UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Los procesos de participación en salud:
dos experiencias que protagonizaron los grupos organizados de usuarios de la salud, en los servicios de salud de Jardines de Peñarol y Las Piedras

Natalia Alonzo

Tutor: Elizabeth Ortega Cerchiaro

2009

Índice

Resumen 3

Introducción 4

CAPÍTULO I

La Participación en el sector de la Salud 10
El contexto 10
Movilizaciones Urbanas 13
Movimientos Sociales: *"Surgimiento de nuevos actores"* 14
Formas de Participación 18
Participación Ciudadana 19
Participación Social 23
Participación Comunitaria 25

CAPÍTULO II

Evolución del concepto de Salud 30
Participación de los organismos internacionales 34
El Documento de Alma-Ata y la estrategia de APS 37

CAPÍTULO III

Antecedentes de participación en la salud:
Algunas experiencias en el Uruguay 39
Dos experiencias organizativas de usuarios de la Salud:
"Jardines de Peñarol" y "Las Piedras" 42
Principales características de las experiencias: 43
Modalidades de participación 49

CAPÍTULO IV

Reflexiones finales 54

Bibliografía consultada 58

Anexos 63

Parábola del colibrí

El bosque está en llamas
y mientras todos los animales huyen
para salvar su pellejo,
un picaflor recoge una y otra vez
agua del río
para verterla sobre el fuego.
"¿Es que acaso crees
que con ese pico pequeño
vas a apagar el incendio?"
-le pregunta el león-.
"Yo sé que no puedo solo
-responde el pajarito-
pero estoy haciendo mi parte"

Bethino

Resumen

A partir de un estudio exploratorio se pretende analizar la participación que tuvieron los grupos organizados de usuarios de la salud, en los servicios de salud barriales al finalizar el período dictatorial.

Para abordar este trabajo se considerarán los procesos de participación, sin perder de vista el contexto socio-político-económico, nacional e internacional, que fue condicionando e incidiendo en el papel que es atribuido a la participación en salud.

En un primer momento, teniendo en cuenta diferentes definiciones que reflejan la diversidad de formas de cómo es concebida la participación por distintos autores, se expondrán algunos modelos de participación, que den cuenta de las modalidades y grados de participación que se puedan encontrar en el campo de la salud.

Posteriormente se analizará la evolución del concepto de salud y la incidencia que tuvieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la forma de considerar la salud a nivel mundial, con el objetivo de conocer la influencia que han tenido estos cambios en los sistemas de salud en el Uruguay y cómo han incidido en la participación de los grupos organizados de usuarios, en los servicios de salud.

Para lograr una mejor comprensión de la participación de estos grupos, se analizarán dos experiencias organizativas de usuarios de la salud, desde su surgimiento hasta principios de la década de los noventa; ambas se encuentran situadas en el área metropolitana (específicamente en los barrios Peñarol de Montevideo y Las Piedras de Canelones), relacionadas directamente con las policlínicas barriales, Jardines de Peñarol y Las Piedras, que existen desde 1986-1987 y se encuentran aún en funcionamiento.

Introducción

Este documento es la exposición de la monografía final correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias sociales, Universidad de la República.

A partir de una mirada desde la disciplina de Trabajo Social, se buscará interpretar la importancia que tuvieron los grupos organizados de usuarios de la salud en los servicios de primer nivel de atención, al finalizar el período dictatorial.

El tema elegido es: La participación de los grupos organizados de usuarios de la salud en los servicios de salud, situados en el área metropolitana, específicamente en los barrios Peñarol y Las Piedras, desde principios de la década de los ochenta hasta principios de los noventa.

La elección del tema se debe al interés de conocer el papel que cumplieron los grupos organizados de usuarios, en los servicios de salud, específicamente cuál fue el rol que desempeñaron estos grupos en el quehacer diario, "interno y externo" de la policlínica, reconociendo desde el principio que estos servicios se crearon y funcionaron con el apoyo de la comunidad.

El tema elegido se analizará a partir de dos experiencias organizativas de usuarios que se encuentran relacionadas directamente con las policlínicas barriales, Jardines de Peñarol y Las Piedras, que existen desde 1986-1987 y se encuentran en funcionamiento hasta nuestros días.

La selección de estas experiencias se hizo tomando en cuenta diversas características que se consideraron pertinentes para la elaboración de este trabajo, entre ellas: la cantidad de material que se encuentra sistematizado, el importante rol que cumplieron en su contexto social y su permanencia hasta la actualidad.

Se seleccionó la experiencia organizativa desarrollada en Jardines de Peñarol, por ser el resultado del esfuerzo de algunos grupos de vecinos del barrio, preocupados por las carencias sanitarias de la zona, en donde el Equipo de Salud del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) mantuvo una relación de acompañamiento y apoyo técnico desde la etapa inicial.

Se eligió la experiencia organizativa de Las Piedras, por surgir a partir de un proyecto llamado Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS), generado por un equipo técnico, en donde se establece un importante desarrollo de la participación comunitaria, este emprendimiento despertó un interés particular no solo en los técnicos sino en la comunidad, la cual apoyó ampliamente este proyecto.

Desde otro punto de vista, el servicio de salud Jardines de Peñarol está comprendido dentro de la categoría de los Servicios de Salud Populares Privados (SSPP)[1], mientras que el Centro de Atención Primaria de Salud de Las Villas, en Las Piedras, por sus características se puede también considerar un SSPP, ya que ambos son servicios básicos de atención para la salud, de nivel primario, de tipo popular y no estatal, sin fin de lucro, los cuales son identificados por la población como policlínicas barriales.

Los servicios que se consideran dentro de esta categoría, se caracterizan por trabajar con recursos humanos honorarios, en donde por su propia condición el tiempo dedicado a la tarea depende de las posibilidades de los involucrados. Es importante tener en cuenta que muchos de estos servicios surgen por circunstancias coyunturales (recursos técnicos y económicos insuficientes en la zona).

Durante la investigación se espera responder a las siguientes interrogantes: ¿Por qué surgen los llamados movimientos de usuarios de la salud al finalizar la dictadura? ¿Cuál es el rol que desempeñan estos grupos organizados en estos centros de salud y en la comunidad? ¿Por qué surge esta necesidad de organizarse? Estas son algunas de las interrogantes planteadas y que a través de este trabajo se pretenden responder.

---

[1] *Fueron definidos así por el equipo técnico del Departamento de Promoción del Claeh en 1982*; y comprenden aquellos servicios básicos de atención para la salud, sin fin de lucro, que surgen y/o se encuentran gestionados por obras sociales de la Iglesia, comisiones vecinales, clubes sociales y/o deportivos, cooperativas, etc.

Los objetivos de éste estudio exploratorio radican en:

-Conocer la incidencia que tuvieron los grupos organizados de usuarios de la salud, en los servicios de salud de Jardines de Peñarol y Las Piedras, al finalizar el período dictatorial.

-Analizar las formas de participación que protagonizaron los grupos organizados de usuarios de la salud de los barrios Peñarol y Las Piedras, en los centros de salud Jardines de Peñarol y Las Piedras.

Para poder contribuir a clarificar, comprender y crear una mirada integral de la participación de los grupos organizados de usuarios de la salud en los servicios de salud, fue necesario analizar algunas categorías analíticas que atraviesan el tema de estudio.

Por lo cual se plantearon los siguientes objetivos específicos:

-Estudiar el contexto socio-económico nacional que enmarca las experiencias organizativas de usuarios de la salud al finalizar el gobierno de facto.

-Analizar el concepto de participación.

-Identificar las principales características que diferencian a la participación social, comunitaria y ciudadana, en el área de la salud.

-Estudiar el concepto de salud.

-Conocer la incidencia de los organismos internacionales (OMS, OPS) en la evolución del concepto de salud.

-Analizar las principales características que identifican a las experiencias organizativas de Jardines de Peñarol y Las Piedras.

Para abordar este trabajo, se considera importante destacar que la salud tanto en su concepción individual como colectiva, es producto de complejas interrelaciones dinámicas, entre procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales, que se dan en la sociedad. (Salinas J, Guerrero C; 1999)

De esa manera, se parte del reconocimiento de la complejidad que envuelve al fenómeno de la Salud, condicionada no solo por la multiplicidad de las variables mencionadas, sino por la naturaleza diversa de las mismas.

La categoría analítica central que se utilizará en esta monografía es la *participación*, se analizará la importancia que presenta en el sector de la salud, considerando no solo la participación en sí misma, sino los procesos de participación como "acción colectiva"[2], que tienen el fin de satisfacer necesidades o presentar demandas que individuamente no pueden ser satisfechas. Los procesos de participación se considerarán sin perder de vista la incidencia y la importancia que tiene el contexto socio-político-económico, nacional e internacional, que condiciona, incide y determina el papel que es atribuido a la participación en la salud.

A partir del marco teórico-metodológico, se buscará conectar la participación con otros ámbitos, que permitan descubrir cómo la participación va ganando espacio, terreno y protagonismo en el sector de la salud en el Uruguay.

En el contexto actual la participación es considerada una línea estratégica de la política de salud y algunos elementos que están presentes hoy en la reforma de la salud respecto a la participación de los usuarios se pueden encontrar en estas experiencias primeras, por ejemplo: la participación de los usuarios en la gestión de los servicios, en actividades de promoción, prevención y educación, trabajo en equipos interdisciplinarios, etc.

La participación social de los usuarios, es uno de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)[3] y la inclusión de los usuarios en la gestión de los servicios, es uno de los pilares fundamentales de la reforma:

> *"Otro pilar de la reforma es el control social de la gestión de los servicios, con participación activa, informada y organizada de usuarios y trabajadores."*[4]

---

[2] El documento de Alma-Ata (1978) permite distinguir dos concepciones del concepto de participación. Por un lado, como acción o capacidad que puedan tener los individuos y por el otro, como una acción colectiva que tienen el fin de satisfacer necesidades o presentar demandas que individuamente no pueden ser satisfechas.

[3] Ver: Artículo 3º del Capítulo I de la Ley 18. 211. SNIS. (Anexo A)

[4] Extraído de: Exposición de Motivos. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18.211. Poder legislativo. Cámara de diputados. Montevideo. Diciembre de 2007.

Para abordar este trabajo se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica, acudiendo a libros, revistas, diarios, documentos, ponencias, páginas de Internet, entre otros, que reflejaran la realidad del tema de estudio. La documentación recopilada fue capaz de dar cuenta de los principales testimonios necesarios para llevar adelante el estudio, por lo tanto no se consideró necesaria la incorporación de entrevistas dentro de las fuentes de información utilizadas.

El presente trabajo será estructurado en cuatro capítulos que contribuyen a clarificar y crear una mirada integral del tema de estudio.

En el primer capítulo se describirá el contexto socio-económico nacional que enmarca las experiencias analizadas, el mismo coincide con el periodo post-dictatorial.

Se presentarán definiciones de participación que son utilizadas por diferentes autores para reflejar la diversidad de formas de conceptualizar la participación ciudadana, social y comunitaria, analizando algunas modalidades de participación en el campo de la salud, principalmente la participación comunitaria ya que se considera un pilar fundamental, porque a través de ella se puede mejorar o transformar la calidad de vida de la población.

En el segundo capítulo, se partirá de la evolución que ha presentado el concepto de salud, se citará la definición que ha proclamado la OMS (1946), así como también opiniones de Terris (1975), Weinstein (1989) y San Martí (1991), que sostienen posiciones discordantes con esta definición.

Se tendrá presente la incidencia que tuvieron y tienen los organismos internacionales (OMS, OPS) en diferentes momentos, se destacará la declaración de Alma Ata (1978) y la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

En el tercer capítulo, se describirán algunos antecedentes de participación en salud que han protagonizado los grupos organizados de usuarios, a partir de la década de los 70, en el Uruguay.

Posteriormente se expondrán dos experiencias organizativas protagonizadas por los grupos de usuarios de la salud de los barrios Peñarol, Las Piedras y sus alrededores (villas), relacionadas directamente con las policlínicas de Jardines de Peñarol y Las Piedras.

Se buscará realizar una interpretación crítica de estos procesos de participación, tratando de conectar y vincular los distintos conceptos teóricos manejados anteriormente, con el trabajo que se desarrolló en cada una de las experiencias.

Se analizarán cuáles fueron las estrategias que se utilizaron para abordar la salud en cada uno de los servicios y en la comunidad y cuál fue la participación que tuvieron los grupos organizados de usuarios de la salud.

Para conocer las experiencias se citarán algunos aspectos que den cuenta de cómo surgieron, cuáles fueron las formas y modalidades de participación desarrolladas y quiénes participaron.

En el cuarto capítulo, se incorporan al trabajo algunas reflexiones y conclusiones finales que intentarán interpretar la importancia que tuvieron los grupos organizados de usuarios de la salud en los sistemas de salud en el Uruguay, teniendo como referencia las experiencias organizativas analizadas. Se citarán algunas relaciones potenciales identificadas entre las distintas categorías analíticas que atraviesan el tema de estudio.

Capítulo I

"Los que realmente llevan adelante los procesos de cambio son los actores sociales presentes en una localidad, condicionados no solo por factores externos (demográficos, técnicos y culturales) sino por su propia capacidad de organización y de acción."
Cortés (2003)

La Participación en el sector de la salud

Como se mencionó anteriormente, para lograr una mejor comprensión de la participación de los grupos organizados de usuarios de la salud, de los barrios Peñarol y Las Piedras, en los servicios de salud seleccionados, se analizará en la primera parte de este capítulo, el contexto socio-político-económico del Uruguay, que va condicionando e incidiendo en el papel que es atribuido a la participación en salud.

A continuación se citarán las prácticas sociales desarrolladas por los individuos y grupos sociales al finalizar el período dictatorial, con el propósito de analizar si la participación de los grupos organizados de usuarios de la salud, fueron parte integrante de los "nuevos" movimientos sociales que surgieron al finalizar la dictadura.

El contexto

Uruguay luego de recuperar el orden político democrático, después de 12 años de dictadura (entre 1973 y 1985), se encontró sumergido en una crisis socio-económica, la cual impactó fuertemente en el ingreso de los hogares de los sectores populares.[5]

---

[5] PNUD (1999: 27-33): *"(...) el ingreso per-cápita de los hogares uruguayos se mantuvo casi estancado con una leve tendencia al aumento, en tanto, (...) la pobreza aumentó cerca de un 40%. (...) a la salida de la dictadura uno de cada tres hogares uruguayos se encontraba por debajo de la línea de pobreza, situación sin precedentes (...).*
Bertino M, Bertoni R (2004) describen que al finalizar el período dictatorial los niveles de salarios reales tanto públicos como privados se encontraban en casi la mitad de sus promedios históricos.

Barrenechea y Echenique (1992) señalan que los indicadores referidos al tema de la salud, representaron un gran deterioro en el período de la dictadura.

Con respecto a este tema, Astori (1989) indica que esta situación se debió a la política implementada por el gobierno de facto[6], relacionada principalmente a la reducción de los gastos públicos[7], política que afecto fuertemente al sector de la salud.

Marsiglia, Rodé, y Cueva (1985: 54) mencionan que al finalizar el período de dictadura:

> *"(...) las carencias de empleo y los ingresos insuficientes se agudizan con las dificultades para obtener una alimentación adecuada y la insuficiencia de servicios básicos elementales como la salud, agua potable, vivienda, transporte y abastecimiento."*

Los barrios Peñarol y Las Piedras, no fueron ajenos a esta situación, en Las Piedras el 51% de los hogares de la zona tenían necesidades básicas insatisfechas; dentro de estas aparecía en primer lugar el hacinamiento, el abastecimiento de agua y el servicio sanitario. (Barrenechea y Echenique, 1992)

Según Cosse (1985: 79):

> *"El régimen militar no avanzó en la resolución de ningunos de los problemas estructurales, sociales y económicos, que padecía el país, sino que los agravó."*

---

[6] Astori (1989) señala que la política asumida en materia de gasto público, provocó una notoria erosión en las condiciones de salud, vivienda y educación de la mayoría de la población. Uno de cada seis uruguayos llego al final de la dictadura sin la más mínima cobertura médica.

[7] Davrieux H (1991: 12-14) menciona que durante período 1973-1984 se presenta la siguiente situación: *"En los primeros 8 años, la participación de los gastos corrientes del gobierno en el PBI se fue reduciendo, (...) 'dicha participación se situó en un 21 % en el bienio 1979-1980' (...) en 1982, el gasto público llegó a situarse en casi 32 % del PBI, (...) a la salida del régimen autoritario, la participación en el PBI del gasto corriente del gobierno general se situaba a un nivel similar al del inicio del régimen. (...) En 1984, los gastos del gobierno central consolidado (...) representaban 23,5 % del PBI. (...) los gastos en salud y educación eran apenas el 2,3 % del PBI (...)."* Según éste autor el crecimiento que se refleja en el período 1982-1984, se debe a los gastos del Ministerio de Defensa Nacional, intereses de la deuda externa del sector público y al aumento del número de pasividades.
La participación del gasto público social en salud en el PBI, durante la década de los 80 sostuvo un importante crecimiento, en 1983 representaba el 2,0 % del PBI, mientras que en 1989 representó el 3,2 %. (Melgar A, 1992)

Estos fueron algunos de los problemas que desafiaron a los habitantes. Frente a esta situación muchos de los individuos y grupos sociales implementaron estrategias de sobrevivencia, para satisfacer sus necesidades básicas algunas de estas estrategias se tradujeron en un conjunto de prácticas sociales (movilizaciones urbanas), no solo en el campo de la salud, sino en el de la vivienda, la nutrición, el consumo y la organización barrial; con una fuerte presencia de agentes externos[8]. (Marsiglia, Rodé, y Cueva; 1985)

En este contexto surgieron a nivel de la salud, los Servicios de Salud Populares Privados (SSPP)[9], también denominadas policlínicas de los barrios o "policlínicas barriales", son servicios de salud de nivel primario, de tipo popular y no estatal, entre ellos se encuentra el servicio de salud del barrio Peñarol (Jardines de Peñarol) y por sus características también se puede incluir el centro de atención primaria de salud de Las Villas, en Las Piedras (CAPS), ambos ubicados en el área Metropolitana[10].

Se entiende por SSPP:

> *"(...) aquellas policlínicas (unidades básicas de atención para la salud) relacionadas a obras sociales de la Iglesia, comisiones vecinales, clubes sociales y/o deportivos, y en todas aquellas donde quede excluido el fin de lucro. Quedan explícitamente fuera (...) las dependencias de la Administración Pública, Ministerio de Salud Pública, Asignaciones Familiares, y Mutualismo"* (Regent C, Moreira N, Napol M y otros, 1982: 4)

---

[8] Se denominan agentes externos/as a las personas (profesionales, intelectuales, voluntarios/as, etc.) y/o instituciones que intervienen en una determinada situación social. Según Fals Borda (1959) los equipos interventores/as (agentes externos) comprometidos/as con los procesos de transformación social, actúan como 'catalizadores sociales' de estos procesos, en conjunto con: las personas afectadas, asociaciones con intereses en juego, instituciones, etc., imbuidas en relaciones de poder, autoridad y legitimación (Montenegro, 2001)

[9] El número de SSPP creció considerablemente luego del período dictatorial: en 1982, existían 46 policlínicas con estas características, en 1985 habían 55 aproximadamente, de las cuales, el 62,5% tenía relación directa con instituciones religiosas y el resto respondía a iniciativas barriales o a cooperativas de vivienda (Marsiglia, Rodé, y Cueva; 1985: 60). En 1991 el número aproximado de estas policlínicas es de cincuenta (Alonso D, Hauser P, Lauz I, Napol M; 1991)

[10] En 1985 el área Metropolitana la población asciende a 1.676.224 habitantes, lo cual representa al 56,7% de la población del país, mientras que Montevideo cuenta con 1.311.976 habitantes, el 44,4% del total del país. Datos extraídos de: Población, viviendas y hogares en los censos de 1963-1975-1985-1996. Instituto Nacional de Estadística (INE). 2000

Este documento menciona que la mayor parte de los Servicios de Salud Populares Privados surgieron a partir de 1974, debido a la situación socio-económica del país y por la política de salud implementada por el gobierno de facto, la cual impactó fuertemente a todo el sector de la salud.

Por otro lado, Marsiglia, Rodé, y Cueva (1985: 61) mencionan que el área de la salud, es quizás:

> *"(...) la que aparece con un grado mayor de dependencia institucional y/o de los técnicos universitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, etc.) capacitados para la prestación de los servicios. Es más; si repasamos la historia de las mismas, descubriremos varias exigencias de coordinación institucional o de profesionales vinculados a las policlínicas, en las cuales la participación de los usuarios fue muy escasa o nula."*

Pero, por otro lado mencionan que a raíz de estas experiencias se han posibilitado:

> *"(...) la articulación de una multiplicidad de organizaciones populares de base territorial que se nuclearon a partir de sus necesidades y asumen paulatinamente conciencia real de la globalidad de su problemática (...) empiezan a surgir en varios de los SSPP grupos de vecinos que comienzan a interesarse en la problemática interna de la organización, a participar en sus decisiones y a verlas en el marco de una política de salud (...)"* (Marsiglia, Rodé, y Cueva; 1985: 62)

Movilizaciones urbanas

Las movilizaciones urbanas, responden a distintas modalidades que asumen las acciones colectivas y movilizaciones sociales llevadas a cabo por los individuos y grupos sociales.

Trigueros (1991) menciona que las movilizaciones que llevan adelante los ciudadanos buscan evitar la degradación de las condiciones de vida de las comunidades, es una forma de obtener la adecuación de éstas a las nuevas necesidades y de conseguir un nivel de bienestar de los individuos.

Para esta autora, las movilizaciones:

> *"(...) forman los lazos comunitarios, plantean las aspiraciones populares y la lucha por los intereses comunes. Siendo de carácter defensivos en principio, desembocan en la voluntad popular y colectiva (...) independientes de la administración y de los partidos políticos."* (Trigueros, 1991: 10)

Movimientos Sociales: *"Surgimiento de nuevos actores"*

Las movilizaciones urbanas de mayor relevancia por su incidencia en la vida socioeconómica y política del país, han sido protagonizadas por los movimientos sociales.[11]

Filgueira (1985), señala que estos movimientos sociales al finalizar la dictadura, resurgen con la presencia de nuevos actores.

Según Gohn (1997: 252), los movimientos sociales son:

> *"(...) acciones sociopolíticas construidas por actores sociales colectivos pertenecientes a distintas clases y capas sociales, articuladas en ciertos escenarios de la coyuntura socioeconómica y política de un país, creando un campo político de fuerza social en la sociedad civil."*

Para la autora, los movimientos sociales generan una serie de innovaciones en las esferas pública (estatal o no estatal) y privada; participan directa o indirectamente de la lucha política de un país, y contribuyen para el desarrollo y la transformación de la sociedad civil y política.

[11] Se entiende por movimiento social: *"(...) a una corriente de acción colectiva que intenta producir algún cambio social, afectando algún proceso o estructura social, o a la sociedad en su conjunto; que se orienta según valores e intereses compartidos por sus integrantes, según grados diferentes de percepción y adhesión, que sostiene imágenes y creencias sobre la sociedad y su transformación; y que puede integrar construcciones ideológicas (y a un doctrinarias) más o menos complejas."* (Marsiglia, Rodé y Cueva; 1985: 56)

En este sentido, Castells (1997: 373) menciona la importancia que tienen los movimientos sociales en el desarrollo de las sociedades, ya que:

> *"(...) las sociedades no son solo resultado de la transformación tecnológica y económica, ni cabe limitar el cambio social a crisis y adaptaciones institucionales. Casi al mismo tiempo que estos procesos comenzaron a tener lugar a finales de los años sesenta, se desencadenaron vigorosos movimientos sociales de forma casi simultanea en casi todo el mundo industrializado (...)"*

Por otro lado, no todas las acciones colectivas y movilizaciones sociales adquieren las dimensiones de movimiento social, en este sentido Mitjavila (1986: 101) señala:

> *"No todas las formas de organización poblacional adquieren, en términos de objetivos, de adhesión y participación, de homogeneidad de intereses, de construcciones ideológicas y de orientación hacia el sistema de dominación, la forma de movimiento social"*

En relación al Uruguay, Mirza (2003) menciona que surgieron movimientos sociales con un alto nivel de autonomía organizacional y política, los movimientos por excelencia han sido el movimiento sindical[12] y posteriormente el movimiento cooperativista[13]; a su vez estos movimientos absorben las demandas de los diferentes sectores sociales, en especial los de los sectores populares.

Este autor indica que es difícil hablar de otros movimientos sociales, por no existir en el Uruguay:

> *"(...) poblaciones indígenas, así como tampoco campesinos que pudieran organizarse, ni existe un proceso de apropiación de tierras por grandes latifundistas que siente las bases de un reclamo por su reparto."* (Mirza, 2003: 20)

---

[12] El movimiento histórico de trabajadores por excelencia ha sido la Convención Nacional de Trabajadores (CNT), que luego del período dictatorial tomó la denominación PIT-CNT (Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores), este movimiento a luchado por el mantenimiento de las fuentes de trabajo, por el nivel de salarios y contra las privatizaciones de las empresas del Estado (Mirza, 2003)

[13] El movimiento cooperativista relacionado con la solución del problema de la vivienda a través de la construcción cooperativa, es conocido como Federación Unificadora de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua (FUCVAM) (Mirza, 2003)

Por otro lado, Filgueira (1985: 13-14) señala que luego de finalizar una década de autoritarismo en el Uruguay, los movimientos sociales se incorporan al proceso democrático, en forma plena y revitalizada y con ellos nuevos actores sociales:

> *"(...) resulta notoria ahora la presencia de movimientos nuevos, asentados en múltiples demandas organizadas alrededor del consumo, o las políticas públicas, de cierto tipo de demandas -single issues- y de los movimientos generacionales y de género (...) Son identificables, al respecto, desde las organizaciones de protesta más inarticuladas hasta los movimientos sociales más institucionalizados, desde los más homogéneos (...), hasta los más estructurados en sus liderazgos y mecanismos decisorios."*

Para este autor esta nueva configuración, por un lado, es producto de la inexistencia durante el período dictatorial de instancias articuladoras y mediadoras constituidas por los partidos políticos, gremios y sindicatos; y por el otro, por la supresión de los mecanismos tradicionales de mediación política y de la expresión de intereses y demandas de la sociedad, lo cual llevó a reforzar manifestaciones espontáneas de la sociedad civil.

En esta nueva configuración, en donde los movimientos sociales se caracterizan por su diversificación, autonomía, espontaneísmo, al igual que por su heterogeneidad, surgen además nuevos actores sociales en la escena social y política, nuevas modalidades asociativas, las cuales están relacionadas a la evolución del contexto económico y político; aparecen grupos "minoritarios" en donde se destacan las mujeres, las etnias marginadas o discriminadas, los jóvenes, las agrupaciones barriales y regionales, etc. (Filgueira, 1985)

Estos nuevos actores, no sólo se caracterizaron por nuevas formas de asociación, sino también por nuevas reivindicaciones, las cuales se ubican en un nivel intermedio entre lo considerado estrictamente como "lo privado y lo público".

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede decir que las movilizaciones urbanas que protagonizaron los individuos y grupos sociales al finalizar la dictadura, no siempre se tradujeron en movimientos sociales, no todos presentaron los rasgos que describe Mitjavila (1986) y la autonomía organizacional y política que menciona Mirza (2003) .

De esta manera es difícil hablar de otro movimiento social que haya existido en el Uruguay y que sea ajeno a los movimientos tradicionales, por lo cual los grupos organizados de usuarios de la salud que surgieron al finalizar el período dictatorial, no se pueden considerar en el sentido expresado por Mirza como parte integrante de los movimientos sociales que existieron en el país.

Esto se debe a que las experiencias organizativas en el área de la salud no fueron tan permanentes y estables como los movimientos sociales, no se constituyeron en una fuerza social en la sociedad civil.

Asimismo, Mitjavila (1986) menciona que las formas de participación poblacional que existieron en el área de la salud al finalizar el período dictatorial, no se aproximaron al perfil que presenta un movimiento social, pero si reconoce que algunos grupos organizados que actuaron en el campo de la salud desarrollaron algún tipo de relación con movimientos sociales como el sindical y el cooperativo.

Las movilizaciones urbanas protagonizadas por los grupos organizados de usuarios de la salud, fueron experiencias organizativas locales, protagonizadas por grupos "minoritarios", llevadas a cabo en varios barrios de la zona metropolitana de la ciudad de Montevideo, entre ellos Peñarol y Las Piedras.

Su actuación se encontró relacionada directamente a la gestión de los servicios de salud, en donde sus actores eran vecinos y técnicos preocupados por las grandes carencias que creían que existían en sus propias comunidades.

Formas de Participación

> *"No podemos hablar que existe una sola forma de participación, sino que existe una diversidad de modalidades y de grados de participación que pueden existir, no hay una sola forma válida o adecuada."* (Zaffaroni, 1992: 63)

Se puede afirmar que las fuentes[14] utilizadas para desarrollar el concepto de participación, contienen una diversidad de formas de considerar cómo es concebida la misma, no existiendo consensos amplios entre los autores al categorizar por el grado y por la modalidad que ella ha presentado.

> *"no es posible identificar un modelo único de participación, 'no hay recetas', es un proceso de largo plazo, que requiere apoyo y voluntad política, pero a la vez, conducción técnica, (...) la misión es construir colectivamente un proceso de participación entre todos los actores comprometidos, (...) en un territorio definido."* (Hevia 1992: 50)

A su vez, la participación es un proceso social que se da en múltiples escalas y espacios: a escala familiar, comunitaria, local, regional, nacional y global; en espacios laborales, recreativos, políticos, culturales, barriales, etc. (Hopenhayn, 1988)

[14] HEVIA, P (1992): "Participación Social en Salud. HOPENHAYN, M (1988-1989): La Participación y sus motivos. VELÁSQUEZ, F (1985): Líneas conceptuales para el análisis de la participación ciudadana. TRIGUEROS I (1991): Manual de prácticas de Trabajo Social Comunitario en el movimiento ciudadano. ESPINOZA, V (2002): Participación de la comunidad para la salud. OPS (1999): Planificación Local Participativa: Metodología para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. LARRAÍN S (2001): Participación ciudadana y salud. FIGUEROA D (1996): Participación comunitaria y salud. SOLARI E (1989): Las Políticas de Salud que "hablan" de la Participación Comunitaria. CELEDÓN C, NOÉ M (2000): Reformas del sector de la salud y participación social. BRONFMAN M, GLEIZER M (1994): Participación Comunitaria: ¿Necesidad, Excusa o Estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de Participación Comunitaria. ARRIAGADA L (2007): Participación social en salud y conocimiento popular. ¿Realidad o retórica política?

Por otro lado, Trigueros (1991: 8), entiende que la participación constituye un pilar fundamental para garantizar el bienestar social y la calidad de vida de los ciudadanos, se constituye en el principio más dinamizador del cambio social:

> *"La participación es, en sí misma, ejercicio de la democracia. (...) desarrolla la solidaridad. (...) posibilita el libre desarrollo de las ideas. Permite el conocimiento de la realidad y determina, en consecuencia, qué se quiere transformar. (...) establece relaciones de igualdad entre las personas que intervienen en una misma acción; (...) permite colocar las instituciones al servicio de las necesidades sociales."*

Debido a lo mencionado y siguiendo distintas perspectivas, se analizarán algunas modalidades de participación que son utilizadas por diferentes autores: Participación Ciudadana, Participación Social, y Participación Comunitaria.

Participación Ciudadana

Para Velásquez (1985: 87):

> *"(...) la participación ciudadana puede ser entendida como el proceso social a través del cual los distintos sectores de la población, en función de sus propios intereses (de clase, de grupo, de género, etc.), intervienen directamente o por medio de sus representantes y/u organizaciones, en la marcha de los distintos aspectos de la vida colectiva."*

Este autor describe que el concepto de participación ciudadana:

> *"(...) se inspira en una visión "individualista" en la que cada quien, dotado de una supuesta libertad de acción, contribuye a la configuración de una trama de relaciones sociales mediante la búsqueda de la máxima utilidad individual."* (Velásquez, 1985: 85)

Posteriormente este concepto fue evolucionando paralelamente a las transformaciones que se fueron dando en los contextos políticos y sociales en que se desarrollaron, abarcando de esta manera otras dimensiones.

En un primer momento, luego de la Segunda Guerra Mundial, en donde se plantea el tema de la pobreza a partir de la idea de marginalidad[15], surge la teoría de la marginalidad[16], la cual establece un contenido muy preciso a la participación:

> *"Esta es vista como el 'antídoto' contra todos los males de la población marginada, y como un mecanismo de integración funcional al orden social vigente, (...) para la teoría de la marginalidad, la participación es necesaria y deseable como solución a los problemas del subdesarrollo; (...) Esta teoría de típica inspiración estructural-funcionalista, colocó los conceptos de marginalidad, participación, integración y promoción popular en el centro de su interpretación de la realidad social latinoamericana."* (Velásquez, 1985: 86)

---

[15] Nun J, Murmis M y Marin J (1968), describen que el término de marginalidad hace mención a las poblaciones o barrios marginales, o a los asentamientos urbanos periféricos que se multiplican desde la Segunda Guerra Mundial y se caracterizan por: baja alfabetización, desempleo, malas condiciones de vivienda, etc. Estos autores mencionan que la marginalidad surgió por el intenso proceso de urbanización latinoamericano producto del desarrollo desequilibrado y dependiente de América Latina (proceso de industrialización por sustitución de importaciones). El concepto marginal comenzó a ser utilizado en este modelo de desarrollo para explicar la coexistencia de un sector integrado o moderno, junto a un sector marginal o no integrado.

[16] *"(...) Para la teoría de la marginalidad, la incapacidad de los campesinos emigrados para adaptarse al modo de vida urbano les conduce a aislarse en determinados enclaves urbanos y este aislamiento les hace, automáticamente, adquirir un modo de vida (desorganización social, apatía, individualismo) que les impide aprovechar las posibilidades y oportunidades que la sociedad les ofrece."* (Solana L, 1996)

La teoría de la marginalidad, es promovida especialmente por el Centro para el Desarrollo, Económico y Social de América Latina (DESAL).

Según Nun J, Murmis M y Marin J (1968: 9) los trabajos realizados por la DESAL describen que la marginalidad está relacionada directamente a: *"(...) a falta de participación pasiva o receptora en 'los bienes constitutivos de la sociedad global' (...). Por falta de participación activa en las decisiones se produce en última instancia la falta de participación pasiva, receptiva, en los recursos (...), lo cual lleva a la desintegración interna de estos sectores marginales. (...) Por falta de participación de los sectores marginales, pasiva y activa, descansan a su vez en otro rasgo propio de la marginalidad: la desintegración interna de estos sectores marginales. (...) el grupo marginal aparece como atomizado, sin organización de sus solidaridades y por lo tanto desintegrado internamente"*

Luego con el aporte de los teóricos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la participación es vista como:

> *"(...) la capacidad de los miembros de los grupos y colectividades para obtener de los grupos dominantes de la sociedad las reacciones que satisfagan las necesidades y aspiraciones de sus miembros."* (Espinoza, 2002: 300)

Mientras que para la teoría marxista:

> *"(...) constituye un engaño político-ideológico que obstaculiza el desarrollo de la lucha de clases y perpetúa los mecanismos de dominación existentes. (...) La participación es, pues una colaboración popular en un trabajo que no es del "pueblo", aunque se diga que se realiza en su favor (...) su función es la de suavizar o mitigar los conflictos sociales; legitimar las decisiones de las clases dominantes haciendo al participante corresponsable de tales decisiones (...)"* (Velásquez, 1985: 87)

> *"En efecto, (...) los planteamientos de la CEPAL llegaron a ser predominantes; los teóricos de la marginalidad señalaron su inconformidad con tales análisis por encontrarlos sumamente economicistas y carentes de un examen de los aspectos propiamente sociales del desarrollo."* (Velásquez, 1985: 85)

Teniendo en cuenta lo mencionado, se puede decir que el término participación es entendido desde diversos puntos de vista, los cuales reflejan las corrientes de opinión difundidas en América Latina (dependiendo del contexto institucional) luego de la Segunda Guerra Mundial, que plantean el tema de la pobreza a partir de la idea de marginalidad.

En este sentido, y teniendo en cuenta lo que significa para cada corriente el concepto de marginalidad[17], la participación no fue ni es entendida de la misma manera, por lo cual las distintas corrientes, enfoques, paradigmas, teorías, etc., no interpretarán la condición de participación de la misma forma.

Participación Ciudadana en salud

Celedón y Noé (2000), destacan que la experiencia histórica revela que la participación ciudadana en materia de salud, también ha sido entendida de diversas formas, estas autoras describen a su entender cuatro formas de cómo es concebida la participación en salud.

Por un lado, ha sido pensada como beneficio, la cual:

> *"(...) ha sido la forma más rudimentaria de interpretar la participación por parte de los organismos gubernamentales responsables de la salud en los distintos países, considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud"* (Celedón y Noé, 2000: 99)

---

[17] Aquellos que trabajaban dentro del paradigma de la modernización, consideraban la marginalidad como falta de integración de ciertos grupos sociales en la sociedad: *"La marginalidad es la consecuencia de las expresiones económicas y sociales que se generan en situaciones de pobreza que tienen como origen un déficit en las facultades de integración social que presentan algunos sectores de la población, en términos de poder hacer frente a las demandas (...) que genera la globalización."* (Kay Cristóbal, 1991: 8)
Mientras que los que trabajaban dentro de un paradigma marxista veían la marginalidad como consecuencia del carácter de la integración del país en el sistema capitalista mundial. La marginalidad refleja una manera particular de integración y participación y no una no integración y no participación como lo plantean los teóricos de la modernización: *"La marginalidad es producto de las expresiones que devienen de las propias debilidades que presenta el capitalismo, en donde surge una 'población excedente' que no reviste ningún riesgo para dicho modelo."* (Kay Cristóbal, 1991: 8)
La CEPAL, relaciona el término marginalidad desde el punto de vista económico y lo relacionan directamente a su dimensión urbana: *"(...) entendían la marginalidad como una 'integración aún no alcanzada', como una mera fase o estado de transición hacia la 'sociedad moderna' (...)."* (Bassols M, 1990:183)
Mientras que la corriente culturalista del Centro para el Desarrollo, Económico y Social de América Latina (DESAL), entienden de la existencia en todos los países de América Latina de un vasto sector de la población en condiciones de marginalidad y esta situación aparece caracterizada por la falta de participación. *"(...) en consecuencia, según el DESAL la superación de la marginalidad solo podría lograrse vía la actuación de 'agentes externos' que organizan a los marginales'."* (Bassols M, 1990:184)

También ha sido vista como una contribución a la promoción de la salud, a través de ella se busca el apoyo voluntario de la población, para llevar adelante determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales. (Celedón y Noé, 2000: 99)

Por otro lado, es concebida directamente como participación comunitaria, es la que promueve en general los organismos multilaterales:

> *"(...) interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. El objetivo de la organización es, además de la obtención de recursos de la comunidad, transmitir conocimientos y capacitar a la población para que se transforme en un agente activo de su desarrollo. Esta visión más completa de la participación asigna mayores espacios de acción a la ciudadanía"* (Celedón y Noé, 2000: 100)

También ha sido entendida como un "derecho", esta es una visión más moderna de cómo es concebida la participación en la salud:

> *"(...) reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos."* (Celedón y Noé, 2000: 100)

Participación Social

Según Hevia (1992: 255):

> *"La participación social es un concepto amplio que se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones, es decir, todos los actores sociales de todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada intervienen en la identificación de los problemas, (...) se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones."*

De esta manera podemos decir que la participación social implica que la sociedad entera participe desde el Estado hasta los grupos barriales (organizaciones populares, Estado, instituciones privadas y no gubernamentales), por lo cual va adquiriendo una dimensión diferente, más amplia, más plural, más intersectorial, más transdisciplinaria, que luchan por lograr mayores niveles de equidad, a través de formas diversas y humanas de actuar y participar. (Hevia 1992)

Participación social en salud

Según Hevia (1992), el concepto de participación social en salud, hace referencia a la intervención de grupos organizados de la población en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad de la atención de la salud.

Para la comunidad según Larraín S (2001: 4), la participación en salud es percibida y representada socialmente como:

> *"(...) la posibilidad de emitir opinión o 'ser escuchado' por parte de las instituciones, desde la calidad de actor individual o de comunidad organizada, en el planteamiento de las demandas al sistema; la posibilidad de ejecutar acciones (proyectos), estableciendo un nexo entre institución y comunidad, y, por último, la posibilidad de ejercer control sobre el desempeño del sistema."*

En términos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Salinas J, Guerrero C, (1999: 25) mencionan que:

> *"La participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético o político (...), sino que también obedece a una necesidad técnica del sector salud, puesto que contribuye a: -La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios (...). -La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores (sociales y técnicos) (...). -La adecuación de los programas de salud y generación de nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población local (...).-La promoción de la salud.*

Teniendo en cuenta el mismo documento, la OPS (1999) describe algunos objetivos que persigue la participación social en salud: contribuir al desarrollo de las personas como sujetos activos del cuidado de su salud; a la creación de comunidades con capacidad de interlocución con el sector salud (en sus diferentes niveles de gestión), a la construcción de ciudadanía que expresa sus opiniones y demandas, así como también evalúa y ejerce un control social sobre el sistema de salud.

De esta manera la OPS, considera la participación como:

> *"un proceso social inherente a la salud y desarrollo, a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir.*(Salinas J, Guerrero C; 1999: 23)

En este sentido Hevia (1992) señala que el término participación social es mas amplio que el término de participación comunitaria, en donde la participación en salud no es solamente de la comunidad sino que es también de las organizaciones sociales, de los organismos no gubernamentales, de la iglesia, de las universidades, de los municipios, etc.

Participación comunitaria

Se establecen en este modelo grados de participación menores que la participación social, siendo el lugar privilegiado para realizar dicha práctica el ámbito local, la interacción se establece principalmente entre actores locales, se puede decir que se establece un contacto más íntimo entre el Estado y la sociedad civil.

Figueroa (1996), señala que la participación comunitaria es un proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, en ciudadanos responsables de su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo.

Zaffaroni C (1992: 61), menciona que este modelo de participación que:

> *"(...) da un valor central a la persona humana, debería ser una forma de participación que implique la intervención conciente y organizada de los propios involucrados. Si esta característica no está presente, no podemos hablar de un verdadero proceso de participación comunitaria."*

Según Espinoza (2002), en el proceso de participación comunitaria se deben consideran tres elementos: los participantes, la forma que ha de tomar esa participación y el tipo de desarrollo a que debe conducir dicha participación.

Cuando hablamos del primer punto podemos decir que la participación debe abarcar en lo posible a toda lo población local, en especial a la que ha estado excluida. La misma puede operar bajo formas directas o indirectas.

Con respecto a la forma que debe tomar la participación, podemos mencionar que varía según como inciden los factores tales como: motivación, intereses, actividades, valores, etc. En cuanto al tipo de desarrollo, podemos decir que la misma tiene como objetivo asegurar el derecho de la población a intervenir en su propio destino.

Haciendo referencia a los participantes, según Velásquez (1985: 88), podemos agregar que:

> *"(...) las formas directas poseen un nivel considerable de "espontaneidad" y en su desarrollo las fuerzas participantes van diseñando los canales más adecuados y las normas "ad hoc" más apropiadas. Al contrario, las formas indirectas de participación, cuyo origen es muy diverso (el Estado, algunas instituciones, grupos de individuos, partidos, etc.), se desarrollan dentro de marcos normativos y organizativos, y generalmente a través de mediadores que, se supone, representan el interés de aquellos a cuyo nombre actúan."*

A su vez, según los estudios "Interfaces"[18] realizados por los autores Arce y Long, teniendo en cuenta los actores[19] de las acciones (participantes), describen que en este espacio se establecen relaciones cara a cara entre los individuos, que presentan diferentes sistemas de conocimiento por lo cual categorizan, codifican, procesan y atribuyen significado a sus experiencias, representan intereses diferentes, recursos y niveles de poder.

Por lo cual, el carácter dinámico y emergente de las interacciones que se establecen y se desarrollan entre los actores, pueden llegar a modificar, las metas, las percepciones, los intereses y las relaciones entre ellos. (Solari, 1985)

Participación comunitaria en salud

Según los autores Bronfman y Gleizer (1994: 111):

> *"la inclusión de la participación comunitaria en los programas de salud, no es una práctica novedosa, implica la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud, (...)* a su vez existen *distintas concepciones sobre el sentido de la incorporación de la comunidad en el diseño y desarrollo de programas de salud y distintas formas y niveles en los que la participación comunitaria se lleva a cabo."*

Estos autores describen tres enfoques de cómo concebir la participación comunitaria en la salud y destacan que la relación entre la participación comunitaria, sus consecuencias sociales y políticas, y sus efectos sobre la salud, dependen de las formas que estos distintos enfoques son llevados a la práctica.

---

[18] La perspectiva "Interface" pretende proveer un marco conceptual y metodológico para entender desde las prácticas diarias, los procesos por los cuales determinadas formas o relaciones sociales se consolidan o resurgen en un determinado lugar. Se parte de la idea de la coexistencia de diferentes significados e interpretaciones de la propia experiencia (múltiples realidades). Los estudios de interfases son utilizados para demostrar la importancia de describir y explorar como las discontinuidades estructurales, se manifiestan en las discrepancias en términos de valores, intereses sociales, de interpretaciones culturales, conocimiento y poder. Es una perspectiva centrada en el actor social (posee conocimiento, capacidad para juzgar y reflexionar acerca de situaciones problemáticas y organizar respuestas apropiadas), el cual es considerado un sujeto de cambio (local como global). (Arce A, Long N: 1992)

[19] Arce A, Long N (1992) describen que existen diversas formas de actores sociales: individuos, grupos formales, redes interpersonales, organizaciones, grupos colectivos y 'macro' actores (gobierno nacional, iglesia, etc.).

Por un lado, los que creen que es una estrategia que contribuye a la resolución de los problemas de salud, por tener presente los aspectos políticos y sociales, permitiendo que la sociedad sea más democratizante:

> *"(...) la participación comunitaria se plantea como un fin en sí mismo y es siempre deseable, independientemente de su impacto en la salud, siempre y cuando se eleven los niveles de organización y conciencia de la comunidad."* (Bronfman y Gleizer 1994: 112)

Por el otro, los que entienden que la participación comunitaria, brinda mayores posibilidades a los programas que tengan éxito, por ser un medio técnico, que permite mejor funcionamiento y aceptación de los mismos:

> *"Esta concepción de la participación comunitaria como herramienta se piensa así misma como social y políticamente "neutra". La participación es sólo un medio para llegar a un fin: el mejoramiento de la calidad de salud de la población a la que se dirige el programa."* (Bronfman y Gleizer, 1994: 113)

Asimismo Hevia (1992: 52) cree que participar en salud es *'afirmar la responsabilidad por la vida'*, en donde la participación presenta una doble dimensión:

> *"(...) ser un fin en si mismo, y ser -al mismo tiempo- un medio, como instrumento para acceder al derecho a la salud."*

Por último, los que describen una postura que concibe a la participación comunitaria, como un medio para manipular políticamente a la población, en donde la misma es utilizada como estrategia política que llevaría a que las mejoras en la salud constituirían un medio antes que un fin en sí mismo. (Bronfman y Gleizer, 1994)

En este sentido Arriagada (2007: 44) menciona que:

> *"El rol de la comunidad, no tienen mas importancia y finalidad que validar, lo que el propio sistema ha dispuesto, (...).*

Situación que para este autor se llega a través de la dominación y manipulación de la comunidad, por medio de los espacios de participación que se promueven, de forma exógena, desde el propio sistema de salud.

Por otro lado, Solari (1989) describe dos dimensiones en la participación comunitaria en el campo de la salud, por un lado la participación directa, la cual se caracteriza por la movilización de recursos comunitarios (recursos humanos, dinero, materiales y capacidades creativas), por el otro la participación social, que consiste en incrementar el control de las personas sobre los factores sociales, políticos, económicos y del medio que determinan la salud. A su vez, el ideal participativo consiste en que la participación directa es utilizada como estrategia para obtener mayor participación social, siendo la participación directa en la práctica, un fin en sí mismo.

Teniendo en cuenta estos distintos puntos de vistas, Barrenechea C, Echenique E (1992: 183) que han sido protagonistas de la experiencia organizativa del Centro de Atención Primaria de la Salud de Las Piedras (CAPS), entienden que la participación comunitaria:

> *"(...) ha sido la variable determinante de los logros en el mejoramiento de la salud, en el autocuidado, en la prevención de enfermedades y en la valoración y usos de los servicios, (...) la participación ha determinado mayor conocimiento de los problemas de la zona y la realización de actividades estructuradas preventivas y asistenciales con un enfoque integral."*

En este sentido, la participación comunitaria se presenta como un medio para mejorar la calidad de vida de la población y como un fin en sí mismo, en donde a través de ella se logró mayores niveles de conocimiento y conciencia de los problemas a nivel local y mayores niveles de organización de la comunidad.

Capítulo II

"Si bien la salud no es todo,
sin ella todo lo demás es nada"
Dr. Halfdan Malher[20]

Evolución del concepto de Salud

Si tenemos en cuenta que la OMS, en su Carta Constitucional en 1946, definió la salud como:

> *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez"* [21]

Esta definición significó un profundo avance en la concepción universal de la salud, que se puso en vigencia a partir de 1948[22], en donde se reconoció la salud desde una perspectiva integradora de lo mental y social, al criterio físico manejado en épocas anteriores.

De esta manera la salud pasa a ser definida en términos positivos, lo cual representa el verdadero gran avance, ya que durante mucho tiempo la salud fue visualizada en forma negativa: salud como ausencia de enfermedad e invalidez.

Existen muchos autores que no están de acuerdo con esta definición de la OMS, entre ellos se encuentran Terris Milton (1975), Weinstein Luís (1989), Salleras San Martí (1991).

---

[20] Director General de la OMS, desde 1973 hasta 1988.

[21] Esta definición fue aprobada en la Conferencia Internacional sobre salud, celebrada en Nueva York, de junio a julio de 1946, en donde sesenta y una naciones aprobaron la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En abril de 1948 esta definición encabezaría la Carta Magna de la Salud. (Weinstein L, 1989)

[22] Asimismo la salud es un derecho y en ese mismo año pasa a ser considerada como tal, al integrarse dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que dice: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."*. (Declaración Universal de Derechos Humanos. Art. 25. Diciembre de 1948)

Terris M[23] (1975), menciona que debería eliminarse la palabra 'completo' de la definición de la OMS, ya que la salud como la enfermedad, no es un absoluto, hay distintos grados de salud, como hay distintos grados de enfermedad.

Según Salleras San Martí[24] (1991: 32) la definición OMS:

> *"Más que una definición es una declaración de principios y objetivos ya que un completo bienestar físico, mental y social, es difícilmente alcanzable hoy en día, ni por individuos ni por grupos y colectividades"*

Por otro lado, Weinstein[25] (1989) describe que la salud concebida de esta manera "estado de completo bienestar", implica necesariamente un juicio de valor "estar bien", una relativización socio cultural, y lo de completo lo hace inalcanzable, sin relacionarlo con situaciones concretas en tiempo y lugar. A su vez, hablar de "ausencia de enfermedad", implica que es imposible que coexista la salud con la enfermedad, lo cual lleva a pensar que para que haya salud es necesaria la ausencia de enfermedad.

> *"La definición de salud de la OMS no corresponde a la realidad no sólo por resultar demasiado global o inalcanzable, sino porque la propia dimensión de salud está fuera del foco central de actividades públicas y privadas de las instituciones que dicen tenerlas por objeto"* (Weinstein L, 1989: 22)

En 1985 la OMS define la salud como:

> *"la capacidad de desarrollar el propio potencial y de responder en forma positiva a los retos del ambiente"*

---

[23] Terris M (1975), definió la salud como: *"Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*

[24] Salleras San Martí (1991: 34) definió la salud como: *"(...) es el logro del mas alto bienestar físico, mental y social y capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad."*

[25] Weinstein L (1989: 55), define la salud como: *"conjunto integrado de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo."*

De esta manera, Salinas J, Guerrero C; (1999: 11) señalan que el enfoque que preconiza OMS tiene en cuenta que:

> *"La salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos-sociales que se dan en la sociedad, (...) está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico, por la forma de organización del Estado y por las condiciones en que la sociedad se desarrolla como son el clima, la ubicación, el suelo, las características geográficas y los recursos naturales disponibles."*

Este enfoque complejiza enormemente la enunciación de responsabilidades, no solo dentro del sector salud sino para toda la sociedad, ya que:

> *(...) se requiere que las personas, las familias, las comunidades, la clase política, el estado y todos los actores sociales se comprometan y tomen posición frente al tema. Se hace por lo tanto determinante el enfoque multidisciplinario e intersectorial".* (Salinas J, Guerrero C; 1999: 12)

El valor de los procesos de constitución social de la salud, el papel de la cultura local y de los actores sociales, al igual que la participación efectiva de la comunidad; son fundamentales para apoyar la realización y ejecución de los programas de salud que buscan mejorar o transformar la calidad de vida de la población.

Además, se considera que la salud es un componente fundamental del proceso de desarrollo, ya que tiene un gran impacto:

> *"(...) tanto en la capacidad de trabajo humano como en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social que requiere el desarrollo (...).* (Salinas J, Guerrero C; 1999: 13)

Por lo cual, estas autoras destacan que la integración regional, la descentralización política y administrativa, el fortalecimiento de la democracia y de la participación, la concepción del Estado como un ente rápido, ágil, eficiente, eficaz, son condiciones necesarias para llevar adelante este proceso.

Teniendo en cuenta lo redactado, se puede decir que no existe un concepto único de salud y los conceptos que se han manejando a lo largo de la historia se han ido modificando, principalmente el que proclama la OMS.

Con respecto a la definición de salud que ha desarrollado este organismo, la misma ha tenido:

> *"receptividad, provocando adhesión, críticas o rechazos, iluminaciones de compromiso y acatamientos."* (Weinstein L, 1989: 22)

Por otro lado, la reforma de salud que se empezó a instrumentar a partir del 2007 en el Uruguay, partió del concepto de salud elaborado por los especialistas en Administración de Servicios de Salud, Doctores Hugo Villar y Roberto Capote, los cuales consideran que:

> "la salud es *una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social"* (Villar H, Capote R; 2007)[26]

De esta manera, el concepto de salud que se utiliza en la actualidad, pone énfasis en la capacidad que tienen los individuos y las comunidades de interactuar con el medio, adaptarse a él y de poder transformarlo. La salud ya no es vista como un estado estático, sino como un proceso dinámico. Está ligado fuertemente al desarrollo económico y a los distintos momentos socio-culturales e históricos de las poblaciones.

---

[26]Extraído de: Exposición de Motivos. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18.211. Poder legislativo. Cámara de diputados. Montevideo. Diciembre de 2007.

Participación de los organismos internacionales

La participación de los organismos internacionales, ha tenido mucho que ver en la evolución del concepto de salud, en el transcurso de la historia; a través de la realización de conferencias, resoluciones, reuniones, cartas, etc., se van trazando los lineamientos generales para poder "adaptar" los sistemas de salud de los países, a las necesidades y demandas de la población y del mercado que se traducen en políticas de salud.

Como ya se mencionó en 1946, la OMS, en su carta Constitucional, definió la salud como *'el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad'*, lo cual implicó un gran avance en la concepción universal de salud, ya que:

> *"La monocausalidad está siendo sustituida por la multicausalidad de las condicionantes de la salud y sus variaciones, la idea de una capacidad biológica idéntica para todos los seres humanos, cambia por la capacidad genética potencial favorable o desfavorable para generar salud, capacidad que es activada o deprimida por los factores ecológicos y sociales (...).* (Salinas J, Guerrero C; 1999: 11)

En la década de 1950 se redacta la carta de Punta del Este:

> *"(...) en donde se consideraba un Plan Decenal de Salud para el decenio de 1960, definiéndose a la salud no solo como objeto sino como sujeto del desarrollo (...) Al finalizar el decenio de 1970, la atención primaria como estrategia de desarrollo fue puesta en un lugar relevante."* (Salinas J, Guerrero C; 1999: 15)

Posteriormente en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, set. 1978), convocada por la OMS y la UNICEF, los países de la región se comprometen con la meta de: *'Salud para todos en el año 2000'*. Reconociendo a la atención primaria (APS), como la estrategia apropiada para lograrla.

Salinas J y Guerrero C (1999: 15) señalan que:

"(...) su operacionalización real se desarrolló a partir de 1986 cuando en el XXII Conferencia Sanitaria, se aprueban las prioridades programáticas para la OPS."

En esta conferencia sobre Promoción de la Salud, se emitió la Carta de Ottawa, que afirmó que:

"(...) las condiciones y los requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad".

De esta manera, en este documento la salud no se contempla como un objetivo en si mismo, sino:

"(...) como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, para lo que es requisito proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control[27] *sobre la misma"* (Sotelo JM, Rocabado F; 1994: 3)

"En 1988, la Resolución XV de la XXXII Reunión del Consejo Directivo de OPS, se refiere a las necesidades del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS)[28] *en la transformación de los sistemas nacionales de salud"* (Salinas J, Guerrero C; 1999: 16)

---

[27] En cuanto al control de la población sobre la salud en este documento, se menciona que debe existir: *"(...) rol activo y consciente de los sujetos en el logro de su pleno potencial de salud, mismo que, por otro lado, no se alcanza si no se dispone de las condiciones básicas para satisfacer las necesidades y lograr el bienestar."* (Sotelo JM, Rocabado F, 1994:3)

[28] Se concibe a los SILOS como: *"(...) un conjunto de recursos de salud interrelacionados, responsable de la atención de la salud de una población definida, en un área geográfica delimitada, con un equipo de dirección responsable de la coordinación y/o administración de todo el equipamiento social dedicado a la salud asentado en la región, dimensionado para resolver una proporción significativa de los problemas de salud de la población e integrado en una red de servicios."* (Alonso, Napol y Faral; 1994: 129)

Alonso, Napol y Faral (1994: 129), mencionan que los SILOS se han promovido a nivel internacional como:

> *(...) una táctica para acelerar la estrategia de la APS y crear las bases o fortalecer el Sistema Nacional de Salud. Se trata de una propuesta global de reorganización y reordenamiento de todo el sector salud."*

Estos autores mencionan que esta propuesta se conoce como gestión descentralizada de la salud, la cual no constituye un fin en si misma, sino que es un instrumento para aumentar la capacidad resolutiva de los niveles locales.

> *"En 1990 la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, releva la necesidad de incorporar la promoción de salud como una estrategia dirigida al logro de un avance integral de salud y que corresponde al complejo perfil de la situación de salud de las Américas."* (Salinas J, Guerrero C; 1999: 16)

Por lo cual, se requiere el compromiso de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los otros sectores sociales productivos, tanto del ámbito público, privado y solidario. Se considera como elemento central la participación de la comunidad afectada. (Salinas J, Guerrero C; 1999)

El Documento de Alma-Ata y la estrategia de APS

Debido a lo expuesto, podemos decir que la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata), fue un hecho fundamental, que implicó modificar sustancialmente la forma de cómo se venía encarando la salud a nivel mundial[29]

La declaración de Alma Ata[30] reafirmó la definición de salud que fue aprobada en 1946 por la OMS en su carta constitucional, pero además destaca la conceptulización de la existencia de factores determinantes[31] y condicionantes[32] del nivel de salud en una sociedad, hecho que amplía las visiones anteriores.

Dicho documento dejó claro la estrecha relación e interdependencia que existe entre la salud y el desarrollo social y económico, en donde la salud es considerada un "producto intersectorial" integrante de un proceso de desarrollo de la población (Mitjavila M, y otros 1983: 89)

---

[29] La salud se venía encarando, por un lado, a través de un modelo de salud centrado en los hospitales y en la atención curativa basada en la medicina occidental, con consecuentes altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Esta situación se ha relacionado principalmente con lo que se ha denominado el "modelo médico hegemónico", el cual tiene como eje central ser biologicista, asistencialista, ahistórico, sin un enfoque social y con tendencia a excluir a los usuarios del acceso a los conocimientos. (Netto C,2003) Por el otro, la formación de la mayor parte del personal técnico de la salud carecía de una formación con énfasis en la prevención, que se articule con las instituciones de asistencia tanto públicas como privadas: *"(...) la intervención programática, la investigación y la formación de los profesionales de la salud, siguen priorizando las bases biomédicas y persiste la tendencia a ignorar la necesidad del trabajo multidisciplinario y transdisciplinario en el abordaje de los desafíos de la salud (...)"* (Salinas J, Guerrero C; 1999: 12)

[30] Ver: Declaración de Alma-Ata, setiembre 1978. (Anexo B)

[31] Los factores determinantes están relacionados directamente al modelo de atención a la salud, el cual es: *"La manera en que cada país organiza los recursos para la atención a la salud de su población. Se puede entender como la respuesta que cada país da con el propósito de solucionar los problemas o necesidades relacionadas con el proceso salud-enfermedad"* Los mismos dependerán: nivel de desarrollo socioeconómico, características culturales y demográficas de la población, características geográficas y naturales del país, características epidemiológicas, características y administración de los servicios de salud, nivel de conocimiento técnico y científico, capacidad y cobertura de la población, políticas de recursos humanos del país. Extraído de: Revista de la AQFU. Nº 23. (Ubach G, 1998: 6)

[32] Los factores condicionantes que se destacan del nivel de salud son: Características del sistema social, nivel de desarrollo socioeconómico, distribución del ingreso nacional, modo de vida, medio ambiente natural, características biológicas de cada persona. *"Estos condicionantes tienen diferentes expresiones en cada país y aún al interior de los mismos para los diferentes estratos sociales y regionales, por lo cual las respuestas o las soluciones a las situaciones diferenciadas, requerirán de la misma forma medidas específicas.* Extraído de: Revista de la AQFU. Nº 23. (Ubach G, 1998: 6)

A partir del compromiso que asumen los gobiernos de 134 naciones con la meta de: *"Salud para todos en el año 2000"*, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (Alma Ata), reconocen la estrategia de APS como el camino para lograr dicha meta.

La estrategia del APS implica el desplazamiento de los recursos sanitarios hacia la prevención y el mantenimiento de la salud más que hacia la curación. Las acciones de prevención y promoción que se llevan a cabo, parten del reconocimiento de las personas como generadoras de salud, en vez de considerarlas únicamente como receptoras. A su vez, esta estrategia exige políticas de coordinación intersectoriales y de la participación de la comunidad. (Barrenechea, y otros; 1993)

La participación de la comunidad pasa a ser un pilar fundamental para llevar adelante esta estrategia y la descentralización junto con su orientación al desarrollo local son las bases para que se pueda desarrollar. (Salinas J, Guerrero C; 1999: 23)

El documento de Alma-Ata permite distinguir dos concepciones del concepto de participación. Por un lado, como acción o capacidad que puedan tener los individuos, los cuales se pueden asociar al autocuidado, al conocimiento, a las actitudes de responsabilidad de las personas (deben sen capaces de conocer, exigir y controlar el derecho a la salud, a los servicios necesarios y a la calidad de estos). Por el otro, como una acción colectiva que tienen el fin de satisfacer necesidades o presentar demandas que individuamente no pueden ser satisfechas. (Barrenechea, Echenique, 1992)

Por otro lado se habla que la participación puede considerarse activa o pasiva:

> *"según las personas se involucren en la toma de decisiones, es decir según la forma como el poder de decidir qué y cómo se hace, se encuentre en la comunidad o no."* (Barrenechea, y otros; 1993: 22)

Estos autores mencionan que la participación comunitaria como acción colectiva y en su acepción activa es la forma más indicada para la identificación y resolución de necesidades de salud, y solo puede lograrse a través de la autogestión y/o la cogestión (Barrenechea, y otros; 1993)

Capítulo III

Antecedentes de participación en la salud:

Algunas experiencias en el Uruguay

La participación en salud se fue desplegando paulatinamente a partir de la década de los 70, y se fue desarrollando en forma simultánea en varios países de América Latina (Brasil, Colombia, Perú, Chile, México, Uruguay, y otros).

En el Uruguay a mediados de la década de 1980 surge en Montevideo:

> *"(...) un conjunto de experiencias de organización de los sectores populares urbanos en torno a problemas de salud. Se trata, entre otros, de policlínicas barriales o pertenecientes a cooperativas de vivienda, de grupos o comisiones de salud y de promotores barriales que desarrollan prácticas sanitarias en determinadas unidades territoriales o funcionales."* (Mitjavila, 1986: 89)

Muchas de las mismas fueron creadas por iniciativa de los vecinos, preocupados por las carencias sanitarias de sus respectivos barrios.

En 1982 en el marco de la Declaración de Alma-Ata "APS", un equipo de investigación del Departamento de Promoción del Centro Latinoamericano de Economía Humana, comenzó a participar en forma directa en el acompañamiento de algunas organizaciones barriales.

En 1983, se crea el centro de salud la Tablada; en 1988 se crea el centro de salud Jardines de Peñarol, a partir de iniciativas de grupos de vecinos preocupados por las carencias sanitarias de sus respectivos barrios. Ambos centros son gestionados por comisiones de salud de cada barrio, con el apoyo de otras organizaciones de la zona.

En esa misma época, surgen experiencias de "trabajadores comunitarios de salud", también denominados "agentes comunitarios de salud, "promotores de salud", "monitores", "guías de salud", etc., los cuales están capacitados para trabajar en estrecha colaboración con la comunidad e integrarla al proceso de mejoramiento de su salud. (Alonso D, Hauser P y otros; 1991)

En 1990 a partir del proyecto de descentralización en Montevideo, surgen las comisiones de salud zonales municipales, grupos de gestión de las policlínicas municipales, que a través de los mismos se busca una conexión directa con la población. A través de las asambleas de vecinos se participa en el financiamiento de los servicios:

> *"Estos servicios han surgido por iniciativa de los vecinos, respondiendo a necesidades de la población, y esta ha logrado mantener soberanía sobre ellos. Constituyen experiencias de participación ciudadana, surgidas desde la sociedad civil."* (Zaffaroni, 1992: 125)

Según Mitjavila (1986), muchas de estas experiencias es posible agruparlas en el ámbito sindical, en donde se pueden describir dos tipos de participación en el campo de la salud, por un lado, la participación directa (acciones dirigidas a mejorar la asistencia médica, entre otros de los sectores populares) y por el otro, la participación indirecta (dirigidas a mejorar las condiciones generales de vida de los trabajadores).

En 1985 como experiencia a nivel del interior del país podemos citar el papel que cumplieron las comisiones de salud en Tacuarembó, en donde participaron además de las organizaciones de la ciudad, maestros y padres, la convocatoria a participar se hacía por radio fundamentalmente. Las maestras de los barrios eran además promotoras de la comunidad, ésta fue una forma de como se buscó implementar el APS. Esta propuesta fue cofinanciada por los organismos internacionales, especialmente con fondos de Alemania. (Zaffaroni, 1992)

> *"La dificultad más importante, que llegó a paralizar las acciones, fue la pérdida de apoyos institucionales de nivel local, porque los compromisos a nivel nacional no se instrumentaron, no se cumplieron en tiempo (...) los acuerdos con las organizaciones locales no se concretaron. Esta situación fue paralizando la participación de los organismos y desgastando la participación de la gente, al no tener respuestas."* (Zaffaroni, 1992: 104)

Estas fueron algunas experiencias de participación en el área de la salud, como se observa las experiencias primeras que se desarrollaron en el Uruguay, fueron principalmente en Montevideo, estaban protagonizadas por grupos de población (barrial, zonal), interesados en abordar en forma colectiva los problemas de salud, que afectaban a la comunidad en ese momento, entre ellas podemos ubicar a las experiencias de participación poblacional en torno a las policlínicas populares (SSPP).

Por otro lado, Mitjavila (1986: 102) señala que en estas experiencias de base territorial, tienen la particularidad que:

> *"(...) el tema de la salud se convierte generalmente en un factor capaz de despertar a nivel individual y familiar motivaciones en torno a necesidades e intereses que comprometen, por su naturaleza, las condiciones de vida de la población"*

Teniendo en cuenta lo mencionado, las experiencias organizativas de usuarios de la salud que se analizarán a continuación, son parte integrante de estas experiencias pioneras en el área de la salud.

Dos experiencias organizativas de usuarios de la Salud:

"Jardines de Peñarol" y "Las Piedras"

Para poder comprender cómo fue la participación de los grupos organizados de usuarios de la salud en los servicios de salud, se analizarán los procesos de participación que se han desarrollado en dos experiencias organizativas concretas, a fines de la década 80 y principios de la década 90, relacionadas directamente con las policlínicas de Jardines de Peñarol[33] y Las Piedras[34], ambas situadas en el área metropolitana.

Se buscará realizar una interpretación de estos dos procesos de participación, tratando de conectar y vincular los distintos conceptos teóricos manejados anteriormente en esta tesis, con el trabajo que se desarrolló en cada una de las experiencias, llevado a la práctica por los grupos organizados de usuarios de la salud de los barrios Peñarol, Las Piedras y sus alrededores (villas).

Para conocer estas experiencias (cómo surgieron, cuales fueron las formas y modalidades de participación adoptadas, quiénes participaron, etc.), se utilizarán algunas publicaciones (artículos, libros, sistematizaciones, ponencias, discusiones) [35] que describieron las experiencias durante ese período de tiempo.

---

[33] El área de influencia o responsabilidad del servicio de salud "Jardines de Peñarol", abarca 40 manzanas, que comprenden los barrios Jardines de Peñarol, Isidro Fynn y Oriental Colón. Con una población aproximada de 6.000 personas. La mayoría de las familias son obreras y son propietarias de sus casas. Datos extraídos de: ALONSO D (1996). "Jardines de Peñarol: experiencia de una organización barrial en la atención Primaria de Salud".

[34] El centro de salud de "Las Piedras", se encuentra en una zona suburbana de Las Piedras, a 20 Km. de Montevideo, integrando de esta manera su área metropolitana. Es una zona granjera proveedora del mercado montevideano, y dormitorio de personas que trabajan en la capital. Su área de influencia o responsabilidad comprende los siguientes barrios o villas: El Dorado, San Francisco, Vista Linda, El Dorado Chico, El Santo, San Francisco Chico, San Isidro y Villa Regina. Con una Población total de 12.000 personas y posteriormente se amplió a Villa Alegría, Talca, Villa Foresti, El Triángulo y Los Manzanos, con una población de 6.000 personas. Datos extraídos de: ECHENIQUE E (1996). "Siete años de desarrollo de la participación comunitaria en salud". Centro de Atención Primaria de Salud de Las Piedras. 1987-1994.

[35] COLL P, METHOL M, Y RIJO M (1988): Sistematización. Grupo Policlínica Jardines de Peñarol. ALONSO D, LAUZ I (1990): Jardines de Peñarol: una experiencia de organización comunitaria en torno a la salud. BARRENECHEA C, ECHENIQUE E, Y ZAFFARONI C (1993): "Participación Social en Salud" ALONSO D (1996): "Jardines de Peñarol: experiencia de una organización barrial en la atención Primaria de Salud". ECHENIQUE E (1996): "Siete años de desarrollo de la participación comunitaria en salud". Centro de Atención Primaria de Salud de Las Piedras. 1987-1994. BARRENECHEA C, BONINO M, CELIBERTI A, CIGANDA E, ECHENIQUE E, ECHENIQUE L (1993): Acción y participación comunitaria en salud. Centro de Atención Primaria de Salud de 'Las Villas de Las Piedras.

Principales características de las experiencias:

En relación a la experiencia organizativa de Jardines de Peñarol, la misma surgió a fines de 1986, a iniciativa de la Comisión de Salud del barrio promovida por el Centro Latinoamericano de Economía Humana (Claeh)[36] en 1984, se realizaron numerosas reuniones de vecinos con el objetivo de ir identificando problemas relacionados a la salud en el barrio, el Claeh buscó crear expectativas y despertar el interés de la comunidad, al realizar un trabajo comunitario, en donde se construyo con los vecinos un mapeo de las necesidades de la población, dicha etapa culminó con una asamblea donde se expusieron los resultados. Uno de los problemas más importante identificado fue: la ausencia de una policlínica en la zona. (Alonso D, 1996)

Desde el momento que se llegó a identificar una demanda concreta como fue la policlínica:

> *"(...) veinte vecinos, con fuerte sentido de pertenencia al lugar, comenzaron a reunirse semanalmente en un local facilitado por uno de ellos (...) se creó un grupo, sobre la base de valores de solidaridad y democracia interna, buscando establecer una relación abierta y fluida con el barrio."* [37] (Alonso D, Lauz I; 1990: 7)

---

[36] El Claeh (Departamento de promoción), fue un actor fundamental que impulsó a que se conformara este grupo organizado de usuarios de la salud, este actor se involucró no por casualidad, sino que dicha institución a partir de 1982, como ya se mencionó anteriormente, en el marco de la Declaración de Alma-Ata "APS", comenzó a realizar actividades: *"con el propósito de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de algunos sectores de la población más desprotegidas de nuestro país, impulsando procesos en que los grupos populares sean protagonistas, identifiquen sus problemas de salud y se organicen con vistas a un cambio de sus condiciones de vida"* (Zaffaroni C, 1992: 107)

[37] Este grupo organizado pro-policlínica durante 15 meses de trabajo, realiza reuniones semanales, barriadas, festivales, asambleas, rifas; y a través de jornadas de trabajo comunitario fue restaurando dicho local (pisos, techos, construcción de baño y dos consultorios, sala de espera, instalación eléctrica y sanitaria): *"(...) enero de 1988 se inaugura la Policlínica barrial Jardines de Peñarol, donde prevalece la propuesta de un trabajo educativo."* (Coll P, Methol M, Rijo M; 1988: 1)

Alonso D, Lauz I (1990: 7) señalan que este grupo de vecinos hasta el momento de la inauguración de la policlínica en 1988, fue realizando paralelamente:

> *"(...) un proceso de reflexión acerca del tipo de servicio de salud al que aspiraban, así como sobre las funciones y objetivos que habrían de tener una vez inaugurado aquel. (...) En todo este proceso se hizo hincapié en la relación e integración de los técnicos con los vecinos y en trascender la atención de patologías, encarando también actividades de prevención primaria."*

Además, Coll P, Methol M, Rijo M (1988) mencionan que estos procesos de participación, no solo involucraron a la Comisión de Salud del barrio, vecinos, comerciantes y el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), sino también participaron miembros de la Mesa Intersocial Reivindicativa de Peñarol y Adyacencias (MIRPA), y la Comisión de Salud del Movimiento Vecinal de Montevideo (MOVEMO).

Alonso D, Lauz I (1990), sostienen que la policlínica desde su surgimiento procuró trabajar por la salud del barrio con el apoyo y la participación de los vecinos, buscó promover la participación de la población en la solución de sus problemas de salud, mediante distintas instancias de capacitación y promoción.

A partir de esta experiencia organizativa pro-policlínica, estos autores describieron que se lograron algunos acuerdos y coordinaciones con diversas instituciones relacionadas directamente a los sistemas de salud[38] y con otras organizaciones que existían en la zona[39].

A su vez, se logró un acuerdo con la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), consiguiéndose luego de dos años de gestión, la sesión de un predio municipal en 1992 para construir un nuevo local[40].

---

[38] Hospital Saint-Bois (MSP), Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa, Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana (AUPFIRH), Universidad de la República "UDELAR" (Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, Facultad de Arquitectura, Escuela de Servicio Social, Instituto Nacional de Alimentación (INDA). Se establecieron coordinaciones y servicios específicos con el MSP Extraído de: Alonso D, Lauz I (1990)

[39] Comisiones de fomento, escuelas, guarderías, clubes deportivos y sociales, etc.; participaron de la comisión de salud zonal creada a partir del centro comunal zonal. Extraído de: Alonso D, Lauz I (1990)

[40] Para ese nuevo local, se logró que: "(...) estudiantes de arquitectura (...), comprometieron su

Por otro lado, el grupo de vecinos es el responsable de la gestión del servicio con la participación de los técnicos:

> *"(...) divide su trabajo en comisiones de finanzas*[41]*, recepción, mantenimiento del servicio y relación con el medio. (...) Cada dos meses, se realiza una asamblea abierta con los técnicos y vecinos, en la cual se informa, discute y decide sobre los distintos aspectos del servicio."* (Alonso D, Lauz I; 1990: 8)

Alonso D, Lauz I (1990: 8) señalan que:

> *"Esta experiencia ha sido posible por la existencia de vecinos que se esfuerzan por responder organizadamente a una de las necesidades expresadas por su comunidad. El proceso que tiene como ejes la organización y la participación social, permite sumar y articular diferentes acciones que involucran a organismos estatales, no gubernamentales y organizaciones sociales, con el propósito de elevar el nivel de salud de la población."*

En relación a la experiencia organizativa de "Las Piedras", la misma surgió en 1987, a partir de un convenio tripartito entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Asociación Cristiana de Jóvenes de Montevideo (ACJ) y un equipo técnico fundador de un proyecto llamado Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS), se crea y se desarrolla el Centro de Atención Primaria de Salud de Las Piedras y sus alrededores (Villas). (Echenique E, 1996)

Anteriormente ha este convenio el equipo técnico conformado por cuatro médicos y dos enfermeras, habían retornado al país con este proyecto inspirado en la idea de "Salud, tarea de todos", patrocinado y financiado por ASDI (el órgano de Apoyo a la Cooperación del Estado Sueco) y la Asociación Cristiana de Jóvenes de Suecia. (Barrenechea C, y otros; 1993)

---

apoyo para elaborar el proyecto local. (...). La IMM colaboró con materiales de construcción, (...) la supervisión técnica del trabajo realizado por la arquitecta del CCZ. Las barracas de la zona aportaron materiales. Se logró la aprobación de una donación de U$S 6.000 (...) los vecinos aportaron su solidaridad y su tiempo libre, traducidos en miles de horas de trabajo realizadas en jornadas organizadas en domingos y feriados." (Alonso D, 1996: 67)

[41] En relación a la comisión de finanzas es importante mencionar que dicho servicio se autofinancia mediante el aporte voluntario mensual que realizan las familias del barrio (en 1992: 750 familias), el cobro de boletos por consulta y actividades recreativas de recaudación de fondos. (Alonso D, 1990-1996)

Luego, el equipo de salud del proyecto constituye la Fundación "Salud para todos en el año 2000", la cual se encarga de proveer la estructura jurídica y se responsabiliza por la gestión directa del proyecto, a su vez, el Ministerio de Salud Publica por medio de su Centro Auxiliar en Las Piedras, abasteció al CAPS con los suministros necesarios (medicamentos, material de enfermería y de limpieza) y algún personal técnico (partera y nutricionista). (Barrenechea C, y otros; 1993)

El CAPS y el equipo fundador tuvieron desde su surgimiento un contacto fluido y la colaboración de los distintos departamentos del MSP[42], así como también con otras instituciones y organizaciones de la sociedad[43].

Uno de los actores que impulsó esta experiencia desde el comienzo fue la Asociación Cristiana de Jóvenes (ACJ), esta institución religiosa ya tenía un cierto prestigio y credibilidad en la zona, la misma venía trabajando con la población desde hace años, con la intención de promover la participación de la comunidad para la satisfacción de necesidades.

Habían desarrollado algunas actividades en la zona, con el objetivo de mejorar su bienestar social:

> *"(...) la formación de grupos horticultores para realizar huertas familiares y grupos de tejedoras para generar ingresos, además de ofrecer cursos como tejido, gimnasia, música y trabajo recreativo con niños además de formación de líderes."* (Barrenechea C, y otros; 1993: 42)

Estas actividades realizadas en la comunidad, posibilitó a la ACJ instalar un vínculo de confianza con las distintas instituciones que se encontraban en la zona, así como también con la población de Las Piedras y sus alrededores.

---

[42] Nutrición, Vigilancia Epidemiológica, Estadística, Educación para la Salud, con la Escuela de Sanidad Dr. Scosería, con el Programa Salud Mental y con la Dirección de Atención Primaria. Extraído de: Barrenechea C, y otros (1993)

[43] Entre ellas, la Universidad de la República "UDELAR", Facultad de Medicina, Escuela Universitaria de Enfermería, Centro de Investigaciones y Estudios familiares y su departamento de familia (CIEF), Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana (AUPFIRH), Cáritas del Uruguay, Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), Grupo Aportes, Centro de Investigación y Promoción Franciscano y Ecológico (CIPFE), Programa de Educación Popular (PEP), Centro Emmanuel, Programa de Salud Integral del Centro Luterano Ecuménico, Departamento de Bienestar Estudiantil de la Administración Nacional de Enseñanza Pública (ANEP), Instituto Nacional del Menor (INAME) de Las Piedras. Extraído de: Barrenechea C, y otros (1993)

Es importante destacar que la ACJ con muchos años de trabajo en la zona, se ofreció de presentadora del equipo fundador del proyecto; esta relación con la institución le dio credibilidad al equipo y a la propuesta:

> *"La ACJ uruguaya ha sido un respaldo importante para el Equipo Fundador y el último año ha asumido un papel muy activo buscando asegurar la continuidad del proyecto y de la Fundación más allá del cese de la financiación sueca en diciembre de 1992"* (Barrenechea C, y otros; 1993: 48)

No se debe desconocer que la ACJ del Uruguay, es la representante en el país de las agencias cooperantes de Suecia, por lo cual dicha institución tiene cierta cuota de responsabilidad en el proyecto.

A su vez, el desarrollo de esta experiencia se encuentra limitada por las agencias cooperantes de Suecia, que va condicionando el proyecto en general (CAPS):

> *"La discusión planteada entre el Equipo Fundador y las agencias cooperantes (...) no solo determinó el número de técnicos implicado en el proyecto, sino que incidió en la Planificación de los contenidos y el perfil de los programas en sí; se pasó entonces de un proyecto "muy a la sueca" a un proyecto más ajustado a las necesidades de la población con la que se iba a trabajar."* (Barrenechea, y otros; 1993: 48-49)

Por otro lado, al igual que la experiencia anterior, estos autores destacan que la participación de los vecinos en el desarrollo de la experiencia del CAPS, ha sido uno de los aspectos centrales de la misma:

> *"Ésta es a la vez un medio para el logro de los fines de salud que están planteados y un fin en sí misma, ya que la existencia de espacios adecuados de participación comunitaria es un índice de mejora en la calidad de vida de la población implicada"* (Barrenechea, y otros; 1993: 107),

Las características que presentan estas experiencias, reflejan el interés y la preocupación de algunos actores sociales (grupo de vecinos, técnicos, profesionales, organismos estatales, no gubernamentales y organizaciones sociales, etc.), que quieren contribuir al mejoramiento y elevar el nivel de salud de algunos sectores de la población principalmente. Buscan mejorar los servicios de salud de la comunidad y promover la participación de la población con el fin de poder identificar problemas de salud, satisfacer necesidades o presentar demandas que individualmente no pueden ser satisfechas.

Ambas surgen en un marco en donde se vienen aplicando esta nueva manera de considerar la salud (Declaración de Alma Ata), como un derecho humano fundamental, la cual es un "producto intersectorial", que requiere el involucramiento no solo del sector de la salud sino de otros sectores sociales y económicos. Para lograr el grado máximo de salud los ciudadanos tienen el deber y el derecho de participar, al igual que el gobierno tiene la responsabilidad de la salud de la población. Se apela a la capacidad de acción que pueden tener los individuos, *ser protagonistas*[44].

En estas experiencias se plantean lineamientos de trabajo, que reflejan algunos conceptos manejados en la declaración de Alma-Ata, como es el mantenimiento de la salud por encima de la curación (proteger y promover la salud), la atención primaria de salud (APS), trabajo en equipo interdisciplinario que pueda atender las necesidades de salud expresadas en la comunidad, se pone énfasis en la participación comunitaria, en la planificación y aplicación de la atención de su salud.[45]

---

[44] Lo cual implica que el ciudadano pueda adquirir, compartir y aplicar conocimientos que lleven a mejorar su autocuidado, establecer actitudes de responsabilidad que le permita conocer, exigir y controlar como derecho y deber los servicios de salud existentes. Esta forma de actuar para OMS, que correspondería a un modelo de participación social en salud, contribuye a mejorar la calidad de la atención, movilizar recursos y construir redes locales, adecuar los programas de salud a las necesidades de la población local, etc. (Salinas J, Guerrero C;1999)

[45] En relación a la experiencia organizativa de Las Piedras, los objetivos que persigue el CAPS demuestran la importancia que tiene la estrategia APS y la participación comunitaria: *"a) Impulsar la APS en el primer nivel de atención, en una zona determinada, teniendo como principales actividades: la promoción de la salud, la protección específica, la prevención de enfermedades, poniendo el acento en la atención a grupos de riesgo. B) Contribuir a la elaboración de un modelo de APS apropiado al país. C) Impulsar la participación de la comunidad en la toma de decisiones, tareas educacionales, preventivas y promociónales.* (Echenique E, 1996: 58)

Modalidades de participación

Como se ha mencionado anteriormente, no existe una modalidad única de participación sino que la forma que va adquiriendo la misma en estas experiencias responde al trabajo que se va a desarrollar y la interacción entre los actores sociales[46] involucrados se establece en relación a la tarea. Esto es lo que sucede en ambas experiencias, situación que posibilita a los equipos técnicos y a la comunidad en general involucrarse en diferentes ámbitos, que permiten intercambiar, construir saberes y experiencias de una manera participativa.

Se utilizaron diferentes estrategias para abordar los procesos de salud-enfermedad en la comunidad, buscando elevar el nivel de salud de la población, basándose en el compromiso asumido en 1978 con la meta *"Salud para todos en el año 2000"*, la cual pone énfasis en la atención primaria de salud[47]. Se desarrollaron diferentes formas para aplicar el APS en los servicios y en la comunidad, se conformaron comisiones y grupos por actividad. En las experiencias analizadas se destaca la participación comunitaria, la promoción y la educación para la salud, contribuyendo desde sus posibilidades a la participación social.

Estas medidas asumidas para proteger y promover la salud, dieron la posibilidad de surgir diferentes formas y modalidades de participar en la salud. En ambas experiencias se consideró a las *"personas como generadoras de salud"*, por lo cual se impulsó la participación comunitaria, el trabajo interdisciplinario e intersectorial, se apostó a un trabajo integral. La descentralización se constituyó en el pilar fundamental y la base para desarrollar la participación comunitaria, posibilitando a los ciudadanos a que puedan involucrarse en la planificación y en la atención de su salud, así como también en la toma de decisiones y en el manejo de los recursos.

---

[46] Marsiglia, Rodé, y Cueva (1985) mencionan, que la participación de los usuarios en las experiencias organizativas de la salud, esta condicionada por la participación de los otros actores sociales presentes en la comunidad (instituciones religiosas, profesionales, estudiantes, agentes externos), que inciden en la realidad interna de cada experiencias.

[47] Se destaca la atención primaria de salud, ya que se considera: *"(...) el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo mas cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria."* Extraído de: Declaración de ALMA-ATA. Capítulo VI. Setiembre 1978

Se formaron grupos y comisiones que se responsabilizaron y asumieron el compromiso de gestionar estos servicios de salud, llevar adelante actividades de promoción y educación para la salud con y para la comunidad, para ello se desarrollaron principalmente tres áreas de participación: en la gestión de los servicios, en la promoción y educación para la salud, y en la financiación de estos servicios.

En relación a la gestión de los servicios, Alonso D (1996: 68) menciona que este lugar se posicionan como:

> *"(...) un espacio de liberación, toma de decisiones, programación y evaluación de actividades que llevan adelante los vecinos y los técnicos"*

En donde sus protagonistas se encargaron de la planificación de las tareas a desarrollar y de la administración del servicio, estableciendo además:

> *"(...) las relaciones y coordinaciones del servicio con otras instituciones del sector salud, con otras organizaciones comunitarias y con los organismos municipales, entre otras (...) participan, además, como delegados ante organizaciones de carácter más amplio que existen en la zona (comisión de salud, plenario barrial de organizaciones, etc. (...)."* (Alonso, 1996: 68)

Para llevar adelante esta diversidad de tareas, en la experiencia organizativa de Jardines de Peñarol, el grupo de vecinos y técnicos crearon la comisión de salud y la asamblea de vecinos[48].

[48] La Asamblea de vecinos, la cual es una modalidad de participación que permite mantener informada a la población y motivar el acercamiento de nuevos vecinos que habitualmente no integran ningún grupo de trabajo, se presenta como la oportunidad que tienen los vecinos "usuarios" de exigir que se les rinda cuenta de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

En relación a la experiencia de Las Piedras se crearon "Las Barriadas" [49], "Las Comisiones de Salud Barriales" [50], "Plenarios" [51] y la "Comisión de Educación para la Salud" [52]

En relación a la promoción y educación para la salud, la estrategia que se utilizó en ambas experiencias para desarrollar esta tarea fue: el grupo de agentes comunitarios (trabajadoras comunitarias)[53], integrado por vecinos de la comunidad (principalmente mujeres)

> *"Se trata de agentes dinamizadores que siendo ellos mismos integrantes de la comunidad, promueven, animan, coordinan, difunden y desarrollan actividades en torno a los principales problemas (...)"* (Alonso D, 1996: 68)

Alonso D (1996), menciona que estas trabajadoras comunitarias además de realizar una actividad educativa con la población de la zona de influencia, han contribuido a la creación en la policlínica de nuevos servicios (relacionados al control del embarazo, a la planificación familiar y a la vacunación), han establecido coordinaciones con organismos públicos (para asegurar ciertos servicios, crear prestaciones).

---

[49] "Las Barriadas": fueron una forma de llevar el proyecto hacia los barrios y las villas, a través de las mismas se establecieron relaciones con las diferentes comisiones barriales existentes, facilitando el intercambio de experiencias y el conocimiento mutuo.

[50] "Las comisiones de salud barriales": fue la propuesta organizativa a nivel barrial del proyecto, la cual tuvo diferentes aceptaciones: *"En algunos barrios las comisiones de salud tuvieron un funcionamiento efectivo, pero en otros fue imposible vencer las dificultades organizativas preexistentes, las comisiones que ya estaban organizadas no se encuadraban en el esquema propuesto."* (Barrenechea C, y otros; 1993: 111)

[51] "Plenarios", fue otra forma de participación que se desarrolla en esta experiencia, en ellas podían participar los vecinos y las comisiones anteriormente mencionadas, a través de los plenarios se colectiviza la información y se comparten experiencias rescatadas o vividas por las distintas comisiones barriales, las temáticas que se abordan son muy variadas. Es común que la primera vinculación de muchos de los vecinos con el CAPS sea por este medio.

[52] "Comisión de Educación para la salud" (se constituye a finales de 1988), en ella participaban un técnico del equipo fundador, un asesor en educación, docentes de distintos centros educativos de la zona, agentes comunitarios: "(...) *en éste espacio numerosos Agentes Comunitarios y, especialmente, docentes de la zona, han encontrado un ámbito adecuado para participar (...). Ha permitido que quienes participan en la Comisión realicen un aprendizaje específico y, además, una mejora cualitativa de las acciones educativas hacia el medio integrando nuevas herramientas y nuevas perspectivas metodológicas"* (Barrenechea C, y otros; 1993: 114)

[53] En relación a la experiencia organizativa de Las Piedras, se desarrolló un programa piloto de Atención Primaria de Salud (APS) con un importante desarrollo de la participación comunitaria a través de la formación de más de 80 vecinos agentes comunitarios de salud, alrededor de 20 personas realizaron la capacitación completa (formación y práctica). En relación a la experiencia de Jardines de Peñarol, no se tienen datos de cuantas personas realizaron la capacitación completa, si trabajaron como agentes comunitarias 12 mujeres. Datos extraídos de: Alonso D (1996); Barrenechea C, Echenique E (1992)

A su vez, tuvieron un desempeño activo en la ejecución en el diagnóstico local que se realizó al comienzo de cada experiencia, participación que permite:

> *"(...) que la gente se apropie de un conocimiento en cuya producción ha participado, lo convierta en acciones con mayor facilidad, asumiendo responsabilidades concretas en la ejecución y evaluación de los programas."* (Alonso D, 1996: 69)

Además Barrenechea C y Echenique E; (1992: 176) señalan que:

> *"La participación de estos agentes comunitarios permitió el surgimiento de áreas de participación alrededor de otras temáticas sociales, como la vivienda, la nutrición, el medio ambiente, etc. También potenció y dinamizó iniciativas locales ya existentes, como las comisiones de fomento, las escuelas y las huertas familiares."*

De esta manera, se puede decir que el grupo de agentes comunitarios cumple una función de intermediación entre el servicio de salud y la comunidad, se demuestra que han logrado una importante conexión con la comunidad, han sido un referente a nivel barrial que ha trabajado con las personas, sus familias y su entorno, brindando herramientas para desarrollar estilos de vida mas saludables, no solo a nivel personal sino a nivel familiar y comunitario. Además brindaron herramientas para ejercer una democracia más participativa, considerando la salud como un derecho y un deber que tienen los ciudadanos en participar individual y colectivamente.

En éste sentido en la experiencia organizativa de Las Piedras, Barrenechea C, y otros (1993: 71) mencionan, que los agentes comunitarios en un segundo momento buscan un nuevo perfil más orientado a:

> *"(...) generar y apoyar procesos organizativos locales, promoviendo el tema de la salud en su concepción amplia pero más que en una relación de enlace entre el centro y los barrios, en un papel de dinamizadores de grupos e iniciativas locales."*

En relación a esta modalidad de participación, la misma ha surgido como una estrategia para implementar el APS, utilizada por muchos países de América Latina. Rebellato (1996: 39) menciona que:

> *"(...) la formación de promotores comunitarios y de educadores populares a nivel de las poblaciones, parece ser una exigencia ya implícita en la apuesta a un modelo de conocimiento participativo de la realidad. (...) es un requisito de los primeros pasos de todo trabajo barrial."*

Por otro lado, contribuir a través de diferentes formas en el financiamiento de los servicios de salud, fue otra manera de participar. En ambas experiencias se demuestra que la participación de los vecinos fue fundamental para obtener recursos de la comunidad.

Por un lado, contribuyeron en el financiamiento del servicio, por medio de una colaboración mensual "cuota" y por boletos en consulta "orden". De esta manera muchos de los usuarios apoyaron a que estas experiencias se mantengan "vivas", ya que se pudieron financiar todo tipo de materiales (utilizado tanto en la policlínica como en las jornadas de capacitación y otras actividades), medicamentos y viáticos. Por el otro, ayudaron con mano de obra en la tarea de recepción de cobranza, mantenimiento e higiene del local.

A lo que se refiere a la experiencia de Las Piedras, Barrenechea C, y otros (1993: 114) describen que para llevar adelante estas actividades, se creó el grupo de apoyo en el financiamiento:

> *"(...) es de integración voluntaria y tiene como fin fundamental la obtención de los recursos que permitan la continuidad del trabajo, a través de la realización de gestiones ante el Ministerio de Salud Pública y de la captación de recursos en la propia comunidad"*

Estas experiencias demuestran como mencionan Celedón y Noé (2000), que a través de la participación comunitaria en salud, se pueden obtener recursos de la comunidad, desarrollar y transmitir conocimientos hacia la población, así como también capacitarla, buscando que se transformen en un agente activo de su desarrollo.

Capítulo IV

Reflexiones finales:

Este trabajo se trazó como meta realizar un estudio exploratorio que posibilitara tener una primera aproximación a la participación de los grupos organizados de usuarios de la salud, al finalizar el periodo de facto.

El marco teórico general fue la participación en salud, que planteó como categoría analítica central la Participación, teniendo presente en todo momento el área de la salud, como el lugar donde se hace efectiva esa participación.

Asimismo, dentro de lo que implicaron las concepciones de Participación y de Salud en su devenir histórico, se intentó identificar algunas características que se pensaron fundamentales para comprender la participación de los grupos organizados.

Por lo tanto, se creyó básico tener en cuenta: el contexto en el cual surgieron estas experiencias, las distintas formas de movilizaciones urbanas que se desarrollaron, la evolución del concepto de salud, la participación de los organismos internacionales, el documento de Alma-Ata, la estrategia del APS, así como también antecedentes de experiencias organizativas en el Uruguay, entre otras.

Luego del análisis de las experiencias de Jardines de Peñarol y Las Piedras y teniendo en cuenta los distintos puntos que se fueron tratando en cada uno de los capítulos de este trabajo, surgen como reflexiones finales:

Los procesos de participación que protagonizaron los ciudadanos al finalizar la dictadura -ente ellos los desarrollados en el área de la salud- estuvieron afectados por la situación socio-económica y política que atravesó el país en ese período de tiempo.

Este contexto marcado por una fuerte crisis, determinó la participación de algunos sectores de la población en una diversidad de movilizaciones y prácticas sociales, en torno a carencias y necesidades que aquejaban a los habitantes.

En el sector de la salud, surgieron experiencias organizativas barriales, con el propósito de mejorar y/o resolver los problemas de salud que existían en los barrios, ente ellas algunas experiencias relacionadas a los Servicios de Salud Populares Privados (SSPP).

Al estudiar las experiencias organizativas en salud, principalmente Jardines de Peñarol y Las Piedras, se determinó que sus protagonistas consideraron la participación como una manera viable y eficaz, para resolver las carencias sanitarias de la zona.

En efecto, la participación fue ganando espacio y protagonismo en el sector de la salud, valorizándose como una forma que contribuye a mejorar la calidad de vida de la población y/o mantener un bienestar.

Al intentar conocer el "mundo" de la participación, nos damos cuenta que existe una diversidad de formas de participar, formas que son cambiantes, por momentos se fusionan, muchas veces se combinan. Existen distintas modalidades, grados, niveles y tipos de participación. Esta diversidad de características que se pueden presentar en la participación, lleva a que no exista un concepto único de participación. A su vez, este concepto depende de las interpretaciones que realizan las distintas corrientes de opinión difundidas en el mundo, luego de la Segunda Guerra Mundial

Pero si queda claro que la participación contribuye a garantizar el bienestar social y la calidad de vida de los ciudadanos. Es una manera de intervención que puede ejercer las personas, los grupos, las organizaciones y las instituciones.

Los procesos de participación que se estudiaron, entre ellos, los que protagonizaron los grupos organizados relacionados a los centros de salud de Jardines de Peñarol y Las Piedras, se llevaron a cabo en la propia comunidad y en el ámbito barrial, en donde participaron además organizaciones e instituciones principalmente de la zona de influencia.

Por otro lado, la participación en el sector de la salud fue un pilar fundamental, al finalizar el período de facto contribuyó a la promoción de la salud, llevar adelante determinados programas y proyectos de desarrollo social, estableciendo un nexo entre la comunidad y las instituciones de salud. Posibilitó obtener recursos de la comunidad, así como también fue una herramienta que facilitó transmitir conocimientos y capacitar a la población, para que se transforme en un actor con capacidad para plantear demandas al sistema de salud.

La inclusión de la participación comunitaria en el área de la salud, dependió también de la evolución del concepto de salud y de la participación de los organismos internacionales, principalmente de la Organización Mundial de la salud (OMS). Van reconociendo la participación comunitaria como una manera que contribuye a prevenir, mejorar, recuperar y promover la salud.

La participación comunitaria se presenta como una necesidad del sector, que puede llevar adelante la estrategia del Atención Primaria de la Salud (APS).

Sin lugar a dudas, las distintas características que identifican a las experiencias organizativas de Jardines de Peñarol y Las Piedras, dejan relucir las exigencias que proponen los organismos internacionales, entre ellas, la estrategia del APS, siendo la participación comunitaria el factor principal para implementarla.

El rol que desempeñaron estos grupos en el quehacer diario "interno y externo" a los centros, estuvo relacionado principalmente a realizar tareas de prevención y mantenimiento de la salud, así como también llevar adelante en su totalidad la gestión de los servicios.

La columna vertebral de este trabajo participativo, se basó primordialmente en la conformación de comisiones y grupos por actividad, incentivando y promoviendo en todo momento la participación comunitaria, la promoción y la educación para la salud, contribuyendo desde sus posibilidades a la participación social.

Estos procesos de participación permitieron sumar y articular diferentes acciones que involucraron a organismos estatales, no gubernamentales, organizaciones sociales y vecinos de la zona, desarrollándose de esta manera un trabajo integral, que posibilitó elevar el nivel de salud de la población.

La incidencia que tuvieron estos grupos organizados de usuarios de la salud, en los centro de salud en el Uruguay, al finalizar el periodo de facto, se debió al relacionaminto entre los vecinos y el equipo técnico.

Se estableció un fuerte vínculo ente ambos, posibilitándose la realización de un trabajo en equipo, el quipo técnico a partir de una relación abierta y fluida, basada en valores de solidaridad y democracia, proporcionó apoyo técnico y acompañamiento social.

Este apoyo fue primordial, ya que en estos procesos muchas veces no alcanza con que exista voluntad de actuar participativamente, muchas veces se debe proporcionar formación a los ciudadanos, sobre la utilización de habilidades y técnicas que les ayuden a asumir las responsabilidades que la participación conlleva,

Por otro lado, en estas experiencias analizadas se presentaron una diversidad de factores que posibilitaron dos procesos de participación efectivo, permitiendo que estas experiencias continuaran en el tiempo, siendo además reconocidas en el medio.

Por un lado la presencia de una institución con prestigio en la zona que respaldó durante todo el tiempo la experiencia desarrollada. En el caso de Jardines de Peñarol, la existencia del Claeh que acompaño a la organización vecinal, en el caso de Las Piedras, la ACJ que le brindó apoyo al equipo CAPS.

Por otro lado, la existencia de una organización vecinal preocupada por las inquietudes manifestadas por los vecinos, en cada uno de los barrios.

Por último, la participación de otras organizaciones e instituciones presentes en la localidad, posibilitaron tratar el tema de la salud desde un enfoque integral, lográndose algunos acuerdos y coordinaciones.

La participación de estos actores sociales en las experiencias organizativas de Jardines de Peñarol y Las Piedras, permitió realizar un trabajo interdisciplinario e intersectorial, en donde se pudo llegar a definir necesidades, identificar soluciones y movilizar recursos locales.

Estas experiencias buscaron combinar los recursos provenientes del Estado, de la comunidad y de las distintas organizaciones e instituciones existentes en la localidad, no necesariamente relacionados a los sistemas de salud

Bibliografía consultada

ALONSO, DANIEL: "Jardines de Peñarol: experiencia de una organización barrial en la Atención Primaria de Salud". Cáp. 11. Extraído de: *"Salud Mental en Atención Primaria de la Salud".* Evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria a nivel poblacional. Copiladores Varios. Montevideo. 1996.

ALONSO DANIEL, LAUZ IRIS: "Jardines de Peñarol: una experiencia de organización comunitaria en torno a la salud". Extraído de: notas del claeh 61-62. Corriendo riesgos: programas de apoyo a pequeñas empresas. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 1990.

ALONSO D, HAUSER P, LAUZ I, NAPOL M: "Trabajadores comunitarios de salud. Sistematización de una experiencia en el área materno-infantil". Claeh. Serie Promoción Nº 10. Montevideo, Octubre de 1991.

ALONSO D, NAPOL M: "Diagnóstico local de salud materno-infantil". CLAEH. Serie Promoción Nº 12. Montevideo. 1994.

ALONSO D, NAPOL M, FARAL L: "Políticas de salud dirigidas a la población en situación de pobreza". Extraído de: Proyecto Propuesta. Contribuciones para un nuevo desarrollo. CLAEH/ CUI/ IDES/ IESE. Copiladores Varios. FESUR- ecs. Montevideo. 1994.

ARCE A, LONG N: "The dynamics of Knowledge" UK. Routledge. Boletín de Estudios Latinoamericanos y del Caribe Nº 43. 1992

ARRIAGADA LUIS: "Participación social en salud y conocimiento popular. ¿Realidad o retórica política?" En: Revista Regional de Trabajo Social Nº 40, Año XXI. EPPAL. Montevideo, Uruguay. 2007.

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD (AdUSS), Sistematización del trabajo realizado. 2008.

ASTORI, D: "La política Económica de la Dictadura" 4. Extraído de: *"El Uruguay de la Dictadura 1973-1985".* Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay. 1989.

BASSOLS M: "La marginalidad urbana: una teoría olvidada". En: Revista electrónica Polis. Investigación y Análisis Socio Político y Psicosocial. Nº 90. pp. 181-198. 1990.

BARRENECHEA C, BONINO M, CELIBERTI A, CIGANDA E, ECHENIQUE E, ECHENIQUE L: *"Acción y participación comunitaria en salud. Centro de Atención Primaria de Salud de Las Villas de Las Piedras."* Editorial Nordan Comunidad. 1993.

BERTINO M, BERTONI R: "Más de un siglo de deuda pública uruguaya: una historia de ida y vuelta." Montevideo. 2005. Artículo publicado en: "The Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies", Vol. 34: 1-2, Estocolmo.

BUSQUETS JOSÉ, SETARO MARCELO: "El Sistema Nacional Integrado de Salud: ¿uno de los trofeos de la administración de Tabaré Vázquez?" Extraído de: *"Encrucijada 2009. Gobierno, actores y políticos en el Uruguay 2007-2008."* Informe de Coyuntura Nº 8. Instituto de Ciencia Política. Editorial. Fin de Siglo. Montevideo. 2008.

BRONFMAN, M; GLEIZER, M: "Participación Comunitaria: ¿Necesidad, Excusa o Estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de Participación Comunitaria." En Cuadernos de Salud Pública. Río de Janeiro, Brasil. 1994.

CASTELLS MANUEL: "*La era de la información." Economía, sociedad y cultura. Vol. 3. Fin de Milenio.* Alianza Editorial. 1997.

CELEDÓN C, NOÉ M: "Reformas del sector de la salud y participación social." En: Revista Panamericana de Salud Pública 2000; 8(1/2)

COLL PATRICIA, METHOL MERCEDES; RIOJO MARIANA: "Sistematización. Grupo Policlínica Jardines de Peñarol." Folleto. Montevideo, Uruguay. 1998.

DAVRIEUX H: *"Desigualdad y Gasto Público en los 80."* CINVE-EBO-13. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo-Uruguay. 1991

ECHENIQUE, EDÉN: "Siete años de desarrollo de la participación comunitaria en salud. Centro de Atención Primaria de Salud de Las Piedras. 1987- 1994." Cáp. 10. Extraído de: *"Salud Mental en Atención Primaria de la Salud" Evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria a nivel poblacional.* Copiladores Varios. Montevideo. 1996.

ESPINOZA VALLEJO: *"Participación de la comunidad para la salud."* OPS cien años de cooperación al Perú. Lima, Perú. 2002.

FIGUEROA DIXIS: "Participación comunitaria y salud. Departamento de Nutrición. Universidad Federal de Pernambuco. Brasil." En: Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. "Educación para la vida." Universidad Autónoma de Nuevo León. México. 1996

FILGUEIRA CARLOS (COPILADOR); AUTORES VARIOS: *"Movimientos Sociales en el Uruguay de Hoy."* CLACSO/CIESU/Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay. 1985

GOHN MARIA DA GLÓRIA: *"Teoría dos movimentos sociais."* Loyola. São Paulo, Brasil. 2000

HEGOBURU M, MITJAVILA M, NARI M, SEVERI C, Y OTROS: "Aportes para un Trabajo de Promoción en Salud." CLAEH-EPROS. Serie Promoción Nº 4. Montevideo. 1983.

HEVIA P, ZAFFARONI C, NOCETTI C, SEIJO N, ALONSO D, NAPOL M, FOREN M, HAEDO M, BARRENECHEA C, ECHENIQUE E, y otros: Seminario "Participación Social en Salud". Ponencias y debates. Abril 1992. Extraído de: *"Participación Social en Salud."* Arca-Claeh. Montevideo, Uruguay. 1993.

HOPENHAYN, M: "La Participación y sus motivos." Extraído de: *"Participación Popular Democracia y Derechos Humanos."* Acción crítica. Nº 24. CELATS-ALAETS. Santiago de chile. 1988.

_____: "La Participación y sus motivos." Segunda Parte. Extraído de: *"Derechos Humanos: un reto profesional."* Acción crítica. Nº 25. CELATS-ALAETS. Santiago de chile. 1989.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE): Población, viviendas y hogares en los censos de 1963-1975-1985-1996. INE. 2000

KAY CRISTÓBAL: "Teorías latinoamericanas del desarrollo." Extraído de: Nueva sociedad Nº 113 mayo- junio 1991, pp. 101-113

KAZTMAN R (coordinador responsable), FILGUEIRA F (investigador principal): *"Desarrollo humano en Uruguay, 1999."* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Uruguay. 1999.

LARRAÍN, SOLEDAD: "Participación ciudadana y salud.". Versión Web. www.paho.org/headquarters. Chile. 2001

LAUZ, IRIS: "La participación ciudadana en salud. Desafíos y perspectivas desde el Trabajo Social." En: Revista Regional de Trabajo Social Nº 33. EPPAL. Uruguay. 2005

LEY Nº 16.713. Seguridad Social

LEY Nº 18.131. Creación del Fondo Nacional de Salud

LEY Nº 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud.

_____Exposición de Motivos. Sistema Nacional Integrado de Salud. Poder legislativo. Cámara de diputados. Montevideo. Diciembre de 2007.

MELGAR A: "Gasto Público Social en Uruguay." Extraído de: *"Gasto Público Social."* IIN-Organismo especializado de la OEA-UNICEF. 1992.

MESA DE SALUD DE ADASU: "Protección Social y la Atención en Salud". En Revista de Trabajo Social Nº 34. EPPAL. Montevideo. Uruguay, 2005.

MIRZA C: *"Movimientos Sociales y sistemas políticos en América Latina: la construcción de nuevas democracias."* CLACSO-ASDI. Uruguay. 2003

MITJAVILA MYRIAM: "Salud y participación popular. Una aproximación al análisis de la organización poblacional." En: Cuadernos del Claeh Nº 37. Montevideo, julio de 1986.

MONTENEGRO M: "Conocimientos, agentes y articulaciones. Una mirada situada a la intervención social." Athenea Digital - num. 0 abril 2001- Barcelona

MOVIMIENTO NACIONAL DE USUARIOS DE LA SALUD PÚBLICA Y PRIVADA. Fuente: www.usss.org.uy/ Quienes _ somos. 2007.

NETTO C: "Redes Sociales, salud y participación. Un análisis critico." Extraído de: "La Salud de Todos: Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo". Red Nº 5 Programa URB-AL, Unión Europea, IMM, IDH. 2003.

NUN J, MURMIS M Y MARIN: "La Marginalidad en América Latina." Informe Preliminar. Servicio de Documentación en Ciencias Sociales. UDELAR-Facultad de Derecho y Ciencias Sociales-Instituto de Ciencias Sociales. Fundación de Cultura Universitaria. Extraído de: Documento de Trabajo Nº 53. Instituto Torcuato Di Tella-. Diciembre 1968.

OMS/UNICEF: "Atención Primaria de Salud." Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 setiembre de 1978. En: Revista de Salud Publica Educ. Salud 2002; (1): 22-24

REBELLATO, J. LUIS: "Aspectos éticos y metodológicos del trabajo a nivel barrial." Cáp. 6. Extraído de: *"Salud Mental en Atención Primaria de la Salud. Evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria a nivel poblacional."* Copiladores Varios. Montevideo. 1996.

REGENT C, MOREIRA N, NAPOL M, BAZZANI R, ALONSO D: "Servicios de Salud Populares Privados de Montevideo -Policlínicas-." CLAEH. Serie Promoción Nº 1. Montevideo. 1982.

SALINAS J, GUERRERO C: *"Planificación Local Participativa: Metodología para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe."* Serie PALTEX, Nº 41. OPS.1999

SAN MARTÍ SALLERAS: "La Salud y sus determinantes." En: Revista de Documentación científica de la cultura. Ed. Anthropos. 1991

SOLANA J: "Antropología y pobreza urbana." En: Revista Gazeta de Antropología. Nº 12. 1996. Madrid, España.

SOLARI ESPERANZA: "Las Políticas de Salud que 'hablan' de la Participación Comunitaria." En: "Políticas Sociales y Salud." Acción Crítica Nº 26. CELATS. Diciembre 1989.

SOTELO J, ROCABADO F: "Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo." OPS/OMS. Vol. 36. Nº 4. México. 1994.

TERRIS MILTON: "La epidemiología como guía para la práctica de la salud pública. En: Cuadernos Médicos Sociales de Rosario Nº 22. 1982. Versión Web.

TRIGUEROS ISABEL: *"Manual de prácticas de Trabajo Social Comunitario en el movimiento ciudadano."* Siglo XXI de España editores, SA. Madrid, España. 1991.

UBACH G Y OTROS: Jornadas-Debate. "Universidad de la República: convocatoria nacional para la construcción de estrategias en salud". En: Revista de la AQFU, Año VIII, Segunda Época, Nº 23. Diciembre de 1998.

VELÁSQUEZ, FABIO: "Líneas conceptuales para el análisis de la participación ciudadana." En: "Movimientos Sociales y Participación Comunitaria." Nuevos Cuadernos del CELATS, Nº 7. Lima, Perú. 1985.

WEINSTEIN L: *"Salud y autogestión"*. La Antimedicina a examen. Capítulo I. El concepto de salud. Ed. Nordan-Comunidad. Montevideo. 1989