

La incorporación de promotores de salud en los equipos de los centros de salud de CABA

Una reflexión teórica desde diversos modelos sanitarios

The Incorporation of Health Promoters into the Teams of Primary Health Centers in Buenos Aires City: A Theoretical Reflection from Diverse Health Models

Walter Cuevas

Quiroga Florencia

Pereiro Natalia

Wagner Gabriela

Resumen

La incorporación de promotores y promotoras de salud en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) constituye un proceso innovador que interpela los modelos tradicionales de organización sanitaria. Desde su implementación en 2016, en el marco del Plan de Salud de la Ciudad, el rol se consolidó progresivamente mediante becas de formación, programas de capacitación continua e instancias de institucionalización que culminaron con su incorporación a la planta del sistema público en 2020. Este ensayo analiza la trayectoria de los y las promotoras de salud en CABA, considerando tanto los avances en su integración a equipos interdisciplinarios como las tensiones persistentes frente al modelo biomédico hegemónico. Asimismo, se examina la sistematización de las acciones comunitarias a través del Formulario de Actividades Comunitarias del SIGEHOS, herramienta que posibilita visibilizar, estandarizar y evaluar las intervenciones territoriales, generando evidencia clave para la planificación de políticas públicas. El análisis se enmarca en la reflexión teórica de los modelos sanitarios, contrastando las limitaciones del paradigma biomédico con los aportes de la Atención Primaria de la Salud (APS) y de la Salud Colectiva latinoamericana. En este contexto, el rol del promotor aparece como un puente estratégico entre el sistema sanitario y la comunidad, capaz de integrar los determinantes sociales de la salud en la práctica cotidiana. La experiencia de CABA permite discutir los desafíos de profesionalización, reconocimiento institucional e interdisciplina, y aporta elementos para repensar un modelo de APS renovado, participativo y centrado en la comunidad.

Palabras claves: promotores de salud; primer nivel de atención; modelos sanitarios; salud comunitaria; APS.

Abstract

The incorporation of community health promoters into Buenos Aires' *Centros de Salud y Acción Comunitaria* (CeSAC) represents an innovative process that challenges traditional health system models. Since its introduction in 2016, within the City Health Plan, this role has been progressively consolidated through training grants, continuous education programs, and formal institutionalization, culminating in their inclusion as permanent staff in 2020. This essay examines the historical trajectory of health promoters in Buenos Aires, highlighting achievements in their integration into interdisciplinary teams as well as ongoing tensions with the prevailing biomedical model. Furthermore, it analyzes the systematization of community actions through the SIGEHOS Community Activities Form, a tool that standardizes, documents, and evaluates territorial interventions while generating strategic data for public policy planning. The analysis draws on theoretical frameworks of health models, contrasting the limitations of the biomedical paradigm with contributions from Primary Health Care (PHC) and Latin American Collective Health. In this context, the promoter's role emerges as a strategic bridge between the health system and the community, addressing social determinants of health in everyday practice. The Buenos Aires experience sheds light on key challenges of professionalization, institutional recognition, and interdisciplinarity, while providing insights for rethinking a renewed, participatory, and community-centered PHC model.

Keywords: health promoters; primary care; health models; community health; PHC.

Introducción

La Salud Pública enfrenta el desafío de adaptar sus estrategias a la complejidad de las realidades urbanas. En este contexto, el rol del promotor de salud emerge como una figura clave para fortalecer el vínculo entre los sistemas de salud y las comunidades. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la incorporación progresiva de promotores de salud en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ha marcado un hito en la reconfiguración del primer nivel de atención. Este proceso, que se ha desarrollado a lo largo de una década, ha transitado desde becas de formación hasta la formalización del rol y su integración en la estructura del sistema de salud.

La incorporación de promotores y promotoras de salud trasciende la mera incorporación de un nuevo perfil laboral y se configura como una estrategia clave para avanzar hacia un modelo de atención primaria más integral, equitativo y profundamente enraizado en el contexto social y comunitario. La problemática radica en cómo esta integración puede ir más allá de una simple asistencia, transformándose en una verdadera articulación comunitaria, capaz de abordar las determinantes sociales de la salud. Este ensayo profundiza en la trayectoria histórica y el recorrido que ha configurado el rol del promotor de salud en la Ciudad de Buenos Aires, analizando su génesis, institucionalización y el impacto de su trabajo. Para ello, se revisa la evolución de su formación, la consolidación de sus funciones y los desafíos que aún persisten en su integración efectiva. Un elemento central de este análisis es la sistematización de las actividades comunitarias a través del Formulario de Actividades Comunitarias del SIGEHOS, una herramienta innovadora que no sólo visibiliza el alcance de su trabajo, sino que también genera datos cruciales para la planificación y mejora de las políticas públicas.

Finalmente, se examinan las tensiones y oportunidades que la figura del promotor de salud genera al confrontar el modelo biomédico tradicional con los principios de la Salud Colectiva y la Atención Primaria de la Salud (APS), reconociendo el potencial de estos actores para impulsar un cambio de paradigma hacia un sistema de salud más equitativo y centrado en la comunidad.

Desarrollo

1. Trayectoria y recorrido histórico del rol de promotores y promotoras de salud en CABA.

A partir de la implementación en el 2016 del Plan de Salud en la Ciudad de Buenos Aires, se incorporó un componente orientado al fortalecimiento del primer nivel de atención, priorizando el abordaje a través de equipos interdisciplinarios con anclaje territorial y población asignada. En ese marco, se definió la inclusión de una figura de Promotor/a de Salud por cada equipo, reconociendo su rol en el trabajo comunitario y en la articulación entre el sistema de salud y la población.

Hacia fines de 2018, se formalizó la incorporación de 48 promotores y promotoras de Salud que ya venían desempeñando funciones en los Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), bajo un régimen de becas otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente, el Gobierno de la Ciudad asumió su financiamiento mediante un esquema de becas de capacitación y, en paralelo, se implementó un Programa Anual de Formación Permanente. Este proceso significó un salto cualitativo en la institucionalización del rol, al incorporar una estrategia sostenida de educación e integración progresiva al sistema público de salud. La Dirección General de Salud Comunitaria, asumió la responsabilidad de acompañar los procesos de formación, capacitación e integración de esta cohorte, así como de las que se sumaron en años posteriores. En este sentido,

se efectuó un análisis comparativo de los marcos normativos y de las competencias asignadas al rol de promotor/a de salud en distintas jurisdicciones del país, como Chaco, Jujuy, Mendoza, Misiones y la provincia de Buenos Aires, a fin de adaptar criterios y definiciones al contexto local.

En 2020, en el marco de la pandemia por COVID-19, los y las promotoras de salud fueron incorporados/as a la planta del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires bajo la categoría administrativa de “auxiliares de servicios de salud”. Para la selección de las y los promotores de CABA en las convocatorias correspondientes a las cohortes 2020, 2022 y 2023, se establecieron ciertos criterios¹. Se priorizó que contarán con una trayectoria comprobable de participación comunitaria en los barrios donde se postulaban, formación en contenidos vinculados a la salud integral y, en los casos en que fuera posible, recomendaciones por parte de los efectores de salud a los cuales aspiraban a incorporarse.

El proceso de integración de los y las promotoras a los efectores implicó un desafío para la Dirección General de Salud Comunitaria. Entre los principales obstáculos se identificaron el escaso conocimiento, por parte de algunos equipos, sobre las incumbencias del rol, así como la persistencia de un modelo de atención predominantemente asistencial, que en muchos casos dificultó el reconocimiento e incorporación efectiva de una perspectiva comunitaria en el trabajo cotidiano. Frente a este panorama, se desplegaron diversas estrategias de acompañamiento institucional, entre las que se destacó la designación de referentes institucionales² por parte de la Dirección, con el objetivo de facilitar los procesos de articulación e integración en el ámbito local.

1.1 La Formación Permanente de las y los promotores de salud como eje estratégico de la construcción del rol

En el territorio de la Ciudad de Buenos Aires coexistían diversas instancias formativas y fuentes de financiamiento para las y los promotores de salud. Entre ellas, la más relevante era la que correspondía a las y los promotores que integraban el Programa de Equipos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se destacaban otras propuestas formativas impulsadas por organismos como Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR), el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (MDH), el Ministerio de Ambiente y Espacio Público, la Secretaría de Integración Social y Urbana (SECHI), distintos Centros de Salud y diversas organizaciones sociales con presencia territorial.

¹ <https://buenosaires.gob.ar/salud/seleccion-para-la-incorporacion-al-programa-de-capacitacion-para-promotores-de-salud>

² Se asignaron trabajadores de diferentes disciplinas de la Dirección por cantidad de promotores/as para tener un vínculo y un acompañamiento más cercano.

En este contexto, se reconoce la necesidad de homogeneizar la formación de las y los promotores de salud, con el fin de unificar los contenidos formativos, los enfoques de intervención y los criterios para el desarrollo de sus tareas, tanto para quienes ya se encuentran vinculados al sistema como para aquellos y aquellas que se incorporen en el futuro.

En 2018 se puso en marcha la primera edición del Curso de promotores y promotoras de Salud, dando inicio a un proceso sostenido de formación permanente. A partir de 2020, se comenzaron a implementar instrumentos para certificar la finalización de las becas de formación, a los que se sumaron evaluaciones de contenidos y actualizaciones individuales de manera anual. Desde entonces, los programas de capacitación se han ido actualizando y adecuando progresivamente, tanto en sus contenidos como en su frecuencia. Lo que comenzó con encuentros mensuales fue intensificándose, hasta alcanzar una modalidad de formación semanal con la incorporación de la cohorte 2023. A lo largo de este recorrido, se han integrado diversas estrategias de evaluación, orientadas a acompañar y fortalecer el desarrollo de competencias de los y las promotoras.

2. Registro y Sistematización de las acciones comunitarias de promotores y promotoras de salud.

Formulario de Actividades Comunitarias

La incorporación de promotores y promotoras de salud al primer nivel de atención de la CABA ha venido acompañada de la puesta en marcha de distintas intervenciones territoriales que, si bien potenciaron el abordaje comunitario, también plantearon desafíos en términos de registro, seguimiento y evaluación. En este escenario, emergió la necesidad de contar con herramientas capaces de sistematizar las acciones comunitarias desarrolladas, no solo para visibilizar su alcance, sino también para generar información estratégica que contribuya a la transparencia, planificación, gestión y mejora continua de las políticas públicas de salud.

Previo al año 2015, el registro de actividades comunitarias en los CeSAC de la CABA se caracterizaba por su heterogeneidad. Los equipos de salud utilizaban una diversidad de soportes, desde planillas oficiales en papel hasta instrumentos de elaboración propia. Esta práctica conllevaba la generación de registros duplicados o triplicados, lo que, en última instancia, dificultaba la integración de los datos. La falta de un sistema unificado comprometía la visibilidad de la amplia oferta de actividades comunitarias desarrolladas en la CABA. Además, esta fragmentación obstaculizaba la obtención de una perspectiva precisa por parte de la gestión central del Ministerio de Salud sobre la oferta de servicios comunitarios disponibles para la población.

En respuesta a esta problemática, la actual gestión del Ministerio de Salud, en su primer período, se propuso el diseño e implementación de un Formulario de Actividades Comunitarias. El objetivo principal de esta iniciativa fue estandarizar el registro, así como facilitar la visibilización y sistematización de las experiencias comunitarias llevadas a cabo por los equipos de salud en colaboración con diversos actores

comunitarios. Esta medida buscaba optimizar la gestión de la información y potenciar el impacto de las intervenciones comunitarias en el ámbito de la salud.

En este marco, la utilización sistemática del Formulario de Actividades Comunitarias no solo contribuye a una gestión más eficiente y basada en evidencia, sino que también habilita nuevas oportunidades para fortalecer la transparencia institucional y promover la innovación en el ámbito de la salud comunitaria. Tal como señalan Shostak et al. (2023), el uso sistemático de la información referida a los resultados puede ayudar a identificar obstáculos recurrentes en la administración pública, evaluar posibles soluciones y medir su impacto en el tiempo.

Es así que, en materia de gestión, el formulario integrado en el SIGEHOS de la Ciudad de Buenos Aires constituye una pieza innovadora en el campo de los sistemas de información aplicados a la salud comunitaria. Su implementación permite registrar, recopilar, sistematizar y analizar las acciones territoriales llevadas a cabo por los efectores, equipos de salud y promotores y promotoras de salud, generando un insumo estratégico para explorar aquellos factores que favorecen o dificultan la realización de actividades comunitarias, mejorar de manera continua la calidad de las intervenciones y fortalecer la planificación de políticas públicas con enfoque territorial. Asimismo, el formulario permite transparentar, la oferta de acciones comunitarias desplegadas por cada efector de salud, lo que constituye un avance significativo en términos de trazabilidad, coordinación intersectorial y rendición de cuentas.

Cabe mencionar, a modo de ejemplo, experiencias similares de incorporación de sistemas de información en la gestión de políticas de salud comunitaria, como es el caso

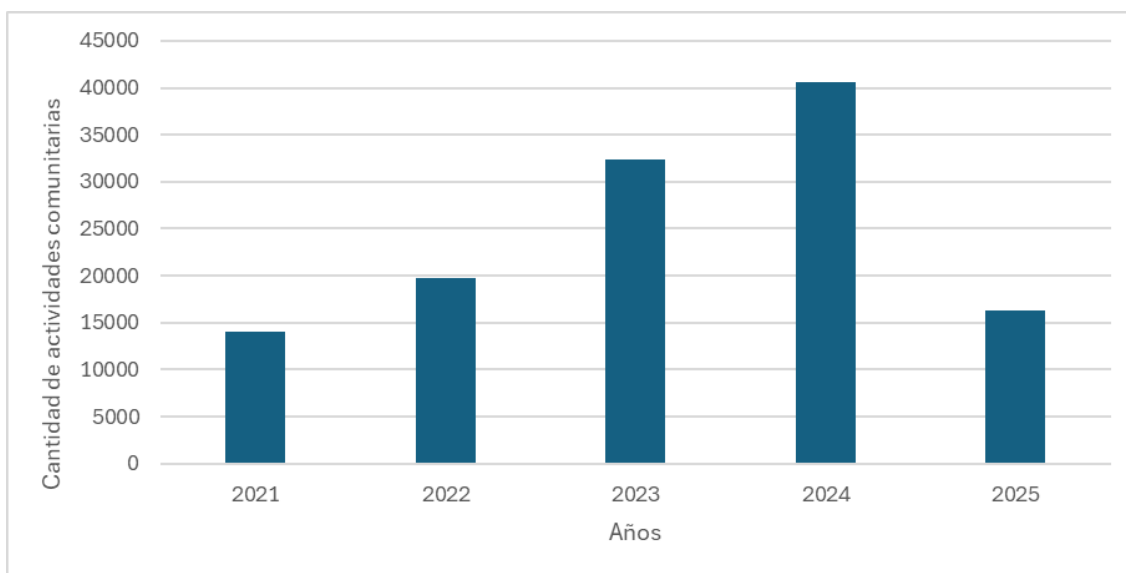
de la Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria 2023–2027 de La Rioja, España (Moreno Rey et al., 2022). Dicha estrategia incorpora una línea de acción específica sobre “sistemas de registro e información” dentro del eje “herramientas digitales”, con el objetivo de “desarrollar herramientas que permitan registrar, organizar y preservar las acciones comunitarias realizadas en las zonas básicas de salud, así como los activos para la salud y recursos comunitarios disponibles, facilitando su accesibilidad tanto a la ciudadanía como a los profesionales”. Asimismo, en Badajoz, España, se emplea una metodología similar mediante el uso del denominado “Formulario de Actividades Comunitarias del EAP (Equipo de Atención Primaria)”, el cual permite sistematizar las actividades comunitarias desarrolladas por los equipos de salud con el “propósito de conocer y valorar cuáles de estas acciones pueden reorientarse y consolidarse como iniciativas de salud comunitaria” (Moreno Rey et al., 2022).

En lo que respecta a nuestra jurisdicción, el seguimiento y análisis de las acciones de salud comunitaria continúa representando un desafío clave para la gestión, en un contexto donde la cultura del monitoreo y la evaluación aún no se encuentra plenamente integrada en el ámbito de la administración pública.

2.1 Las Actividades Comunitarias de los/las promotores/as en números: Análisis del Formulario

A continuación, se presenta la exposición y el análisis de los resultados obtenidos a partir del Formulario de Actividades Comunitarias correspondiente a los últimos cinco años, con un total de 122.978 registros. Estas actividades son diseñadas, organizadas y coordinadas exclusivamente por los promotores de salud, quienes también participan en otras acciones como parte de equipos de trabajo. Con el fin de facilitar la visualización y comprensión de la relación entre las actividades comunitarias, los tipos de dispositivos involucrados y las temáticas abordadas, se elaboraron tres gráficos representativos. El objetivo de este análisis es ofrecer una comprensión integral de la información recopilada y evaluar sus implicancias estratégicas para la toma de decisiones en la formación permanente de la figura del/de la promotor/a de salud en los equipos del primer nivel de atención.

Gráfico 1: cantidad de actividades comunitarias lideradas o acompañadas por promotores de salud durante los últimos 4 años.



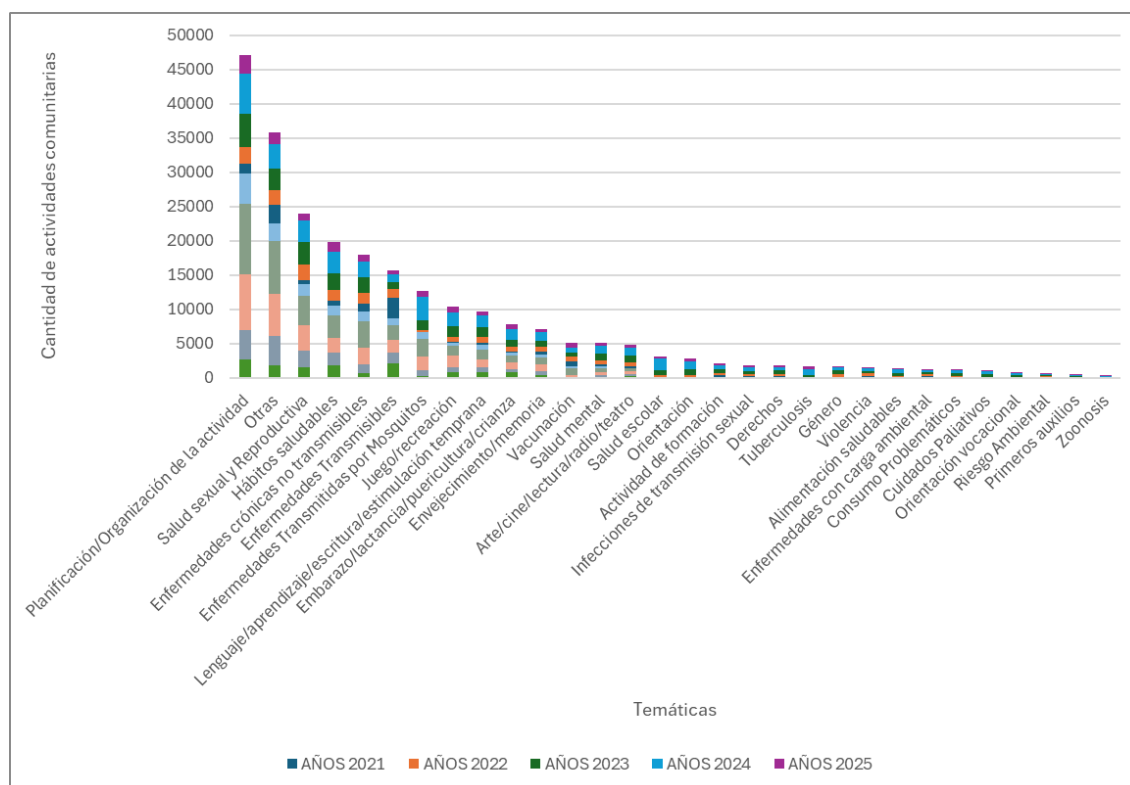
Fuente: Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA, 2025.

Elaboración propia

El presente gráfico de barras ilustra la evolución de la participación de promotores de salud en actividades comunitarias de CABA durante el período 2021-2024. Se inició el período en 2021 con aproximadamente 14.000 actividades. Para el año 2022, se registró un aumento significativo, llegando a las

20.000 actividades. La tendencia al alza continuó en 2023, acercándose a las 32.000 actividades, y alcanzó su punto máximo en 2024, con más de 40.000 actividades.

Gráfico 2: temáticas de las actividades comunitarias lideradas o acompañadas por promotores de salud durante los últimos 5 años.



Fuente: Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA, 2025.

Elaboración propia

Este gráfico de barras apiladas, presenta una visión detallada de la distribución de las actividades comunitarias en las diversas temáticas y proporciona una segmentación granular, ilustrando la amplitud y, en cierta medida, la intensidad de las actividades comunitarias de los promotores de salud.

Hay una dominancia de "Planificación/Organización de la actividad" en todos los años, refleja un fuerte enfoque en la estructuración y preparación previa, lo cual es fundamental para el éxito de las intervenciones comunitarias.

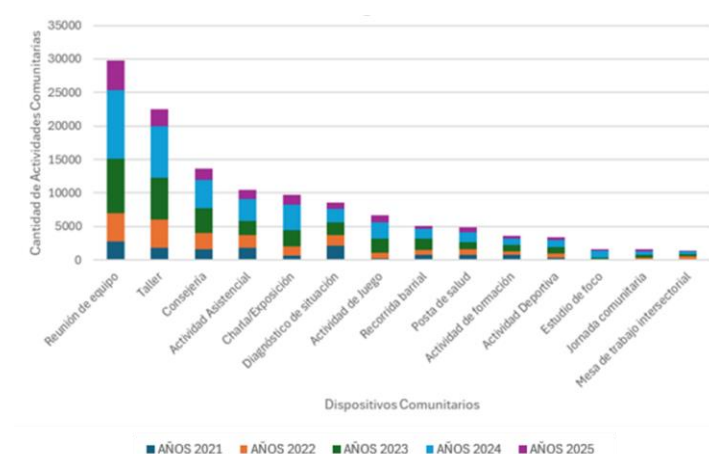
La categoría "Otras" dentro de las temáticas se posiciona como la segunda temática con mayor volumen de actividades, esto resulta un punto crítico que merece un análisis posterior detallado por sus implicaciones en la comprensión.

Le siguen las temáticas de "Salud sexual y Reproductiva", "Hábitos saludables" y "Enfermedades crónicas no transmisibles" mostrando volúmenes de registros altos, lo que sugiere una priorización tradicional de la promoción de la salud.

Por otro lado, resulta significativo el lugar asignado a las actividades relacionadas a la promoción de la salud (mental) como lo son Juego y promoción de la lectura, Arte/ Cine/teatro /radio que vienen ganando cada vez más frecuencia entre el repertorio de Actividades ofrecidas a la comunidad y que dan cuenta de un modelo más signado por la promoción del bienestar y la salud comunitaria (Bang, 2012)

Resulta también evidente que temáticas como "Zoonosis", "Primeros auxilios", "Riesgo Ambiental", "Orientación vocacional" y "Cuidados Paliativos" son significativamente menos abordadas, reflejando un volumen de actividades comunitarias considerablemente bajo. Este resultado indica que, tradicionalmente, estas áreas han recibido menor prioridad o visibilidad dentro del marco de la promoción de la salud, lo que podría implicar la necesidad de reconsiderar su integración en futuras planificaciones o líneas a fortalecer desde la Formación Permanente o la Dirección de Salud Comunitaria.

Gráfico 3: tipo de dispositivo comunitario de las actividades comunitarias lideradas o acompañadas por promotores de salud durante los últimos 5 años.



Fuente: Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA, 2025. Elaboración propia

Este gráfico de barras apiladas, ilustra la cantidad de actividades realizadas a través de diferentes "dispositivos comunitarios" (modalidades de intervención o formatos de encuentro) a lo largo del quinquenio. Se observa una dominancia de las categorías "Reunión de equipo" sobresale significativamente como el dispositivo más frecuente, superando a cualquier otra modalidad de interacción directa con la comunidad. La categoría "Taller" también se destaca lo que sugiere un enfoque en el aprendizaje participativo y el desarrollo de habilidades dentro de la comunidad, así como un formato más conocido y replicable.

Se observa una disminución en la cantidad de actividades para dispositivos que implican una interacción más directa y específica con la comunidad, como "Diagnóstico de situación", "Actividad de juego", "Recorrido barrial", "Estudio de foco" o "Jornada comunitaria". Esto podría indicar que hay preferencia para la realización o el registro de formatos conocidos. Las "Jornadas comunitarias" y las "Mesas de trabajo intersectorial" poseen baja frecuencia en su registro, lo que conlleva a indagar si se está aprovechando al máximo la oportunidad de articulaciones con otras organizaciones y áreas.

Estos datos permiten evidenciar, al menos en parte, el fortalecimiento y la promoción de las prácticas comunitarias, en estrecha relación con la inclusión y la formación permanente de la figura del promotor/a de salud en los equipos del primer nivel de atención. No obstante, la integración efectiva de este nuevo rol y su correspondiente proceso de profesionalización enfrentaron múltiples obstáculos y resistencias institucionales.

Entre las principales dificultades se destacaron los desafíos para que las y los promotores de salud asumieran roles protagónicos en la planificación de actividades comunitarias tanto en los Centros de Salud como en los territorios, así como las limitaciones para establecer articulaciones intersectoriales con otras áreas de gobierno, un componente clave para el abordaje integral en salud comunitaria. A ello se sumaron barreras vinculadas a competencias básicas, especialmente en lectoescritura, comprensión de consignas, elaboración de materiales gráficos y habilidades de oratoria, fundamentales para la promoción y prevención en salud. Estas debilidades impactaron directamente en el reconocimiento simbólico del rol por parte de otros integrantes del equipo de salud.

Asimismo, se identificó una brecha entre los contenidos trabajados en las instancias de formación y su aplicación efectiva en las prácticas territoriales. Sumado a la necesidad de refuerzo de registro de las intervenciones comunitarias como herramienta institucional de rendición de cuentas.

3. La incorporación de promotores de salud en CABA como punto de inflexión frente a las limitaciones del modelo biomédico

La experiencia de incorporación, formación y registro sistemático de promotores y promotoras de salud en la Ciudad de Buenos Aires evidencia tanto avances como tensiones. Por un lado, se consolidaron mecanismos de

profesionalización, de integración progresiva a los equipos interdisciplinarios y de fortalecimiento de una cultura de evaluación y sistematización de prácticas comunitarias. Por otro lado, persisten obstáculos vinculados a la plena aceptación del rol dentro de estructuras sanitarias todavía fuertemente atravesadas por la lógica asistencial y biomédica.

Este recorrido histórico permite situar un debate más amplio: el de los modelos sanitarios en pugna. La inclusión de promotores en el primer nivel de atención no puede comprenderse de manera aislada, sino en diálogo con las limitaciones del modelo biomédico hegemónico y con la necesidad de avanzar hacia un paradigma de atención primaria renovado, donde la promoción y la prevención ocupen un lugar central y no marginal

4. Crítica al modelo biomédico

El modelo biomédico, históricamente dominante, ha logrado avances significativos en el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, su carácter fragmentado y su desvinculación de los determinantes sociales de la salud —como la pobreza, la educación o la vivienda— lo vuelven insuficiente para dar respuesta a los desafíos sanitarios contemporáneos. En este marco, la figura del promotor de salud adquiere relevancia al intervenir directamente sobre estos determinantes, desafiando la lógica puramente clínica del modelo asistencial. Su tarea introduce en el centro de salud la realidad concreta de la comunidad, con sus carencias y potencialidades, aspectos que el modelo biomédico tiende a relegar o invisibilizar.

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, diversos autores (Paim y Almeida Filho, 2003) advierten sobre la crisis del modelo tradicional de salud pública para abordar los problemas de salud-enfermedad-atención y cuidados en nuestras sociedades. Parte de esta crisis responde a las limitaciones del denominado Modelo Médico Hegemónico, cuya mirada restringida reduce la enfermedad a lo biológico, dejando fuera factores sociales, culturales, económicos y políticos que la condicionan.

El antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2003), en su extenso trabajo de conceptualización, señala exclusiones fundamentales en este modelo, que van desde la omisión de los determinantes sociales y culturales hasta la falta de reconocimiento de la voz, los saberes y las prácticas de los propios pacientes. Bajo esta lógica, la persona enferma es reducida a un “cuerpo biológico”, despojado de historia y contexto. Asimismo, categorías como “salud”, “enfermedad” o “normalidad” son asumidas como universales y atemporales, sin advertir su carácter de construcciones históricas.

Este enfoque también desvaloriza o invisibiliza formas de cuidado populares, tradicionales o alternativas, calificándolas de “irracionales” o “no científicas”. Finalmente, prioriza lo curativo y hospitalario por sobre la promoción y la prevención, relegando la dimensión comunitaria a un lugar marginal dentro de las políticas y prácticas de salud.

Con relación a la inclusión de los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, es innegable que, si bien el modelo biomédico reconoce la prevención de la enfermedad, aunque le da un lugar secundario la incluye y la orienta dentro de sus criterios biologicistas e individualistas, es decir opacando las relaciones con las condiciones materiales de su producción en los grupos sociales. En lo que refiere la promoción de la salud en las prácticas de salud, su lugar aún es menor. En este sentido desde la redacción de la Carta de Ottawa las políticas que contienen el componente de promoción de salud han definido como un punto esencial e indispensable fortalecer la acción comunitaria (OMS, 1986). La participación social se realizaría a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud. La inclusión de promotores/as en los equipos de salud apuesta a esta línea de fortalecimiento de la participación comunitaria.

5. Hacia un modelo de APS renovado

La Declaración de Alma-Ata (1978) marcó un hito al postular la APS como un enfoque integral. En este contexto, el promotor de salud es una pieza clave. Su rol se alinea con los principios de la APS, como la participación comunitaria, la equidad y la intersectorialidad. El promotor de salud actúa como un facilitador y educador, empoderando a las comunidades para que se apropien de su salud. Sin embargo, la implementación de la APS ha sido desigual, y en muchos casos se ha instrumentalizado, reduciéndose a un primer nivel de atención con escasa o nula articulación con la comunidad. La incorporación de promotores en CABA tiene el potencial de revitalizar esta dimensión participativa y social de la APS.

En la década de 1970, en un contexto marcado por la revolución científico-tecnológica y la creciente globalización, se hicieron evidentes las profundas desigualdades sociales y sanitarias. En respuesta, las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 adoptaron el compromiso de alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”. En este marco, adquirieron relevancia diversas experiencias de atención sanitaria en países con recursos limitados (China, India, África y América Latina), que demostraron alternativas viables para enfrentar problemas de salud. Estas prácticas fueron sistematizadas y difundidas por la OMS bajo la dirección de Halfdan Mahler, quien impulsó su proyección global como una responsabilidad compartida entre naciones desarrolladas y en desarrollo. (Tejada Rivero, 2003)

Entre estas prácticas se encontraban las experiencias de los médicos descalzos chinos, campesinos con una formación paramédica básica de unos 6 meses, seleccionados y financiados por las propias comunidades rurales arroceras. Estos médicos realizaban acciones de prevención y tratamiento de algunas enfermedades comunes reduciendo el porcentaje de morbilidad de las mismas comunidades. Otra experiencia importante explorada por la OMS fue el Plan de Salud Rural del médico argentino Alvarado en la lucha contra el paludismo en el noroeste argentino. su modelo implicó la formación de personas de la propia

comunidad denominados “agentes sanitarios” que realizaban tareas de promoción, prevención de enfermedad y se anticipaban a la demanda de las personas a los efectores de salud, también este programa tuvo mucho éxito en la prevención del paludismo y le dio mucha notoriedad a Alvarado en el mundo (Jaureche, 2013).

Estas dos experiencias donde el componente participativo de las comunidades fueron la clave del éxito para reducir factores de riesgo y disminuir las barreras de acceso a la salud fueron las que inspiraron la estrategia de la Atención Primaria de la Salud firmada en la Conferencia Internacional en Alma Ata en 1978.

El debate actual se centra en cómo evitar que el modelo biomédico absorba o distorsione el rol del promotor de salud. Existe el riesgo de que su función quede reducida a una mera extensión del equipo médico, limitada a tareas de derivación o seguimiento, sin reconocer el valor de su conocimiento situado ni su capacidad de mediación social. Para contrarrestar esta tendencia, resulta fundamental reconocer al promotor como un actor estratégico con autonomía propia y no como un auxiliar subordinado. Esto exige reconfigurar las dinámicas de poder y las estructuras de los equipos de salud.

En este sentido, los promotores, a partir de su conocimiento situado y empírico de las comunidades, se constituyen en puentes entre el sistema de salud formal y las redes sociales y culturales de la población. Esta capacidad concretiza un componente esencial de la participación comunitaria en salud (Agudelo, 1983) y contrasta con el saber biomédico tradicional, frecuentemente percibido como técnico, normativo y distante de la vida cotidiana.

De la experiencia de casi una década de la estrategia de promotores/as de salud comunitaria podemos sistematizar los siguientes puntos críticos:

- **Asimetrías de poder y jerarquías:** Es común que los promotores enfrenten un desafío en el reconocimiento de su rol, siendo subvalorados frente a los profesionales de la salud. La división del trabajo debe ser replanteada para pasar de una estructura jerárquica a una colaborativa, donde el conocimiento del promotor sea valorado como un insumo estratégico, y no como una mera herramienta de logística.
- **La tensión entre lo individual y lo colectivo:** Mientras que el modelo biomédico suele enfocarse en la enfermedad del individuo, el promotor de salud opera en una lógica de salud colectiva. Su labor se centra en la prevención, la educación para la salud y la identificación de riesgos comunitarios. Esta dualidad requiere que los equipos de salud desarrollen una mirada sociosanitaria, donde la patología individual se entienda en su contexto social, económico y cultural.
- **La complejidad de la formación y el rol:** La capacitación de los promotores no debe limitarse a la transmisión de conocimientos biomédicos básicos. La pedagogía juega un rol clave, ya que la formación debe fortalecer sus habilidades comunicacionales, su capacidad de mediación y su comprensión de la salud como un derecho. El promotor de salud no es un auxiliar médico, sino un agente de cambio social que co-construye la salud con la comunidad.

6. Conclusiones y reflexiones finales:

La incorporación de promotores de salud en los CeSAC de CABA representa una oportunidad para trascender las limitaciones del modelo biomédico y avanzar hacia un sistema de salud más justo y equitativo. Su rol es vital para fortalecer la Atención Primaria de la Salud, reconectando los centros de salud con el tejido social de sus comunidades. Esto requiere una apuesta política y teórica que vaya más allá de la mera contratación de personal. Implica una reorganización de los servicios que ponga a la comunidad en el centro de la atención, donde el saber biomédico y el saber popular se encuentren en un diálogo constante y productivo.

La incorporación de promotores de salud en los equipos de los CeSAC de CABA es un paso necesario para fortalecer el primer nivel de atención. El éxito de esta iniciativa dependerá de una reflexión profunda y constante sobre la interdisciplina como principio rector. Implica trascender la suma de disciplinas para llegar a una verdadera integración de saberes y prácticas. Los equipos de salud tienen el desafío constante de escuchar a la comunidad, valorar el conocimiento popular y co-diseñar intervenciones que sean culturalmente pertinentes y socialmente justas. La figura del promotor de salud, así, deja de ser un mero apéndice para convertirse en el eje vertebrador de un modelo de salud comunitario, capaz de dar respuestas más adecuadas a los complejos desafíos sanitarios de la urbe contemporánea.

En última instancia, la figura del promotor de salud no solo mejora la accesibilidad a los servicios, sino que también promueve un cambio de paradigma, señalando un camino hacia una salud que se construye de manera colectiva y que considera la vida en toda su complejidad.

Bibliografía

- Agudelo, C (1983): *Participación comunitaria en salud. conceptos y criterios de valoración*. Publicado en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Septiembre 1983. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15934/v95n3p205.pdf>
- Almeida Filho, Paim. (1999): *La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médico Sociales. 1999(75): 5-30
- Bang, Claudia (2012): *Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: Un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental*. Publicado en XVIII Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología UBA – Marzo 2012 N° ISSN 1581-11686. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/193865>.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Organización Mundial de la Salud.

- Cotonieto-Martínez, Ernesto, & Rodríguez-Terán, Rodrigo. (2021). *Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria*. Journal of Negative and No Positive Results, 6(2), 393-410. Epub 16 de octubre de 2023.
- Jaureche Arturo (2012): *¿Quién es el Dr. Alvarado?* Salud Colectiva. 2012;8(1):81-83.
- Menéndez, Eduardo L. (2003) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas* Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil
- Moreno Rey R, Maynar Mariño I, Manchón López L, Cáceres Martín de la Vega AM. *Estrategia para promover la salud en los equipos de atención primaria*. Badajoz: Gerencia del Área de Salud de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud); (2022)",
https://www.areasaludbadajoz.com/Atencion Primaria/Salud Comunitaria/ESTRATEGIA_SALUD_COMUNITARIA_AS_BADAJOZ_web.pdf
- Shostak, Ray; Alessandro, Martín; Diamond, Patrick; Mosqueira, Edgardo; Lafuente, Mariano. BID. (2023). *The Center of Government, Revisited: A Decade of Global Reforms*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/en/center-government-revisited-decade-global-reforms>
- Tejada Rivero (2003) *Alma Ata: 25 años después Perspectivas de Salud*, Volumen 8 No. 1 - 2003 de la revista de la Organización Panamericana de Salud (publicada de 1996 a 2007).