

**“LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BAJO POLÍTICAS ESTATALES NEOLIBERALES.
EL CASO DEL PARTIDO DE MORENO DURANTE LAS DÉCADAS DE LOS OCHENTA
Y NOVENTA.”**

Cabral, Natalia S.

Maestranda en Políticas Sociales (UBA)

Docente de la Universidad Nacional de Moreno (UNM)

Domicilio: Soriano 3983, Francisco Álvarez, Moreno, Provincia de Buenos Aires.

Código postal: 1746

Tel de contacto: (011) 1558404813

Mail de contacto: nataliasolcabral@gmail.com

Tipo de trabajo (enfoque): Cualitativo

Categoría temática: Promoción de la salud

RESUMEN

Introducción

Tanto desde el ámbito académico como desde el sentido común se suele sostener que nuestro país ha sufrido la implementación de políticas estatales de corte neoliberal. El sector salud no fue la excepción.

Entendiendo que las actividades de prevención y promoción son fundamentales dentro de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), un interrogante es: ¿Qué lugar ocupó la Promoción de la Salud (PS) en contextos neoliberales?

Objetivos, materiales y métodos

El objetivo general es conocer las actividades de PS expresadas en políticas estatales locales y/o acciones de la comunidad en la década del noventa. Los objetivos

específicos son comprender el contexto de las políticas sociales; realizar un relevamiento de los periódicos locales y analizar el lugar otorgado a la PS.

El enfoque es cualitativo y el tipo de diseño utilizado es la Investigación Acción Participativa. La recolección de datos será a través del relevamiento del periódico *Para Ud...!*, documentos de políticas estatales y entrevistas a informantes clave.

Resultados

El análisis permitió profundizar la mirada sobre las acciones de promoción de la salud muchas veces omitidas en la gestión pública. Se evidenciaron experiencias que han privilegiado acciones colectivas de PS y el desarrollo de la Estrategia de APS.

Discusión

Se establecieron relaciones entre los resultados obtenidos y las políticas estatales de promoción de la salud en contextos neoliberales. Se identificaron lineamientos y condicionamientos del contexto hegemonía neoliberal.

Conclusiones

No se han encontrado mayores referencias a políticas sanitarias que promovieran estrategias de prevención y PS. Se destaca la importancia de generar instancias que privilegien el rol de la comunidad en la resolución de los problemas de salud desde una mirada integral, pero que, al mismo tiempo, esto no suceda frente a un Estado ausente.

Palabras claves:

Promoción de la Salud – Sector público – Neoliberalismo -Moreno

Modalidad de presentación y soporte técnico requerido: cañón multimedia y computadora.

TRABAJO COMPLETO

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BAJO POLÍTICAS ESTATALES NEOLIBERALES. EL CASO DEL PARTIDO DE MORENO DURANTE LA DÉCADA DEL NOVENTA.

Cabral, Natalia S.

Maestranda en Políticas Sociales (UBA)

Docente de la Universidad Nacional de Moreno (UNM)

Introducción

Tanto desde el ámbito académico como desde expresiones del sentido común se suele sostener que durante la época comprendida entre el establecimiento de la última dictadura militar y los inicios del siglo XXI, nuestro país ha sufrido la implementación de políticas estatales de corte neoliberal. Aquí, la noción de “sufrido” es claramente intencional ya que numerosos estudios demuestran los efectos negativos que este modelo impuso en términos de desempleo, pobreza y desigualdad (Cárcamo y Tenewicki, 2012; Basualdo, 2011; Hopenhayn y Barrios, 2003). Con el correr del tiempo, resultó claro que el sector salud no escapó a esta situación. Aunque muchos trabajos han podido dar cuenta de las consecuencias de estas medidas hacia el deterioro del sistema de salud argentino, puede destacarse que en su gran mayoría esas investigaciones se han centrado en un análisis a nivel macroeconómico y, en algunos casos, se ha hecho hincapié en ciertos puntos clave de la economía como condicionantes de las políticas sociales en general. Por otra parte, si bien existen estudios que evidencian las características sobresalientes en el sector público de salud luego de la implementación de medidas neoliberales (Chiara y Moro, 2011; Chiara y Di Virgilio, 2005; Fleury, 2008), en general no se ha hecho foco en el eje de promoción de la salud sino que se han privilegiado análisis de gestión y organización de los servicios de atención.

En este marco, el presente trabajo propone profundizar en diversos ejes de análisis poco transitados. En primer lugar, desde un abordaje interdisciplinar, se

plantea la necesidad de comprender el desarrollo del modelo neoliberal en el sector salud puntualizando la mirada sobre las políticas estatales que se llevaron adelante en esa época y conociendo estrategias comunitarias que trabajaran el tema desde la sociedad civil. En segundo lugar, será importante concebir la manera en la que los lineamientos políticos nacionales y provinciales se tradujeron –o no- en las medidas que llevaron adelante los gobiernos locales y en las actividades desarrolladas por la comunidad. En tercer lugar, resultará pertinente enfocarse en una provincia que en dicho período tuvo un gran crecimiento demográfico como es Buenos Aires, y particularmente, la región denominada conurbano bonaerense –territorio que además fue epicentro de una fuerte densidad del conflicto social-.

Frente a lo anterior, se cree oportuno preguntarse: ¿Cuál fue la vinculación entre las políticas estatales neoliberales con las estrategias desarrolladas en el subsector público de salud en los gobiernos locales del conurbano bonaerense durante la década del noventa? Ahora bien, el prestar atención a la salud en el presente trabajo supone ampliar la mirada más allá de los servicios de salud e implica incluir específicamente el análisis de las acciones de Promoción de la Salud. Entendiendo que las actividades de prevención y promoción son fundamentales dentro de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), otro interrogante que se abre es: ¿Qué lugar ocupó la promoción de la salud en un contexto neoliberal? Sobre esto, suele haber muchas expresiones que se dan por supuestas como verdades aunque sin fundamento empírico, por ende, el desafío sería otorgar mayor fuerza –teórica y práctica- a este tipo de razonamiento.

Partiendo de un proceso de investigación más amplio en el marco de la realización de una tesis de maestría, resulta oportuno seleccionar al partido de Moreno como referencia para centrarse en un estudio de caso. En este escrito, se tendrá como objetivo general conocer actividades de promoción de la salud – traducidas o no en políticas estatales locales- durante la década del noventa considerada como un contexto neoliberal. Los objetivos específicos se han planteado son el comprender el contexto nacional y provincial de las políticas sociales implementadas; realizar un relevamiento exhaustivo de los periódicos locales publicados en ese corte temporal y analizar el lugar otorgado ,tanto por el Estado

como por la comunidad, a la promoción de la salud en Moreno durante la década del noventa.

A su vez, el propósito de este estudio es poder dar cuenta de experiencias que han privilegiado acciones colectivas de promoción de la salud y el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en un territorio de intensa complejidad como lo es el conurbano bonaerense y, más aún, en tiempos neoliberales. La intención es poder obtener ciertos aprendizajes de la historia reciente y, así, promover futuras reflexiones acerca de planificaciones y medidas de gestión posibles.

1. Planteamiento del problema

I. Categoría temática

Este trabajo se enmarca en la categoría temática propuesta bajo el nombre *Promoción de la Salud*. Si bien puede pensarse que el objeto de estudio –a saber: actividades de promoción de la salud expresadas en políticas estatales y/o en acciones de la comunidad en Moreno durante contextos neoliberales- pueda desarrollarse, en parte, desde las áreas de gestión y administración de servicios de salud es preciso aclarar aquí que el observar la forma en que se organizan los recursos y las capacidades de los servicios para atender las necesidades de la población resulta de índole secundaria. Esto supone que el centro del estudio no está puesto en el conocer los modos de organización de las prácticas de los y las trabajadoras de la salud ni en la reorganización de los recursos disponibles para atender las demandas sino en comprender qué lugar se le otorga a las actividades de promoción de la salud. Como se viene sosteniendo, las políticas estatales y el contexto de la gestión local para analizar el caso de Moreno serán importantes pero en vistas de contextualizar la problemática seleccionada y comprender ese fenómeno.

Ahora bien, el objeto de investigación elegido principalmente supone indagar sobre las actividades colectivas que se realizan con el fin de promover y trabajar diversas aptitudes grupales que tienden a contrarrestar los determinantes que limitan la vida, y al mismo tiempo, buscan generar entornos y prácticas saludables. Para ello, se contemplarán los componentes de la estrategia de APS como pueden ser la

accesibilidad, la integralidad, la universalidad o la intersectorialidad. A su vez, se mantendrá un especial interés en dar cuenta de un actor social en particular: la Promotora¹ Comunitaria de la Salud. Aunque la denominación de la figura es más bien reciente, se interrogará sobre los antecedentes en la conformación de esa figura en el sistema sanitario, el lugar que se le ha otorgado en la historia reciente a la Promoción de la Salud y las tareas que se han llevado adelante por el Estado y la sociedad civil.

II. Contexto de estudio

Como se ha mencionado anteriormente, este estudio se enmarca en un proceso más amplio de investigación en la tesis de maestría² de la investigadora. La misma se titula *“La accesibilidad a la salud en el conurbano bonaerense: la experiencia de Promotoras Comunitarias de Salud en el partido de Moreno”*. Allí, principalmente el análisis se centra en explicar en qué medida la intervención en promoción de la salud contribuye a la integración de poblaciones vulnerables y a la mediación exitosa de los programas de salud estatales, abonando –de esta forma- a la reducción de la fragmentación del sistema de salud.

El objetivo general de la tesis de posgrado 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,

¹ Debido a que la mayoría de las personas que cumplen la función de Promotores/as Comunitarios/as de Salud son mujeres, en este trabajo se utilizará el género femenino como denominación que integrará a ambos géneros.

² El posgrado para el que se encuentra realizando la tesis se titula Maestría en Políticas Sociales y pertenece a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

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 extenso 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 trabajadas -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 delinean el rol, las tareas e incumbencias de las PCS. Adicionalmente, 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.

III. Objetivos y propósito

En consecuencia, y teniendo en cuenta lo anterior, en el presente trabajo el foco se hará sobre la década del noventa para obtener un producto necesario en vistas de cumplir el objetivo específico de reconstruir en la historia reciente las estrategias de promoción de la salud que se han desarrollado en el sistema de salud de Moreno. Cabe aclarar que recientemente se ha presentado un estudio que permitió dilucidar los aspectos principales de la problemática durante la década del ochenta. Esta tarea de producción de conocimiento se realizó en una ponencia titulada *“Los Centros de Salud en el municipio de Moreno, el primer nivel de atención y su relación con el marco legal nacional y provincial en la década del ochenta”* presentada en las IV Jornadas de

Historia Reciente del Conurbano Bonaerense y la I Jornada De Historia Reciente de la Provincia de Buenos Aires en la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS) en el corriente año.

Por ende, en este escrito el objetivo general es conocer las actividades de promoción de la salud expresadas en políticas estatales locales y/o acciones de la comunidad en la década del noventa considerada como un contexto neoliberal. El problema plantea interrogantes como el siguiente: ¿Cuál fue la vinculación entre las políticas estatales neoliberales con las estrategias desarrolladas en el subsector público de salud y la sociedad civil en los gobiernos locales del conurbano bonaerense durante la década del noventa? Para atender a esta pregunta, los objetivos específicos son comprender el contexto nacional y provincial de las políticas sociales implementadas; realizar un relevamiento exhaustivo de los periódicos locales publicados en ese corte temporal y analizar el lugar otorgado a la promoción de la salud en Moreno durante la década del noventa.

El propósito de este estudio es poder dar cuenta de experiencias que han privilegiado acciones colectivas de promoción de la salud y el desarrollo de la Estrategia de APS en el conurbano bonaerense bajo contextos neoliberales. Se busca obtener aprendizajes de la historia reciente y, a partir de allí, brindar aportes para futuras planificaciones y medidas en la gestión pública.

IV. Acerca de la autora y el proceso de investigación

La autora de este trabajo es Licenciada en Ciencia Política (UBA), ha entregado recientemente su trabajo final para recibirse de Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales (UBA) y está en proceso de realización de la tesis de la Maestría en Políticas Sociales (UBA). Desde el año 2013 es docente del Departamento de Economía y Administración de la Universidad Nacional de Moreno en la asignatura Historia del Pensamiento Social y Político bajo la titularidad de Daniel Arroyo. Además, a partir de 2016 forma parte del equipo docente del Taller de Ciencias del Curso de Orientación y Preparación Universitaria (COPRUN). Por otra parte, la autora desempeña desde el año 2011 tareas de gestión en el sector público de salud -seis años en el Ministerio de Salud de la Nación y cuatro años en la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno-.

Ahora bien, considerando la posición que adopta la investigadora frente a su tarea en el proceso de investigación, es preciso remarcar ciertas cuestiones. Por un lado, se considera un paradigma de tipo cualitativo para la presente investigación, teniendo en cuenta que se busca comprender las acciones colectivas de promoción de salud llevadas a cabo en contextos que podrían considerarse adversos a este tipo de iniciativas. Aquí lo importante es poder dar cuenta de una mirada amplia sobre los procesos de implementación de políticas, las actividades realizadas por la sociedad civil y la incidencia en los modos de vida de la población en general. Asimismo, en esta oportunidad se trabajará sobre un estudio de un caso, el partido de Moreno para poder abordar el tema de interés obteniendo profundidad y tener en cuenta una multiplicidad de variables de análisis.

Por otro lado, cabe aclarar que la investigadora trabaja desde una concepción de la *ciencia como acción*, es decir, comprendiendo que la pretensión de conocer el mundo implica actuar sobre él y, en definitiva, transformarlo (Dewey, 1986). En este sentido, es importante ver que la propia definición del problema es producto de una construcción y de una interpretación de la realidad que se lleva adelante al mismo tiempo que los y las investigadoras interactúan con el mundo –no situándose en un lugar distante y objetivo-.

En la misma sintonía, deteniéndose en las características de la disciplina de grado de la investigadora y siguiendo a Sartori (2002), puede pensarse que la ciencia política es relevante –entre otros aspectos- porque constituye un tipo de conocimiento empírico que pretende comprender la realidad pensando siempre en obrar sobre la misma, es decir, conocer y, también, intervenir sobre la realidad que se describe, planteando posibles soluciones a los problemas que identifica. A su vez, esta disciplina posibilita estudiar si los programas estatales (entre los que se encuentran también los sanitarios) respetan su aplicabilidad, entendiendo que debería existir cierta correlatividad entre la forma en la que un proyecto se desarrolla y la manera en que fueron previstos sus propósitos y objetivos. La utilidad de los estudios que parten desde la ciencia política reside en la posibilidad de poder poner en juego esa aplicabilidad para establecer propuestas que sirvan para re-pensar las instancias de planificación y gestión de políticas sociales en general.

Sin embargo, sostiene este autor que “la ciencia política es la más difícil, o la más obstaculizada, de todas las ciencias del hombre” (Sartori, 2002:52). Esto es visto de esta forma porque toda ciencia social supone un proceso cognoscitivo complejo donde el lenguaje especializado de cada campo debe atender los riesgos de que las palabras que se utilicen no resulten ambiguas en sus significados, de ahí que el autor enfatiza en la necesidad de precisar el lenguaje y definirlo de modo adecuado. Simultáneamente, el significado que se le otorga a los conceptos no debe ser vago respecto a las cosas o procesos que representa –referente-. Por lo tanto, el principal problema para las ciencias sociales radica en que, a diferencia de las ciencias naturales, el referente es el propio ser humano, es decir, son otras personas que interactúan libremente con otros sujetos y que reproducen hasta el infinito la tríada palabra-significado-referente. Y en el caso de la ciencia política, se suma que la precisión de los conceptos tiende a ser un proceso más arduo aun ya que la propia disciplina se encuentra en una encrucijada. Por un lado, es incitada a elevarse teóricamente hacia la filosofía política y, por otro, corre constantemente el peligro de terminar reproduciendo el lenguaje corriente de la acción y las ideologías presentes en el sentido común. En este marco, cabe recordar que la ciencia política –a diferencia de la sociología por ejemplo- se encuentra ampliamente precedida por tradiciones de la filosofía política desde la antigüedad (entre los que se pueden nombrar a Platón y a Aristóteles como los teóricos más representativos de esa época) y, a su vez, estudia un tema (la política) sobre el que suele considerarse que todas las personas pueden opinar y ocuparse con total libertad.

Finalmente, resulta pertinente considerar: ¿Por qué llevar adelante un estudio desde la ciencia política sobre las políticas estatales de salud? ¿Las ciencias médicas no serían más pertinentes para estudiar este tipo de fenómenos? El campo de la salud, ¿no debería ser objeto de análisis en el marco de las ciencias naturales? Pese a que sigue siendo predominante el modelo médico hegemónico en el tratamiento de las cuestiones que refieren a la salud y la enfermedad de las personas, se ha destacado que la ciencia política puede brindar otra mirada que sea igual de importante. Entonces, se sostiene que la utilidad de la ciencia política, en este caso, reside en partir de un campo de conocimiento que desde el inicio plantea posibles propuestas e intervenciones, en definitiva, la acción.

Metodología

Este trabajo se encuentra enmarcado en un enfoque de tipo cualitativo ya que, teniendo en cuenta la posición que adopta la investigadora respecto al objeto de estudio, se trata de un trabajo en el que la producción de conocimiento busca comprender las problemáticas de la accesibilidad a la salud considerando como un elemento fundamental la promoción de la salud. En este caso, aunque se tendrán en cuenta de modo secundario algunos datos cuantitativos tales como ciertos porcentajes, tendencias o frecuencias estadísticas, no se pretende dar cuenta sólo de datos cuantitativos sino que se le otorga más relevancia a aquellos aspectos que muestren cualidades, valoraciones, significaciones y sentidos sobre la promoción de la salud dentro del desarrollo de políticas públicas y acciones de la comunidad en el Municipio de Moreno. La razón principal radica en que se sostiene que este tipo de caracterizaciones colaborará más en la interpretación del fenómeno a analizar, contribuyendo de este modo a la comprensión de la complejidad de la realidad.

El tipo de diseño utilizado para este trabajo se basa en la Investigación Acción Participativa. Ya se ha hecho referencia a la importancia de la concepción de la investigación como acción, principalmente resaltando la idea –e intención de la investigadora- de brindar aportes sustanciales que pretendan transformar la realidad. Asimismo, la noción de participación aquí es clave, al menos, en dos sentidos. En primer lugar, la persona que investiga forma parte del ámbito de la gestión en la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno y, por ende, está claramente involucrada en las decisiones y percepciones directas sobre las acciones de promoción de la salud que se llevan adelante en esa jurisdicción. En segundo lugar, en la investigación constituye una parte fundamental la mirada de las actuales Promotoras Comunitarias de Salud dentro del proceso de producción del conocimiento.

La recolección de datos en este caso será a través del relevamiento de una fuente novedosa y poco transitada como lo es el periódico *Para Ud...!*, la utilización de documentos que den cuenta de las políticas estatales del sector salud en el contexto neoliberal y la obtención de información a través de entrevistas a informantes clave –

considerando tanto la mirada de Promotoras Comunitarias de Salud como así también la perspectiva de gestores locales-.

Por último, a lo largo de la investigación se han tomado las consideraciones éticas y las explicaciones correspondientes en vistas de realizar este trabajo bajo el consentimiento explícito de quiénes fueron entrevistados y/o han aportado información.

Resultados

En este apartado se llevará adelante un análisis de los datos obtenidos en parte del proceso de investigación. La mayor fuente de datos utilizada para este trabajo fue el periódico local *Para Ud!...* Para ello, se contó con la colaboración de la Biblioteca de la Universidad Nacional de Moreno (UNM). 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. Si bien no se pudo identificar explícitamente una línea editorial clara y la mayoría de los artículos son de autoría anónima, algunas claves para ilustrar su influencia es que el material se difundía especialmente en la zona de Moreno centro, que tiene una existencia que data desde el año 1935 y que, por lo que se deja ver en sus artículos, mantenía un vínculo cercano con las dependencias municipales y sus autoridades.

Para esta ocasión, se realizó una revisión exhaustiva de los periódicos seleccionando el período enero de 1990 a diciembre de 1999, entendiendo que el foco del estudio reside en la década del noventa y la indagación sobre antecedentes recientes de actividades de promoción de la salud, relacionándolas –al menos de modo indirecto- a los lineamientos de las políticas estatales nacionales y provinciales.

Ahora bien, corresponde en esta instancia presentar y analizar los datos obtenidos de dicho relevamiento pero siempre pudiéndose complementar la información recaudada en entrevistas. Desde la interpretación de la investigadora, algunos puntos a destacar son los que se mencionan a continuación.

En principio cabe aclarar que el periodo comprende tres gestiones de intendentes diferentes. A inicios de la década se encuentra terminando su mandato

Ernesto Lombardi (1987-1991) representando el Partido Justicialista (PJ), luego de una fuerte interna y división dentro de dicho partido, gana las elecciones Julio Asseff (1991-1995), quien pertenecía al partido Unión Vecinal, y finalizando el corte temporal elegido, Mariano West (1995-2002) lleva adelante la intendencia desde el PJ. Aquí, la alternancia y no la continuidad es una característica distintiva, frente la re-elección y una perdurabilidad del gobierno de Carlos Menem a nivel nacional. Teniendo presentes las políticas macroeconómicas, podría decirse que en las noticias sobre el sector salud en la gestión de Lombardi están marcados por los efectos de la hiperinflación –que acarrea numerables aumentos de costos para insumos y medicamentos- y enormes dificultades económicas para sostener las políticas municipales en general, de hecho Lombardi llegó al límite de realizar una huelga de hambre en La Plata solicitando dinero al gobierno de la Provincia de Buenos Aires en febrero y marzo de 1991. Así se ilustra en el comunicado a la población que se muestra en la Figura N°1:

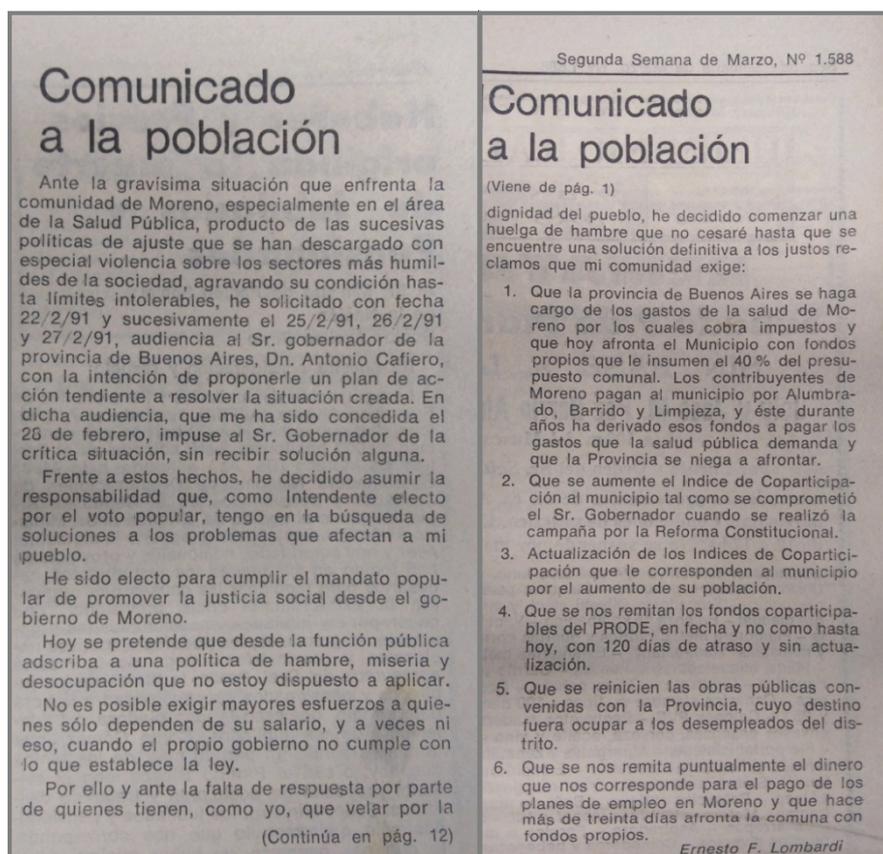


Figura N°2: Artículo titulado “Comunicado a la población” en el que el intendente Lombardi anuncia su huelga de hambre como medida de fuerza para oponerse a las políticas de ajuste solicitadas a nivel provincial y se manifiesta una solicitud para financiar la salud pública de moreno, que ocupaba un 40% de los gastos estatales.

Fuente: Periódico Para Ud!..., año 1991, mes de marzo, segunda semana, p.1 y 12.

En el gobierno de Asseff se destacaron algunos anuncios referidos al peligro de las privatizaciones y, por otra parte, el control de la inflación por parte de Menem como algo positivo. En el gobierno de West estuvo marcado por noticias sobre la acentuación de las consecuencias negativas de las políticas neoliberales y se demuestra una alta densidad del conflicto social.

Otra de las condiciones que tuvieron que enfrentar los gobiernos locales a lo largo de los noventa fue el aumento de la población en el partido, esto ya se destacaba en el comienzo de la década según los resultados publicados por el periódico, a través del Censo Nacional de Población y Vivienda había marcado un aumento del 47,8% entre 1980 (donde había 194.440 habitantes) y 1990 (donde se registraron 287.295 personas).

Ahora bien, si concebimos la importancia de la promoción de la salud como elemento fundamental en la Estrategia de APS para responder de modo efectivo a las necesidades de la población, se podría considerar que un 85% de las demandas se resolverían en el primer nivel de atención, un 10% en el segundo nivel y sólo un 5% en el tercer nivel. Todo esto en vistas de cómo deberían ser las cosas. Sin embargo, atendiendo a cómo sucedieron los hechos en realidad, puede verse que durante la década del noventa hay numerosas noticias que hacen referencia a un segundo nivel, plasmado en el Hospital Mariano y Luciano de la Vega, totalmente desbordado. Los efectos negativos de las medidas neoliberales se acrecentaron con el correr de los años, de hecho, en los años 1990 y 1991 todavía es posible ver algunas iniciativas para mejorar la atención (inauguración de sala de pediatría, políticas activas de recuperación de costos a las obras sociales, reconocimiento y premios a especialistas distinguidos o anuncios de proyecciones). Es claro que en esta década muchos aspectos de la salud pública se vieron deteriorados, siendo algunos problemas recurrentes el aprovisionamiento de insumos y medicamentos. Esto puede observarse en la Figura N°2:



Figura N°2: Artículo titulado “Arráncame la vida” en el que se describe la falta de insumos del Hospital Mariano y Luciano de la Vega y el desborde en la atención de personas enfermas, a partir del análisis del pase a disponibilidad de dos médicos de la institución.

Fuente: Periódico Para Ud!..., año 1997, mes de abril, cuarta semana, p.3.

Más allá de las dificultades económicas que se evidencian en la nota, se destacan interrogantes que revelan la necesidad de trabajo en promoción de la salud. Algunos de ellos son: “¿Dónde están los programas comunitarios de extramuros de los hospitales? ¿Por qué no se financia mejor el servicio público hospitalario y se lo enriquece con actividades en Centros de Salud?” (Vicchio, 1997). En este sentido, se observa cómo algunas respuestas posibles para mejorar el sector de salud en Moreno eran el fortalecer las actividades realizadas fuera del hospital.

Respecto al segundo nivel de atención que se expresa en el mencionado hospital, cabe decir que venía funcionando a cargo del municipio y que fue en el año 1996 que pasó a depender de la Provincia de Buenos Aires lo que conllevó la refacción de nuevas instalaciones que, por un tiempo, se mantuvieron las edificaciones nuevas y

la vieja una al lado de la otra. En 1996 que se transferirá a la gestión provincial, tal como permanece hoy en día y dejando al municipio sin hospital general propio.

Por otra parte, si tenemos en cuenta que es importante para la promoción de la salud –como ya lo sostuvo el informe Lalonde de Canadá en 1974- el reconocimiento de los determinantes de la salud y el considerar la biología humana junto al ambiente, al estilo de vida y a la organización del sistema de salud, hay otros puntos del relevamiento que se pueden destacar. En la primera mitad de la década del noventa son reiteradas las noticias sobre los peligros de la contaminación del Río Reconquista, río que atraviesa doce municipios del conurbano bonaerense, teniendo su nacimiento en Marcos Paz, y a su vez el Dique Roggero -la presa reguladora del cauce del río- que limita con Moreno, Merlo, Marcos Paz y General Rodríguez. Lo que se observó fue la relevancia de la salud ambiental a partir de la muestra de reclamos de la comunidad y las medidas anunciadas en torno al saneamiento y canalización del río, teniendo en cuenta que parte de la población se organizaba para exigir y controlar las políticas socio-sanitarias. De igual forma, se encontraron artículos referidos a la necesidad de contar con agua potable y un sistema de cloacas para hacer frente a enfermedades como el cólera, que a lo largo de los años 1991, 1992, 1993 y 1994 fue un problema relevante en Moreno. En este sentido, pudieron identificarse ciertos indicios que dan cuenta de que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino que supone el bienestar general de las personas observando 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) y, por eso, resulta clave la organización de la comunidad.

Por otra parte, las principales medidas de prevención relevadas se relacionan puntualmente con el desarrollo de campañas de vacunación y la implementación de encuentros en instituciones educativas, en general a cargo de equipos médicos del hospital. En el caso del tratamiento del cólera se mostraron diversas charlas informativas que evidenciaron una clara tarea intersectorial ya que involucraba a las escuelas, algunas dependencias municipales –como salud o defensa civil-. No obstante,

no se mostró la participación de instituciones de la comunidad ni acciones fuera de la zona de Moreno centro.

Algo que merece una mención especial es el rol de la sociedad civil en el primer nivel de atención, principalmente en el sostén de los establecimientos de salud en los barrios de Moreno. En particular, el papel que ocuparon las Sociedades de Fomento fueron claves en algunos lugares para sostener la atención sanitaria. Se han relevado varios artículos que muestran cómo la comunidad bajo diversas modalidades organizativas –asociaciones civiles, cooperativas, Sociedad de Fomento, entre otras– convocaba a través del periódico a reuniones donde se generaban actividades para recaudar fondos para “salas de primeros auxilios” y, también, (como se muestra en la Figura N°3), se buscaba que participen los y las vecinas sobre decisiones referidas a la salud.

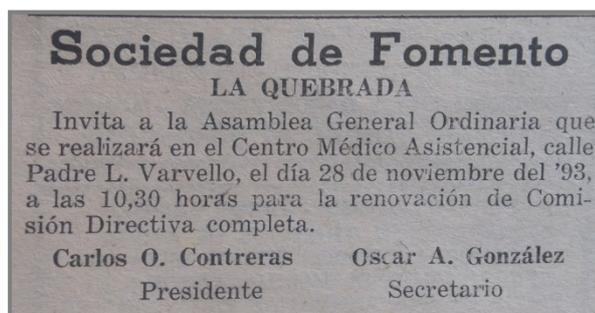


Figura N°3: Anuncio titulado “Sociedad de Fomento” a través del que se convoca a la comunidad a una asamblea destinada para renovar las autoridades de lo que denominan “Centro Médico Asistencial”. Fuente: Periódico Para Ud!..., año 1993, mes de noviembre, primera semana, p.14.

Un tema a destacar también es la denominación de los establecimientos y servicios del primer nivel de atención ya que el concepto no suele ser Centro de Salud sino Sala de Primeros Auxilios, lo que supone que dichas instituciones son vistas principalmente desde la atención (no tanto prevención ni promoción). Lo mismo sucede con una nota de una cooperadora de Paso del Rey que comenta sus reuniones y pedidos al gobierno local para que apoye el trabajo que vienen realizando las y los vecinos a partir de los aportes voluntarios y donaciones de los pacientes. Allí, como se observa en la Figura N°4, se llama Centro Asistencial al efector.

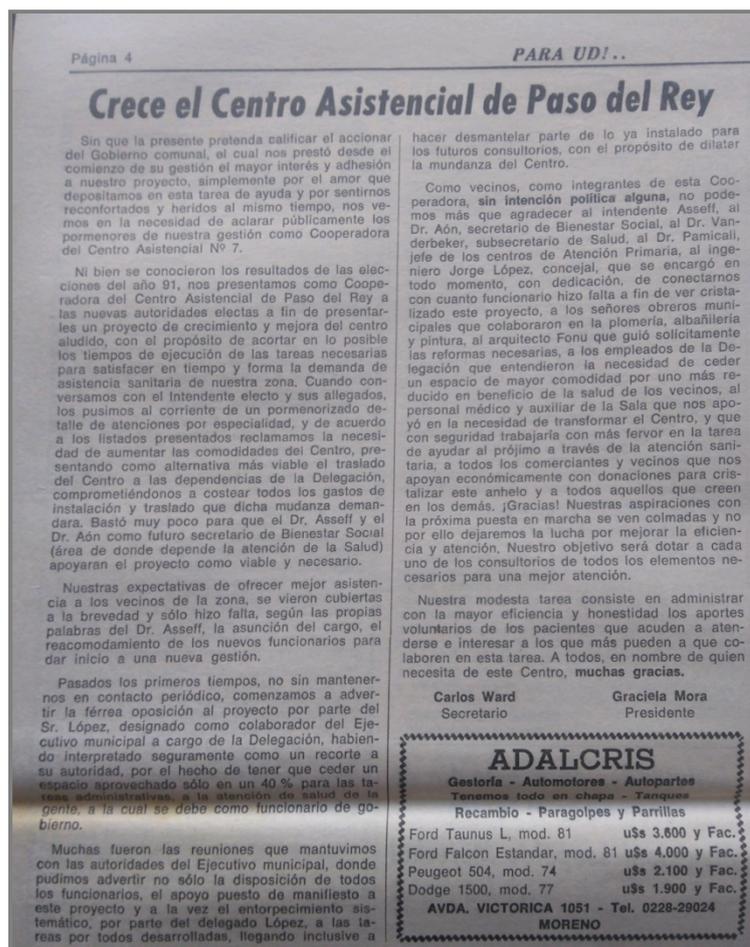


Figura N°4: Artículo titulado "Crece el Centro Asistencial Paso del Rey" en el que se describe la vinculación de la cooperadora de la comunidad que sostiene el espacio de atención sanitaria y las autoridades del municipio. Allí, se hace referencia inclusive a las solicitudes de tierra para seguir ampliando el efector.

Fuente: Periódico Para Ud!..., año 1992, mes de diciembre, primera semana, p.4.

Esto puede relacionarse a las medidas de recorte económico y políticas de tipo focalizadas a partir de las cuales los gastos públicos se concentraban en la emergencia y en situaciones de extrema necesidad. En cambio, son escasas las noticias que den cuenta de políticas estatales que privilegien la prevención de enfermedades y, menos aún, la promoción de la salud.

Al respecto, según el relato de uno de los entrevistados de la gestión local:

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 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 informante clave anónimo, 2019).

Sin embargo, pudo identificarse como un hallazgo importante una iniciativa de formación para la educación superior en el distrito. Aunque se trataba de una oferta de una institución educativa del sector privado, resulta destacable que se tomaba a la Promoción de la Salud como un campo a fortalecer entre los integrantes de la sociedad. Como se puede observar en la Figura N°5, la tecnicatura asume que el contexto socioeconómico promueve en los sujetos el individualismo y, en contraste con eso, busca incentivar a que en la comunidad “a que ella misma se supere, sin depender de otras personas ajenas a sus problemas, esto significa avivar sus potenciales para que los grupos se unan y trabajen para el bienestar común” (*Para Ud!...*, 1996).

Cursos de Promoción Comunitaria

La “promoción comunitaria” tiene como tarea específica intentar impulsar a la comunidad a que ella misma se supere, sin depender constantemente de personas ajenas a sus problemas, ésto significa avivar sus potenciales para que los grupos se unan y trabajen para el bienestar común. Por supuesto que para la estructura gubernamental a la que estamos sujetos, la que es sumamente individualista, este modo de trabajar no es muy conveniente; pero sin embargo es una alternativa para modificar nuestro rumbo como sociedad. La carrera de Técnico Superior en Promoción Comunitaria se puede estudiar, aquí, en Moreno, en el Instituto Superior de Formación Técnica N° 180, en Viamonte 2600, en el edificio de la Escuela Media N° 2, de lunes a viernes, de 19:00 a 22:30 hs. Su duración es de tres años. La inscripción está abierta, de 19:00 a 21:00 hs., ésta es gratuita, igual que todo el ciclo, y el único requisito de ingreso es tener el secundario completo. En próximas publicaciones, ampliaremos sobre esta interesante carrera.

Figura N°5: Anuncio titulado “Cursos de Promoción Comunitaria” en el que se convoca a las personas a la inscripción a la carrera de Técnico Superior de Formación Técnica N°180.

Fuente: *Periódico Para Ud!...*, año 1996, mes de marzo, primera semana, p.1.

Por otro lado, desde el año 1996 en adelante los titulares de la tapa del periódico se comienzan a llenar de temas referidos a las políticas de ajuste económico, el desfinanciamiento del sector salud, la desigualdad social, y especialmente, la pobreza. En algunos casos se difunden nuevos mecanismos de subsistencia, como en el 1997 se encuentran los primeros registros del trueque como salida a la satisfacción de necesidades básicas. Del mismo modo, en la Figura N°6 se puede observar el tema de la alimentación como un elemento fundamental para analizar las causas de los problemas de salud y de la mortalidad infantil.

Esas pobres causas

El Programa Anual de Estadísticas de Salud señala que un 64% de las muertes de niños menores a un año son evitables, dicho en otros términos los más chicos perdieron la vida por una deficiente atención de su salud, no sólo por la imposibilidad de acceder a una salita asistencial, sino por la falta de una vivienda digna y alimentación suficiente. Carencias vinculadas a la pobreza. Sus madres paren auxiliadas por comadronas o solas. La desnutrición está entre las principales razones de muerte en los menores de cuatro años. Moreno redujo esa mortandad infantil, de tener el 28 por mil en 1994 pasó - de acuerdo a un dato suministrado por la Subsecretaría Provincial de Planificación Familiar- al 19,2 por mil. West relaciona esta disminución a los planes alimentarios que vienen de la Gobernación.

Las muertes de los chiquitos que tienen entre 28 días y un año de edad, es decir postneonatos, es alta. El deceso tiene relación directa con el estado de salud de la madre y las condiciones en que se realizó el parto; después del mes de vida la muerte viene co-ligada a condiciones socioeconómicas.

Los especialistas en el área Salud sostienen que las muertes evitables pueden eludirse si se emplean "técnicas sencillas y de bajo costo".

La nómina de criaturas fallecidas muestra que las enfermedades como el sarampión, la rubéola, o hepatitis; afecciones como la neumonía o gripe, bronquitis y anemia hicieron estragos en sus cuerpos. Las diversas "deficiencias nutricionales" son una de las cinco principales causas de muerte en los chicos de hasta cuatro años.

Madres solas

Una porción importante de nacimientos se produce en situaciones de alto riesgo, definidas por características de la madre o las condiciones del parto. En su mayoría son analfabetas o no concluyeron la escolaridad primaria; un importante porcentaje tiene menos de 20 años. Estudios de todos los países indican que la madre joven está ligada causalmente a la mortalidad infantil. Cabe



Figura N°6: Artículo titulado "Esas pobres causas" donde se resalta que la falta una alimentación adecuada, una vivienda digna y esquema de educación incompleto constituyen causas de enfermedades e, inclusive, muertes de niños y niñas.

Fuente: Periódico Para Ud!..., año 1998, mes de julio, primera semana, p.3.

En dicha nota también se puede dar cuenta de la importancia que tomaron en ese contexto el Plan Vida, política que proveía alimentos básicos a través de mujeres que voluntariamente se ofrecían como manzaneras y/o comadres. De hecho, en la nota se adjudica a estos llamados planes alimentarios el incidir en la baja de la tasa de mortalidad infantil en el distrito de Moreno. A pesar de que en siguiente apartado se considerará cómo estos roles comunitarios y referencia barrial serán un antecedente importante para la figura de las futuras Promotoras Comunitarias de Salud.

En este sentido, analizando su trayectoria personal durante esa época, una actual Promotora de Salud sostuvo:

Teníamos que ir a la salita a llevar a los chicos para que los vacunen, teníamos pediatra un día que era para nosotras, las manzaneras, que teníamos que llevar los chicos a pesar y a medir y que lo atienda el pediatra. Y también a las embarazadas, que después de muchos años se incorporó la comadre, donde hubo otra persona más nombrada que solamente se ocupaba de las embarazadas. (...) Éramos trabajadoras solidarias, nunca cobramos un sueldo. (Entrevista a Herrera, 2019)

Asimismo, recordando su tarea en la localidad de Cuartel V, agregó:

Me acuerdo que había mucha pobreza y había muchos chicos desnutridos, con esto del Plan Vida se fue disminuyendo un poco. (...) Yo hacía mi trabajo con la ilusión de sacar la pobreza un poco, más que nada la desnutrición que había en los

niños pequeños. O sea, la desesperación mía era que el alimento llegara a donde tenía que llegar. (Entrevista a Herrera, 2019)

Por lo tanto, en este momento es preciso aclarar que, como toda producción de conocimiento que se desprende de las ciencias sociales, el análisis no se basó en mostrar estrictamente resultados o reglas contundentes sobre el tema, sino más bien reflexiones iniciales y la descripción de la complejidad de la información recaudada. Igualmente, se trata de un apartado que pudo profundizar la mirada sobre las acciones de promoción de la salud –muchas veces omitidas en la gestión pública en todos sus niveles-.

Discusión

La finalidad de este apartado es poder establecer relaciones pertinentes entre los resultados obtenidos y las políticas estatales de promoción de la salud en contextos neoliberales.

Entre los puntos fuertes de este trabajo puede observarse como un aporte válido el identificar los lineamientos y condicionamientos del contexto -a nivel macro- de la hegemonía neoliberal de la década del noventa en el caso de Moreno.

Analizando un punto en particular, en esos años se pueden encontrar antecedentes importantes para la futura formación de Promotoras Comunitarias de Salud. Muchas mujeres que luego serán promotoras 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). Como se adelantado en el apartado anterior, 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.

Por otra parte, es conveniente 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, en la década seleccionada es destacable la reforma del año 1994 de la Constitución Nacional (Art. 75, inc. 22, 1994) porque allí 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, también en el año 1994 fue a partir de 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. Al respecto, 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.

Observando lo más general y a nivel macro, pueden tomarse algunas referencias históricas sobre el neoliberalismo y su influencia en el sector salud. 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.

En fin, 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 autoregulatorio 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.

Para finalizar, se pueden marcar aquellos puntos que resultaron más débiles de este estudio y que, por ende, deben ser tenidos en cuenta en posteriores etapas de investigación. Aquí cabe resaltar que algunos límites tuvieron que ver con la realización de entrevistas que puedan dar cuenta de las actividades de promoción durante la primera mitad de los años noventa, por una cuestión de edad sólo aportan información de los últimos años de esa década. Otro límite de este trabajo fue, por no contar con la extensión adecuada y por el haber privilegiado estudiar una etapa en profundidad, el poder considerar las rupturas o continuidades de esta época con los procesos de dictadura militar, el retorno a la democracia y, del mismo modo, con los inicios del nuevo milenio. Sin embargo, aquellas debilidades podrán transformarse en fortalezas en futuros estudios ya que un punto de partida es el poder dar cuenta de los aspectos a fortalecer en el análisis.

Propuestas

A lo largo de este trabajo resultó notable que durante 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 formaron parte de este proceso.

Se han podido identificar una vasta cantidad de problemáticas que 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, podría pensarse que la comunidad organizada bajo Sociedades de Fomento, cooperativas, asociaciones civiles y diversas modalidades tuvo que hacer frente a las dificultades que se crecentaban al culminar la década.

Finalmente, y más allá del contexto nacional, no se han encontrado mayores referencias a políticas sanitarias que promovieran estrategias de prevención y promoción de la salud. Por eso, se espera que este trabajo pueda servir a la reflexión sobre la importancia de generar instancias que privilegien el rol de la comunidad en la resolución de los problemas de salud desde una mirada integral, pero que, al mismo tiempo, esto no suceda frente a un Estado ausente. Por lo tanto, esta observación debería tomarse en cuenta tanto por la comunidad científica -que muchas veces no saca a la luz experiencias colectivas de promoción de la salud- como así también por parte de quienes ocupan cargos de gestión y tienen el poder de incidir en el diseño y la implementación de políticas estatales en el sector salud en Argentina.

Bibliografía

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.

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.

CÁRCAMO, J. S. y TENEWICKI, M. (2012). *El modelo de crecimiento con inclusión social. Asignaturas pendientes*. Buenos Aires, Editorial Mimeo.

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.

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.

CZERESNIA, D. y MACHADO DE FREITAS, C. (2008). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Editorial Lugar.

DEWEY, J. (1986), *La reconstrucción de la filosofía*. Barcelona. Planeta Agostini.

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.

HOPENHAYN, B. y BARRIOS, A. (2003). *Las malas herencias*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

SARTORI, G. (2012), *La política. Lógica y método de las ciencias sociales*. México. Fondo de Cultura Económica.

PERIÓDICOS PARA UD!..., Período enero de 1990 a diciembre de 1999, Villa General Zapiola, Paso del Rey; en Biblioteca de la Universidad Nacional de Moreno.

Informante clave anónimo (2019) Entrevista realizada por Natalia Cabral en mayo de 2019, Moreno. Actualmente desempeña sus funciones como gestor en la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno.

Herrera, A. (2019) Entrevista realizada por Natalia Cabral en septiembre de 2019, Moreno. Actualmente desempeña sus funciones como Promotora Comunitaria de Salud en el Centro de Salud Anderson, localidad de Cuartel V.

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.

Constitución De La Provincia De Buenos Aires (1994).

Constitución Nacional Argentina (1994).

Instituto de Desarrollo Urbano, Ambiental y Regional (2018). *Mapa de Moreno con áreas programáticas por CAPS y asentamientos*. 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.

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.

VILAS, C. (2011). *Después del neoliberalismo. Estado y procesos políticos en América Latina.* Lanús: UNLA.

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.

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.

ESPING ANDERSEN, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar.* Edicions Alfons el Magnanim, Valencia.