (Cravacuore, 2008, p.307)

La autonomía de los municipios es una cuestión que es preciso retomar. En este sentido, son importantes los aportes que se pueden desprender de los análisis que varios autores realizan partiendo del concepto de Régimen de Implementación, concepto que se focaliza en la dimensión política, funcional y material de las políticas sanitarias (Chiara, 2012; Moro, 2012; Ariovich y Jiménez, 2012; Di Virgilio, 2012). Este tipo de perspectiva permite comprender el desarrollo de las políticas públicas en el nivel local, teniendo en cuenta tanto la autonomía relativa que mantienen los actores y, al mismo tiempo, su relación con el marco político e institucional que condiciona el accionar en salud. En este caso, además resulta pertinente referirse al énfasis que estas investigaciones realizan para describir el territorio del conurbano bonaerense y los desafíos que supone el mismo en términos de la necesidad de la conformación de una agenda de políticas sanitarias en la región (Chiara, *et. al.*, 2011).

Por último, cabe mencionar algunos aportes sobre la noción de territorio y políticas públicas. Siguiendo a Catenazzi (2015) puede afirmarse que fue en la década del ochenta que se incorporó el concepto de territorio en las políticas para atender la pobreza desde políticas focalizadas mientras que actualmente ya forma parte de las estrategias nacionales, provinciales y locales. Así, la autora se pregunta: “¿Qué revela la

cuestión territorial a las políticas públicas? En principio, la emergencia de dinámicas centralizadas de carácter sectorial” (Catenazzi, 2015, p.39). Es decir, se plantea la necesidad de que las políticas que se deciden en un nivel central consideren los aspectos sectoriales y de escala local. Asimismo, Tobar (2011) define lo que se denomina gestión territorial en salud, términos que usualmente se utilizan pero que en general presentan cierta ambigüedad. Incluso retomando las definiciones del propio territorio, este autor señala la importancia de pensar que una gestión territorial de salud debe tomar una modalidad de intervención integral, es decir, que sea próxima a las necesidades de la población y que se apropie de las redes horizontales del territorio.

6. Accesibilidad en salud

Por otro lado, resulta fundamental para el presente estudio retomar la noción de accesibilidad, y especialmente, accesibilidad a la salud. Existen investigaciones que analizan este tema y se retomarán alguna de ellas a continuación.

Podría decirse que el concepto de accesibilidad comienza a utilizarse con mayor frecuencia en el campo de las políticas públicas en los años sesenta, un contexto latinoamericano marcado por los lineamientos de la Alianza para el Progreso¹⁸ (Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vázquez, Sotelo y Stolkiner, 2007). De esta forma, la accesibilidad se definía como la posibilidad o el grado en el que las personas pueden garantizar sus necesidades en los servicios de salud. Como generalmente se lo concebía como un tema de oferta, se hizo foco en el análisis de las barreras que podían existir (Comes, *et al.*, 2007). De ahí que pueden mencionarse diversos obstáculos que se interponen entre la población y el acceso real a los servicios de salud.

Desde fuentes oficiales estatales, siguiendo un documento de la Subsecretaría de

¹⁸ En un contexto de Guerra Fría, y con el antecedente de la Revolución Cubana, el presidente estadounidense Kennedy estableció la Alianza Para el Progreso como un programa dirigido a modificar la política internacional entre Estados Unidos y América Latina. Se trataba de un conjunto de medidas que suponían la cooperación de Estados Unidos a través de financiamiento y asesoramiento técnico en vistas de mejorar el bienestar general de la población atendiendo los aspectos sociales, políticos y económicos de la región latinoamericana.

Coberturas Públicas Sanitarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018, p.3) puede afirmarse que sigue pensándose que la accesibilidad a la salud tiene que ver con la capacidad de utilizar los servicios de salud sin que existan barreras administrativas, de organización, geográficas, financieras, culturales, de género y otros factores. En efecto, según publicaciones actuales de la provincia de Buenos Aires “la accesibilidad significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población” (Red de Salud Pública del AMBA, 2018, p.11). Del mismo modo, según la OMS (2014) para que el acceso –la acción concreta de acceder- sea universal debe tenderse a la equidad y se debe ir eliminando progresivamente las barreras con las que las personas se encuentran para utilizar los servicios de salud.

En las investigaciones mencionadas en apartados precedentes que hacen foco en el conurbano bonaerense, se señalan aspectos fundamentales para poder medir la accesibilidad (Chiara, 2012). En este sentido, Maceira (2011) analiza esta problemática en un estudio sobre el financiamiento y la asignación de recursos en el sistema sanitario. Allí, sostiene que las brechas de equidad se relacionan con la existencia de un sistema de salud altamente segmentado y la presencia de variadas fuentes de financiamiento. Dicha situación dificulta el poder responder de manera eficiente a las demandas de grupos socioeconómicos diversos y distintos perfiles epidemiológicos en el conurbano bonaerense. Por su parte, Di Virgilio (2015) analiza la dimensión territorial en una escala barrial y resalta que la movilidad posible en el territorio es clave a la hora de medir la accesibilidad a los servicios de salud de la población. Observando una dimensión geográfica, en el caso del conurbano bonaerense nota que esa movilidad a su vez muestra no sólo un traslado en transporte sino la movilidad de deseos y necesidades que esperan ser respondidos en el sistema de salud (Di Virgilio, 2015, p.51).

En los últimos años, se ha resaltado que un aspecto importante es tener en cuenta que para garantizar la accesibilidad a la salud los modelos de atención deben incluir la perspectiva de género, reconocer las asimetrías existentes entre los hombres y las mujeres e incluir, en sus políticas y mecanismos institucionales, intervenciones que consideren esta situación de desigualdad (Tájer, 2012).

7. Promoción de la salud

Al mismo tiempo, si desde el presente trabajo se considera a la salud como un concepto que retoma el enfoque de los determinantes y hace especial énfasis en la promoción de la salud, es necesario mencionar que existen aportes académicos que han fortalecido esta perspectiva.

Por un lado, deben destacarse los antecedentes a nivel internacional más relevantes¹⁹. En primer lugar, en el año 1974 puede nombrarse el ya clásico “Informe Lalonde” que tuvo lugar en Canadá, mediante el cual se estableció por primera vez el concepto de promoción de la salud. De hecho, el documento en verdad había surgido como respuesta al aumento creciente de los costos de asistencia médica y como cuestionamiento al abordaje exclusivamente médico que se realizaba al atender las enfermedades crónicas de la población (Czeresnia, 2008). Su principal aporte fue el reconocimiento de los determinantes de la salud al establecer la importancia de la biología humana junto con el ambiente, el estilo de vida y la organización del sistema de salud. En este sentido, pudo observarse que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino que supone el bienestar general de las personas teniendo en cuenta que en el mismo influyen diversos factores sociales, culturales, económicos y políticos. Asimismo, es fundamental notar que desde una mirada integral la promoción de la salud debería fortalecer las capacidades de la población para que pueda transformar sus condiciones de vida (Czeresnia, 2008).

En segundo lugar, es clave identificar la Conferencia Internacional de Atención

¹⁹Si bien se reconoce la existencia de otras declaraciones internacionales posteriores que tratan directamente el tema de Promoción de la Salud (PS), a los fines del trabajo de especialización se estableció un corte sobre las más reconocidas y el resto se retomarán en la tesis de maestría, identificando la evolución de la discusión a nivel internacional. A saber, dichas conferencias son: II Conferencia Internacional sobre PS, Declaración de Adelaide, Australia en 1988; III Conferencia Internacional sobre PS, Declaración de Sundsvall, Suecia en 1991; Conferencia Internacional de PS en Bogotá, Colombia en 1992; I Conferencia de PS del Caribe, Carta del Caribe para la PS en Puerto España, Trinidad y Tobago en 1993; IV Conferencia Internacional sobre PS, Declaración de Yakarta, Indonesia, 1997; V Conferencia Internacional sobre PS, Promoción de la salud hacia una mayor equidad en el Distrito Federal de México en 2000; VI Conferencia Internacional sobre PS, Carta de Bangkok, Tailandia en 2005; VII Conferencia Internacional sobre PS para cerrar la brecha de la implementación de la PS Nairobi, Kenya en 2009 y VIII Conferencia Internacional sobre PS en Helsinki, Finlandia, 2013.

Primaria de Salud concebida en Alma Ata como un antecedente importante en los debates sobre promoción de la salud. En este sentido, en dicha conferencia -bajo el marco de la OMS- en el año 1978 en la ciudad de Alma Ata se firmó una Declaración a través de la cual se establecieron los principios básicos fundacionales de lo que se hoy en día concebimos como la Estrategia de Atención Primaria de Salud, considerando que la misma conforma la asistencia sanitaria esencial. Los componentes de la APS son, a saber: cobertura total, participación social, programación integral por necesidades, nuevas modalidades de organización, recurso humano apropiado, programación integral por necesidades, tecnología apropiada y una reorientación del financiamiento intersectorial. A su vez, con el lema “*Salud para todos en el año 2000*” se promovió que los Estados puedan ponerse el objetivo de llevar adelante políticas sanitarias más integrales, comprensivas, universales e incluyentes.

En tercer lugar, cabe mencionar la Declaración de la Carta de Ottawa del año 1986 en la primera Conferencia de Promoción de la Salud que contó con la participación de treinta y ocho países, los cuales se comprometieron a seguir sus lineamientos. Allí, se consideró que:

La promoción de la salud apunta a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios (capacitación) que permitan a todas las personas realizar por completo su potencial de salud. Los individuos y las colectividades deben tener la oportunidad de conocer y controlar los factores determinantes de su salud. Ambientes favorecedores, acceso a la información, habilidades para vivir mejor, así como oportunidades para realizar elecciones más saludables, están entre los principales elementos capacitadores. (Czeresnia, 2008, p.31)

De esta forma, se estableció el objetivo de asegurar la igualdad de oportunidades y otorgar los medios -especialmente en términos de capacitación- que permitan que las personas puedan ejercer su potencialidad. Las capacitaciones estarían orientadas a que la población pueda conocer y accionar sobre los factores determinantes de la salud ya que la formación calificada les permitiría tomar elecciones más saludables.

Por otro lado, si bien los estudios sobre PCS son escasos, se han podido identificar algunos trabajos que tratan el tema. En este sentido, pueden mencionarse artículos que analizan las experiencias de PCS en otros países de América Latina, como

por ejemplo un artículo que distinga la experiencia de formación de promotores de salud en el contexto de la misión Barrio Adentro, en la República Bolivariana de Venezuela, en el que se detalla cómo fue el diseño y la ejecución del programa encargado de dicha capacitación (Álvarez Sintés y Barcos Pina, 2004). Esta propuesta destaca la idea de promover un rol protagónico de la comunidad en las cuestiones de salud en vistas de consolidar un tipo de poder más comunitario. De igual modo, otro ejemplo son los artículos que resaltan la importancia de la educación para la salud en las escuelas, evidenciando que son un espacio clave en la búsqueda para generar mayores actividades –y actitudes- de promoción de la salud, como se observa en recientes publicaciones sobre el caso de Cuba (Rodríguez Carrasco, Cordero, Camejo, Castellanos y Linares, 2015).

Sobre este tipo de estudios en Argentina existen algunos artículos que hacen referencia a los agentes sanitarios en provincias que no son Buenos Aires, como puede ser el caso de los registros que hay sobre la existencia de estos actores en Jujuy. En este sentido, un artículo –ya mencionado anteriormente- rescata la importancia de las tareas de los agentes sanitarios en el marco de la estrategia de APS desarrollada bajo la dirección de Alvarado en 1966 (Jauretche, 2012). Además, sobre esta provincia existe una investigación reciente que buscó conocer la voz de los propios agentes sanitarios y comprender desde sus representaciones cómo había sido la incorporación del test del Virus del Papiloma Humano (VPH) en Jujuy. Uno de los aspectos que se visibilizaron en dicho trabajo fue que:

La construcción de un vínculo de confianza entre los agentes sanitarios y la comunidad es fundamental para la efectividad de la labor de los agentes, la aceptabilidad de los programas por parte de los destinatarios y, además, para generar procesos de empoderamiento en la comunidad para la realización de sus prácticas de salud. (Curotto, *et al.*, 2017, p.8)

Asimismo, Burijovich y Pautassi (2005) han destacado la figura de la promotora de salud en el análisis de los equipos de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba. Las autoras remarcaron, por un lado, la existencia de estos actores como parte de un cuarto sector de producción de bienestar, es decir, relacionado a la sociedad civil. Por otro lado, han enfatizado en la cuestión de género ya que la mayoría de quienes realizaban las tareas de cuidado y de promoción de la salud eran –y

son- mujeres. En la misma sintonía se ha podido relevar una ponencia que examina el caso de promotoras municipales en La Plata, donde se distingue la preponderancia que tienen las mujeres dentro de los grupos de PCS y se plantean problemáticas referidas al género (Pagnamento, 2012). En este caso, el escrito lo hace desde una mirada que hace foco en las concepciones subjetivas que las promotoras asocian a sus procesos de trabajo.

No obstante, además de ser escasos, puede destacarse que estos estudios se han focalizado en las condiciones laborales, las instancias de formación en el marco de la educación para la salud y, generalmente, se han planteado desde una visión propia de la medicina. Quedará por verse si es posible brindar aportes relevantes que puedan destacar la importancia de la promoción de la salud desde la óptica de las ciencias sociales, y específicamente, desde la ciencia política.

CAPÍTULO III – PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Habiendo desarrollado anteriormente el estado de la cuestión, en este apartado se considerarán los principales conceptos y perspectivas teóricas que se utilizarán en el presente trabajo para llevar adelante el análisis del caso de las Promotoras Comunitarias de Salud de Moreno.

1. Análisis de políticas estatales y su implementación

Teniendo en cuenta los trabajos previamente nombrados, puede pensarse que existe un espacio de vacancia en lo que respecta al estudio sobre las experiencias de las PCS en Argentina y, especialmente, en el conurbano bonaerense. Es por esto que en este apartado se presentarán las principales líneas teóricas que se utilizarán en la presente investigación para dar luz al análisis del rol de las promotoras de salud en el caso de Moreno, su historia reciente y los interrogantes y desafíos que se pueden plantear al respecto.

a) *Política, poder y políticas sociales*

Esta investigación, y en correspondencia con la formación disciplinar de la investigadora, parte de un enfoque que prioriza elementos de la Teoría Política. Específicamente, desde algunas definiciones básicas acerca de la política, el poder y el Estado. De acuerdo con Weber (2008, p.3), se entiende la *política* como “la aspiración a participar en el poder o a influir en la distribución del poder entre los distintos Estados o, dentro de un mismo Estado, entre los distintos grupos de hombres que lo componen”. En este sentido, a lo largo de este trabajo la política se presenta íntimamente relacionada

con la aspiración por el poder ya sea para participar de él o influir en la manera en la que se distribuya. A su vez, considerando nuevamente la noción de poder, se retoma a Foucault (1979) a partir del concepto de *biopoder* con el fin de destacar la configuración social que realiza el Estado sobre el modelo capitalista, transformando las vidas de las personas a través de lo que el autor denomina *biopolítica*. Teniendo en cuenta que para abordar el problema seleccionado en este escrito - el rol de las Promotoras Comunitarias de Salud en la accesibilidad a la salud- se contemplan las dinámicas desarrolladas bajo el modo de producción capitalista, las nociones de biopoder y biopolítica resultan de gran utilidad. Por una parte, porque desde esta óptica se concibe que el poder está dirigido directamente a la producción y reproducción de la vida misma a través del uso de tecnologías y técnicas propias de las lógicas neoliberales en el capitalismo contemporáneo. Y por otra parte, es relevante observar que los dispositivos de poder – prácticas sociales y culturales- conforman redes por las que circula el poder mismo, obteniendo como resultado una configuración compleja desde donde el poder no lo poseen los sujetos sino que trama redes de las que todos participamos (Foucault, 2014). De esta forma, la configuración que presenta la circulación del poder posibilita entender las incumbencias, las responsabilidades y las tareas de las PCS, en especial en un marco donde la medicina históricamente aparece como un campo que evidencia una preponderancia de la perspectiva médica y profesional. Es así que al hacer foco en la promoción de la salud, se buscará comprender los diversos modos de circulación de poder que surgen entre las promotoras, los integrantes de los equipos de salud, las personas que ocupan cargos definitorios en las políticas estatales y los actores de la comunidad.

Asimismo, el *Estado* ocupará un lugar central en el análisis del caso ya que será –junto a las políticas estatales que impulse- un elemento clave al momento de comprender el rol de las PCS en Moreno. Siguiendo a Weber (2008, p.4) se puede considerar que el Estado es “aquella comunidad humana que, dentro de un determinado territorio (el territorio es un elemento distintivo), reclama (con éxito) para sí el monopolio de la violencia física legítima”. Este acercamiento a la categoría de Estado, puede complementarse con la visión de García Linera (2010), quien lo define a partir de

diferentes dimensiones, a saber: en primer lugar, identificando una dimensión material del Estado que comprende todo el conjunto de instituciones; en segundo lugar, una dimensión ideal que considera el sistema de creencias, saberes, conocimientos y concepciones; y en tercer lugar, una dimensión de correlación de fuerzas que supone un escenario de luchas, conflictos y levantamientos. Así, se considera –más ampliamente– que el Estado incluye una instancia de dominación, una correlación de fuerzas y, también, una relación social.

Por otro lado, resulta fundamental examinar los debates teórico-metodológicos propuestos para abordar los objetos de estudio de la ciencia política y de las *políticas sociales*. Siguiendo esta línea, se pueden distinguir distintos enfoques de investigación que marcaron el desarrollo de la ciencia política desde sus inicios. Tal como lo desarrolla Abal Medina (2010), puede identificarse que durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX el enfoque preponderante fue el institucionalismo, perspectiva que se centraba esencialmente en las instituciones, dejando de lado a los actores involucrados en las políticas. Sin embargo, según como lo detalla Aguilar Villanueva (1996), después de la segunda Guerra Mundial los análisis de políticas públicas buscaron incorporar métodos cuantitativos y de comportamiento racional, de ahí que durante esos años fueron hegemónicos el conductismo y los enfoques de la elección racional. Sintéticamente, se propusieron análisis de costo-beneficio y costo-efectividad haciendo foco en los esquemas de resolución de problemas. Así, se piensa que los sujetos son capaces de considerar los pasos para establecer objetivos, ordenar preferencias, plantear las posibles acciones y, finalmente, elegir las más adecuadas teniendo en cuenta las consecuencias. Luego, hacia la década de los años setenta y ochenta del siglo XX en la ciencia política obtuvo mayor relevancia el enfoque neoinstitucionalista que volvió a adjudicar una importancia destacada a las instituciones pero intentando superar los límites del viejo institucionalismo. En referencia a esto, puede destacarse lo siguiente: “las instituciones no sólo pueden influir sobre las variables ideológico-culturales y socioeconómicas y también sobre los actores, sino que pueden ser influidas por esas mismas variables y por el comportamiento de los actores” (Acuña y Chudnovsky, 2013, p.28).

Siguiendo a Vilas (2012), el neoinstitucionalismo en Latinoamérica fue un enfoque utilizado para resaltar la debilidad y las dificultades de nuestras instituciones -y por ende- de las políticas públicas generadas a partir de ellas. Dichos análisis usualmente fueron realizados por organismos internacionales como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional y ocultaron -más bien- los verdaderos objetivos políticos y económicos que estaban detrás de esas conclusiones. Por ejemplo, bajo las medidas neoliberales que tuvieron lugar en nuestro país, se estableció una distinción entre lo técnico y lo político con el fin de resaltar la elaboración y la ejecución de las políticas sociales como exclusivamente técnicas, cuando en realidad las mismas siempre suponen decisiones políticas. Así, la apoliticidad no es real en la medida en que las políticas públicas forman parte de estrategias y proyectos políticos más amplios que defienden una ideología determinada (Vilas, 2011). Por lo tanto, en el presente trabajo no se parte de una visión que no considere la historia, la importancia de los actores, ni los objetivos políticos implícitos en las políticas socio-sanitarias que se analizarán y se marca una distancia con la mera distinción entre *politics* y *policies*, que diferencia las acciones de gobierno y la lucha por el ejercicio del poder político. Por eso, se considerará que en todo análisis de políticas sociales resulta fundamental recuperar “la dimensión política de las políticas públicas” (Vilas, 2011, p.111). Será clave tener en cuenta que toda política pública supone conflicto y lucha por el poder político. Al mismo tiempo, esto implica reconocer la existencia de diversos actores que tienen distintos intereses y que intervienen en la construcción de la agenda de las políticas sociales.

Partiendo de lo desarrollado en el estado del arte sobre las políticas sociales, es necesario hacer algunas precisiones. De acuerdo a los modos en los que surge la producción de bienestar en nuestras sociedades, en este trabajo se considerarán con mayor énfasis los aportes de Esping Andersen (1993) y Martínez Franzoni (2005). Esping Andersen (1993) permite enfatizar en los efectos de mercantilización/desmercantilización y familiarización/desfamiliarización de las políticas sociales. En este marco, es destacable la especificidad que otorgan al Estado ambos autores pero agregando la visión de Martínez Franzoni (2005) que hace foco en

la cuarta esfera de producción de bienestar llamada “el tercer sector”, esto es, el papel que cumple la sociedad civil.

A su vez, teniendo en cuenta los debates sobre la contradicción permanente entre la igualdad planteada desde los derechos otorgados a través de la ciudadanía y la desigualdad originada en el modo de producción capitalista, será importante la noción de derecho. Se tomarán los aportes de Kymlicka y Norman (1997) y Franco (1997) para no olvidar las particularidades de los grupos con identidades diferenciadas del resto de la sociedad y considerando aspectos propios de nuestra región latinoamericana. Además, el enfoque de derechos humanos (Pautassi 2010a, 2010b; Abramovich y Pautassi, 2009) permitirá observar los derechos de manera más amplia al hablar de los derechos económicos, sociales y culturales –y no sólo sociales-, atendiendo también a las obligaciones que tienen los Estados en la implementación de políticas públicas. Asimismo, se tomará a los Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos como programas garantes de bienestar para sujetos de derechos (Arcidiácono, *et al.*, 2014).

b) *Estudio de políticas estatales*

El análisis se hará sobre el rol de las PCS observando principalmente las políticas sanitarias de las que forman parte. En consecuencia, vale la pena destacar los aportes teóricos que brindan Oszlak y O’Donnell (1982) en su propuesta de un protomodelo para analizar las políticas estatales. Se trata de un instrumento teórico y metodológico que busca colaborar en la comprensión de las transformaciones del Estado latinoamericano –dentro de un capitalismo tardío y dependiente- y su vinculación con la sociedad civil. Se concibe al Estado en acción, comprendido en un proceso social más amplio y complejo que los autores denominan “estructura de arenas”. Esto posibilita notar las fuerzas sociales y los actores que están en juego así como también poder observar por qué algunos temas se vuelven relevantes como cuestiones de agenda y se resuelven, mientras que otras no. En el caso del presente estudio es clave poder prestarle especial atención a la relación entre el Estado –

municipal, provincial y nacional- y los actores involucrados en la promoción de la salud como son las organizaciones políticas y sociales, los integrantes de los equipos de los centros de salud, los funcionarios municipales y los referentes de la comunidad.

El protomodelo se distancia de los enfoques que priorizan el análisis de tipo estructural que toman la relación clase-Estado y se aleja de los estudios más abstractos y teóricos que elevan el nivel de discusión analítica hacia la vinculación Estado-sociedad. Frente a esto, la perspectiva que proponen Oszlak y O'Donnell (1982) resulta mucho más empírica e inductiva ya que se focaliza en “el proceso social tejido alrededor del surgimiento, tratamiento y resolución de cuestiones ante las que el Estado y otros actores adoptan políticas” (Oszlak y O'Donnell, 1982, p.100).

Por otra parte, las perspectivas a partir de las que se han estudiado las políticas estatales tienden a situarse en las razones por las que se adoptó determinada política, considerando las demandas de los grupos sociales como variables independientes que definen el accionar del Estado como variable dependiente. Así, el Estado es visto como una institución con un rol pasivo que resuelve las demandas o *inputs* y, desde un enfoque sistémico, esta mirada no contextualiza la política estatal ni tiene en cuenta el efecto ni el impacto de la misma. Otra óptica se enfoca en sólo estudiar los impactos de una política estatal, aspecto que suele ser relevante en instancias de evaluación pero que no da cuenta ni de los efectos no esperados ni de un análisis determinado sobre otros elementos posibles que influyen en el impacto visto. Frente a esto, el uso del protomodelo supone centrarse en el estudio de toda la trayectoria de la política estatal, será importante ver el surgimiento de la cuestión y el desarrollo de la resolución – solución u omisión-.

Observando el ciclo vital de las necesidades y las demandas que son socialmente problematizadas, en primer lugar, los autores plantean que es fundamental analizar el período previo al surgimiento de la cuestión teniendo en cuenta qué actores reconocieron el tema como problema, cómo se difundió esa visión, quién lo hizo, con qué recursos contaba, qué estrategia llevó adelante, que alianzas realizó. Este aspecto en la investigación se verá plasmado en la reconstrucción de la historia reciente de la

conformación del sistema de salud de Moreno así como al ver la situación de las comunidades en los años noventa y en el contexto de crisis de inicios del siglo XXI.

En segundo lugar, se deberá observar cuál fue la posición que tomó el Estado frente a esta cuestión, haciendo la salvedad de que esta posición suele incorporar diferentes posturas a nivel interno que terminan definiendo la decisión del Estado. De hecho, la política estatal se define como “un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (Oszlak y O’Donnell, 1982, p.112). Es así que este proceso incluye contextualizar en la coyuntura histórica en la que se trata la cuestión y en el análisis de correlación de fuerzas, el conjunto de iniciativas y respuestas del Estado frente al tema. La respuesta final habrá sido en todo caso aquella postura que fue predominante en ese momento determinado, no será una postura unívoca, sino que supondrá conflicto de intereses por la convergencia de diferentes unidades dentro del Estado que tienen –cada una- cierta autonomía relativa en su accionar. Además, la posición del Estado, ya sea tomando partido por la acción o la omisión, tendrá consecuencias mucho mayores que las tomadas por los demás actores involucrados ya que controla en última instancia los medios de coacción física y repercute más su accionar que las políticas privadas. Por este motivo, las políticas estatales son consideradas como *nudos* del proceso social, es decir, puntos fundamentales dentro de una secuencia de interacciones.

En tercer lugar, será de suma importancia tener en cuenta a todos los actores – clases sociales, organizaciones, individuos- vinculados a la cuestión y poder dar luz a las tomas de posición que se han suscitado al respecto. Dichos actores se movilizan alrededor de la cuestión pero no necesariamente serán los más afectados por el tema sino que suelen ser temas reivindicados por unidades que forman parte del propio Estado o grupos de organizaciones sociales y políticas.

En cuarto lugar, será importante ver cuáles fueron las definiciones sociales que se dieron respecto a la cuestión, hablando en plural porque seguramente no haya una única percepción ni valoración sobre el problema a tratar. A su vez, ver un eje temporal

ayuda a considerar que la postura de los actores suele modificarse a lo largo del tiempo, considerándose también un eje subjetivo.

En términos prácticos, el protomodelo en su conjunto será de gran utilidad para centrar la investigación en la política estatal misma y en la cuestión a la que se refiere, considerando el proceso social en su conjunto y, al mismo tiempo, el proceso burocrático interno. Por lo tanto, el estudio de casos como el de Moreno –y la información que se recogerá allí- será, desde esta mirada, un aporte sustantivo para la teorización exploratoria del Estado mismo. Luego, el análisis de la agenda de cuestiones y la estructura social, será abordado a través de fuentes secundarias disponibles como contexto global y más amplio a la investigación.

2. Las políticas sanitarias. La gestión como lugar de la mediación.

Las políticas de salud son parte de las políticas sociales y deben brindarse algunas definiciones conceptuales que permitan comprender las políticas sanitarias como lo requiere el presente trabajo. Con este objetivo, se tomarán algunas perspectivas de análisis utilizadas recientemente en estudios que abordaron el tema de la salud en el conurbano bonaerense y que han sido mencionados en el estado de la cuestión (Chiara, 2012; Chiara y Moro, 2011; Chiara y Di Virgilio, 2005).

En primer lugar, cabe decir que generalmente “el discurso científico, la especialidad y la organización institucional de las prácticas de salud se circunscriben a partir de conceptos objetivos no de salud, sino de enfermedad” (Czeresnia, 2008, p.49). Esto supone que la atención suele establecerse sobre la enfermedad y, en consonancia, la salud es pensada como la mera ausencia de enfermedad. En contraposición a esto, en este trabajo se considera que el concepto de salud:

(...) no se agota en la búsqueda de patologías o malformaciones que disminuyan la capacidad del hombre, sino que está llamada a solicitar participación en los problemas de la vivienda, la alimentación, indumentaria, así como sus actividades laborales, recreativas y deportivas. (Carrillo, 2005, p.55)

Desde esta mirada, el concepto de salud obtiene mayor amplitud y da cuenta de diversos aspectos de la vida humana que deberían contemplarse de manera integral desde las políticas estatales para, efectivamente, poder garantizar el derecho a la salud de la población.

En segundo lugar, tal como lo plantean Chiara y Virgilio (2005, p.44-45) al hablar de *gestión* –y específicamente gestión local- se debe rescatar la complejidad intrínseca a esta cuestión y observar que se trata de un espacio relacional que comprende dos dimensiones. Una de ellas incluye los procesos a través de los cuales se articulan, coordinan, organizan y asignan recursos –humanos, económicos, técnicos, políticos y otros de diversa índole- para garantizar la reproducción de la vida de la población. La otra dimensión hace referencia a las prácticas que tienen lugar en la constitución de la demanda, es decir, se focaliza más en acciones de la población y en el lugar de los actores sociales. Siguiendo a Moro (2012), puede verse que el proceso es dinámico y entonces la gestión se presenta como un espacio en el cual se produce la interacción entre los actores y agentes involucrados. Según cómo se desarrolle la interacción, se marcará una modalidad determinada en la implementación de las políticas sanitarias. Esto explica la gran heterogeneidad de las políticas sanitarias, así como también resalta el rol activo de los actores sociales, que puede ser sujetos individuales o grupos colectivos. Reforzando lo anterior, se considera que los actores en la gestión local cuentan con una autonomía relativa en la implementación de programas y planes delineados en jurisdicciones mayores, dando lugar a esos actores para poder decidir, priorizar y hasta problematizar las cuestiones públicas de salud.

De igual modo, Moro (2015) recalca la importancia de analizar los actores y aquellas personas involucradas en la gestión de la salud en el territorio como elemento fundamental, incluso realizar un mapeo de los mismos. Esto permitirá analizar la viabilidad de las políticas, se podrá tener un recurso fructífero para promover la participación de la población destinataria de las políticas y se pueden construir acuerdos y toma de decisiones en conjunto.

En este marco, puede considerarse la *atención* en salud “como aquella zona de interface que se constituye en la interacción entre los usuarios y los servicios” (Ariovich

y Jiménez, 2012). Como se ha visto, las PCS tendrán un rol fundamental en este espacio de interface especialmente entre el primer nivel de atención en Moreno y la comunidad. A su vez, estos estudios parten de la definición de estrategia de APS que ya se ha desarrollado en los antecedentes internacionales, especialmente en la Declaración de Alma Ata, para utilizarla como perspectiva teórica al analizar el primer nivel de atención. Del mismo modo, resulta útil retomar el concepto de accesibilidad en un contexto de complejidad y fragmentación como el del conurbano bonaerense. Así:

El concepto de *accesibilidad* a la salud se define como la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y el lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (...) La *equidad* aparece fuertemente vinculada al acceso y pondera especialmente la capacidad de inclusión de los servicios, particularmente de la población con menos recursos. (Moro, 2012, p.33)

En este trabajo se considerará la accesibilidad como elemento constitutivo de la estrategia de APS y como noción teórica más general, mientras que el concepto de acceso hará referencia a la acción concreta donde se hace efectiva esa condición de accesibilidad. Se tomarán los estudios mencionados anteriormente (Comes, *et al.*, 2007; Di Virgilio, 2015; Maceira, 2011; OMS, 2014) para tener en cuenta las barreras económicas pero también las culturales, geográficas, administrativas, entre otras. En este sentido, las PCS podrán actuar en estos aspectos para colaborar en que las políticas sanitarias garanticen el derecho a la salud, teniendo presente en sus acciones las ubicaciones geográficas de los CAPS, los horarios que ofrecen, los costos implicados, las costumbres de la comunidad y demás factores.

Por último, cabe decir que se prestará especial atención a las poblaciones que se encuentran en la zona de vulnerabilidad social (Castel, 1997). Así, se tendrán presentes las situaciones de integración, vulnerabilidad y desafiliación social pensando en que el papel que cumpla el Estado y las políticas que establezca, serán elementos cruciales.

CAPÍTULO IV - APROXIMACIÓN AL CASO DE ESTUDIO

1. Características generales de Moreno

El hecho de que Moreno sea el partido elegido para realizar el presente estudio, tiene varias razones. El distrito forma parte del Gran Buenos Aires -área comúnmente denominada conurbano bonaerense- que, junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), comprende 24 municipios y posee 9.910.282 habitantes de acuerdo al censo del año 2010. En este sentido, la intención es seleccionar un partido del conurbano bonaerense para analizar el rol de las PCS en un caso y, luego, brindar aportes para extender la mirada hacia una escala regional que comparte características y problemáticas similares.

Por otra parte, resulta relevante considerar dos factores que han recrudecido las demandas en el sector salud de Moreno, especialmente el subsector público. Uno de ellos es que se trata de un partido que cuenta con una extensa amplitud territorial, a saber: 186,13km² que incluyen diversas características dentro de zonas urbanas, semirurales y rurales. A su vez, en los últimos años han crecido las zonas vulnerables identificando que, según el Registro de Villas y Asentamientos de la Provincia de Buenos Aires, Moreno tiene 60 asentamientos con un total de 14.460 familias, mientras que siguiendo el Registro Nacional de Bienes e Inmuebles del Estado (RENABE), el distrito tiene 83 Asentamientos y barrios populares²⁰. Como se observa en la Figura N°3 esto conforma una situación compleja para atender a través de respuestas de políticas estatales.

²⁰Se detalla esta información en el punto 2 del ANEXO.

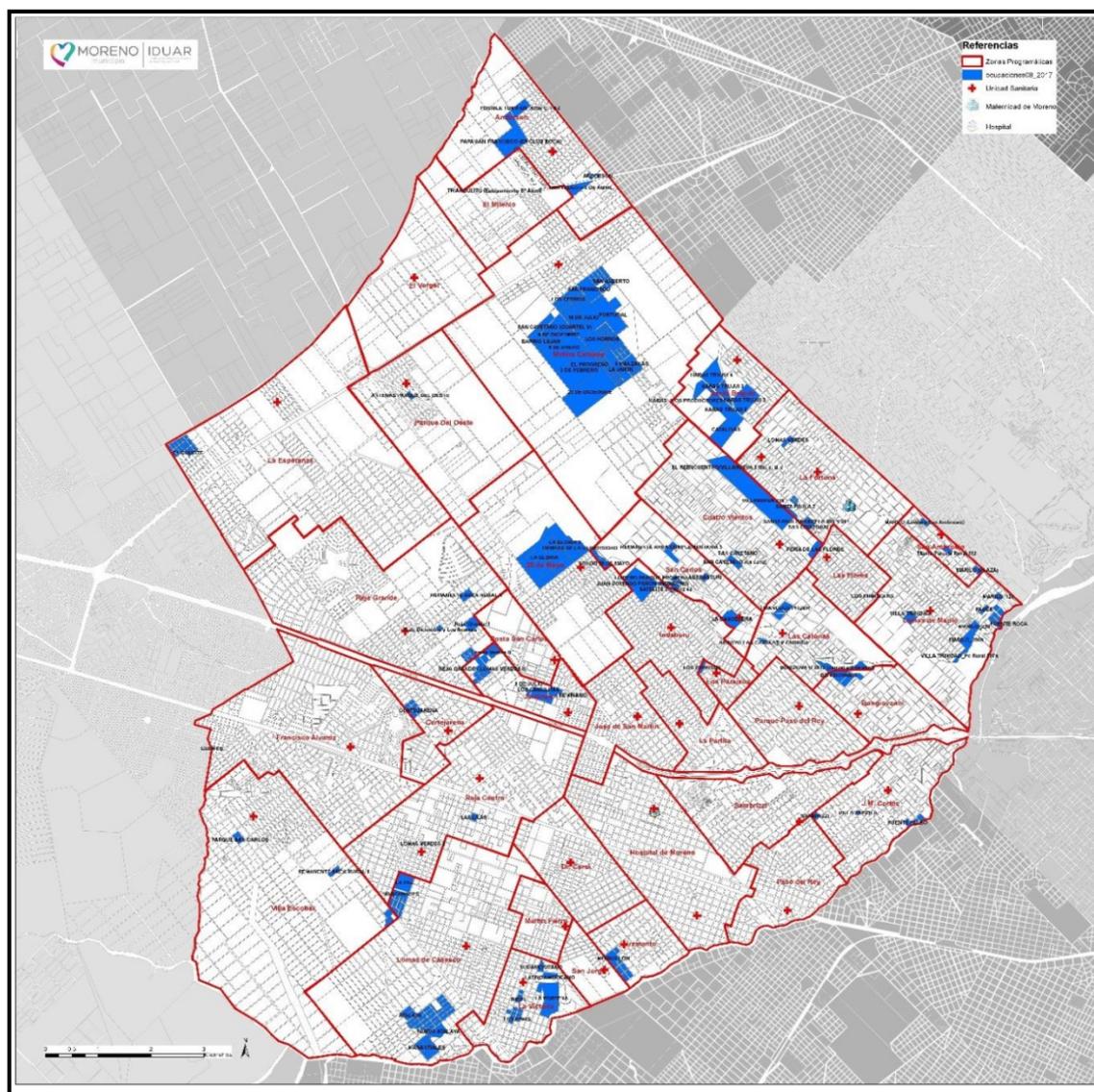


Figura N°3: Mapa de Moreno con áreas programáticas por centros de salud (delineados con color rojo) y asentamientos (color azul). Año 2019.

Fuente: Instituto de Desarrollo Urbano, Ambiental y Regional- IDUAR. Municipio de Moreno.

El segundo factor es que la población ha aumentado recientemente. Si bien el Censo Nacional realizado en el año 2010 (INDEC) registró 452.505 habitantes, según la proyección al año 2018 realizada por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Moreno, la población actualmente asciende a 522.499 habitantes. Esto indica que en el período 2010-2018 la población del partido creció un 15.47%.

Adicionalmente, existen otros elementos estrechamente vinculados al propio sistema de salud local que cabe resaltar. Por un lado, la Secretaría de Salud –y demás dependencias municipales- sostienen una estrategia de trabajo zonal que establece una mirada territorial y una planificación basada en seis zonas sanitarias: Moreno Sur, Moreno Norte, Francisco Álvarez-La Reja, Cuartel V, Trujui y Paso del Rey. En este sentido, se ponen en relevancia las problemáticas planteadas anteriormente (Chiara, 2012; Chiara y Di Virgilio, 2005; Moro, 2012; Ariovich y Jiménez, 2012; Di Virgilio, 2012, Tobar, 2011; Catenazzi, 2015), referidas al poder implementar políticas estatales con arraigo local, buscando considerar las características y demandas del territorio. Como puede verse en la Figura N°4, una de las diferencias que se encuentra entre las distintas zonas sanitarias es la variación de cantidad de habitantes según la localidad, destacándose mayores desafíos en las zonas sanitarias de Trujui y Moreno Norte ya que ambas cuentan con la población más numerosa.

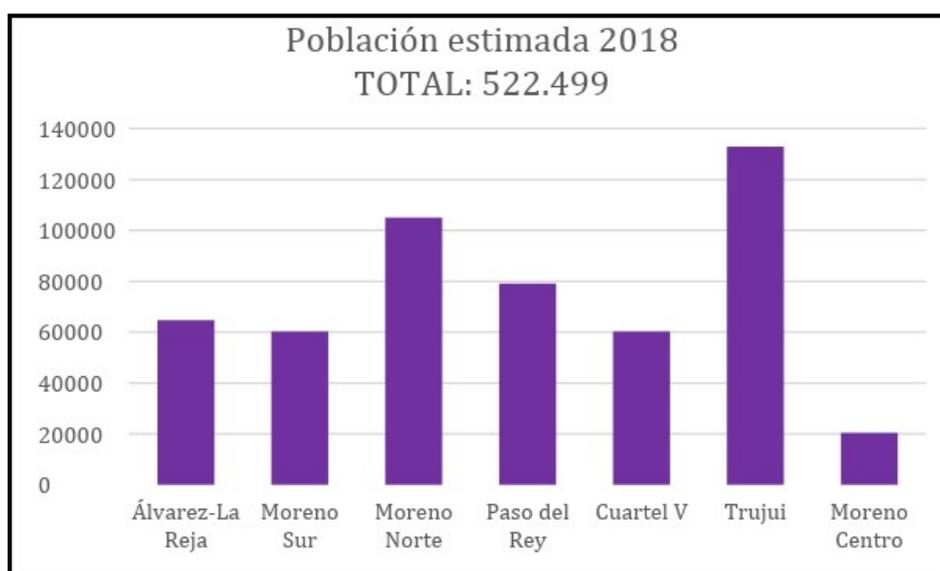


Figura N°4: Cuadro que ilustra la distribución de la población por localidades –zonas sanitarias. Año 2019.

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Municipio de Moreno.

Además, la misma conformación del primer nivel de atención es crucial ya que comprende 37 CAPS, de los cuales hay 2 Centros de Integración Comunitaria (CIC). Esto muestra un especial interés del gobierno municipal por el desarrollo de una Estrategia de Atención Primaria de la Salud concebida desde las perspectivas ya

nombradas (Declaración de la Carta de Alma ata, 1978; Declaración de la Carta de Ottawa, 1986; Czeresnia, 2008). De todos modos, es preciso destacar que las áreas programáticas de los centros de salud comprenden amplias cantidades de habitantes, marcando un elemento distintivo con otros municipios. Este aspecto puede verse en la Figura N°5 en la que se muestra que en algunos casos la situación es muy compleja, como en Indaburu donde la población del área supera las treinta y cinco mil personas.

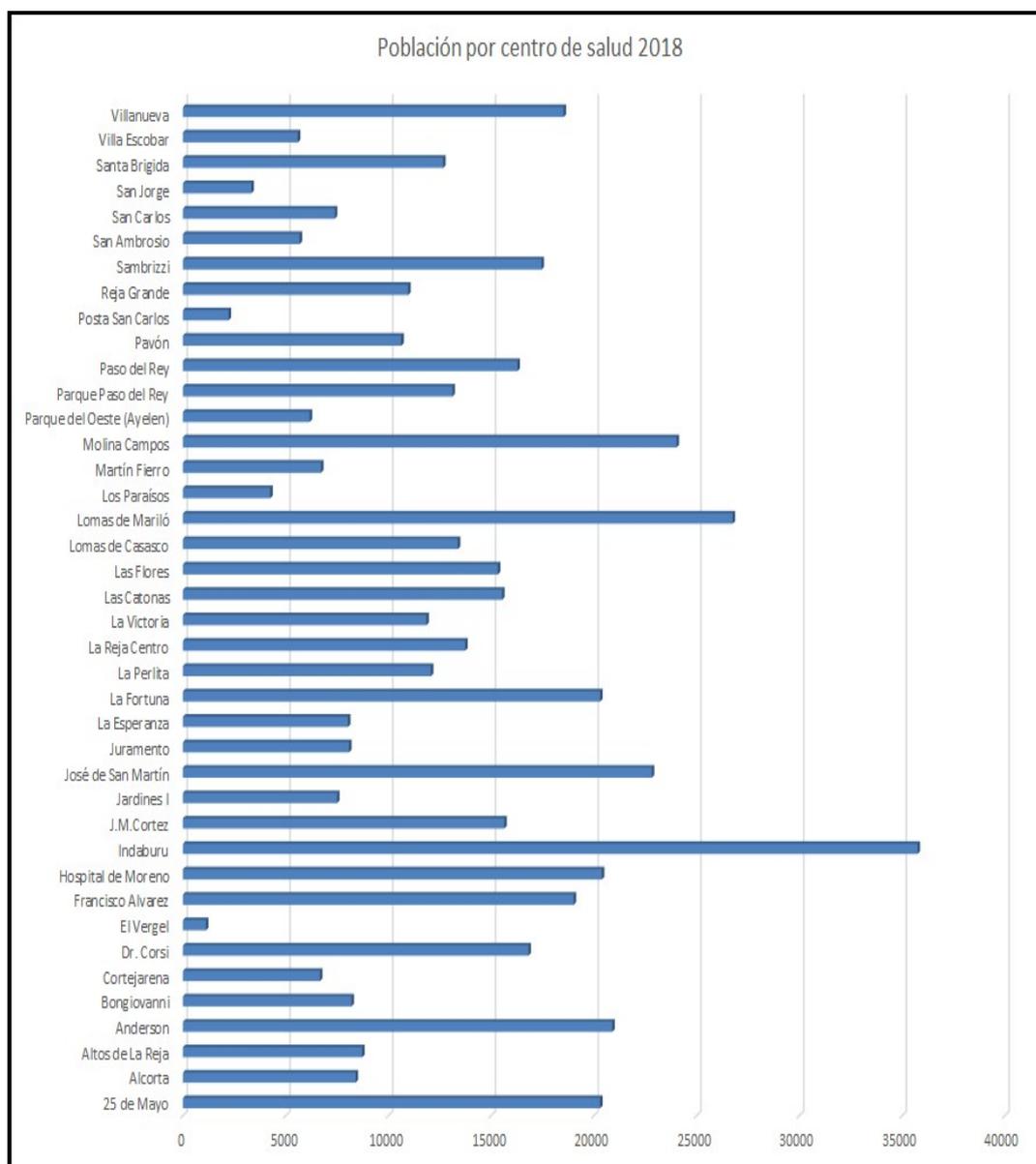


Figura N°5: Cuadro que ilustra la distribución de la población por área programática según centro de salud. Año 2019.

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Municipio de Moreno.

A su vez, dos efectores municipales son considerados de segundo nivel porque brindan prestaciones especializadas, en un caso en la salud del adulto y, en el otro, en la salud infantil. No obstante, Moreno cuenta con sólo un hospital general en todo el distrito y una maternidad, ambos bajo la dependencia de la provincia de Buenos Aires.

Por otra parte, las principales razones que motivan la selección de este municipio como caso a investigar tienen que ver con la historia de las promotoras de salud en ese territorio (Entrevista a Ameigeiras, 2019; Entrevista a Reina, 2019). En Moreno se refleja la fuerte organización comunitaria y política que provoca que varios referentes barriales sean actores sociales que desarrollen sus tareas bajo la figura de las PCS y, adicionalmente, hay registro institucional que muestra cómo la Secretaría de Salud llevó adelante políticas que acompañaron y generaron la formación de diversas cohortes de promotoras de salud. Tarea no menor fue la supervisión desde el Estado para su incorporación en los equipos de salud. En este sentido, el municipio cuenta con el Programa de Promoción Territorial que tiene como función llevar adelante la capacitación de nuevas PCS, la formación continua de las ya existentes y el desarrollo de líneas de acción en a nivel territorial -organización de jornadas de salud, entre otras- (Promoción Territorial de la Salud, Informe de evaluación semestre julio-diciembre, 2018). De la misma forma, hay antecedentes recientes de la búsqueda de legitimación institucional del rol de las PCS en Moreno a partir de la articulación con universidades para obtener un aval educativo a la formación realizada a promotoras (Programa de la Diplomatura de Promoción Territorial de la Salud UNPAZ, 2019). Asimismo, se incluyó la figura de las PCS en la carrera socio-sanitaria del municipio y se obtuvo el reconocimiento del poder legislativo a través de una sanción del Honorable Concejo Deliberante que declaró que las instancias de formación resultaron de interés municipal así como también ha declarado la adhesión a la ley provincial que regula las funciones de las PCS (Informe de gestión Secretaría de Salud de Moreno, 2018).

Aunque más adelante se desarrollarán con mayor profundidad estas cuestiones, queda plasmado el interés en el análisis del caso de Moreno para el presente trabajo. Por consiguiente, se retomarán algunos aspectos históricos locales.

2. El desarrollo de la promoción de la salud en las políticas sanitarias de Moreno

Retomando el protomodelo que proponen Oszlak y O'Donnell (1982), es necesario dar cuenta de los procesos sociales más amplios de los que forma parte la promoción de la salud. De esta forma, se buscará emprender un estudio de la política estatal que incluyó la formación e incorporación de PCS en Moreno. Algunos interrogantes que guían este aparatado son:

¿Qué problemas merecen ser cuestiones? ¿Quiénes y cómo deciden cuál es, en cada momento, el conjunto de cuestiones (la agenda o el espacio problemático de una sociedad) socialmente vigentes? (...) ¿Ante qué problemas puede y debe el Estado intervenir y, por lo tanto, reconocerlos o crearlos como cuestión? (Oszlak y O'Donnell, 1982, p.126-127)

Al respecto, los autores afirman que no toda demanda pasa a ser objeto de las políticas estatales sino que sólo es considerada cuestión aquel asunto o necesidad sobre la que algún sector de la sociedad -estratos sociales, grupos, organizaciones políticas o individuos con más poder que otros- considera que debe tomarse alguna medida. De este modo, la cuestión entra en agenda y cobran mayor relevancia aquellos elementos sobre los que el Estado toma posición. Será clave el ciclo vital -o trayectoria- de las cuestiones atendidas por las políticas estatales observando, al menos, tres momentos distintos: el surgimiento, el desarrollo y la resolución (su desaparición ya sea por ser resuelta o no). Entendiendo que no es posible, entonces, prescindir de los factores que permiten comprender el proceso social complejo del que es parte la política estatal, se pasará a describir -más no sea sintéticamente- las características de la coyuntura que dan origen a la cuestión.

a) Antecedentes en la historia reciente

En este caso, el punto de partida para el análisis es la historia reciente de la promoción de la salud en Moreno y, para ese fin, en un primer momento se tendrá en

cuenta un relevamiento hecho del Periódico Local “*Para Ud..!*”²¹. Esta publicación se brindaba con una frecuencia quincenal, su editorial estaba establecida en Villa General Zapiola de Paso del Rey y puede pensarse que el periódico estaba destinado principalmente a los habitantes de la zona de Moreno centro ya que allí se centraba su distribución. Al menos durante este corte temporal, no se ha encontrado una línea editorial clara y, de hecho, la mayoría de sus artículos son de autoría anónima.

En el marco de la investigación de posgrado, se realizó una revisión exhaustiva de estos periódicos seleccionando el período enero de 1983 a diciembre de 1989. La necesidad de trabajar con estas fuentes estuvo marcada por la intención de reconstruir el proceso de conformación del primer nivel de atención y los antecedentes de promoción de la salud que la información obtenida en entrevistas no podía dar cuenta.

Tomando los artículos periodísticos encontrados, pudo verse que las primeras tomas de posición por parte del Estado que pueden identificarse sobre la promoción de la salud, datan de acciones que se llevaron adelante durante los últimos años de la década del ochenta. Más allá de que estas noticias no formaran parte de la centralidad de la línea editorial, podemos encontrar algunas que a la luz de nuestro análisis resultan relevantes.

A modo de síntesis, puede mencionarse como antecedente importante que en el año 1984 se promulgó una ordenanza que estableció que todos los servicios y las prestaciones médicas ofrecidas por el municipio pasarían a ser gratuitas, como medida que tendía hacia la universalidad del derecho a la salud. A continuación, en la Figura N°6 se observa cómo fue comunicada esta información:

²¹Para ello, se contó con la colaboración de la Biblioteca de la Universidad Nacional de Moreno (UNM), institución que cuenta con una hemeroteca donde se encuentran los periódicos *Para Ud!...* Esta publicación desde el comienzo tuvo una periodicidad quincenal, su editorial estaba establecida en Villa General Zapiola, Paso del Rey y dejó de funcionar en el año 2018, entre otros motivos, por el alto costo económico que implicaba seguir sosteniendo las publicaciones. Para este trabajo, se realizó una revisión exhaustiva de los periódicos seleccionando el período enero de 1983 a diciembre de 1989.

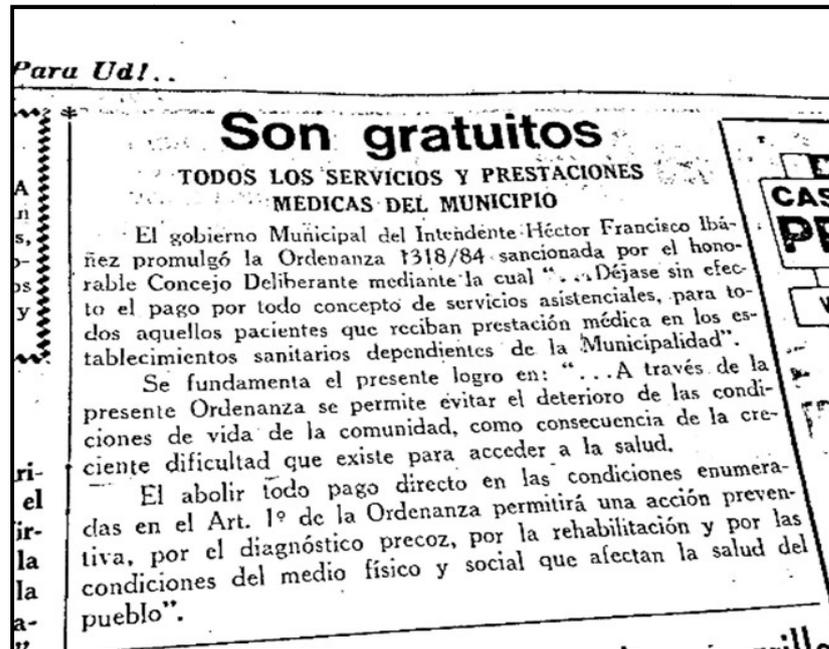


Figura N°6: Noticia que anuncia la gratuidad de los servicios y prestaciones de salud en el municipio de Moreno.

Fuente: Periódico Para Ud!.., cuarta semana de noviembre de 1984, p. 6.

De igual modo, mientras las noticias sobre el Hospital Mariano y Luciano de la Vega fueron recurrentes y, en verdad, muy poco se informaba en este periódico sobre el primer nivel de atención, se pudo relevar un artículo de 1986 en el que se destacaba el lanzamiento del Móvil Sanitario. Esta constituye una muestra de que el Estado local había comenzado a priorizar el sostén de dispositivos territoriales, postas sanitarias y, en definitiva, el acercamiento de los equipos de salud hacia la comunidad.

Si tenemos en cuenta que parte de la accesibilidad es el favorecer la llegada de las políticas sanitarias a los barrios más vulnerables y lejanos a la zona céntrica del partido así como también el poder conocer las diversas características del extenso territorio de Moreno, el Móvil Sanitario es un elemento crucial en términos de la promoción de la salud. Como lo ilustra la figura N°7:

PARA UD!
PUBLICACION PARA MORENO
TERCERA SEMANA DE MAYO DE 1986 — EDICION DE 24 PAGINAS — AÑO L — Nº 1.357
Dirección y Administración: Orquídeas y Cafetal — Villa General Zapiola — Partido de Moreno
Tel. 0228-21967 — Cartas: C. C. 13 - 1744 Moreno

Móvil Sanitario: Prestación Gratuita de Salud en los Barrios de Moreno

La Municipalidad de Moreno a través de su Departamento de Acción Social, puso en marcha un novedoso Plan de Salud, que brinda atención médica gratuita en los barrios más alejados del casco urbano, con un Móvil Sanitario especialmente equipado.

El secretario de Bienestar Social de la comuna, Dr. Aníbal Agasí, explicó que "hemos instrumentado este servicio porque para el gobierno del pueblo la salud de la población es un objetivo prioritario, sobre todo en los sectores más necesitados".

El móvil sanitario, un vehículo preparado para atender las necesidades de todos los barrios, cuenta en la actualidad con dos consultorios: uno odontológico y otro clínico, además de una sección de enfermería. Las prestaciones que brinda son, entre otras, odontología infantil, clínica médica, pediatría, vacunación, medicación y leche en polvo, en forma totalmente gratuita.

Hasta el momento, el móvil recorrió más de 20 barrios. Trabajó sobre toda la zona ribereña del río Reconquista, desde Parque Güemes —límite de Moreno con General Rodríguez— hasta Puente Roca. Y en solo tres meses, de enero a marzo de este año, realizó 910 prestaciones odontológicas, 800 consultas médicas y 1.025 dosis de vacunación.

La coordinadora del programa, Lic. María Luisa Dobal explicó que no todas son cifras. "Una empieza a darle mucha calidez, mucha ternura a la gente. Hay que embarrarse y caminar para llegar a la comunidad, pero ésta siempre nos responde con el mismo cariño. Es destacable que los barrios que atendemos son muy humildes, pero los vecinos siempre nos ofrecen su casa."

Como se considera que la prestación que se le brinda a la comunidad debe ser "integral", en cada lugar que visita el móvil trabaja también el Equipo de Educación para la Salud, dando charlas de interés general. Algunas de ellas son: participación comunitaria, recursos comunitarios, orientación laboral, educación sexual, medicina preventiva y comunidad, inmunizaciones, control de la embarazada y del bebé, planificación familiar y pediculosis. A modo de orientación, se proyectan audiovisuales acerca de la salud bucodental.

Las charlas se dan en casas que el mismo vecindario ofrece. Esta es una forma de que todos participen activamente y juntos busquen solucionar sus problemas. En pos de consolidar definitivamente nuestra Comunidad Organizada.

Figura N°7: Noticia que anuncia a la comunidad la puesta en marcha de un Plan de Salud que incluía un Móvil Sanitario para garantizar prestaciones en los barrios de Moreno.

Fuente: Periódico Para Ud!., tercera semana de mayo de 1986, p.1.

Sin embargo, fue hacia el final de la década que florecieron los artículos que daban cuenta de políticas estatales vinculadas directamente a la promoción de la salud. En este caso, se trata de las experiencias de los Consejos de la Comunidad y del Proyecto "Ramón Carrillo". Los Consejos de la Comunidad tuvieron la influencia, por un lado, del carácter religioso de quienes promovían este tipo de acciones en el marco del catolicismo tercermundista, y por el otro, de la recuperación —al menos de forma indirecta— de las instancias propias del comunitarismo presente en los años sesenta bajo el onganiano. Por su parte, el Proyecto Ramón Carrillo se torna aún más relevante porque llevó adelante la implementación de un Consejo Asesor Técnico Administrativo en los CAPS y, de esta forma, dio lugar a la voz de los vecinos en un contexto muy duro para el país —bajo el declive del gobierno de Alfonsín—. Siguiendo la Figura N°8, ambos aspectos pueden verse en la siguiente nota:

Proyecto "Ramón Carrillo": Salud y Comunidad, unidad bajo un mismo signo

"Desde el principio de nuestra gestión, una de las mayores preocupaciones fue compartir los actos de salud con quienes la reciben. Para tomar acciones que los técnicos de la salud creían que son lógicas y realmente no le sirven a la gente", explicó el intendente de Moreno, Ernesto Lombardi.

Consultado al respecto, el subsecretario de Bienestar Social, Dr. Raúl Morello recordó: "Fue en noviembre de 1987. El primer paso fue generar participación a través de las cooperadoras, que los vecinos hicieron conocer sus inquietudes y, fundamentalmente, considerar el Centro Asis-

fencial del barrio como un centro recreativo, formativo y de asistencia".

"En la sala de primeros auxilios se va creando un espacio, que va madurando con el tiempo y que se refiere a una revalorización, evaluación y fiscalización por parte de los usuarios, donde participan todos aquellos que tienen tanto inquietudes como críticas. Así nacieron los CATA", explicó Morello.

¿Qué son los CATA?

CATA significa Consejo Asesor Técnico-Administrativo. Se reúne una vez por mes cada uno de los 22 CATA en las salas de atención para que los vecinos presenten sus inquietudes. (Continúa en pág. 4)

CUARTA SEMANA DE SETIEMBRE DE 1988 — EDICION DE 22 PAGINAS — AÑO LII — N° 1.470

Dirección y Administración: Verdi entre Belzategui y Gecco (ex Oquidas y El Caletal)

Villa Gral. Zapiola — Moreno — Tel. 0225-21967 — Cartas: C. C. 13 — (1744) Moreno

Las privatizaciones son necesarias, dijo Alfonsín

El Presidente de la Nación anunció que se está por concretar "un acuerdo fundamental con Banco Mundial" que tiene las características de una "línea de crédito" que permitirá mejorar los índices sobre mortalidad y desnutrición infantil y escolar.

El doctor Raúl Alfonsín defendió la política de privatizaciones emprendida como "una verdadera necesidad y no como un problema ideológico" y reconoció el esfuerzo que significará la población tener que pagar nuevos impuestos para mejorar el sistema provincial y otras más altas para reducir el déficit del estado.

El doctor Alfonsín habló en el acto central por los 170 años de la ciudad de Dolores, ante un público que se aglomeró en la plaza mayor, donde se interpretó como una alusión a los hechos de Plaza de Mayo.

A poco de llegar a esta ciudad, Alfonsín visitó un barrio de viviendas construidas por la Municipalidad e inauguró la sala de terapia intensiva del Hospital San Roque, luego de lo cual participó de una ceremonia alusiva a la fundación de Dolores en la Escuela Normal.

Posteriormente, presidió una sesión del Consejo Deliberante tras de lo cual y acompañado por el intendente, se dirigió a un palco instalado entre la Municipalidad y la plaza mayor.

Un único cartel que decía "Queremos un futuro mejor para los estudiantes ubicados en el palco de las autoridades."

El Presidente de la Nación desarrolló su exposición sobre este pedido y pasó revista a varias

cuestiones de la vida nacional. Dijo que se había arribado "quizá un poco frívolamente" a la crisis que soporta la Nación y se refirió a los precios de nuestros productos.

Elogió la incorporación a la doctrina social de la Iglesia del concepto de solidaridad y señaló que era injusto que la calidad de vida de los pueblos desarrollados "se haga a costas del esfuerzo, del sudor y del llanto de los pueblos subdesarrollados".

Expuso Alfonsín que fue necesario cambiar en el país un conjunto de cosas y que había que terminar con el capitalismo asistido por el Estado, donde las ganancias eran de algunos, pero se socializaban los riesgos.

Señaló que había que revertir la situación que "daban posibilidad del industrial de comprar un campo o hacerse la casa en Punta del Este".

"Tenemos que edificar de nuevo la Nación sobre la base de un triplicado básico y fundamental: la solidaridad, la modernización del país y de la sociedad y la participación de todos para construir ese futuro que estamos reclamando", expuso el mandatario.

Cuando abordó el tema de la modernización del país se refirió a la integración con América Latina, emprendida a través de acuerdos con el Brasil y el Uruguay, y a los convenios con España e Italia.

En la parte final de su mensaje, el Presidente de la Nación instó al esfuerzo y afirmó que "si nos quedamos en la demagogia, si nos quedamos en el facilismo, si nos quedamos en lo que los demás quieren hacer, no habrá futuro, ni habrá país, ni habrá democracia".

Significativa repercusión tuvo el plan de vacunación en Moreno

Más de 15.000 dosis se aplicaron durante el Operativo de Vacunación que se desarrolló en Moreno desde el 8 de agosto, por el lapso de un mes, lo que significa haber inmunizado casi tres veces más niños que durante el mismo período de 1987.

El operativo, que se llevó a cabo en toda la provincia de Buenos Aires, se realizó para completar el esquema en pequeños de 2 meses a 6 años. Se vacunó en Unidades Sanitarias Municipales, provinciales y privadas y en escuelas con exámenes pediátricos. La Municipalidad de Moreno puso a trabajar dos móviles, destinados especialmente a la vacunación domiciliar.

En cuanto a la discriminación de las vacunas que se aplicaron, fueron 2.000 dosis de BCG, 5.000 de Sabin, 5.000 Tríples, 2.000 anti-sarampión y 1.000 dosis entre doble, anti-tetánica, para niños y adultos.

La Secretaría de Bienestar Social de Moreno a través de su Dirección de Medicina Preventiva señaló la importancia de la consulta ante la duda que la cobertura no está completa, que puede realizarse ante la mencionada Secretaría o a agentes sanitarios o agentes de salud.

Asociación Docentes Jubilados

En el restaurante La Curva, y tal como está programado, el día 10 al mediodía, se realizó un acto de camaradería auspiciado por esa entidad. El mismo, se desarrolló en un ambiente cordial y con el entusiasmo que siempre caracteriza a estos eventos. Integrantes de la A.D.J. adherieron al mismo y entregaron, a los post-modales de plata a las docentes jubiladas los 4 últimos años.

Por su parte, la Asociación que propició el acto, premió con sendas distinciones a las colaboradoras de los trabajos realizados en honor de Sarmiento, y que se están publicando en los boletines locales.

El día 11, en el cementerio, se recordándose una plaqueta alusiva en el momento que perpetúa el nombre de quienes, en vida, forjaron almas y formaron personas.

Fueron ellas las Sras. Chola U. de Mel Guidetti y Martha Muscato, a quienes recordamos con cariño, la Sra. Celia P. de So para finalizar el acto, tuvo sencillos emotivos palabras el Sr. Ernesto Lombardi, de doble carácter de maestro y familia de los docentes recordados. Y como broche de oro, y ya en su calidad de intendente, de acuerdo a una petición que le fue hecha días antes, concretar la ampliación de la plaza de la fecha cercana y alusiva: el 2 de noviembre.

Concejal 21

Una semana movida ésta en el Concejo Deliberante. Hubo sesión, la que se desarrolló en la columna aparte, por el tenor del tema que necesitaba del análisis y del debate. Por ello, nada mejor que dedicar horas y luego, con todos los elementos, decidir las consecuencias de la sesión.

Por otra parte, podemos decir que el Sr. Rodríguez presentó a la comisión un nuevo Proyecto de Contribuyentes en el Partido de Moreno. (Continúa)

Figura N°8: Tapa del periódico en la que se anuncian las principales medidas del Proyecto Ramón Carrillo y se observan, por otro lado, afirmaciones del presidente Alfonsín sobre la crisis económica que vivía el país en ese momento.

Fuente: Periódico Para Ud!., cuarta semana de septiembre de 1988, p.1.

Ahora bien, tal vez el registro más relevante encontrado aparece en la descripción más detallada del Proyecto Ramón Carrillo debido a que (como se ha subrayado en la nota) por primera vez se hace mención a la figura del agente sanitario, quien será luego –y en la actualidad- la Promotora Comunitaria de Salud. Además, se resaltan los beneficios de su accionar para prevenir enfermedades, dar a conocer los recursos que ofrecían los efectores de salud y la capacitación otorgada por el Estado municipal para que sean un nexo entre el grupo humano de su barrio y el equipo de salud. Véase la Figura N°9:

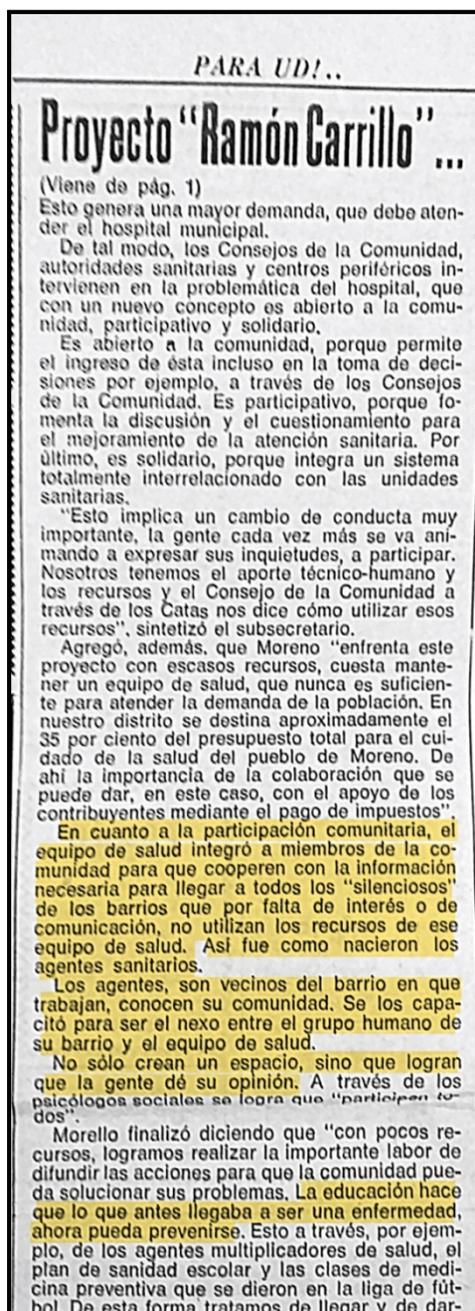


Figura N°9: Noticia en la que se incluye la figura de los agentes sanitarios, antecedente directo de las Promotoras Comunitarias de Salud.

Fuente: Periódico Para Ud!.., cuarta semana de septiembre de 1988, p. 4.

Esta idea de "acercarse a la comunidad" y especialmente a "los silenciosos" se refleja en las políticas estatales que se tomaron, es decir, evidencian una apuesta por parte del Estado –en principio a través de intervenciones puntuales- al trabajo en promoción en salud. Al respecto cabe preguntarse ¿Cuáles fueron los motivos que

tornaron relevantes estos temas? ¿Hubo lineamientos más generales que han propiciado este tipo de iniciativas? Claramente puede destacarse que, en ese entonces, existió un marco de políticas provinciales que promovían la participación social en los asuntos de la salud de la población. Este fue el caso –ya mencionado- del Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS), dirigido por Floreal Ferrara durante 1987 y 1988, a partir del cual se proponían ejes de promoción de la salud basados en la generación de espacios participativos. Al respecto, es interesante retomar la palabra de Ferrara:

Usted iba a una asamblea del ATAMDOS y se encontraba con todo ahí adentro. Con los locos, con los borrachos, con los pibes, con las gallinas, con los perros. Era el pueblo. Se hacían adentro de un club, en la casa de alguien, en una cocina, donde fuera. Y si no había lugar, debajo de un árbol, como en los tiempos de Grecia. (...) Esa es la salud: cuando la comunidad toma en su poder, el poder. (Entrevista Ferrara, 2005)

En este sentido, se promovía un espacio de encuentro entre el pueblo y los profesionales de la salud formados según lógicas colonizadoras y capitalistas. Frente a los dispositivos a través de los cuales se produce y se reproduce la vida bajo la lógica neoliberal (Foucault, 1979), esta iniciativa pretendía encontrar nuevos circuitos de circulación del poder -del tipo de democracia directa- donde la palabra de todos tenía igual valor. En dichas reuniones se debatían presupuestos y se evaluaban las medidas sanitarias. Además, el programa proponía hacer cargo a los equipos básicos de salud de la nominalización y seguimiento de familias en mayor situación de vulnerabilidad (Ferrara, 2005). Aunque su ejecución duró tan sólo unos meses, puede afirmarse que los precedentes que generó perduraron a lo largo del tiempo tanto en quienes cumplan cargos de gestión como en el imaginario social.

Otra política importante de la década fue el Plan Muñiz, plan que había comenzado a funcionar en 1983 bajo el Programa de Atención Primaria –nombre inspirado en la conferencia de Alma Ata-. Esta política fue relevante porque impulsó la construcción de nuevos Centros de Salud en acuerdo con los municipios de toda la provincia, especialmente del conurbano bonaerense. Bajo este plan, la provincia otorgaba el financiamiento referido a infraestructura y equipamiento mientras que el municipio fue el encargado de gestionar y ceder los terrenos necesarios. En este marco, como los periódicos relevados no mostraron información suficiente, se parte de la

información obtenida en entrevistas a informantes clave para poder ver los condicionamientos del Plan Muñiz en Moreno, municipio al que se le había adjudicado la construcción de seis CAPS. Según el relato de una de las entrevistadas:

Desde las políticas locales se intentaba responder a la necesidad de contar con más centros de salud en los barrios ya que la población estaba en crecimiento en el distrito y ya el único hospital provincial no alcanzaba a cubrir las demandas [y, además,] en los años ochenta existían postas de salud itinerantes, muchas veces en lugares prestados por las familias del barrio. En la década del noventa terminaron por establecer nuevos efectores que permanecen hasta el día de hoy. (Entrevista a Reina, 2019)

A su vez, como antecedentes internacionales importantes que también direccionaron la cuestión, se pueden retomar –al menos- tres hechos ya analizados en el estado del arte. Estos son: el Informe Lalonde (Canadá) de 1974 que estableció por primera vez el concepto de promoción de la salud, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud concebida en Alma Ata de 1978 como el momento clave en el que se definió a nivel mundial lo que hoy en día concebimos como la Estrategia de APS y la Declaración de la Carta de Ottawa del año 1986 que conformó la primera Conferencia de Promoción de la Salud y que comprometió a los Estados a llevar adelante políticas sanitarias de promoción y prevención de la salud.

b) Coyunturas neoliberales y nuevas problemáticas en el subsector público de salud

Pueden identificarse dos momentos con hegemonía de las políticas neoliberales, una en la década de los noventa y otra más reciente desde el 2016 hasta la actualidad, considerando que existió una etapa media en este proceso en la que se pueden identificar gobiernos que impulsaron un modelo de desarrollo con inclusión (Abramovich y Vázquez, 2011; Hopenhayn y Barrios, 2003; Cárcamo y Tenewicki, 2012).

Ya se han desarrollado las consecuencias negativas de las reformas neoliberales, el desfinanciamiento y las políticas de descentralización en el sector salud en Argentina y existen abundantes estudios que analizan esa coyuntura (Fleury, 2008; Chiara, 2008;

Moro, 2012; Chiara y Di Virgilio, 2005). Por ende, haciendo foco en Moreno, en este apartado pueden distinguirse al menos dos hechos que complejizan el sistema de salud local. Uno de ellos fue que en el año 1994 a través de la Ley 11.554, los CAPS que se encontraban bajo la jurisdicción provincial, a partir del Plan Muñiz fueron finalmente transferidos a los gobiernos locales. El segundo hecho fue que en el 1996 se transfirió a la gestión provincial el Hospital Mariano y Luciano de la Vega, dejando al municipio sin hospital general propio y siendo el único en Moreno hasta el día de hoy. Estas cuestiones conllevan problemas en el financiamiento del sistema de salud local, ya sea en términos del dinero recibido por la coparticipación²² como en el poder atender las demandas de la población.

En los años noventa Moreno recibió la llegada de nuevas poblaciones, que en contextos de un crecimiento de la pobreza, fueron estableciendo asentamientos y barrios en zonas vulnerables. Siguiendo un informe de indicadores socioeconómicos del Municipio de Moreno realizado por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2007), entre el período ocurrido entre los censos 1991 y 2001 se evidenció un acelerado crecimiento de la población y se presentó una variación del 32.2%. En cambio, en otras jurisdicciones hubo un marcado descenso en esos años, por ejemplo en Morón –municipio seleccionado en el informe- descendió un 7.5% y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires bajó un 6.4%. Algunas de las causas que se mencionan en dicho trabajo son los bajos costos de alquiler en la periferia de los centros urbanos, el menor valor de la tierra y costos de servicios básicos. Además, el censo del 2001 mostró que el 13.3% de los habitantes de Moreno vivían en hacinamientos críticos (mientras que en Morón sólo el 2.9% y en CABA el 3.2%). Asimismo se mostraron problemas

²²La coparticipación consiste en un sistema de transferencias automáticas que reciben, en este caso, los municipios de la provincia de Buenos Aires como parte de la distribución del 16,14% del monto recaudado por el gobierno provincial en concepto de impuestos bonaerenses y de los recursos que recibe la provincia de la coparticipación federal de impuestos. Se trata de una fuente crucial de financiamiento para los gobiernos locales y el monto se basa en indicadores objetivos que presenta cada municipio como es la cantidad de población y la extensión de su superficie, aunque se suman otras mediciones entre las cuales se considera la oferta municipal de salud pública, hecho que da un papel importante a los servicios sanitarios. Dicha distribución resulta inequitativa en relación al dinero que reciben los municipios del interior y de zonas rurales con los municipios del conurbano bonaerense ya que los últimos reciben un porcentaje menor por cada habitante (López Accoto, Martínez y Grinberg, 2011).

crecientes en la provisión de agua potables, desagües, servicios de infraestructura y recolección de residuos.

Si bien se ha nombrado cómo en esa época la situación económica se recrudeció, puede agregarse que fue en esos años donde se pueden encontrar antecedentes importantes para la futura formación de PCS. En este sentido, muchas mujeres que luego serán promotoras de salud, formaron parte del Programa Plan Vida, política impulsada desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud de Buenos Aires, 2007). A través de la implementación de dicha política, una gran cantidad de mujeres realizaban -de manera voluntaria- las tareas de entrega de leche y de una canasta básica de alimentos. Se trataba de una canasta compuesta generalmente por productos como polenta, lentejas, arroz, fideos, huevos y aceites, entre otros elementos. La población que recibía esos productos eran las mujeres embarazadas y los niños y niñas menores de 6 años. Al mismo tiempo, con el correr del tiempo a las mujeres que cumplían esas funciones de madres-cuidadoras en la comunidad se las comenzó a llamar *manzaneras* y *comadres*, en parte porque tenían una cantidad determinada de familias y manzanas bajo su responsabilidad. Resulta relevante observar que estas referentes comunitarias, en vistas de poder fortalecer y mejorar su tarea, comenzaron a tener una oferta de encuentros de capacitación y formación continua en diversos temas, donde uno de ellos era la salud.

En sintonía con lo anterior, para aproximarse a las características de los inicios del siglo XXI es necesario considerar ciertos Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos ya que muchos y muchas de las destinatarias de estas políticas se interesarán en tareas de promoción de salud. En el año 2000 el Estado nacional implementó el Programa de Emergencia Laboral (PEL) proponiendo -como contraprestación a un ingreso- que los destinatarios de esta política realicen actividades bajo los ejes de empleo productivo local y desarrollo comunitario. En este último eje, se aceptaban proyectos de una duración de 3 a 6 meses elaborados por los entes gubernamentales en las jurisdicciones que tenían a cargo. Hacia fines de 2001 se creó el reconocido Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJHD) y en el año 2002 comenzó a ejecutarse en Moreno. Para la ejecución del PJHD fue el Ministerio de Trabajo de la

Nación el que transfería cuantiosos recursos a las jurisdicciones con el fin de cubrir el alto alcance que tuvo dicha política (Arcidiácono, *et al.*, 2014). Tanto en el caso del PEL como en el de PJHD el municipio de Moreno fue presentando proyectos para que se desarrollaran proyectos locales referidos a diversas capacitaciones sobre salud y -a partir de esa experiencia- la Secretaría de Salud empezó a plantearse la idea de llevar adelante la formación de PCS, ampliando la convocatoria de dicha capacitación hacia las y los vecinos en general. Como relató una de las entrevistadas:

Desde el programa de Salud Comunitaria del municipio se comenzó a pensar en la formación en salud de agentes sanitarios y promotores, algunos vinculados a programas y otros que eran vecinos del barrio y de la comunidad que estaban interesados en recibir una capacitación para poder trabajar en su barrio, de alguna manera, siendo este nexo entre la unidad sanitaria y la comunidad. (Entrevista a Reina, 2019)

Como puede verse, en los inicios del nuevo milenio, las figuras del agente sanitario y de las promotoras de salud se tornaron fundamentales en el desarrollo de actividades que pudieran hacer frente a la crisis económica que afectaba la salud de la población y, en el marco de los efectos negativos, la flexibilización laboral, el desempleo y la pobreza, fueron un sostén clave en la planificación y gestión de políticas sanitarias.

En este tipo de contextos, ocupan un lugar clave las organizaciones políticas y sociales (Natalucci y Paschkes Ronis, 2009; Bustelo Graffigna, 2000). En Moreno, también sirvieron de impulso y de acompañamiento en la organización de grupos de PCS. Este sentido, cabe resaltar que -ya en un proceso de recuperación de la crisis de 2001- el espacio político que se conformó bajo el Movimiento Evita tuvo una relevante apuesta al trabajo en salud y a la formación de promotoras de salud desde espacios de militancia política, en la provincia de Buenos Aires en general y en Moreno especialmente (Relatorías V Encuentro Nacional de Equipos de Salud UNLP, 2018). Con menor incidencia en el distrito pero de igual ímpetu, fueron los casos del Movimiento Barrios de Pie o la experiencia del Movimiento de Trabajadores Desocupados Aníbal Verón. En principio, estos movimientos socio-políticos buscaban fortalecer los lazos sociales y comunitarios que se encontraban débiles al calor de la crisis, mientras que debían responder a problemáticas de salud de necesidades básicas

que no estaban garantizadas por el Estado, como pudo ser la falta de alimentación adecuada y el aumento de la desnutrición.

En el año 2009 el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación había lanzado el Programa Argentina Trabaja a nivel nacional y dedicó un módulo de la formación de los integrantes de cooperativas a la temática de salud –dicho punto se ampliará en el siguiente apartado- (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Resolución 3182, 2009). De acuerdo a esto, Moreno ha sido uno de los municipios que recibió capacitaciones generales sobre salud directamente desde la Dirección Nacional de Formación (Ministerio de Salud de la Nación, Resolución N° 612, 2011). En dichos encuentros, quienes capacitaban eran un grupo reducido de coordinadores nacionales frente a un público de más de 400 cooperativistas que habían sido convocados por el programa, aunque en lugares generalmente adversos para dar una charla informativa sobre temas de salud. No obstante, se intentaba agrupar a quienes realmente demostraran un interés particular en el tema y se los convocaba a formar parte de Cursos de Formación de Promotores Comunitarios de Salud (Entrevista a Reina, 2019).

Cabe detenerse, por su incidencia, en este punto. Así como se han destacado el PEL y el PJHD, observando las políticas más recientes es preciso considerar que “hacia la segunda mitad de 2009 el debate sobre la pobreza, la desocupación y la informalidad se reinstaló en la agenda pública y estatal casi con la misma intensidad a los años posteriores a la crisis del 2001” (Arcidiácono, *et al.*, 2014, p.344). A su vez, en ese contexto el gobierno nacional se encontraba debilitado a causa de la crisis política producida bajo el enfrentamiento con los sectores agropecuarios mientras que el Frente para la Victoria también había vivido una derrota en las elecciones legislativas. Es así que en esa coyuntura, se lanza el Programa de Inclusión Social con Trabajo - “Argentina Trabaja” (PRIST-AT) creado en agosto del año 2009 a través de la Resolución N°3182 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y luego ratificado por el Decreto presidencial 1.067. Este programa comprendía a cooperativistas que cumplieran su trabajo siendo PCS y, por ello, el tema merece un desarrollo exhaustivo.

Formalmente, el objetivo que se planteó el PRIST-AT fue:

La promoción del desarrollo económico y la inclusión social, a través de la generación de nuevos puestos de trabajo genuino, con igualdad de oportunidades, fundado en el trabajo organizado y comunitario, incentivando e impulsando la formación de organizaciones sociales de trabajadores. (Resolución N°3182/09, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación)

Así, el Estado transfería recursos bajo la conformación de cooperativas integradas por treinta personas que principalmente desarrollan sus tareas en obra pública de baja y mediana complejidad, tales como la construcción de viviendas, la mejora de espacios verdes, saneamiento e infraestructura urbana y comunitaria. Esta política social creaba oportunidades de inclusión social a partir de la generación de nuevos puestos de trabajo que buscaban, a través de la formación y capacitación, privilegiar la participación colectiva por sobre la lógica individual. A su vez, los destinatarios eran personas de entre 18 y 60 años que se encontraban en situación de vulnerabilidad social, que no poseían algún ingreso formal en el grupo familiar, ni percibían pensiones o jubilaciones nacionales.

De igual modo, entendiendo que su inclusión desde el surgimiento de la problematización social de la cuestión es importante, es necesario hacer hincapié en las distintas organizaciones de la sociedad civil también han sido relevantes para las políticas estatales de salud. Por un lado, generalmente son este tipo de organizaciones quienes se movilizan y, al mismo tiempo, visibilizan las problemáticas de salud que se perciben en los barrios del partido. Por el otro, exigen soluciones y respuestas a las necesidades que tiene la población pero también proponen posibles resoluciones. Al hablar del PRIST-AT resulta fundamental tener en cuenta a las organizaciones sociopolíticas consideradas como aquellas organizaciones sociales que se encuentran “orientadas a su involucramiento en la estructura burocrática estatal o en la participación de la coalición de gobierno” (Natalucci y Paschkes Ronis, 2009, p.1). Este aspecto es importante porque desde el origen del programa se dio lugar a las organizaciones sociopolíticas, tanto en la selección de los destinatarios del programa, en la conformación de cooperativas integradas por militantes así como también en la definición del módulo de trabajo. Además, -como ya se ha mencionado- el papel de organizaciones como el Frente Transversal, el Movimiento Evita o Barrios de Pie en experiencias de PCS fueron relevantes.

Del mismo modo, es importante notar que el eje de promoción de salud en cooperativas formaba parte de una política social más amplia y esto suponía un proceso complejo ya que si bien se trataba de un programa planificado desde el Estado nacional y era concebido como política integral, solía suceder que en el nivel local aparezcan desafíos y características que no habían sido previstas en el diseño del programa. Esto se vincula con que cada distrito tiene su particularidad y siempre existe un margen de acciones no previstas en un programa donde los gobiernos locales y las distintas organizaciones de la sociedad civil participaron activamente en la implementación de la política, ya sea en la organización de la demanda o en la misma gestión (Chiara, 1999; Cravacuore, 2008).

Fue desde el año 2011 que se comenzó a implementar un proyecto de capacitación en salud para cooperativistas del PRIST-AT, bajo la coordinación sanitaria conjunta del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Como finalidad se expresó la necesidad de superar las barreras de acceso al sistema de salud de los grupos más vulnerables:

Proponiendo la evaluación y la medición de las inequidades en salud, como base para la asignación de recursos y definición de programas acorde a las necesidades, la implementación de servicios de salud ocupacional para todos los trabajadores, especialmente inmigrantes e informales. (Resolución N° 612, Ministerio de Salud de la Nación)

Bajo este proyecto se generó una red preventiva de PCS, específicamente estableciendo una promotora por cada cooperativa, en 24 partidos del conurbano de la provincia de Buenos Aires, incluido el municipio de Moreno. Así, se dio lugar a la implementación de diferentes actividades enmarcadas en la promoción de la salud, obteniendo diversos resultados de acuerdo a la complejidad y heterogeneidad que caracteriza a cada uno de los distritos que conforman el conurbano bonaerense. En general, luego de la finalización de la etapa formativa, las responsabilidades que se esperaron de la promotora de salud incluyeron la colaboración con el diagnóstico permanente del estado de salud de los cooperativistas, el mejoramiento del acceso al sistema de salud local de los miembros de la cooperativa y sus familias, la difusión de

información sobre los diversos programas nacionales, provinciales y municipales y la realización de actividades de prevención y promoción de la salud.

En este sentido, se ha examinado que en Moreno las PCS que formaron parte del PRIST-AT así como también del Programa Ellas Hacen –lanzado en 2013- mostraron algunas cualidades distintivas. Si bien quienes desarrollan sus tareas como voluntarias – en general- tienen a favor su arraigo en un proyecto político y/o comunitario, es cierto que si las promotoras realizan sus tareas como contraprestación a un ingreso, se encuentra un compromiso diferente, al menos, más persistente. En principio, ya al tener que cumplir horas de trabajo en los centros de salud, bajo convenio una cantidad de horas que suponen la presencia de dos días en la semana, la exigencia y planificación de tareas es mayor que hacia quienes voluntariamente cumplen su función en actividades puntuales, como son las jornadas de salud. A modo de ejemplo, puede observarse en la Figura N°10 una jornada en donde la niñez resulta una prioridad.



Figura N°10: Entrega de folletos e información en jornada de salud en el año 2018. Barrio El Quijote, localidad de Cuartel V.

Imagen de la página de Facebook de la Secretaría de Salud – Moreno, Organización gubernamental, recuperada de: <https://www.facebook.com/Secretar%C3%ADa-de-Salud-Moreno-1988087581220115/> Fecha: 11/07/19.

También en 2011, a partir del Programa Médicos Comunitarios (Ministerio de Salud de la Nación, Resolución N°915, 2004; Ministerio de Salud de la Nación, Resolución N°612, 2011), Moreno pudo incorporar las dos primeras cohortes de PCS que desarrollaran tareas desde el municipio. La primera de ellas fue en el 2011 y la segunda en el año 2013, comprendiendo un grupo de entre 15 y 20 personas. Esas promotoras se capacitaron en un curso sobre Salud Comunitaria que contaba con el aval de la Universidad Nacional de Luján y disponía de tutores que actuaban de facilitadores de dicho programa. No obstante, la remuneración de dichas PCS se garantizaba desde el Ministerio de Salud de la Nación a través de una beca otorgada bajo la condición del monotributo social. Es decir que, sus contrataciones fueron precarias en relación a los otros integrantes de equipos de salud. Durante esos años la Secretaría de Salud de Moreno centralizó las acciones que debían realizar dichas promotoras bajo el Programa de Salud Comunitaria que definía las tareas para cada PCS, articulando y brindando apoyo en actividades territoriales planificadas en los CAPS.

3. Las políticas estatales y la cuestión de la promoción de la salud

Habiendo considerado el contexto y el proceso más amplio en el que se desarrollan las políticas estatales de Moreno referidas a las Promotoras Comunitarias de Salud, en esta sección se tendrán como guía algunos de los interrogantes planteados por Oszlak y O'Donnell (1982, p.122-123) en el protomodelo que ya se ha expuesto en líneas anteriores. Para cumplir tal tarea, la información ha sido obtenida a través de entrevistas realizadas a informantes clave en la gestión local, registros elaborados a partir de la observación participante de encuentros de Promotoras Comunitarias de Salud y análisis de documentos de la Secretaría de Salud de Moreno.

Considerando las primeras tomas de posición por parte del Estado, a modo analítico puede establecerse como punto de partida para hablar del surgimiento de la cuestión, el hecho de que en el año 2016 el Estado municipal, a través de la Secretaría de Salud, impulsó el dictado de cuatro Cursos de Formación de Promotoras

Comunitarias de Salud (Secretaría de Salud, Informe de gestión, 2018). Esta iniciativa formó parte de las políticas de territorialización y de la estrategia local que se planteó en una nueva gestión que –aunque ambas son del partido peronista- pretendía diferenciarse de la anterior. Esto constituyó una clara intervención del Estado frente a una problemática que ya el distrito estaba trabajando en las últimas décadas.

Se destinó un equipo responsable de este proceso enmarcado en lo que se pasó a llamar Programa de Promoción Territorial de la Salud, que comenzó a coordinar ese año la organización de cursos de formación de PCS que funcionaron de manera simultánea en las localidades de Trujui, Cuartel V, Paso del Rey y Moreno Sur. El promedio de participación de cada curso fue de 50 asistentes por cohorte y la particularidad estuvo centrada en que los contenidos y dinámicas propuestas en la formación buscaban retomar las demandas de la comunidad y vincularse con los centros de salud más cercanos. Al respecto, es interesante detenerse en algunas percepciones de quien trabajó en la coordinación sanitaria de la localidad de Cuartel V, lugar en el que se comenzó a implementar esta política estatal:

Como coordinador zonal socio-sanitario tenía como primera tarea juntarme con el Consejo de Organizaciones de esa zona para ver qué demandas estaban teniendo ellos en términos de salud. Cuando voy a esa primera reunión, las demandas se traducen en dos cosas concretas: una era el planteo de que los equipos no se estaban vinculando con los espacios comunitarios, teniendo en cuenta que Cuartel V es una zona con mucha vida comunitaria y con participación de organizaciones, pedían tratar de tener un vínculo para armar agenda con los equipos de salud pero para trabajar en los espacios comunitarios, discutir las agendas de esos equipos. Y la otra cosa que nos piden es formación, capacitación para los referentes comunitarios para colaborar con los equipos de salud en el rastrillaje de los pibes con bajo peso. Cuando ellos nos hacen esta propuesta, nosotros lo que les devolvemos es que en vez de pensar en una única capacitación para el rastrillaje de eso, pensar en que quizás podíamos hacer una formación en alguna cosa que tenía que ver con la formación de promotores. Entonces ahí empezamos a pensar y armar la idea de formar desde Moreno a compañeras que eran referentes de espacios comunitarios en su momento, formarlas como promotoras de salud. (Entrevista a Ameigeiras, 2019).

Como se ilustra en la cita anterior, tanto la definición de un Programa de Promoción Territorial como la propuesta del Estado hacia la comunidad para llevar adelante cursos de formación de Promotoras de Salud fueron un punto de quiebre frente

a las anteriores medidas que venía tomando el municipio ya que, en un contexto nacional y provincial adverso, se privilegiaron estrategias que fortalecieron medidas que se venían implementando pero otorgándoles una mayor relevancia institucional. Considerando el punto de inflexión mencionado, puede observarse que la importancia del tema como cuestión a tratar por parte del Estado estuvo influenciada por, principalmente, dos puntos. Uno de ellos es la dimensión interna, marcada por un cambio de gestión que implicó la puesta de objetivos que propiciaran políticas de territorialización que acercaran -de alguna forma- el Estado a la población de Moreno. El otro punto se relaciona con el poder hacer frente a un contexto nacional de recorte en políticas sanitarias que plantea como principal acción el centrarse en la asistencia y la focalización.

De acuerdo al primer punto, las líneas que enfatizaron las políticas de promoción dentro de la Secretaría de Salud fueron parte de una planificación que implicaba la descentralización del trabajo que venían desarrollando los programas y las direcciones en los años anteriores. El establecimiento de coordinaciones con un perfil socio-sanitario por cada localidad del distrito, acompañándose de una dupla de coordinación territorial (más cercana a la organización político-partidaria) y junto a una referencia zonal de enfermería, supuso un cambio que buscaba atender a las demandas comunitarias y aumentar el alcance que tenían las políticas locales.

Tomando el segundo punto, cabe decir que el hecho de tener recortes económicos en el sector público de salud—como ya se ha descripto— implicó un notorio declive en términos de recursos existentes para atender las necesidades de la población. Al ser escasos los recursos, las respuestas en el sistema de salud se complejizan y los servicios de salud tienden a focalizarse en los sectores más vulnerables y centrarse en los aspectos mínimos de asistencia. Sin embargo, frente a esta situación, el Estado municipal fortaleció los dispositivos territoriales, las jornadas de salud que se centralizaron en la prevención de enfermedades y en actividades de promoción de la salud, además de capacitar a nuevas cohortes de Promotoras Comunitarias de Salud.

A su vez, el Estado presenta una diferenciación interna y es necesario tener en cuenta las distintas unidades institucionales involucradas en la cuestión y atender las

líneas de conflicto y de coalición que se presentan alrededor de la cuestión. Por ello, es posible considerar que a nivel interno de la Secretaría de Salud la decisión del Estado para capacitar y, más tarde, incorporar la figura de las Promotoras Comunitarias de Salud en los equipos, no conllevó respuestas unívocas y, muchas veces, generó debates en torno a la necesidad –o no- de las promotoras en un distrito como Moreno.

Si bien se marcó como política inicial la implementada en 2016, en esta instancia podemos agregar información para dar cuenta de que todo el proceso de tratamiento sobre la cuestión termina reflejando hacia la actualidad ciertas medidas estatales de avanzada sobre la promoción de la salud. En este sentido, cabe decir que en el año 2017 se llevó adelante nuevamente un curso de formación de Promotoras Comunitarias de Salud pero esa vez de manera centralizada, es decir, que el Programa de Promoción Territorial de la Salud centralizó las capacitaciones en Moreno centro y la convocatoria estuvo dirigida a personas de todo el municipio. En el mismo, se desarrollaron encuentros semanales durante 8 meses y se recibieron 97 promotoras/es de las cuales sólo 5 personas fueron hombres, destacándose una preeminencia del género femenino.

En ese año, en el cuerpo legislativo se obtuvieron dos reconocimientos importantes a nivel local, a saber, la declaración de interés municipal para el curso dictado y una declaración de apoyo y adhesión a la Ley 14.882 de la provincia de Buenos Aires, marco legal que establecía el reconocimiento de la figura del Promotor Comunitario en Salud dentro del Ministerio de Salud de la Provincia y que sufrió el veto de los artículos que garantizaban su contratación en la planta permanente del personal provincial –como se ha desarrollado anteriormente-. Además, como se ha mencionado anteriormente, en la provincia de Buenos Aires en diciembre de 2015 se sancionó la ley 14.882 que establece formalmente la figura del promotor comunitario en salud dentro del Ministerio de Salud provincial. Dicha ley pretendía legitimar institucionalmente la función desarrollada por las PCS desde hace años y buscaba la correspondencia salarial como agentes de planta del Ministerio. Sin embargo, en 2016 el poder ejecutivo de la provincia vetó tres artículos (6, 7 y 13) por considerar que hubo una falta de previsión respecto al financiamiento que implica esta propuesta.

Más recientemente, en el año 2018 se replicó esta modalidad centralizada (como puede verse en la Figura N°11). En esa cohorte se recibieron 117 PCS, de los cuales sólo 6 fueron varones. Además, se incorporó la instancia de un Curso anual de Educación Permanente en Servicio que funcionó con una periodicidad mensual y contó con la participación de 59 promotoras que trabajaban en los centros de salud, donde el fin era seguir capacitándose y poder ir evaluando en conjunto las tareas que venían desarrollando en el primer nivel de atención.



Figura N°11: Curso de formación de Promotoras Comunitarias de Salud del año 2018. Salón de usos múltiples del Predio Nuevo Moreno Antiguo, Moreno centro.

Imagen de la página de Facebook de la Secretaría de Salud – Moreno, Organización gubernamental, recuperada de: <https://www.facebook.com/Secretar%C3%ADa-de-Salud-Moreno-1988087581220115/> Fecha: 11/07/19.

Otra actividad importante ese año fue la realización del primer Encuentro Regional de Promotores y Promotoras de Salud, donde participaron PCS de los municipios de Morón, José C. Paz, Tres de Febrero, San Martín, Rodríguez y Moreno. El objetivo del encuentro fue compartir el trabajo realizado en promoción de la salud en base a relatos de experiencias ordenadas en tres ejes propuestos para el debate: organización territorial y participación social en salud, proceso de trabajo en promoción dentro de los equipos de los centros de salud y los desafíos y perspectivas en los contextos actuales.

En la actualidad, al momento de escribir este trabajo se está llevando adelante la primer Diplomatura en Promoción Territorial de la Salud en el marco de un convenio entre el municipio de Moreno y la UNPAZ con el propósito de avanzar en el camino de la profesionalización del rol de PCS. En sintonía con lo anterior, se ha presentado un proyecto de transferencia realizado en conjunto entre ambos organismos titulado “Co-construyendo conocimiento: una propuesta de transferencia de tecnologías blandas a la propuesta formativa de la diplomatura para Promotores/as de Salud del Municipio de Moreno.” Además, en diciembre de ese año el distrito estuvo a cargo de la coordinación de la mesa redonda nombrada “¡Aquí se respira lucha! Promotorxs de salud” en el V Encuentro Nacional de Salud realizado en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social en la Universidad Nacional de La Plata.

Por último, a comienzos del año 2019 se pueden identificar avances efectivos en cuanto a la institucionalización de las PCS en el primer nivel de atención. En primer lugar, se ha modificado la carrera sanitaria del municipio y en ella se logró incorporar la figura del Promotor Comunitario de Salud estableciendo un escalafón nuevo e incluyendo diferentes niveles previstos para que puedan con el tiempo ir ascendiendo en remuneración y reconocimiento laboral. Luego, en abril de este año –y por primera vez en la historia de Moreno- se obtuvo la incorporación de PCS como planta transitoria municipal, hecho posibilitado por la implementación de la Red Pública de Salud AMBA²³ en la Provincia de Buenos Aires, proyecto que supone la ejecución de un componente de recurso humano bajo la conformación de un equipo básico por CAPS que incluya un médico, un enfermero y un promotor de salud. Esta primer cohorte de PCS contratados por el municipio estuvo conformada por 31 personas que han empezado a cumplir treinta horas semanales, trabajando de lunes a viernes en los

²³En el año 2018 se creó la Red Pública de Salud AMBA considerando para su implementación un convenio entre el gobierno de la provincia de Buenos Aires y los municipios. El proyecto supone un fortalecimiento del Primer Nivel de Atención atendiendo –principalmente- tres componentes: infraestructura, recurso humano y modelo de atención. El mismo empezó a implementarse en Moreno durante el año 2018 y, al momento de escribir este trabajo, se encuentra en ejecución una primera etapa de refacciones edilicias de los Centros de Salud y se realizó una primera cohorte de contratación de recurso humano, entre los que se encuentran las Promotoras Comunitarias de Salud como ingresantes a la planta municipal. Asimismo, la Red propone financiamiento a actividades comunitarias que se lleven adelante a través de mesas participativas de salud en cada CAPS.

centros de salud, planteando así nuevos desafíos para los equipos y direcciones de CAPS que antes no contaban con esa presencia tan notoria.

4. Rol actual de las Promotoras Comunitarias de Salud, tareas y responsabilidades

Intentando brindar un breve acercamiento al rol que desempeñan las PCS a través de una aproximación a sus tareas, incumbencias y responsabilidades, este apartado se focalizará sobre los principales aportes que permiten describir –al menos de manera preliminar- las funciones que cumplen las promotoras de salud en el partido de Moreno.

Por un lado, debe destacarse la formación continua que reciben las PCS, ya sea a través de la diplomatura, la educación permanente en servicio o en los cursos anuales. En este aspecto, es preciso decir que el curso a través del cual se reciben como Promotoras Comunitarias de Salud consta de un encuentro semanal teórico-práctico y tiene una duración de nueve meses. La modalidad suele estar basada en dinámicas de la educación popular y plantea que los contenidos teóricos tengan relación con tareas prácticas que se les solicita que realicen en los centros de salud más cercanos al lugar donde viven. A su vez, quienes llevan adelante las capacitaciones son responsables de los programas de la Secretaría de Salud o directores y directoras de los CAPS, buscando y posibilitando el encuentro entre profesionales especializados en el tema a estudiar y los conocimientos populares y propios de saberes de la vida cotidiana que traen las PCS. Aquí es interesante señalar que:

El pasado y el presente de la militancia social o partidaria de muchas mujeres que son actualmente promotoras de salud, son parte del caudal de experiencias, información y móviles por los que comienzan el curso e interactúan con los equipos de salud. Sus intereses al integrarse a los cursos fueron diversos: saber de salud para *cuidar a su familia, ayudar en el barrio con los turnos de la sala o dar información a la gente*, tener la esperanza de la inclusión laboral, querer trabajar comunitariamente, militar en un proyecto político. (Cabral y Abramovici, 2018, p.135)

En este sentido, se propicia que las propias promotoras sean las que puedan dar a conocer cómo las problemáticas de salud se viven en sus barrios y comunidades, en contraste con la actitud de muchos integrantes de los equipos –especialmente los profesionales- que no conocen los modos de vida ni condiciones de los barrios en los que están insertos los CAPS.

Considerando las posibles barreras a la accesibilidad (Comes *et al.*,2007; Maceira, 2011) es notable que se presentan varios obstáculos profesionales e institucionales para la consolidación del vínculo necesario para trabajar en el marco de la APS. Los mismos se encuentran presentes en los propios modelos de atención construidos a lo largo de la historia y en las prácticas de salud. Sólo para nombrar algunos, la inestabilidad de los profesionales de la salud en las zonas rurales o suburbanas no ofrece suficiente tiempo para el conocimiento de la comunidad. Del mismo modo, el desconocimiento profesional de los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud impide la comprensión del comportamiento de la comunidad frente a los servicios de salud (particularmente entre grupos de alta vulnerabilidad social). Asimismo, el modelo hegemónico de atención, que es el predominante, con una visión individual de los problemas, centrado en la práctica medicalizada, la enfermedad y los medicamentos.

Por otro lado, debe considerarse que los procesos de incorporación de las PCS no escapan al conflicto inherente al desarrollo de toda política pública. Sin embargo, en este caso puede verse que muchas veces desde el saber biomédico y profesional de la salud hay resistencia al ingreso de otro actor, que suele además traer una mayor demanda y colabora a visibilizar más problemas de salud que antes se encontraban tal vez ocultos. Así, otro hecho que suele suceder es que una vez que se suma una promotora al equipo del CAPS se pasa a delegar en ese actor toda acción territorial, es decir, centralizando las acciones de promoción de la salud en las PCS y no logrando un compromiso del equipo completo en tareas de prevención y promoción (Cabral y Abramovici, 2018).

Las dificultades de la población que se instala en lugares de mayor vulnerabilidad son diversas. Así lo ilustra el relato de una promotora de la Posta San Carlos de la localidad de Moreno Norte:

Llegar a esos lugares que no los ven o no los queremos ver, siendo promotor te sentís con la obligación de llegar a esa familia que necesita. (...) hubo muchos casos de chicos discapacitados que en el barrio nadie sabía y gracias a que yo llegué a ellos, les hice la vinculación con la sala y con los médicos, están siendo atendidos y así muchos otros casos más que estaban aislados de lo que era el sistema de salud. Gracias a ser promotora pude ayudar a esas familias. El promotor de salud para mí no tiene un horario de trabajo, me parece que nadie te va a venir a hablar de necesidad, de pobreza o de lucha porque los que nos embarramos y andamos en la calle y conocemos somos nosotros. (Relato de Mirta Leites en la UNLP, 2018)

Este testimonio constituye una muestra de la cercanía que tienen las PCS con la población que conforma el área programática de la que es responsable el centro de salud. Dicha cercanía no sólo se presenta en un nivel geográfico por vivir allí y ser parte de la comunidad, sino que también se observa en la predisposición de la promotora de salud para escuchar los problemas de las familias y brindar una ayuda frente a esa necesidad. Como ilustra el relato, la vinculación con los y las vecinas no tiene un horario fijo y establecido (como sí sucede con otras modalidades de trabajo o incluso con el cumplimiento de las tareas laborales por otro integrante del equipo de salud) y este elemento es una clara evidencia de la apertura hacia la escucha, la comprensión y la iniciativa de buscar una respuesta posible sobre temas socio-sanitarios.

Por otra parte, teniendo en cuenta los informes de la Secretaría de Salud (2019) y el trabajo de campo realizado, pueden identificarse las diversas actividades que realizan las PCS en Moreno. Sólo a modo ilustrativo, pueden nombrarse las siguientes: los recorridos casa por casa entregando folletería y brindando información sobre prevención de enfermedades –un caso es el dengue-, el sostenimiento de dispositivos territoriales en operativos de salud, la coordinación de juegotecas en los CAPS (Figura N°12), la promoción de talleres y charlas en las salas de espera (Figura N°13), la realización de test de agudeza visual, la medición de talla y peso en el marco de controles de salud infantil, las visitas domiciliarias a personas con enfermedades crónicas, la búsqueda activa de mujeres embarazadas para que se realicen los controles correspondientes y de niños y niñas de bajo peso, entre otras acciones.

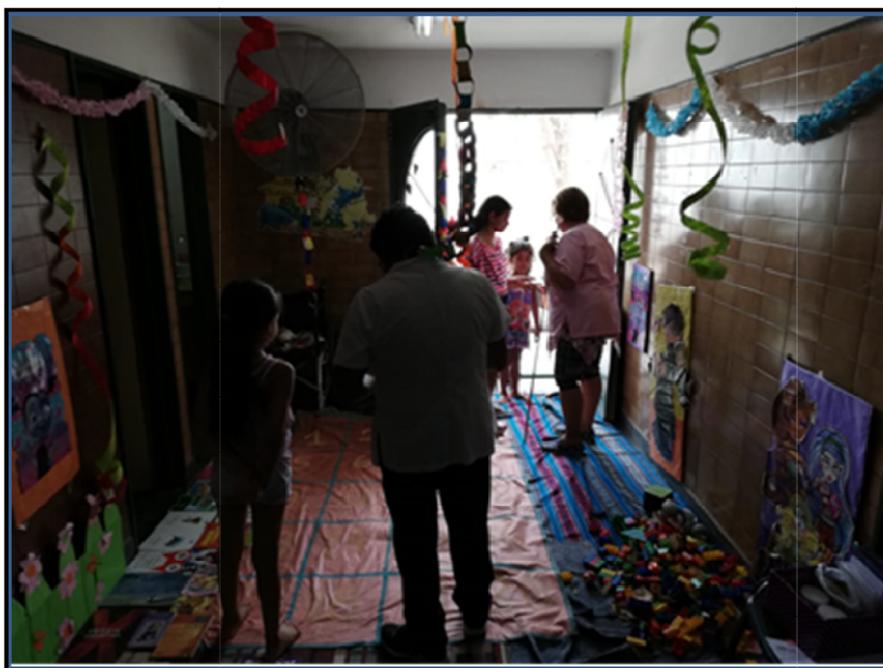


Figura N°12: Espacio de juegoteca en el año 2019. Centro de salud Molina Campos, localidad de Cuartel V.

Imagen de la página de Facebook de la Secretaría de Salud – Moreno, Organización gubernamental, recuperada de: <https://www.facebook.com/Secretar%C3%ADa-de-Salud-Moreno-1988087581220115/>
Fecha: 11/07/19.



Figura N° 13: Charla sobre alimentación saludable en la sala de espera del año 2018. Centro de Salud La Fortuna, localidad de Trujui.

Imagen de la página de Facebook de la Secretaría de Salud – Moreno, Organización gubernamental, recuperada de: <https://www.facebook.com/Secretar%C3%ADa-de-Salud-Moreno-1988087581220115/>
Fecha: 11/07/19.

Frente a lo anterior, puede destacarse que las actividades que llevan adelante las PCS son numerosas. No obstante, se ha observado en el trabajo de campo, y a partir de los informes de la Secretaría de Salud, que el registro de dichas acciones presentan debilidades. Esto se ejemplifica en que no hay un instrumento de registro único para las tareas de las PCS ya que en la práctica cotidiana se utilizan distintos modos de registrar el trabajo en los centros de salud. De igual forma, una debilidad de la gestión municipal es el poder obtener estadísticas fiables que demuestren en su totalidad el trabajo territorial que realizan las PCS y que permitan, luego, analizar si hubo o no un efecto en los indicadores sanitarios que maneja el municipio.

Por último, aunque queda mucho por delinearse a nivel institucional respecto al rol, las incumbencias y las responsabilidades de las PCS, se puede reconocer que en Moreno se busca dar lugar a una estrategia de APS que genere instancias de prevención y promoción de la salud, especialmente en el primer nivel de atención, haciendo hincapié en el trabajo de los equipos de salud a nivel comunitario y actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Por ende, esto puede plantear a futuro distintos objetivos que busquen mejorar la salud de la población y le otorguen a las Promotoras Comunitarias de Salud un papel fundamental.

CONCLUSIONES

1. El camino construido

El caso de las PCS en el distrito de Moreno presenta características relevantes que pueden colaborar al análisis más general de las políticas sanitarias en el conurbano bonaerense y los debates actuales sobre la promoción de la salud. Distintos estudios sobre promotoras de salud se han encontrado refiriéndose a otros países de Latinoamérica como Venezuela o Cuba, a la vez que se han relevado artículos que analizan el caso de agentes sanitarios en otras provincias, como fue el caso de Jujuy. Ahora bien, pareciera que el tema en el conurbano bonaerense y en los conglomerados urbanos presenta escasos debates. Frente a esto se puede formular el siguiente interrogante: ¿Es necesaria la existencia de una Promotora Comunitaria de Salud en la provincia de Buenos Aires y en el conurbano bonaerense? ¿Sólo es útil la acción de un agente sanitario en provincias del interior del país? Al respecto, cabe resaltar las palabras de un funcionario actual de la Secretaría de Salud del municipio:

Moreno tiene una característica y es la explosión demográfica que tiene cíclicamente y entonces eso viene aparejado, y sobre todo en estos últimos dos años de crisis socio-económica, hace que se produzcan todo el tiempo movimientos poblacionales, por migraciones forzadas por búsqueda de trabajo, por tomas de tierra, por conformación de nuevos asentamientos, el Estado va siempre atrás de todas esas situaciones. Y entonces nuestros equipos, las unidades sanitarias, todo el tiempo tienen que estar en vinculación con esa área programática que tiene nuevas conformaciones, con nuevas familias, con nuevos problemas, lugares donde el Estado tiene que llegar y que eso claramente los promotores de salud, y más si son y reconocen esa zona, que sea su lugar de residencia, son los que pueden acercar esas políticas, acercar información, construir puentes entre la gente que está necesitando de esas políticas sanitarias que son de diferente índole y la posibilidad de acceder. (...) En el conurbano, en lugares como Moreno, también es necesario que exista esa figura que reconoce, que tiene los mismos códigos culturales de las personas que viven en esos lugares, para hacer que las políticas sean efectivas. (Entrevista a Ameigeiras, 2019)

Así, puede destacarse que en tiempos de crisis se acentúan los problemas sociales y la fragmentación, que constituye una característica fundamental en el sistema de salud argentino, y ello es lo que intenta ser “remediado” por las acciones llevadas adelante por las PCS. En este sentido, a lo largo de este trabajo se buscó brindar un análisis del papel de las PCS en Moreno como punto de partida para discusiones más amplias, referidas a poder comprender la importancia de las acciones de las promotoras de salud para acercar las políticas sanitarias –y las prestaciones que se ofrecen- a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad. De igual forma, se intentó resaltar lo esencial y positivo que es el priorizar una estrategia de APS en el primer nivel de atención, incluyendo necesariamente tareas de prevención y promoción de la salud. Asimismo, se pretendió remarcar que ni las actividades de asistencia ni la perspectiva biomédica por sí solas pueden mejorar y hacer más efectivas las políticas sanitarias. No pueden generarse grandes cambios si la promoción de la salud recae en un actor mientras el resto del equipo de salud se mantiene puertas adentro del CAPS.

A su vez, respecto a la organización y la participación social en salud, se buscó mostrar antecedentes relevantes en el tema para posibilitar la reflexión sobre la importancia de generar una “ampliación de las interfaces entre el Estado y la sociedad que redunden en la vigorización de la esfera pública” (Cunill Grau, 2011:24) ya que estos espacios podrían permitir democratizar las políticas públicas, colaborarían en la construcción de la viabilidad necesaria para alcanzar una mayor efectividad en la implementación de políticas estatales y, en fin, proporcionarían una institucionalidad más firme en los servicios públicos de salud.

2. Reflexiones finales y desafíos

Contextualizar el análisis de las políticas sociales en las coyunturas económicas, sociales y políticas existentes, es una tarea fundamental en un proceso de investigación de estas características. Por eso ha resultado de gran utilidad la comparación y referencia constante a los lineamientos nacionales, provinciales y hasta internacionales

para analizar el caso de estudio. Así, es posible observar que el contexto actual plantea nuevas problemáticas y luchas a las que se enfrentan las PCS. En este sentido, un elemento a tener en cuenta es el cambio de los niveles de demanda de la población. Lo que pudo verse que fueron las necesidades básicas cerca del 2001, hoy en día vuelven a identificarse como demandas en crecimiento. Siguiendo a Ana Gómez (2013), las demandas por los elementos de primera necesidad como son los alimentos, el gas, la luz, la ropa, obtienen mayor lugar en los pedidos de los sectores más desfavorecidos. Hoy en día tampoco se ven garantizadas las demandas de segunda generación –como el mejoramiento habitacional- ni las de tercera generación –como la educación o la recreación-. Así que surgen otras preguntas: ¿Cómo hacer para no perder lo logrado en los años donde el Estado empezó a cubrir las demandas de intervención a la complejidad? ¿Cómo no seguir luchando por la violencia de género o defender los avances en salud mental mientras crece el hambre en los niños y niñas? ¿Cómo hacer que la tarea en salud no vuelva a ser la entrega de leche o medicamentos que ingresan a los CAPS por donación? Es decir, las PCS encuentran estos desafíos en la actualidad y se encuentran en espacios de gestión con menores recursos. Puede pensarse que se requiere, entonces, de mayor creatividad y escucha hacia los vecinos y vecinas.

En este marco, al menos tres aspectos quedaron pendientes en el análisis, uno de ellos es la cuestión del rol del Estado como garante del bienestar de la población ¿Podrán ejecutarse políticas sociales más universales? ¿Qué límites se pondrán a la mercantilización de la salud? Y a su vez, con la mayor acción de las promotoras de salud ¿Estaremos frente a un momento de primacía de la familiarización en las esferas productoras de bienestar? El segundo aspecto a profundizar, deberá ser la perspectiva de género ya que no es casualidad que más del 90% de las PCS sean mujeres. ¿Qué aportes y enseñanzas podemos tomar del feminismo en la planificación y gestión de políticas sanitarias? En tercer lugar, queda pendiente poder observar cómo confluyen los saberes populares con los tradicionalmente llamados académicos ¿En qué medida se rescatan los saberes ancestrales y de tipo comunitario en las tareas que efectivamente llevan adelante las promotoras de salud? ¿Cómo se conjuga la experiencia militante y de referencia barrial en las actividades de promoción de la salud?

Ahora bien, queda establecido que el Estado debe atender el derecho a la salud no sólo garantizando la cobertura del subsector público sino también cumpliendo sus funciones como regulador de las coberturas brindadas en obras sociales y servicios prepagos. Esto resulta muy complejo en un sistema de salud profundamente fragmentado y segmentado, aun más en el conurbano bonaerense. Así, un desafío podría ser el establecer una agenda de salud común a la región ya que se parte de condiciones y problemas similares. Asimismo, resulta a esta altura evidente que ni el Estado ni las políticas que pueden desprenderse del mismo pueden ser efectivas por sí solas. Para cubrir el bienestar de la población tanto el mercado como la familia y la sociedad civil se vuelven relevantes.

Tal vez sean más preguntas que respuestas. Sin embargo, poniendo el foco en las políticas sociales y a partir del estudio de caso, se pudo dar cuenta de algunos aportes exitosos de las PCS en el conurbano bonaerense. Quedará por verse, entonces, en la tesis de maestría, cómo puede recuperarse la voz de las propias promotoras de salud y de los integrantes de las comunidades donde las PCS trabajan con el fin de comprender cómo son vividos estos procesos y poder deslumbrar los efectos a nivel cualitativo que este tipo de procesos tienen a largo plazo y que generalmente se encuentran ocultos en los análisis de políticas sociales.

BIBLIOGRAFÍA CITADA Y CONSULTADA

- ABRAMOVICH, A. L. y VÁZQUEZ, G. (2011). *Introducción a los modelos de desarrollo en la Argentina. La post-convertibilidad: ¿un nuevo modelo de desarrollo emergente?* Buenos Aires, Editorial UNGS.
- ABRAMOVICH, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. En *Revista de la CEPAL* 88 (abril) 35-50.
- ABRAMOVICH, V. y PAUTASSI, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales. En ABRAMOVICH, V. y PAUTASSI, L. (comp.) *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos*. Buenos Aires, Editores del Puerto.
- ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. (2013). Cómo entender las instituciones y su relación con la política. Lo bueno, lo malo y lo feo de las instituciones y los institucionalismos. En C. ACUÑA (comp.) *¿Cuánto importan las instituciones?* Buenos Aires: Siglo XXI/OSDE, 19-67.
- ADELANTADO, J., NOGUERA, J. A., RAMBLA X., y SAEZ L. (1998). Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica. En *Revista Mexicana de Sociología* Número 3, Universidad Autónoma de México, México.
- AGUILAR VILLANUEVA, L. (1996). Estudio introductorio. En *La hechura de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editor. México.
- ÁLVAREZ SINTES, R. y BARCOS PINA, I. (2004). Experiencia en el diseño y la ejecución del programa de formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de la misión Barrio Adentro. República Bolivariana de Venezuela. En *Revista Cubana de Medicina General Integral*. ISSN 0864-2125.
- ARCIDIÁCONO, P., KALPSCHTREJ, K. y BERMÚDEZ, A. (2014). *¿Transferencias de ingresos, cooperativismo o trabajo asalariado? El Programa Argentina Trabaja*. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/34932/CONICET_Digital_Nro.c72512_67-e7db-42d5-a7a8-332b1227d08f_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y Fecha: 21/07/2019.
- ARIOVICH, A. y JIMÉNEZ, C. (2012). La atención desde la urdimbre de los servicios locales: un contrapunto entre los municipios de Malvinas Argentinas y San Fernando. Capítulo 6 en *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*, compilado por Magdalena Chiara, Los Polvorines, UNGS.
- ARROSI, J. C., ANDUEZA, E. y SOMMERFELT, I. (1986). Educación para la salud: aspectos básicos conceptuales, guía de programación. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires.

- ASOCIACIÓN CIVIL POR LA IGUALDAD Y LA JUSTICIA (2007) *Informe de indicadores socioeconómicos del Municipio de Moreno*. Centro de Apoyo Legal Comunitario. (CALC). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- BANCO MUNDIAL (2017). *Argentina: Hacia una Cobertura Universal de Salud. Desafíos y oportunidades*. Serie de informes técnicos del Banco Mundial en Argentina, Paraguay y Uruguay. N°12, año 2017.
- BASUALDO, E. (2011). *Sistema político y modelo de acumulación*. Buenos Aires, Editorial Cara o Ceca.
- BELARDO, M. y HERRERO, M. B. (2018). *Derecho universal a la salud: ¿para todos o para algunos?*, CLACSO. Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano, N° 55. Abril de 2018. Segunda época.
- BERTOLINI, G. (2010). ¿Cooperativas sin cooperativismo? En <http://www.fundacioncieso.org.ar/%C2%BFcooperativas-sin-cooperativismo-por-gustavo-bertolini/> Fecha: 20/08/2019.
- BERTOLOTTO, A., FUKS, A. y ROVERE, M. (2012). *Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 362-374, jul. /set. 2012. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a09v36n94.pdf>. Fecha: 20/08/2019.
- BURIJOVICH, J. y PAUTASSI, L. (2005). *Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas*. Unidad Mujer y Desarrollo Proyecto CEPAL/GTZ “Políticas laborales con enfoque de género” S E R I E mujer y desarrollo 60. Santiago de Chile.
- BUSTELO GRAFFIGNA, E. (2000). El abrazo. Reflexiones sobre las relaciones entre el Estado y los Organismos No Gubernamentales. En *De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad*. Buenos Aires, Homo Sapiens Ediciones.
- CABRAL, N. y ABRAMOVICI, D. (2018). Salud y promoción territorial: reflexiones a partir de una experiencia con promotoras de salud. En *Revista de Políticas Sociales*, verano 2018, año 5, N°6. Buenos Aires, Editorial UNM. Recuperado de <http://www.unmeditora.unm.edu.ar/files/RPS-numero-6-ao5.pdf> . Fecha: 24/08/2019.
- CÁRCAMO, J. S. y TENEWICKI, M. (2012). *El modelo de crecimiento con inclusión social. Asignaturas pendientes*. Buenos Aires, Editorial Mimeo.
- CARRILLO, A. (2005). *Ramón Carrillo: el hombre...el médico...el sanitarista....* Buenos Aires, Editorial Edili.
- CASTEL, R. (1997) *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Editorial Paidós.
- CATENAZZI, A. (2015). *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Cuaderno de trabajo. Magdalena Chiara compiladora. Buenos Aires, Editorial UNGS.
- CHIARA, M. (2008). Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires. En *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Buenos Aires, Editorial UNGS.

- CHIARA, M. (2012). ¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación. Cap. 3 en *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*, comp. Magdalena Chiara. Buenos Aires, UNGS.
- CHIARA, M. y DI VIRGILIO, M. M. (2005). *Gestión social y municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires, Prometeo libros.
- CHIARA, M. y MORO, J. (2011): *Salud en la metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*. Buenos Aires, Prometeo libros.
- CHIARA, M., CROJETHOVIC, M., ARIOVICH, A. (2017). El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macro-institucional. En *Revista Salud colectiva*. Volumen 13, n° 4. Mes de diciembre. Lanús. ISSN 1669-2381. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1312> Fecha: 24/08/2019.
- CHIARA, M., MORO, J., ARIOVICH, A., JIMENEZ, C. y DI VIRGILIO, M. (2011). Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense. Cap. 2 en *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*, comp. por Magdalena Chiara y Javier Moro. Buenos Aires, Prometeo libros.
- COMES, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkiner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. En el Anuario de investigaciones. V.14 Psicología De La Salud, Epidemiología Y Prevención. Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100019&script=sci_arttext Fecha: 22/08/19.
- CRAVACUORE, D. (2008). Las relaciones intergubernamentales en la provincia de Buenos Aires como coordinadas de la gestión Local. En *Gestión local en Salud: conceptos y experiencias*. Organizadores: Magdalena Chiara, María Mercedes Di Virgilio, Arnaldo Medina, Marina Miraglia. Buenos Aires, Editorial UNGS.
- CUNILL GRAU, N. (2011). *¿Qué ha pasado con lo público en los últimos 30 años? Balance y perspectivas*. Conferencia magistral presentada en el XVI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Asunción, Paraguay, 8-11 de noviembre de 2011.
- CUROTTO, M., BARLETTA, P., PAOLINO, M. y ARROSSI, S. (2017). *La perspectiva de los agentes sanitarios sobre la incorporación programática de la autotoma del test de VPH*. Cadernos de Saúde Pública. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000405011&script=sci_abstract&lng=es Fecha: 24/08/2019.
- CZERESNIA, D. y MACHADO DE FREITAS, C. (2008). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Editorial Lugar.

- DALLE, P. (2010). Estratificación social y movilidad en Argentina (1870-2010). Huellas de su conformación socio-histórica y significados de los cambios recientes. En *Revista de trabajo*. Año 6. Número 8. Enero/julio 2010.
- DI VIRGILIO, M. M. (2012). La política sanitaria en San Fernando, una apuesta por consolidar el primer nivel de atención. Cap. 5 en *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*, compilado por Magdalena Chiara, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- DI VIRGILIO, M. M. (2015). *La dimensión territorial de la política sanitaria*. Cuaderno de trabajo. Magdalena Chiara compiladora. Buenos Aires, Editorial UNGS.
- DONZELOT, J. (2007). *La invención de lo social. Ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas*. Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.
- DUBET, F. (2012). *Los límites de la igualdad de oportunidades*. Nueva Sociedad 239. Recuperado de: <https://nuso.org/articulo/los-limites-de-la-igualdad-de-oportunidades/> Fecha: 24/08/2019.
- ESPING ANDERSEN, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Edicions Alfons el Magnanim, Valencia.
- FERRARA, F. (2005). La salud y el antagonista. Entrevista realizada por Diego O. Orfila. En *Revista Lezama*, mayo 2005, año 2, N°13.
- FERNÁNDEZ, J. P. (2012). *La implementación del Programa Ingreso Social con Trabajo "Argentina Trabaja" en ámbitos subnacionales*. Cippec. Documento de trabajo N°96.
- FLEURY, S. (2008). "Modelos de reforma de la salud en América Latina", en *Salud Colectiva, Cultura, instituciones y subjetividad*. Epidemiología, gestión y políticas, Hugo Spinelli compilador. Buenos Aires, Editorial Lugar.
- FOUCAULT, M. (2014). *Redes del poder*. Buenos Aires, Editorial Prometeo.
- FOUCAULT, M. (2016). *Nacimiento de la biopolítica*. Curso en el College de France (1978-1979). Clases del 14 de febrero y del 7 de marzo de 1979. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- FRANCO, C. (1997). *Ciudadanía plebeya y organizaciones sociales en el Perú* (Otro camino para "otra" democracia), en G. de SIERRA, dir., *Democracia emergente en América del Sur*. México: UNAM, PP.95-120.
- GARCÍA LINERA, A. (2010). La construcción del Estado. Conferencia magistral en la Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires.
- GOLLÁN, D. (2017). Objetivos del gobierno argentino y una alternativa superadora. Dossier en *Revista Soberanía Sanitaria*. Recuperado de: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/objetivos-del-gobierno-argentino-y-una-alternativa-superadora/> Fecha: 24/08/2019.
- GOLLÁN, D. (2018). Objetivos del gobierno argentino y una alternativa superadora. Dossier sistemas de salud en *Revista Soberanía Sanitaria*. Recuperado de:

<http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/objetivos-del-gobierno-argentino-y-una-alternativa-superadora/> Fecha: 20/08/2019.

- GOMEZ, A (2013). *¿Nuevos problemas o respuestas viejas?* En TESTA, C Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones. Buenos Aires: Espacio Editorial
- González, L. (2009). *Orientación de lectura sobre vulnerabilidad social*. Publicado en Leandro M. González (comp.) y otros, *Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social*; Córdoba, Centro de Estudios Avanzados (U.N.C.) – CONICET, 2009, ISBN 978-987-23989-5-8, págs. 13-29. Córdoba.
- GRONDONA, A. (2014). *Saber de la pobreza. Discursos expertos y subclases en la Argentina entre 1956 y 2006*. Buenos Aires, Ediciones Centro Cultural de la cooperación Floreal Gorini.
- GUIMENEZ, S. y HOOP, M. (2011): Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”: una mirada reflexiva desde el corazón de su implementación.
- HOPENHAYN, B. y BARRIOS, A. (2003). *Las malas herencias*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- IORIO, S. (2013). Políticas Públicas orientadas a la Economía Social: una historia dentro del Programa “Argentina Trabaja”. Recuperado de: http://webiigg.sociales.uba.ar/empresasrecuperadas/PDF/PDF_09/Argentina_Trabaja_la_voz_de_los_actores.pdf. Fecha: 24/08/2019.
- JAURETCHE, A. (2012). *¿Quién es el Dr. Alvarado?* Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(1):81-83; Enero-Abril. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652012000100008&lng=en&nrm=iso Fecha: 24/08/2019.
- KYMLICKA, W. Y NORMAN, W. (1997). "El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía". En Revista *Agora*, Buenos Aires, invierno de 1997 págs 5-42.
- LAGUADO DUCA, A. (2011). *La construcción de la cuestión social. El desarrollismo post-peronista*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- LO VUOLO, R. (2010) El programa Argentina Trabaja y el modo estático de regulación de la cuestión social en el país. Ciepp. Serie análisis de coyuntura N°23.
- LÓPEZ ACCOTTO, A., MARTÍNEZ, C. y GRINBERG, I. (2011) Conceptos y dilemas de la coparticipación federal y de la coparticipación bonaerense. Buenos Aires, UNGS.
- MACEIRA, D. (2011) El sistema de salud argentino y metropolitano: desafíos y agenda futura. Capítulo 3 en *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*, compilado por Magdalena Chiara y Javier Moro, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento, Prometeo libros.
- MARSHALL, T.H. y BOTTOMORE, Tom (2005) *Ciudadanía y clase social*. Buenos Aires: Losada.

- MARTÍNEZ FRANZONI, J. (2005): Regímenes de Bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, FLACSO Vol. 4 N° 2.
- MENENDEZ, Eduardo (2008): "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.", en *Salud Colectiva, Cultura, instituciones y subjetividad*, Epidemiología, gestión y políticas, Hugo Spinelli compilador. Editorial Lugar, Buenos Aires.
- MONTAÑO, Sonia (2010): *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- MORO, J. (2015). *Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio*. Cuaderno de trabajo. Magdalena Chiara compiladora. Buenos Aires, Editorial UNGS.
- MORO, J. (2012). Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires, capítulo 2 en *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*, compilado por Magdalena Chiara, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- MORO, J. (2012). Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local, capítulo 1 en *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*, compilado por Magdalena Chiara, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- NATALUCCI, A. y PASCHKES RONIS, M. (2009). Avatares en la implementación de políticas sociales. Concepciones y prácticas de las organizaciones sociopolíticas que participan en el programa Argentina Trabaja (2009-2010).
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. URSS.
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá.
- Organización Mundial De La Salud (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53. O Consejo Directivo 66. O Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- OSZLAK, O. y O'DONNELL, G. (1982). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. En *Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo*, N° 1, Caracas.
- PAGNAMENTO, L. V. (2012). El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social: Análisis de caso. En VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012.
- PAUTASSI, L. (2007). ¡Cuánto Trabajo mujer! El género y las relaciones laborales. *Capital Intelectual*, Buenos Aires.
- PAUTASSI, L. (2010a). *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social*. Buenos Aires. Editorial Biblos.

- PAUTASSI, L. (2010b). Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición, en V. Abramovich, L. Pautassi, *Medición de Derechos en las Políticas Sociales*, Editores del Puerto.
- PERIÓDICO PARA UD!... (1986). *Móvil sanitario: prestación gratuita en todos los barrios de Moreno*. Tercera semana de mayo, p.1.
- PERIÓDICO PARA UD!... (1988). *Proyecto Ramón Carrillo: Salud y comunidad, unidad bajo un mismo signo*. Cuarta semana de septiembre, p. 1-4.
- PERIÓDICO PARA UD!... (1988). *Son gratuitos todos los servicios públicos y prestaciones médicas del municipio de Moreno*. Cuarta semana de noviembre de 1984, p. 6.
- REIMONDI, R. (2008). Reflexiones desde la gestión en el nivel local. En *Gestión local en Salud: conceptos y experiencias*. Organizadores: Magdalena Chiara, María Mercedes Di Virgilio, Arnaldo Medina, Marina Miraglia. Buenos Aires, Editorial UNGS.
- República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004). Barrio Adentro: Programa de Formación de Promotores Comunitarios. Aragua, Abril 2004. Recuperado de: http://www.bvs.gob.ve/libros/Promotores_salud_programa_formacion.pdf . Fecha: 24/08/2019.
- RODRÍGUEZ CARRASCO, B., ALONSO CORDERO, M., IGLESIAS CAMEJO, M. y LINARES, M. C. (2015). La escuela, marco ideal para desarrollar actividades de promoción y educación para la salud. En *Revista de Ciencias Médicas*. LA HABANA, Cuba. Disponible en: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/790/pdf_66
- RODRIGUEZ ENRIQUEZ, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? En *Revista de la CEPAL* N° 106, Santiago de Chile, CEPAL, Naciones Unidas Abril 2012: 23-36.
- ROVERE, M. (2009). Atención Primaria de la Salud ¿De dónde viene? ¿Cuándo nació? ¿A dónde va? Grupo APS/Salud internacional – El Agora. Revista PoSibles.
- TAJER, D. (2012). Género y salud. Las políticas en acción. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- TOBAR, F. (2011). Gestión territorial en salud. Capítulo 1 en *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*, compilado por Magdalena Chiara y Javier Moro, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento, Prometeo libros.
- TOBAR, F. (2017). El modelo de salud argentino: historia, características y fallas. Ministerio de Salud de la Nación.
- TORRADO, S. (2007). *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*. Tomo I. Buenos Aires. Edhasa, 2007.
- Universidad Nacional de San Martín (2018). La salud descubierta. En *TSS, la Agencia de Noticias Tecnológicas y Científicas*. Por Vanina Lombardi. Recuperado de: <http://www.unsam.edu.ar/tss/la-salud-descubierta/> Fecha: 24/08/2019.

- VILAS, C. (2011). *Después del neoliberalismo. Estado y procesos políticos en América Latina*. Lanús: UNLA.
- VILAS, C. (2012). *Instituciones: ni tanto ni tan poco. Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental*. Año 18 No. 30:43-51.
- VILAS, C. (2013). Estrategias económicas y estrategias de política social, en R. Castronovo, coord., *Políticas sociales en debate. Los nuevos temas de siempre*. Buenos Aires: EUDEBA, 17-27.
- WEBER, M. (2008) *El político y el científico*. Prometeo Libros, Buenos Aires.

Fuentes complementarias y de organismos gubernamentales

- Acuerdo Específico N°2 al Convenio Marco de Cooperación entre la Universidad Nacional de José C. Paz y el Municipio de Moreno (2018).
- Constitución De La Provincia De Buenos Aires (1994).
- Constitución Nacional Argentina (1994).
- Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Moreno (2018). *Informe de proyección de la población entre el período 2010-2018*. Municipio de Moreno.
- Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Moreno (2018). *Distribución de la población por áreas programática en Centros de Salud y localidades –zonas sanitarias-*. Municipio de Moreno.
- Instituto de Desarrollo Urbano, Ambiental y Regional (2018). *Mapa de Moreno con áreas programáticas por CAPS y asentamientos*. Municipio de Moreno.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2009). *Resolución 3182/09*. Recuperado de: http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/ArgentinaTrabaja/Resolucion_3182_2009.pdf Fecha: 19/02/2015.
- Ministerio de Salud de Buenos Aires (2007): *Algunos aportes para el desarrollo de proyectos de capacitación comunitaria en salud*. Equipo del Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios de Salud.
- Ministerio De Salud De La Nación (2012). *INFORME REMEDIAR+REDES 10 años comprometidos con la salud pública*. Recuperado de: remediar.msal.gov.ar/files/10_anos_subir.pdf Fecha: 15/07/2019.
- Ministerio de Salud de la Nación (2004). RESOLUCIÓN N°915/2004, Programa Médicos Comunitarios. Expediente N° 1-2002-11769-04-9. Bs. As. 19 de septiembre.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Resolución N° 612/2011*. Expediente N° 1-2002-9072/11-1, Bs. As. 12 de mayo de 2011.

- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Resolución N°439/2011*. Programa Médicos Comunitarios. Expediente N° 2002-2.737/11-8. Bs. As. 12 de abril de 2011.
- PERIÓDICOS PARA UD!..., Período enero de 1983 a diciembre de 1989, Villa General Zapiola, Paso del Rey; en Biblioteca de la Universidad Nacional de Moreno.
- Programa de la Diplomatura de Promoción Territorial de la Salud (2019). Contenidos mínimos establecidos por la UNPAZ y el Municipio de Moreno.
- Programa de Promoción Territorial de la Salud de la Secretaría de Salud de Moreno (2018). *Informe de evaluación semestre julio-diciembre 2018*. Objetivos y metas alcanzadas. Municipio de Moreno.
- Proyecto De Ley N°2462 (1984). *Promoción de la construcción de centros de salud en todo el territorio nacional*. Cámara de diputados de la Nación Argentina. Diputado Lestani y otros, Comisión Asistencia Social y Salud Pública y Presupuesto y Hacienda.
- Red Pública de salud Área Metropolitana de Buenos Aires (2018). *Manual para Equipos de Salud y actores de Salud de la Comunidad*. Fortalecimiento Del Modelo De Gestión De La Promoción, Prevención, Atención Y Rehabilitación En La Comunidad Y Centros De Salud.
- Red Pública de salud Área Metropolitana de Buenos Aires (2019). *El acto de cuidado expresado en las actividades comunitarias*. Hacia Los “Dispositivos De Enlace” Para Una “Salud Conectiva” Un Modelo De Gestión Y Atención Con Eje Comunitario.
- Secretaría de Salud de Moreno (2018). *Imágenes de Promotoras Comunitarias de la Salud en el Municipio de Moreno*. Recuperado de <https://www.facebook.com/Secretar%C3%ADa-de-Salud-Moreno-1988087581220115/> Fecha: 24/08/2019.
- Secretaría de Salud de Moreno (2019). *Informe de gestión del año 2018 de las Subsecretarías de Gestión Operativa y Planificación Estratégica y Atención Sanitaria*. Municipio de Moreno.
- Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. *LEY N°14.882, Creación de la figura de “Promotor Comunitario en Salud”*. Recuperado de: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14882.html> Fecha: 24/08/2019.
- Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias (2018). Cobertura Universal de Salud. Avanzando en la implementación de la CUS. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001381cnt-Avanzando%20implementacion%20CUS_WEB.pdf . Fecha: 24/07/2019.
- Universidad Nacional de José C. Paz (2019). *Proyecto de transferencia “Co-construyendo conocimiento: una propuesta de transferencia de tecnologías blandas a la propuesta formativa de la diplomatura para Promotores/as de Salud del Municipio de Moreno.”*

Desgrabaciones

- AMEIGEIRAS, Sebastián (2019): Entrevista realizada por Natalia Cabral en mayo de 2019, Moreno. Actualmente desempeña sus funciones como Subsecretario de Gestión Operativa de la Secretaría de Salud y ex-coordinador sanitario de la zona de Cuartel V.
- REINA, Adriana (2019): Entrevista realizada por Natalia Cabral en marzo de 2019, Moreno. Actualmente desempeña sus tareas como trabajadora social del Centro Integral de Salud Infantil y ha trabajado muchos años en el Programa de Salud Comunitaria, hoy denominado, Programa de Promoción Territorial en Salud.
- MESA REDONDA: “¡AQUÍ SE RESPIRA LUCHA! PROMOTORXS DE SALUD”. V Encuentro Nacional de Salud, Facultad de Periodismo y Comunicación Social en la Universidad Nacional de La Plata. Fecha: 08 de diciembre de 2018. Desgrabación de las relatorías realizadas.

ANEXO

1. Contenido de la ley 14.882 – Creación de la figura de “Promotor Comunitario en Salud” en la Provincia de Buenos Aires

LEY 14882

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES, SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

ARTÍCULO 1°. Creación. Créase la figura de "Promotor Comunitario en Salud" en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tanto el ejercicio del cargo como la capacitación de los agentes públicos que se designen, deberá ajustarse a lo prescripto en la presente y en sus normas reglamentarias.

ARTÍCULO 2°. Definición. Se entiende por "Promotor Comunitario en Salud" a la persona de la comunidad, designada con este cargo por la autoridad competente, que se forma para promover la participación y organización popular, fomenta acciones en relación a los determinantes sociales de la salud, adecua los programas del sistema y genera nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población.

ARTÍCULO 3°. Objetivos. Son objetivos de la presente Ley:

- A) Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud mediante la incorporación de agentes públicos, capacitados para tal fin, en el Sistema Sanitario Provincial.
- B) Mejorar el Sistema de Salud a través del desarrollo de mecanismo de participación comunitaria que respondan a las necesidades de Salud de la población.
- C) Fomentar a partir de los "Promotores Comunitarios en Salud" la inclusión de las características culturales de las poblaciones, en la planificación y ejecución de proyectos, programas sanitarios, en los procesos de comunicación y acceso

a la información en materia de prevención y promoción de la salud.

- D) Promover la participación de los "Promotores Comunitarios en Salud" en acciones locales, Provinciales, Nacionales e Internacionales que se relacionen con el desarrollo local y políticas saludables.

ARTÍCULO 4°. Funciones. Son funciones de los "Promotores Comunitarios en Salud":

- A) Afianzar el trabajo en equipo, las acciones intersectoriales, la ejecución de proyectos y programas sanitarios y los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud.
- B) Actuar como nexo entre la comunidad y todos los efectores del ámbito público de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Nacionales, Provinciales y Municipales).
- C) Relevar en forma permanente el estado de salud de la población, debiendo elevar un informe periódico de acuerdo con lo que establezca la reglamentación.
- D) Desarrollar y difundir actividades de promoción, prevención y protección de la salud.
- E) Informar a la población acerca de la existencia y localización de los centros de atención de la salud existentes en su comunidad, radio de influencia, niveles de complejidad y toda otra información relevante.
- F) Facilitar procesos de comunicación participativos dentro del sector salud, favoreciendo la interacción y la decodificación de los mensajes del personal de salud y de la comunidad.
- G) Generar espacios de participación comunitarias a través de Mesas de Gestión Barrial de Salud.

ARTÍCULO 5°. Atribuciones. El "Promotor Comunitario en Salud", tiene como atribuciones:

- A) Conocer y difundir los programas Municipales, Provinciales o Nacionales sobre su área territorial de acción, a fin de optimizar la utilización de los mismos por la comunidad.
- B) Recomendar respecto de la consulta y atención sanitaria y lograr la concurrencia a los centros de salud más adecuados.

C) Proporcionar cuidados esenciales de atención de la salud.

D) Organizar charlas comunitarias sobre temas de interés social.

E) Mesas territoriales.

ARTÍCULO 6°. Cargo. El "Promotor Comunitario en Salud" ocupará un cargo correspondiente al personal de planta permanente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El Poder Ejecutivo determinará las características especiales, tareas y responsabilidades asociados al ejercicio del cargo que complementarán las aquí establecidas.(*)

(*) Lo subrayado se encuentra observado por el Decreto de promulgación 2110/16 de la presente Ley.-

ARTÍCULO 7°. Agrupamiento. El "Promotor Comunitario en Salud" deberá encuadrarse en el Agrupamiento Personal Técnico previsto en el Artículo 147 de la Ley N° 10.430 o en el que en un futuro lo sustituya.(*)

(*) Lo subrayado se encuentra observado por el Decreto de promulgación 2110/16 de la presente Ley.-

ARTÍCULO 8°. Lugar de prestación de servicios. El "Promotor Comunitario en Salud" deberá prestar servicios en los efectores públicos de salud y en sus áreas programáticas y/o en un programa que dependan de la Autoridad de Aplicación conforme lo establezca la reglamentación.

Para la prestación de los servicios que se establecen en el presente artículo, se requerirá la celebración de un convenio previo entre el Municipio en el cual desarrollará su tarea y la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 9°. Requisitos para la designación. En el marco de la presente Ley para la designación de los "Promotores Comunitarios en Salud" estos deben reunir los siguientes requisitos:

A) Residencia: pertenecer y residir en la región sanitaria donde desempeñará sus actividades.

B) Cumplir con el nivel de instrucción que defina la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 10. Capacitación. La capacitación estará a cargo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de la Subsecretaría de Planificación de la Salud, quien definirá la modalidad, nivel de instrucción y trayectos formativos.

ARTÍCULO 11. Autoridad Competente. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires será la autoridad competente para la aplicación de la presente en conformidad con lo prescrito en la Ley.

ARTÍCULO 12. Reglamentación. El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la Ley en un plazo de ciento ochenta (180) días contados a partir de la promulgación de la presente.

ARTÍCULO 13. Cláusula Transitoria. A partir de la entrada en vigencia de la presente comenzará un plan progresivo de regularización de los “Promotores Comunitarios en Salud” que actualmente se desempeñan en el sistema de salud pública de la Provincia, que se extenderá por un plazo máximo de cinco (5) años.

(*) Lo subrayado se encuentra observado por el Decreto de promulgación 2110/16 de la presente Ley.-

ARTÍCULO 14. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los treinta días del mes de noviembre de dos mil dieciseis.

2. Registro sobre tierra y hábitat del Instituto de Desarrollo Urbano, Ambiental y Regional (IDUAR)

- De acuerdo al Registro de Villas y Asentamientos de la Pcia. de Buenos Aires (Ley 14.449) Moreno tiene 60 Asentamientos con un total de 14.460 familias.
- Según el RENABE (Registro Nacional de Bienes e Inmuebles del Estado) Moreno tiene 83 Asentamientos y barrios populares.
- IDUAR interviene sobre 40 asentamientos inscriptos en el registro creado por la Ley 14.449, a través de la implementación de Mesas de Tierra y Hábitat en Moreno.

3. Datos recientes sobre la población del partido de Moreno

POBLACIÓN DE MORENO	
Según Censo Nacional del año 2010	452.484 habitantes
Según proyección al año 2018 realizada por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud	522.499 habitantes
<i>En el período 2010 a 2018 la población del distrito creció un 15.47%</i>	