

PROMOCIÓN DE LA SALUD VS CONDICIONES DE TRABAJO. UNA MIRADA DESDE LOS PROMOTORES DE LA SALUD DE TRES MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA DE MISIONES.

Autora: Lic. Draganchuk, Celia R.

Pertenencia Institucional: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM.

Email: celchuk30@hotmail.com

Resumen:

Este trabajo se inscribe en un proyecto de investigación mayor realizado en el marco de la Beca del CEDIT – UNaM. Esta síntesis considera diferentes aspectos relacionados con las transformaciones ocurridas en el mundo del trabajo en las últimas décadas y el proceso de descentralización del sistema de salud pública realizado en Misiones a partir de la adhesión local al Plan Federal de Salud, así como las formas y las condiciones de trabajo de los propios trabajadores de la salud.

En particular, nos interesó conocer: la paradójica relación entre la propuesta de promoción de la salud, como una función innovadora del sistema público de salud y las condiciones de trabajo, enfatizando sus percepciones, opiniones, expectativas y elementos compartidos en una realidad social concreta: el Programa de Formación de Agentes Sanitarios. Específicamente, nos basamos en el grupo de promotores en un recorte territorial que se logra a través de los dos CAPSs de Santa Ana, el Hospital de Área Virgen de Fátima, Gárupa, y el Hospital de Área René Favaloro, Posadas, en una propuesta de promoción y prevención de la salud en la comunidad implementada como parte de la política de descentralización del sistema público de salud de la provincia de Misiones.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Promotores de Salud, condiciones de trabajo.

Introducción

Los compromisos celebrados en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud¹ de 1986, acuerdan que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, destacando que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un

¹ Entre los días 17 al 21 de noviembre de 1986, se reunieron en la Ciudad de Ottawa, Canadá 212 delegados de 38 países convocados por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública para acordar enfoques, estrategias y proposiciones en torno de la Promoción de la Salud y sus acciones.

individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud, entonces, resultará percibida como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas, que se formula como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Visto así, la salud pasará a ser el resultado de múltiples acciones realizadas por diversos actores, superando la atención médica e involucrando a toda la comunidad (individuos, familias y barrios/municipios); pero sobre todo que compromete a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, autoridades locales, industria y medios de comunicación.

Si bien la Declaración de Alma Ata, en 1977, impulsó la promoción y la prevención de la salud como funciones principales de la asistencia sanitaria integral, basada en tecnologías y métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, varios autores coinciden que esta conceptualización condujo a una serie de errores hermenéuticos y de aplicación dificultando la preservación del sentido original (Vouri 1983). A más de tres décadas de Alma Ata, el bagaje conceptual y metodológico desarrollado a partir de esos acuerdos, continúa siendo ambiguo y la evidencia de su puesta en práctica expresa una concepción limitada a la prevención, con resultados parciales. La mayoría de las aplicaciones se orientan a la prevención de enfermedades (por ejemplo: propuestas de actividades de promoción de los municipios argentinos adheridos a la Red de Municipios Comunidades y Saludables, como las enfermedades cardiovasculares o los problemas de obesigénesis²), o a acciones de educación de los agentes para mejorar el autocuidado en grupos vulnerables (mujeres, niños, ancianos, jóvenes) que emplean criterios y procedimientos dirigistas teñidos de discurso participativo y horizontal (Menéndez 1998).

La literatura nos muestra que el discurso de promoción de la salud no es homogéneo y que sus contradicciones responden a intereses divergentes. De manera que es posible encontrar conceptualizaciones y aplicaciones que muestran un abanico amplio de posiciones que se extiende desde las más conservadoras (el Programa Médico Obligatorio, promovido por el Banco Mundial) hasta las más progresistas (el Programa Médicos de Familia de Cuba). Para Czeresina y Machado de Freitas (2006), la discusión del concepto de promoción de la salud tiene como punto de partida el propio concepto de salud, ya que no hay una definición científica de salud sino de enfermedad, en consecuencia *las prácticas de salud pública se organizan en el concepto de enfermedad*. Esto nos remite a posicionamientos opuestos, ya

² Página Web Ministerio de Salud de la Nación

que no se fundamenta del mismo modo una acción basada en el concepto de enfermedad (que habilita las funciones de prevención y curación), que una acción basada en el concepto de salud (promoción). Allí estriba el llamado de atención formulado por Czeresina (2006) sobre las trampas a que nos expone el discurso de la promoción de salud por no construir una conciencia práctica de los límites del conocimiento científico que le da soporte. (Czeresina 2006: 13)

Según Caponi (2006), señala que el discurso médico científico no contempla un significado más amplio de salud y enfermedad. Esta limitación puede atribuirse a la imposibilidad de delimitar el campo de dominio teórico y aplicativo del concepto salud; ya que no se traduce en un concepto científico (categoría teórica/analítica) al igual que el sufrimiento que caracteriza el enfermar. En el campo de la medicina social los conceptos de salud, enfermedad y atención que rondan las reflexiones e investigaciones se centran en la noción de proceso, que abarca la salud-enfermedad (Laurell 1994) o que incorporan a la diada salud/enfermedad el componente atención (Menéndez 1990) que considera, no solo la estructura de las diversas alternativas de resolución/atención que disponen los sujetos-pacientes, sino también el contexto y los procesos socio-culturales que los caracterizan.

En la última década, la “nueva salud pública” introdujo como elemento central del discurso el área salud colectiva. Esta apertura presentó como referencia la idea de promoción de la salud, abriendo significativamente el espacio conceptual, referencial y aplicativo de la salud al tomar como objeto el ambiente local/global en un sentido amplio, que propone la participación ciudadana como una acción clave para consensuar los cambios a nivel social y territorial como así también garantizar entornos y comportamientos saludables (OPS/OMS 1993). Los acuerdos conceptuales plantearon que la promoción de la salud se basa en la articulación de conocimientos técnicos y populares; en la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados para eficientizar la resolución de los problemas de la población bajo cobertura en el nivel básico del sistema de atención (primer punto de encuentro entre el sistema de atención y la comunidad). De este modo la función de promoción favorece una mejor integración al interior del equipo de salud y entre este y la comunidad, favoreciendo la participación social activa en la identificación de los problemas y sus formas de solución.

El carácter estratégico de la planificación de la atención de la salud desde una perspectiva integral, se sustenta en el recurso humano, cuya composición requiere la participación de

actores de la propia organización sanitaria y otros agentes externos a ella. Estos últimos vinculan el sistema con la comunidad, constituyéndose en polea de transmisión para la detección/solución de las demandas/necesidades de atención.

El cumplimiento de la función promoción de salud requiere de la conformación de un equipo de técnico-profesional que incorpore la figura del *trabajador básico sanitario*, es decir, aquellas personas procedentes de la comunidad que previamente entrenadas pasen a cumplir el rol de nexo entre los diferentes actores y sectores sociales de la población bajo cobertura y el centro de atención primaria de salud; facilitando así la entrada al sistema de salud y estableciendo un canal permanente de comunicación entre los efectores y sus agentes y la población.

En la Argentina, los lineamientos centrales de las políticas sociales que se vienen impulsando desde el gobierno nacional, promueven la intervención integral basada en: la concertación de objetivos estratégicos, suma de esfuerzos y recursos como así también en la articulación de diversas dimensiones operativas que se ordenan de acuerdo con la dinámica territorial propia del nivel local en que se actúe (provincias, municipios o barrios). Este cambio de enfoque implica desarrollar intervenciones flexibles y adaptables a diferentes situaciones, fortaleciendo espacios participativos que posibiliten la planificación de abajo hacia arriba y sobre todo dirigidos a la reconstrucción del tejido social. El Plan Federal de Salud (2004-2007), propuso como idea-fuerza que la participación ciudadana en la construcción colectiva de un proyecto de desarrollo permitirá un sistema de salud sólido y justo, destacando que la salud de un pueblo es un indicador de su organización social y comunitaria. Por ello señala advirtiendo que los instrumentos de política y gestión modernos que no contemplen la participación, que no generen consenso, pueden ser técnicamente factibles pero terminan siendo políticamente inviables. Este postulado ha sido ratificado por las actuales autoridades nacionales y situado en lugar destacable de la agenda pública de salud (Programa Nacional de Salud 2008).

En el orden provincial, tanto la orientación y la metodología como el aumento en la asignación de recursos presupuestarios (Ley de Salud Provincial, 2007), coinciden con los lineamientos políticos nacionales. En el caso de la operativización de los objetivos estratégicos de salud, la Provincia de Misiones no solo reordenó el sistema de atención (CAPS, efectores de Nivel I, Nivel II y Nivel III), sino que avanzó en la formación de promotores de salud, dotando a la totalidad del sistema provincial de este recurso humano

básico. Así, en palabras oficiales “El Programa de Formación de Agentes Sanitarios, iniciado en el año 2005, resulta de fundamental importancia en la política de formación de recursos humanos orientado al fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención de salud en la comunidad. El Poder Legislativo con la reciente aprobación de la Ley de Salud y el Poder Ejecutivo en su Plan de Gobierno y políticas sanitarias han ratificado a la Atención Primaria como eje sustancial del sistema sanitario provincial”. (Documento Base del Programa de Formación de Agentes Sanitarios, 2008, página Web del Ministerio de Salud Pública de Misiones).

En particular, la incorporación de la figura del promotor de salud representó un modo de acercar la concepción de la estrategia de APS al funcionamiento real del sistema público de atención, mejorando la accesibilidad de la población a los efectores estatales. El programa de capacitación de los promotores de salud comprendió conocimientos teórico y prácticos sobre procedimientos básicos en la atención curativa y prevención de las enfermedades prevalentes, promoviendo bajo la modalidad pedagógica de capacitación/acción mayor eficacia en la adquisición de habilidades y destrezas en los procesos básicos en salud. Entre los procedimientos atribuidos, se destaca: relevar información socio-sanitaria, para su utilización en el diseño y ejecución de las políticas para mejorar acciones y programas que contribuyen a la calidad de vida de la población.

A partir de las capacidades instaladas en los efectores de salud y en la red de servicios, cuyo eje central es el equipo de salud, nos proponemos reflexionar en torno a la relación de la participación de los promotores en tanto recurso técnico entrenado para facilitar el acceso de la población a las prestaciones esenciales y a la atención oportuna y las condiciones de trabajo precaria. Nos posicionamos en tres municipios de Misiones: Santa Ana (2 CAPS), Garupá (Hospital de Fátima, Nivel II) y Posadas (Hospital Favalaro, Nivel I), considerando que conforman una representación de los niveles diferenciados de atención del sistema público, a cargo de población semi-rural y urbana con diversos accesos a los servicios y a la infraestructura básicos, y que en los tres casos cuentan con una dotación de promotores trabajando.

Los Promotores Como Función Innovadora Del Sistema De Salud Pública De Misiones

En la actualidad en la Provincia de Misiones existen 956 promotores de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública, que se encuentran distribuidos geográficamente según zonas de salud y áreas programáticas. En los casos estudiados, los promotores involucrados suman

25, de los cuales 7 operan en Santa Ana, 14 en el Hospital Favalaro y 4 en el Hospital de Fátima. En promedio, rondan los 35 años de edad, aunque se observa un sesgo importante hacia la derecha, esto es, hay un número de promotores cuyas edades se sitúan en torno de los 45 a 50 años. En la mayoría de los casos se trata de personas a cargo de la jefatura del hogar, en este conjunto predominan las mujeres. Todos cobran becas, salvo un caso del Favalaro que pasó a planta permanente. Las tareas que realizan son: visitas domiciliarias a las familias que tienen a cargo, en el cumplimiento de esta actividad los promotores de salud aplican el RUSMI y los formularios del Plan NACER; Además colaboran en el área de vacunación, en la medición y registro de peso y talla como así mismo en las actividades de inmunización. En ocasiones aplican inyectables. Generalmente acompañan las campañas de prevención y promoción impulsadas desde el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, siendo esta actividad la más parecida a un fomento de la participación comunitaria en los servicios del primer nivel de atención.

La forma que adopta la organización del trabajo que despliegan los promotores en los tres efectores seleccionados, en general, es la misma. En los tres casos hay un *coordinador* cuya función consiste en planificar la acción del grupo y reportar a la jefatura médica las novedades que encuentran en campo. Probablemente responden a una guía estandarizada en el ámbito de la capacitación, y la aplican apropiadamente. En el cumplimiento de esta actividad se suelen presentar algunos inconvenientes: frente al reporte de situaciones críticas, no hay una acción en consecuencia. Muchas veces se pierde la novedad en la burocracia asistencial y el problema no se atiende (casos de escabiosis, de desnutrición, de maltrato o violencia sexual perpetrada sobre menores, etc.). Otras funciones que cumplen están asociadas con la carga de datos al sistema o a prestar colaboración con otros servicios intramuro: ayuda al médico ecografista, al encargado de la farmacia, asisten en la entrega de leche, entre los deslizamientos de funciones más frecuentes. A veces son convocados a la participación en cursos de capacitación organizados por el nivel central. El Ministerio les hace llegar anualmente la oferta de capacitación, en lo posible deben acudir a todas. La motivación que los impulsa a cumplir este requisito está directamente relacionada con la aspiración de constituirse en personal de planta. A veces los cursos son tomados más de una vez. El dictado de los mismos se desarrolla por área programática. Mientras que la carrera “tecnatura en atención primaria de la salud” solo se dicta gratuitamente en Posadas, representando una limitación para los municipios alejados por razones económicas (viático y pasajes) y por la poca disponibilidad de medios de traslado.

Cada uno de ellos tiene a su cargo el mismo número de familias (300), en realidad esta cifra tiene estricta relación con la totalidad de la población estimada bajo cobertura y de la condición urbana o rural de su residencia. Si bien el discurso oficial plantea que el promotor es el actor principal entre la comunidad y el sistema, en todos los casos se desempeñan solamente en el turno de la mañana, por la tarde no se registra presencia de este personal en ninguno de los efectores.

Kroeger y Luna (1987), señalan que uno de los recursos humanos claves para llevar adelante la estrategia de APS es la figura del *trabajador básico de salud*; y lo definen como un tipo particular de asistente que asume funciones propias de la APS en un contexto particular. Este contexto suele ser el de los sectores más periféricos, generalmente comunidades rurales apartadas, pero también bolsones marginales de la periferia urbana que carecen de acceso real al sistema institucional de servicios de salud. Es decir se trata de un trabajador de salud que se halla en la “base social”, en algunos casos a nivel mismo de la familia o grupos de familias, o de agrupaciones comunitarias un poco más extensas que atienden. La literatura demuestra que se los suele denominar agentes sanitarios, trabajadores comunitarios de salud, trabajadores de salud de aldea, *promotores de salud*, etc.; si bien surgen diferentes categorías por la denominación, en los casos analizados los rasgos comunes que se evidencian son: viven en las comunidades en las que sirven, proporcionan cuidados esenciales preventivos y curativos, utilizan tecnología simplificada, y su adiestramiento es relativamente corto (pero con esfuerzo y supervisión continua) orientados a tareas específicas y bien definidas. Por lo general sus áreas de actividad se orientan hacia: a) educación para la salud intenta promover cambios útiles en la conducta y en el medio ambiente de las personas: ellos refieren que se involucran en el aseo y/o la higiene de las viviendas de sus pacientes mayores o discapacitados; b) atención materno-infantil, realizan actividades de seguimiento de todas las etapas que van desde el cuidado prenatal hasta el control regular del crecimiento y desarrollo del niño. Recordemos que están expresamente señaladas en las pautas del Plan NACER. Asimismo en esta área se ocupan de tareas bien definidas, relacionadas con la inmunización de madre y niño, nutrición apropiada, higiene general y planificación de la familia; c) Servicios curativos esenciales, emplean técnicas simples y apropiadas para enfermedades comunes, en ocasiones aplican inyectables (función de enfermería). Otros temas tales como la reducción de la mortalidad infantil a través del tratamiento precoz de diarrea e infecciones respiratorias ocupan lugares de preferencia; d) Alimentar los sistemas de información con datos demográficos y estadísticas vitales y de salud, además de cumplir funciones de

vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y de informar sobre la calidad del medio ambiente y varios componentes culturales; y, e) Referir casos o buscar solución a los problemas mediante un nexo permanente con los niveles más complejos de atención.

La precarización de los vínculos laborales de los Promotores de Salud

En los párrafos anteriores hemos contextualizado brevemente las características generales del discurso de la promoción de la salud y los dispositivos utilizados por el sistema de salud pública, en este orden, también hemos presentado el contexto de surgimiento de los promotores de salud como una función innovadora del sistema de salud pública; en lo que sigue nos centraremos en el análisis de las condiciones de trabajo de este recurso humano de salud y en la paradójica relación entre promoción de la salud y las condiciones de trabajo.

Es necesario recordar que desde la implementación -en 2003 -del denominado sistema Misiones Salud, el Ministerio de Salud Pública incorporó paulatinamente a 956 personas que se desempeñan en tareas sanitarias diarias y a quienes se conoce como “promotores de salud”. Detrás de esta figura -la del promotor -que presupone para el sistema provincial “un pilar fundamental de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud” existe una paradójica relación laboral bajo la modalidad de becarios.

En este sentido según los datos relevados en el trabajo de campo, los salarios que perciben los promotores de salud son paupérrimos. Actualmente el sueldo que percibe un promotor de salud es de apenas 450 pesos por un régimen laboral de 5 horas diarias, carga horaria que por lo general termina siempre excediéndose ampliamente.

Según el discurso de algunos promotores que ingresaron al sistema hace cinco años manifiestan que entonces el salario era de 320 pesos, es decir, en cinco años el sueldo de los promotores aumentó apenas 130 pesos.

“...Con 450 pesos no pagas ni un alquiler, no podes comer todo el mes, no podes comprarte una buena zapatilla para salir hacer las visitas domiciliarias, no podes hacer nada. Es una cifra muy baja, cualquier otro trabajo paga mejor, es por eso que muchos que consiguen otra cosa dejan este trabajo, porque esto es algo con lo que no sólo no podes vivir sino que además no sabes hasta cuando vas a aguantar y vivir con la promesa que algún día te hagan un contrato con relación de dependencia. Los que aguantamos es solo por eso y los que no se van....Es una explotación...”

Los que abandonaron el sistema de salud para ir en busca de trabajos más dignos confirman el malestar generalizado: *“Estuve cuatro años como promotor, sin siquiera un contrato, apenas con lo que ellos llaman beca, que no es nada porque ni recibo te dan, es un negreo total. Te hacen cubrir licencias de enfermeros, en las campañas de vacunación te hacen trabajar el doble y todo por un sueldo bajísimo. Por eso, cuando me ofrecieron otro trabajo con mejores condiciones deje todo...”*

En relación a la obra social los promotores de salud acceden al Seguro Provincial de Salud, una prestadora social que sólo permite la cobertura del trabajador pero que no alcanza al grupo familiar. En este sentido una de las promotoras señaló que: *“Con esta obra social todos nuestros hijos quedan desprotegidos, porque es sólo para nosotros. O sea que ni siquiera tenemos una obra social como la gente. Además, muchos profesionales no atienden a esta obra social”*.

En cuanto a la explotación horaria según los entrevistados manifestaron que: *“...Si bien está estipulado que el promotor de salud debe trabajar 4 horas diarias, es harto frecuente que esta cantidad se incremente notoriamente. “Nosotros trabajamos a veces hasta el doble. Si hay que salir a vacunar se trabaja mucho más y sin cobrar un solo peso de hora extra. Nos obligan y punto. Pero otra cosa que sucede es que cuando hay enfermeros que se toman licencia nos mandan a nosotros a cubrir esos puestos, a pesar de no estar capacitados, es una locura, y ahí sí que se trabaja muchas más horas y no nos pagan un solo centavo de más”*.

En cuanto al vínculo que une a un promotor de salud con el Ministerio de Salud Pública es totalmente precario. La mayoría está vinculado por el llamado “sistema de becas”, que bajo este nombre intenta hacer pasar por beneficiarios de becas a los trabajadores precarizados. Otra figura es la del “contrato”, que como tal presupone también la precarización en lo que a derechos laborales refiere. Los menos pasaron a planta permanente. *“Trabajo hace cinco años y siempre me prometieron el pase a planta pero nunca llega”. Esa es la realidad de casi todos.”... El pase es político, se da para devolver favores. Entonces no tenemos ni siquiera recibo de sueldo y sin recibo no se puede tramitar nada, no podes hacer nada...”*

Por lo tanto la *condición salarial*, de acuerdo con la definición de Robert Castel, constituyó un período de la asalarización de la sociedad moderna³. Esa condición salarial se suele

³ El mismo autor, siguiendo los criterios de la escuela de la regulación para caracterizar a la relación salarial fordista, plantea que *“una relación salarial supone un modo de retribución de la fuerza del trabajo, el salario*

identificar con una sociedad de empleo casi pleno, fundamentalmente masculino, vinculada a una serie de derechos denominados usualmente *derechos sociales*, cuyo titular era el empleado y por extensión su núcleo familiar; además, como característica de suma relevancia, en ese período de la sociedad industrial la *forma-empleo* revestía en términos generales un carácter de estabilidad (Castel, 1997). Ese tipo de asalarización se constituyó con un estatuto más o menos común de relación salarial para las distintas ramas del trabajo (industria, servicios, etc.), tanto del sector estatal como privado.

En la semejanza que Robert Castel y André Gorz trazaron para definir la nueva cuestión social y caracterizar la transformación post-fordista del trabajo, aparece de modo coincidente, aunque con distinta ponderación, la precariedad como una de las formas dominantes del mundo del trabajo contemporáneo, junto con el desempleo.

Para Castel la precariedad es parte de la conmoción de la condición salarial que quiebra las posiciones en la división social del trabajo y desvincula a los individuos de los sistemas de protección característicos del Estado de Bienestar, constituyendo una zona de vulnerabilidad (Castel, 1997); Gorz por su parte, plantea claramente que en el post-fordismo la figura central es la del precario, que se contrapone a la forma-empleo del modelo industrial fordista cuyas características distintivas eran la estabilidad, una adecuada remuneración y altos índices de ocupación que configuraban una sociedad de pleno empleo o casi pleno.

En lo que atañe a una tipificación de las modalidades del trabajo en la estructura del mercado de empleo, Beccaria, Carpio y Orsatti (2000) definen al empleo precario como lo contrario del empleo regular, normal o protegido que se caracteriza fundamentalmente por la estabilidad y la cobertura social; por oposición, el empleo precario se caracteriza por: 1- inexistencia de contrato laboral o contratos a corto plazo por tiempo determinado; 2- falta de aportes a la seguridad social; 3- más de un empleador, o empleador no fácilmente identificable; 4- lugar de prestación laboral fuera del domicilio del empleador; 5- ingreso básico definido en negociación individual, sin referencias provenientes de la negociación colectiva, eventualmente con el salario mínimo vigente como referencia; 6- no percepción de componentes típicos de las remuneraciones (vacaciones, aguinaldo, asignaciones familiares,

(el cual gobierna en gran medida el modo de consumo y de vida de los obreros y sus familias), una forma de disciplina del trabajo que regula el ritmo de la producción, y el marco legal que estructura la relación de trabajo, es decir el contrato de trabajo y las disposiciones que lo rodean”; criterios que utiliza para precisar que la relación salarial puede tomar diferentes configuraciones dentro del capitalismo.

otros adicionales de convenio), 6- no afiliación sindical; h- insatisfactorias condiciones de higiene (Beccaria et al., 2000).

En síntesis podemos señalar a partir de todo lo expuesto en los párrafos anteriores que la situación es bastante compleja si pretendemos reflexionar acerca de la paradójica relación entre el discurso de la promoción de la salud, la estrategia de APS y los vínculos laborales de los promotores, en este sentido nos preguntamos ¿puede el sistema público de salud promover la salud de una comunidad, cuando uno de sus recursos humanos claves para llevar adelante la estrategia se encuentran totalmente precarizados? obviamente la respuesta es no, pero entonces nos preguntamos ¿la promoción de la salud y la estrategia de APS es solo un discurso conceptual del sistema? ; A partir de estos interrogantes pretendemos llamar la atención, al decir de Bauman la crítica como llamado al cambio a todos los que estamos involucrados explícita e implícitamente en el ámbito de la salud. (Bauman: 2009)

6. Reflexiones preliminares: Promoción de la salud Vs condiciones de trabajo precaria

Nuestra propuesta en este trabajo, se orientó a reconsiderar conceptual y prácticamente la definición de la precariedad laboral y su paradójica relación con el discurso de la promoción de la salud y la estrategia de APS del sistema de salud pública en general y en particular de la provincia de Misiones.

En un contexto económico-social que evidencia un claro mejoramiento, resulta oportuno plantear aspectos que la urgencia no permite atender.

En la mayoría de los casos analizados los resultados se concentran en torno de las actividades desarrolladas con la comunidad a partir de la implementación de programas de promoción y prevención Nacionales y Provinciales (REMEDIAR, Nacer, Misiones Salud, Salud Reproductiva y Procreación Responsable, etc.) que se ejecutan en cada efector de salud; es decir, en todos los casos las actividades con la comunidad se traducen en la realización parcial de los objetivos propuestos en los documentos bases de cada programa.

A partir del análisis de la capacidad operativa de cada uno de los efectores bajo estudio podemos señalar que en la mayoría de los casos, estos no tienen suficientemente en cuenta la estructura social y las necesidades específicas de la población, así como las estrategias que estas utilizan para satisfacer sus problemas de salud. Es decir, que existen contradicciones entre los problemas mencionados por la población y las demandas que éstas presentan al sistema. En efecto, los efectores están sobrecargados de las demandas de la población bajo

cobertura, sobre las cuales tienen poca posibilidad de acción en el sentido de satisfacción real de las necesidades de la población bajo cobertura.

Las actividades de los promotores de salud en los efectores seleccionados en esta investigación pudimos observar que las mismas se dirigen a la captación y seguimiento de pacientes de riesgo, al reporte de la situación de salud de la población asignada a cada uno de ellos al coordinador de cada grupo; llevan adelante las tareas de prevención y promoción de la salud comunitaria a través de la participación activa en la ejecución de los programas nacionales y provinciales y son los encargados de la actualización de datos socio-sanitarios al sistema de salud provincial. Aunque también desempeñan tareas no previstas en normativa que los capacitó y supuestamente los rige.

Casi en todos los casos los promotores de los efectores seleccionados poseen un vínculo laboral precario con el Ministerio de Salud Pública. En este sentido [17] señala que, existe una fuerte correspondencia entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que cubren a un individuo ante los riesgos de la existencia. Por lo tanto, trabajo estable/inserción relacional sólida caracteriza una zona de integración. A la inversa, conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión o de desafiliación. En este sentido podemos afirmar que los promotores de salud de estos efectores se caracterizan por estar en una zona de vulnerabilidad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECCARIA, L., CARPIO, J. y ORSATTI, A. (2000) “Argentina: informalidad laboral en el nuevo modelo económico” en *Informalidad y exclusión social*. (Buenos Aires: F.C.E.).
- CASTEL, Robert. (1997) *La Metamorfosis de la cuestión social*. Lanús- Paidós, Buenos Aires.
- CASTEL, Robert. (2008). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Editorial Manantial. Buenos Aires.
- CZERESINA, Dina y Machado Carlos de Freitas. (2006) “Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias.” Ed. Lugar. 1º Edición. Buenos Aires.
- DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q*, 1966; 44:166-206.

- FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. En Kerr White (Editor principal). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington DC. OPS. 1992
- KROEGER Axel, LUNA, Ronaldo. Atención primaria de la salud principios y métodos” OPS. Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg. Fundación Alemana para el desarrollo internacional. Editorial Pax México. 1º edición 1987
- LAURELL, Cristina A. (1994) La salud: de derecho social a mercancía. (En: Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. UNAM. Fundación Friedrich Ebert. México)
- LINDENBOIM, Javier; GONZALEZ, Mariana, SERINO, Leandro. 2000. “La precariedad como forma de exclusión” en J. Lindenboim (compilador) Crisis y metamorfosis del mercado de trabajo. Parte 1: Reflexiones y diagnóstico. FCE-UBA, Buenos Aires, 2000. Cuadernos del CEPED, Nro. 4, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ Eduardo:(1990) Orientaciones, desiguales y transacciones. En: Cuaderno de Casa Chata nº 179. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social. México.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1998) “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. *Estudios Sociológicos*, 46:37-67.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES Documento Base del Programa de Formación de Agentes Sanitarios, 2008
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES. Ley de Salud Provincial. 2007
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA: Plan Federal de Salud 2004-2007.
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA: Programa Nacional de Salud. 2008
- OPS/OMS. (1993) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud. Hsp/Silos-26. Washington, doc.

- OPS/OMS. Municipios Saludables. Serie Comunicación para la Salud, nº 11, Washington doc.: OPS, 1997
- SAMAJA J. (2004). Epistemología de la salud. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- STARFIELD, Bárbara. Medición de los logros de la atención primaria. En Kerr White (Editor principal). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington doc. OPS. 1992.
- VOURI H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? Atención Primaria, 1983.