

Estado, salud y políticas públicas. Reflexiones sobre los agentes sanitarios en Posadas y Eldorado, Misiones-Argentina

State, health and public policies. Reflections on community health workers in Posadas and Eldorado, Misiones-Argentina

Jorge N. Martínez, Miguel A. Avalos y María F. Báez

Recibido 4 enero 2022 / Enviado para modificación 22 julio 2023 / Aceptado 30 agosto 2023

RESUMEN

Objetivo Analizar la política pública de la provincia de Misiones-Argentina en materia de atención primaria de la salud, específicamente el Programa de Promotores de Salud.

Metodología La metodología utilizada fue cualitativa, desde una orientación etnográfica. Integramos los datos obtenidos en las entrevistas y las observaciones de dos investigaciones realizadas en las localidades de Posadas (2013-2016) y Eldorado (2017-2018).

Resultados Los promotores son nexos entre la población y el sistema de salud, se ubican en las márgenes del sistema y trabajan en las márgenes de la sociedad. Tres elementos son característicos de su práctica: a) reproducen la mirada biomédica; b) ofician de traductores entre el saber letrado y la población; y c) posibilitan y promueven ciertas acciones transaccionales de los sujetos.

Conclusiones Los promotores, en cuanto "nexos", ocupan una posición estratégica y privilegiada que podría ser potenciada de manera más efectiva en la implementación de políticas públicas en el territorio, particularmente en lo que hace a prácticas de prevención y promoción de la salud.

Palabras Clave: Agentes comunitarios de salud; política de salud; atención primaria de salud; antropología médica (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyze the public policy of the province of Misiones-Argentina in the area of primary health care, specifically the Health Promoter Program.

Methodology The methodology for which it was qualitative, from an ethnographic orientation. We integrated the data in the interviews and observations of researches in the localities of Posadas (2013-2016) and Eldorado (2017-2018).

Results The promoters are links between the population and the health system, located at the margins of the system, working on the margins of society. Three elements are characteristic of their practice: a) they reproduce the biomedical view; b) they act as translators between academic knowledge and that of the population; and c) they enable and promote certain transactional actions of the subjects.

Conclusions The promoters, as "nexuses", occupy a strategic and privileged position that could be improved in a more effective way in the implementation of public policies in the territory, in particular the practices of prevention and promotion of health.

Key Words: Community health workers; health policy; primary health care; medical anthropology (*source: MeSH, NLM*).

JM: Psicol. Instituto de Investigaciones Científicas (IDIC - Sede Posadas). Universidad de la Cuenca del Plata. Posadas Misiones, Argentina.
nicolas_j.martinez@hotmail.com

MA: Antropól. Soc. Instituto de Estudios Sociales y Humanos, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Misiones. (IESyH CONICET-UNaM). Posadas Misiones, Argentina.
Miguelavalos.012@gmail.com

MB: Psicol. Secretaría de Investigación y Posgrado, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones. Posadas Misiones, Argentina.
mferbaez@hotmail.com



La salud pública en general, y la atención primaria de la salud en particular, se constituyen como temas prioritarios tanto a nivel nacional como internacional (1). Recientemente, se cumplió un nuevo aniversario de la Conferencia de Alma Ata (1978), y nos encontramos con que la nueva conferencia de atención primaria —conocida como de Astaná 2018—, básicamente, repite los mismos postulados desde hace 40 años, dando cuenta de que las inequidades en materia sanitaria no disminuyeron, sino que aumentaron y siguen en aumento, traducéndose en innumerables formas de sufrimiento y padecimientos.

En Argentina, enfrentamos constantes fluctuaciones entre modelos que promueven la protección social orientada hacia la justicia social y otros que priorizan la liberalización del mercado, favoreciendo los intereses de grupos económicos concentrados. Un ejemplo paradigmático de esta dinámica fue el cierre del Ministerio de Salud Pública, reducido al rango de secretaría hacia fines de 2018, como culminación de un proceso que se venía gestando durante varios años. Este retroceso tuvo costos crecientes y profundizó los impactos en los sectores más vulnerables, como jubilados, niños y niñas, y pacientes con enfermedades crónicas. En el ámbito de las políticas sanitarias, se observaron cierres de programas y severos recortes presupuestarios en diversas áreas críticas. Según un informe de la Fundación Soberanía Sanitaria, los casos más emblemáticos fueron la discontinuación de los programas Qunita y Argentina Sonríe. Además, otros programas esenciales, como los destinados a Chagas, Tuberculosis, Salud Mental, VIH y ETS (particularmente afectados por la devaluación del peso), y Salud Sexual y Procreación Responsable, fueron ejecutados de manera parcial o insuficiente (2).

El ámbito de la salud pública provincial también tiene sus problemas. La subejecución de los programas nacionales impactó de manera directa en la atención de la población misionera que depende del sistema sanitario estatal (47% según el último censo nacional). Por señalar un ejemplo, el programa de Médicos Comunitarios pasó de contratar a 650 profesionales en todo el territorio de Misiones —en el 2016—, a 480 en el 2018, lo que afectó en gran medida a las comunidades indígenas más aisladas. Además de estos vaivenes nacionales, debemos considerar las particularidades de la política misionera, que desde hace más de 15 años cuenta con un mismo partido en el Gobierno.

La Ley Provincial de Salud XVII, N° 58 (antes Ley 4388), del año 2007, adhiere a principios tales como la descentralización y la atención primaria, a los que considera elementos clave para la consecución de la

“salud para todos”. Sin embargo, este enfoque parece haber relegado la atención al fortalecimiento del capital humano en los demás centros de salud y no siempre prioriza con suficiente énfasis las estrategias de prevención y atención primaria, fundamentales para una salud pública integral. A propósito de esto, si bien la provincia cuenta con casi 1.000 agentes sanitarios, y su tarea es reconocida como “un aporte fundamental al sistema de Salud Pública”, estos funcionarios llevan a cabo sus tareas de forma precarizada (materializado en cobros mediante un sistema de becas y no con salarios, por ejemplo).

A colación de todo lo señalado anteriormente, consideramos que es crucial repensar las políticas públicas en salud, específicamente las políticas relacionadas con la atención primaria de la salud. El objetivo del presente artículo es analizar la política pública provincial en materia de atención primaria de la salud, en particular el programa de promotores de salud ejecutado en dos localidades de la Provincia de Misiones Argentina. A partir de algunas consideraciones teórico-metodológicas provistas por la antropología social, vinculamos políticas públicas y salud. Posteriormente, ponemos en tensión algunos registros de campo, exponiendo quiénes son y qué lugar ocupan los promotores de salud (para el sistema de salud y para la población). Seguidamente, presentamos tres elementos que consideramos característicos de la praxis de los promotores, que están relacionados con la forma de concebir la salud —desde el Estado— y con la forma en que las políticas públicas se ponen en marcha: a) reproducen la mirada biomédica; b) ofician de traductores entre el saber letrado y la población; y c) posibilitan y promueven ciertas acciones transaccionales de los sujetos.

MÉTODOLÓGICA

Algunos autores proponen que para el estudio de las políticas públicas, es necesario corrernos de la mirada Estado-céntrica, lo cual nos permitiría dejar de ver a las políticas públicas como entidades objetivas, con el Estado como un actor omnipotente (3), para pasar a verlas como una trama multifacética compleja, con una multiplicidad de actores con variadas agencias. Este “desestatizar el análisis”, para ir hacia la trama, desde adentro y desde abajo (4), implica captar las interrelaciones, los juegos, las marchas y contramarchas, las disputas, las relecturas y las interpretaciones que hacen de las políticas (decisores, diseñadores, efectores y beneficiarios).

Al romper con la mirada que posiciona a los sujetos como entidades sin capacidad de cambiar o promover un

cambio, este enfoque busca evidenciar que la gente puede no solamente demandar una política pública, sino también girarla o promover un cambio dentro de la misma política “instalada”. Yendo más allá del texto base de una política, podemos ver cómo la política pública se va entrelazando en la trama social, cómo es apropiada y reapropiada.

Los datos que informan el presente artículo han sido obtenidos de dos investigaciones realizadas en el marco de dos proyectos diferentes y que han sido puestos en común en un seminario interno de investigación desarrollado en la Secretaría de Investigación y Posgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones (aprobado por resolución del Honorable Consejo Directivo N° 281/2018). Ambas pesquisas se desarrollaron en la provincia de Misiones, la cual se ubica en el noreste argentino.

Misiones, que cuenta con 1 101 593 habitantes, es una de las regiones más pobres del país, tiene un índice de pobreza del 25% y un índice de malnutrición infantil del 75%, según algunas organizaciones sociales.

Figura 1. Mapa político de la Provincia de Misiones



Fuente: Instituto Geográfico Nacional, Argentina. Mapa de descarga libre. <http://www.ign.gov.ar/images/MapasWeb/MISIONES/MISIONES-POLITICO-WEB.jpg>

La primera de las investigaciones, desarrollada entre los años 2013 y 2016, se llevó a cabo en un asentamiento

informal de la ciudad de Posadas (capital de la provincia), y la otra, durante el año 2017, se ejecutó en la ciudad de Eldorado, en la zona norte de la provincia.

Con el objetivo de conocer los padecimientos más comunes y las formas de atenderlos, durante los años 2013 a 2016, la primera investigación se desarrolló en el asentamiento informal “El Trigal” en Posadas (financiada por el Comité Ejecutivo de Desarrollo e Innovación Tecnológica de la Provincia de Misiones [CEDIT]). En ese marco se hicieron entrevistas a las familias residentes en el asentamiento y a los promotores de salud que trabajaban con ellas, a algunos médicos y a curadores populares.

Posadas, ubicada al margen izquierdo del río Paraná, al sur, tiene 350 000 habitantes, según el último censo nacional. De acuerdo con un relevamiento de la ONG Un Techo para mi País, en el área capital se han registrado un total de 70 asentamientos informales que albergan a unas 12 490 familias. El Trigal es un asentamiento que se emplaza en la zona de Villa Cabello, al margen de un importante arroyo afluente del río Paraná, y al momento del trabajo de campo albergaba unas 150 unidades domésticas, según datos del centro de salud.

Con el objetivo de conocer las maneras en que se construyen las prácticas de salud en el departamento de Eldorado, desde enero del 2017 hasta la actualidad, la segunda investigación se desarrolla en las localidades de Eldorado y Santiago de Liniers (financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina [Conicet]). En el contexto de esta investigación, se hicieron entrevistas a las familias que concurren a dos centros de salud de Eldorado y uno en la localidad de Liniers, y se entrevistó también a promotores de salud y otros profesionales de los centros asistenciales.

Eldorado se encuentra en el noroeste de la provincia de Misiones, Argentina. Limita con los departamentos de Iguazú, al norte, General Manuel Belgrano y San Pedro, al este, Montecarlo, al sur y al oeste con la República del Paraguay, separado por el río Paraná. El departamento se encuentra conformado por cinco municipios: Colonia Delficia, Colonia Victoria, Eldorado, Nueve de Julio y Santiago de Liniers. Según el último censo, su población es de 78 152 habitantes, y municipios como Santiago Liniers y 9 de Julio, que conforman el departamento, tienen unos de los índices de pobladores rurales más altos de la provincia con el 72,3% y el 64,9%, respectivamente. Estas zonas se caracterizan por contar con pequeños y medianos productores agrícolas y madereros.

El método utilizado para la obtención de los datos en las investigaciones fue del tipo cualitativo, con observaciones en campo y entrevistas en profundidad como herramientas principales. Entendemos que estas nos permiten captar “el sentido de la vida social se expresa

particularmente a través de discursos que emergen en la vida diaria, de manera informal, bajo la forma de comentarios, anécdotas, términos de trato y conversaciones” (5). Todos nuestros interlocutores fueron informados sobre la investigación (sus propósitos, estrategia metodológica y duración), el carácter reservado de su identidad, y que la información, en ese contexto obtenida, sería utilizada únicamente para fines académicos; se obtuvo el consentimiento informado verbal (6).

RESULTADOS

Entendemos las políticas públicas como las acciones desarrolladas por los Estados a los fines de gobernar; dichas acciones no tienen como único actor al Estado, allí intervienen los sujetos y los conjuntos sociales (beneficiarios, ejecutores, decisores, etc.), atravesados también por procesos ideológicos, culturales, económicos, políticos, entre otros (7). Esta multiplicidad de actores que intervienen en la trama social que implican las políticas públicas, la configuran como un espacio social —parte del todo social—, construido en el marco de luchas de sentido e imposiciones de sentidos; por ello, no podemos pensar las políticas públicas como “de arriba hacia abajo”, de modo unidireccional.

Las disputas están presentes en la “vida” de las políticas públicas (desde el momento mismo de definir qué es un problema y de qué manera se interviene, pasando por la ejecución misma de dichas acciones), consolidando al Estado no solo como un actor, sino como “el” espacio de circulación del bien público. Bourdieu presenta una imagen del Estado que puede sernos de utilidad, como un “lugar” desde el cual se piensa el bien público y del cual emana lo oficial: “el Estado es el lugar de circulación de la palabra oficial, del reglamento, de la regla, del orden, del mandato, de la denominación [...] es el lugar de un poder reconocido que tiene tras de él el consenso social, consenso concedido a una instancia responsable de definir el bien público, es decir, lo que es bueno para el público...” (8, p. 122).

Pensamos aquí, siguiendo a Bourdieu, al Estado como ese lugar desde el que se dice cuál es la forma de entender y atender a la salud conveniente para toda población. ¿Qué debe considerarse una enfermedad? ¿En qué condiciones? ¿Quiénes pueden atender eso que se ha definido como enfermedad? ¿Cómo? ¿Cómo no debe atenderse? ¿Con qué técnicas? Son interrogantes que se resuelven en el ámbito del Estado, que tienen que ver con lo legal y lo oficial.

En Occidente, la forma consolidada como científica, oficial y legal, es la biomédica. Entendemos a la biomedicina como ese conjunto de sujetos, saberes, técnicas, instituciones y dispositivos, encaminados a analizar, explicar y atender el proceso de salud-enfermedad desde una mirada clínica, biológico-fisiológica, que ha sido

resultado de múltiples procesos históricos, políticos, técnicos, ideológicos, entre otros. Ese biologismo que le caracteriza es el factor que garantiza, según Menéndez (9), tanto su cientificidad como su diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos.

En la década de 1960 se produjeron ciertos cambios en la forma de entender la salud-enfermedad en el campo biomédico (10,11). La Conferencia de Alma Ata, en la década de 1970, viene en la línea de hacer más hincapié en la atención primaria, a los fines de incluir una mayor “participación social”, brindar más espacio a la “sociedad civil”, ponderar los “determinantes sociales en salud” a los fines de conseguir la “salud para todos” (12, p. 238). A partir de allí, en ese “bien público” redefinido, lo social no puede faltar en los programas sanitarios, en su diseño, ejecución y evaluación, al menos en su proceso formal (13).

Como frutos de esos tiempos emergen numerosas políticas, estrategias de atención primaria (o medicina comunitaria), dirigidas básicamente a la población con escasos recursos, no se implementaron sin resistencias (14), siendo la de los promotores de salud una de las políticas públicas que viene en ese sentido.

En la provincia de Misiones las actividades de los promotores de salud, llamados “agentes sanitarios”, está reglamentada por la Ley XVII N° 82, del año 2012. En ella se especifica que el promotor de salud es aquel ciudadano, miembro de la comunidad, que recibe como formación específica el curso para agentes sanitarios. A partir de allí, este es beneficiario de una beca que le permitirá trabajar en el centro de salud, formando parte del Programa Provincial de Formación de Agentes Sanitarios.

La ley de los Agentes Sanitarios señala que “el agente sanitario debe actuar como nexo entre la comunidad y el Ministerio de Salud Pública, Hospitales y demás Centros de Salud de la Provincia”; además, debe “relevar en forma permanente el estado de salud de la población” (Ley XVII - 82, cursivas nuestras).

Los promotores de salud actúan como eslabones intermedios entre el organismo central, representado por el Ministerio de Salud Provincial, y la población. En un clima caracterizado por la confianza, la cordialidad y la familiaridad, los promotores son, a la vez, miembros de la comunidad y representantes del Estado. Desde esta perspectiva, proponemos conceptualizar a los promotores de salud como operadores en las márgenes en un doble sentido. Por un lado, participan en el campo médico desde una posición marginal, condicionada tanto por la subordinación de sus saberes a los saberes médicos como por sus precarias condiciones laborales. Por otro lado, forman parte de la comunidad “beneficiaria” de esta política, ocupando una interfaz que los sitúa simultáneamente como actores internos y externos al sistema.

En la marginalidad del campo médico y en un lugar diferencial en la propia comunidad, ¿qué posibilita esta posición de los promotores? ¿Qué acciones promueven en la población? En el trabajo de campo encontramos tres movimientos que se producen en la praxis de los promotores: a) reproducen la mirada médica; b) ofician de traductores entre el saber letrado y la población; y c) posibilitan y promueven ciertas acciones transaccionales de los sujetos.

DISCUSIÓN

Reproductores (¿?) de la mirada médica

Las palabras que aparecen plasmadas en los documentos que “guían” las acciones de los agentes sanitarios no son menos importantes que las acciones mismas. El reconocimiento explícito en el interés por controlar, hacer de nexo con el sistema, relevar, intervenir, reflejan —según entendemos— esta disposición que tiene el programa de agentes sanitarios a ser una especie de “policía médica” (15). “Mi visita es irme hasta las casas, leer las libretas, anoto en mi cuaderno y recorro todas esas casas que están en ese sector. Entonces le digo, jueves o viernes, jueves más seguro vengo a tu casa para vacunarte [...] entonces el jueves tempranito yo voy a la sala, busco la vacuna y me voy a ver todo ese sector... entonces ese sector ya tengo organizada la vacuna, ya les controlo y también controlé la presión, si hay alguna embarazada, si les falta medicamento...” (Promotora de S. de Liniers 28/03/2017).

No solamente se controla para relevar datos, sino también para “educar” (Ley 82 art. 3 inc. d). En pro de esta educación, los promotores “comparten saberes” con las familias, existe también un direccionamiento —al menos un empeño porque eso suceda— de las acciones de los sujetos. No solo se busca que se entienda a la salud-enfermedad de determinada manera, sino que también es importante que se atienda del modo en que ha sido definido como “lo mejor”. Muchas veces oficiando como “tutor” de las familias, tal y como refirió un médico en Posadas: “el promotor es tutor del paciente” (Nota de Campo 29/05/2014).

Para seguir, podemos retomar a Bourdieu. Así, “la idea de que no valen todos los puntos de vista y de que no hay más que un punto de vista, que es la medida de todos los puntos de vista, que es dominante y legítimo” (8, p. 102), nos posiciona ante un Estado que no solamente ha legitimado un punto de vista particular, sino que establece que no todos los saberes son asimilables; existe un saber que se ha considerado legítimo desde el Estado que condiciona la acción y la existencia de otros saberes. A partir de allí, se hace necesaria la imposición de lo que se ha considerado legítimo y universal. Ya a mediados de la década de 1970, Breilh llamaba la atención sobre la medicina comunitaria, a la que definía como ese “... mecanismo menos aparente y por eso uno de los de mayor penetración. Consiste en

que el aparato médico burocrático al penetrar en el barrio o en la colectividad rural va tejiendo, en forma paralela a las tareas de servicio y gracias a su poder de infiltración, una red invisible de vigilancia que penetra en la vida cotidiana del sector, de la familia o del individuo...” (16, p. 78).

Cuando los agentes sanitarios implementan programas como el de diabetes, visitando a los pacientes diagnosticados, su objetivo principal es -como lo señalaban en las entrevistas- “fomentar la adherencia al tratamiento”. En el caso de las visitas a mujeres embarazadas, buscan principalmente “promover un cambio de actitud” hacia el cuidado prenatal. Luego de haber acompañado las visitas a las familias, se pueden identificar indicios de la influencia de la lógica biomédica, que en ciertos momentos puede interpretarse como una forma de medicalización de aspectos de la vida cotidiana. Además, las visitas de los promotores incluyen elementos de seguimiento y monitoreo, cuyo alcance y carácter merecen ser analizados en función de los contextos específicos de cada interacción. “Hay muchas familias a las que hacemos seguimiento [...] para que vengan a control, control de los chicos, o del adulto casi es que tiene alguna enfermedad como diabetes o hipertensión, mas se basa los chicos de bajo peso, menores de un año y bajo peso y también madres adolescentes” (Promotora Posadas 26/05/2014).

Más allá de la orientación que brinda el agente sanitario, siempre la invitación es a asistir al centro de salud, es decir, que no existe un corrimiento de la mirada hospitalocéntrica, donde no se piensa en la posibilidad de que el médico vaya a la casa de la gente (a pesar de que hubo intentos de implementar programas de ese estilo). Esto puede estar relacionado con características del modelo biomédico, pero también con características propias del sistema sanitario argentino, con la formación de los profesionales de la salud, entre otros.

Traductores

Con frecuencia, las políticas públicas sufren readecuaciones o traducciones en el momento de su implementación, apoyadas en el margen de libertad que tienen los diferentes actores, que expresa sus propios valores e intencionalidades. Este proceso, a su vez, se asocia a la capacidad de agencia, que refiere a la capacidad humana articulada socialmente de conocer y actuar, asociada a actos concretos de hacer y reflexionar, los cuales impactan o dan forma a las acciones o interpretaciones tanto propias como de los otros. Este abordaje implica reconocer la existencia de “múltiples realidades sociales”, donde coexisten diferentes comprensiones, interpretaciones simbólicas y emocionales (17).

Freidson (18) utiliza recurrentemente el concepto de “abismo” para ilustrar la brecha existente entre la medicina científica y la experiencia de las personas comunes.

Esta distancia se origina, en gran medida, en el énfasis predominante que la medicina científica pone en la tecnología y los procedimientos técnicos, dejando en segundo plano los aspectos sociales y psicológicos que influyen de manera significativa en la experiencia de los pacientes.

La práctica de la medicina general puede verse influida más directamente por conceptos populares y puede ser vista como un sistema de pensamiento situado a mitad de camino entre la medicina de hospital y las ideas ordinarias, cerca de las categorías que son importantes para los pacientes (19).

Lagunas de otro tipo se evidencian en muchos estudios sobre la comunicación entre médicos y pacientes, donde se atribuye, por un lado, cierto grado de ignorancia de los términos médicos por los pacientes y, por otro, lagunas del conocimiento entre las dos partes. En este punto intermedio, la participación como traductores de los profesionales es importante. “Me tocó a mí en carne propia me costó ... irme a un hospital, a un sanatorio, y que el enfermero no te tenga paciencia, no te hable bien, ni buen día no te dice ... no, por eso te digo yo amo mi trabajo, a mí me re-gusta ... los paciente se hallan conmigo, porque yo todo el tiempo estoy hablando pavada o le hablo pavadas a ellos y así agarran confianza, entonces se hallan conmigo...” (Promotora de Eldorado 17/11/2017). “Tenés que saber llegarle a la gente. Había una señora que no tenía baño, el baño era al aire libre, hacia ahí nomás, el olor a excremento, era quien aguantara, impresionante, después con otra le dijimos vamos a hacer tu baño, se empezó a dar cuenta y hablo con la doctora, se dio cuenta y ahora por fin hicieron el baño” (Promotora de Posadas 26/05/2014).

En este contexto, y como han señalado Nunes et al. (20), el hecho de que el agente sanitario sea una persona que convive con la realidad y con las prácticas de salud de la comunidad donde vive y trabaja, sumado a su formación basada en referencias biomédicas, hace de este un actor con una importante potencialidad para traducir las lógicas médicas y las de la comunidad. Este carácter híbrido y polifónico lo habilita para manipular, simultáneamente, factores sociales y elementos técnicos con el objeto de asociar las heterogeneidades presentes en las interfaces sociales.

La interfaz social se define como un punto crítico de intersección entre diferentes mundos de vida, sentidos, campos sociales o niveles de organización social donde es más probable localizar discontinuidades sociales, basadas en discrepancias en valores, intereses y también de poder. Desde este concepto se busca comprender los espacios de encuentro e interacción entre los diferentes actores, entre los cuales se dan negociaciones de poder, intereses, marcos de sentido y discontinuidades epistemológicas. Las interfaces pueden ser simples, en cuanto contemplan dos actores, o complejas, en las cuales intervienen más actores. Así, uno de los puntos más importantes, entre

las tareas no explícitas de los agentes sanitarios, es el de traductor, es decir, como mediador de sentido, entre diferentes actores, especialmente entre los profesionales y los usuarios, generando una interfaz social compleja (21).

En el caso de los promotores de salud, este proceso de traducción parte del conjunto de conocimientos preexistentes asociados a la formación en salud pública y el vasto conocimiento de las comunidades donde se desarrollan habitualmente, revalorizando el discurso local.

Facilitadores de transacciones

El último de los elementos que queremos señalar, como característico de la praxis de los y las promotoras de salud, ubicados en lo que hemos llamado la interfaz, es su rol de propiciadores de las transacciones.

De acuerdo con Menéndez, reconocemos que en la búsqueda por “prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (22, p. 186), se detectan una serie de rasgos estructurales en los saberes y las prácticas médicas que nos permiten la construcción de modelos teóricos de análisis. Estos modelos, organizados en términos de hegemonía/subalternidad, contrahegemonía/resistencia, son: el modelo médico hegemónico (MMH), que busca la exclusión ideológica y jurídica de los otros; el modelo médico alternativo subordinado (MAS); y el modelo de autoatención (MAA).

Las transacciones son las diferentes acciones desarrolladas por los sujetos, los conjuntos sociales y los especialistas que, en pro de diagnosticar, prevenir, erradicar y combatir los daños a la salud, combinan diversos modos de atención (en términos de prácticas y también de saberes) (22). La posición ocupada por los promotores les posibilita conocer y reconocer dichas prácticas de las familias (muchas de las cuales son ocultadas o negadas a los profesionales como médicos y enfermeros).

“La mayoría de la gente va a las curanderas por el ojeo. Tienen sus oraciones, son todos diferentes los métodos, no todos trabajan igual. Y bueno la gente también se hace un té, si tiene dolor de estómago se hace de marcela, si tiene la presión alta de pomelo, pitanga, naranja, cola de caballo. Y así” (Promotora de Posadas, 06/06/2014). “Si, y a mí por ejemplo lo comunitario me gusta hacer... yo quiero que sean partícipes todo el mundo. La gente no es que no sabe, sino que uno le tiene que dar oportunidades. Y muchas veces cuando me voy, así, en la visita domiciliaria escucho a la gente que es así, muy pobres, muy humilde pero tienen unos conocimientos impresionantes, que vos tenés que saber escucharle y saber entenderle porque se expresan como saben... y es lindo. Yo no solamente escucho a los grandes, sino a los chicos” (Promotora de Eldorado 11/08/2017).

En el intersticio donde se encuentran, los promotores de salud conocen la información “oficial” y también los recursos de las formas de atención alternativas que coexisten en la población. De este modo, muchas veces se

“autoriza” y hasta se sugiere el uso de estos recursos alternativos, junto con los “oficiales, legítimos, científicos”. Será en esta transacción de modelos y desde este intersticio entre el campo médico y la comunidad que se espera que su cercanía a las personas sea mayor y logre obtener mayor y mejor información de los modos de vida, y que su palabra sea de valor para esta población. El promotor, considerándose a sí mismo como un traductor entre el discurso médico y la población, muchas veces salda esta franja o abismo entre el médico y los dispositivos de atención médica.

Los promotores son “nexos” (palabra que usa la ley de agentes sanitarios) entre el sistema de salud y la población. En un punto intermedio entre estos dos mundos de sentidos, los agentes sanitarios y promotores suelen ocupar una posición estratégica y “privilegiada” en la dinámica de implementación de políticas públicas en el territorio, particularmente en lo que hace a prácticas de prevención y promoción de la salud. La importancia de la figura de los promotores y agentes sanitarios, particularmente en contextos en los cuales los mundos de vida y las realidades cotidianas de profesionales y pacientes son muy diferentes, se hace evidente. Aunque solo sea de manera frágil y provisional, justamente su tarea de acuerdo a la estrategia de APS es oficiar de traductor, es decir, “salvar” esas discontinuidades sociales, proponiendo o convenciendo sobre una manera de organizarse o entender una determinada cuestión, en la que adquieran sentido las semejanzas y diferencias.

Al ubicarse en la interfaz, en el margen, las acciones desarrolladas por los promotores pueden seguir diferentes rumbos con sus consecuentes posibilidades y limitaciones. Forman parte de una trama social que muchas veces contempla ciertos saberes y prácticas populares pero que también deja de lado o “despeja” (23) los factores sociales, económicos, jurídicos, políticos que determinan los perfiles epidemiológicos de los conjuntos sociales; “normalizando la biomedicalización como parte de los saberes y experiencias cotidianas” (12).

Aquí entran en juego los saberes, qué es necesario atender y qué no, qué es importante para la vida cotidiana y qué no amerita ser registrado. Ponemos en cuestión la lógica biologicista, medicalizante, nosocomial y farmacologizante que impera. La salud para todos es posible, la participación de los conjuntos sociales para su concreción efectiva es necesaria. Desde nuestro lugar, pensamos que el Estado bien podría acompañar estos procesos de empoderamiento, de acompañamiento de la autogestión y de fortalecimiento de la atención primaria y preventiva, con un seguimiento y reconocimiento efectivo de los promotores de salud como pilares fundamentales del sistema sanitario provincial (24)♦

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna*. [Internet] Washington, D.C.: OPS; 2018. Consultado en Enero 2019. Disponible en: <https://bit.ly/4iAMbEL>.
2. Fundación Soberanía Sanitaria. *El impacto en salud de los tres años de gestión de Cambiemos*. Informe n.º 38. [Internet]. Buenos Aires: Fundación Soberanía Sanitaria; 2018. Consultado en enero 2019. Disponible en: <https://bit.ly/4gejyf1>.
3. Das V, Poole D. El Estado y sus márgenes: etnografías comparadas. *Cuad Antropol Soc* [Internet]. 2008;27:19-52. Disponible en: <https://bit.ly/41Ebslg>.
4. Franzé Mudanó A. Perspectivas antropológicas y etnográficas de las políticas públicas. *Rev Antropol Soc* [Internet]. 2013;22:9-23. Disponible en: <https://bit.ly/4gBYQpg>.
5. Guber R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2011.
6. Association of Social Anthropologists. *Ethical guidelines for good research practice* [Internet] Londres: Association of Social Anthropologists; 1999. Consultado en Enero 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3ZCAzbM>.
7. Shore C. La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antipoda*. 2010; 10:21-49. <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>.
8. Bourdieu P. *Sobre el Estado: Cursos en el Collège de France (1989-1992)*. Barcelona: Anagrama; 2014.
9. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud* [Internet]. 1988; 30:451-64. Disponible en: <https://bit.ly/49WUHKx>.
10. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2018; 44(1):172-83. Disponible en: <https://bit.ly/4001wX9>.
11. Rose N. *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe; 2012.
12. Menéndez E. La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo. Buenos Aires: Prohistoria Ediciones; 2010.
13. Menéndez E. Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y mercado de saberes. *Cuad Antropol Soc* [Internet]. 2001; 13:9-51. Disponible en: <https://bit.ly/4fklgcb>.
14. Menéndez E. Centralización o autonomía. La “nueva” política del sector salud. *Bol Antropol Am*. 1985; 8(10):85-95.
15. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud* [Internet]. 1977; 11(1):3-25. Disponible en: <https://bit.ly/3ZVVkQT>.
16. Breilh J. Medicina de la comunidad: ¿Una Nueva Policía Médica? *Rev Mex Cienc Polit Soc* [Internet]. 1976; 84:57-82. Disponible en: <https://bit.ly/4iEauS3>.
17. Long, N. Acercando las fronteras entre la antropología y la psicología para comprender las dinámicas del desarrollo rural. En: Landini, F, editor. *Hacia una psicología rural latinoamericana*. Buenos Aires: Clasco; 2015. p. 77-96.
18. Freidson E. Dilemmas in the doctor-patient relationship. En: Cox C, Mead A., compiladores. *A sociology of medical practice*. Londres: Collier Mac-Millan, 1974.
19. Fitzpatrick R. Editor. *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica; Conacyt; 1990.
20. Nunes M, Trad L, Almeida B, Homem C, Melo M. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica*, 2002; 18(6):1639-46. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>.
21. Long N. *Sociología del desarrollo: una perspectiva orientada al actor*. México: Ciesas; Colegio de San Luis; 2007.
22. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet*, 2003; 8:185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

23. Comelles J. Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En: Perdiguero E, Comelles J. Medicina y cultura. Estudios entre la medicina y la antropología. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2000. p. 305-352.
24. Ortega-Bolaños J. Los modelos preventivos más necesarios hoy! Rev. Salud Publica (Bogotá). 2018; 20(3):275-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n3.75630>.