

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

## **Agentes Comunitarias de Salud**

Una experiencia desde el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud

**Luis Eduardo Lagos Cabrera**  
Tutor: Emilio Fernández

**2015**

<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo I.</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Aproximación de la temática a ser abordada</b>	<b>4</b>
1.1.1 Estado de Bienestar y Estado Neoliberal	4
1.1.2 Voluntariado	6
<b>1.2 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)</b>	<b>9</b>
1.2.1 Principios Rectores	9
1.2.2 Atención Primaria de Salud (APS)	11
<b>1.3 Programa Inter-Institucional Nodos de Salud</b>	<b>13</b>
1.3.1 Caracterización del Territorio	13
1.3.2 Proyecto Nodos de Salud	14
1.3.3 Programa Inter-Institucional Nodos de Salud	17
<b>1.4 Caracterización del Agente Comunitario de Salud</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo II. Diseño Metodológico</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Justificación</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Diseño de Investigación: Objetivo general y objetivos específicos</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Abordaje Metodológico</b>	<b>25</b>
<b>2.4 Elección de los entrevistados</b>	<b>26</b>
<b>2.5 Descripción del Territorio</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo III. Análisis</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Modelo Inter-Institucional</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Inserción Institucional del ACS</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Rol y Herramientas Metodológicas</b>	<b>30</b>
<b>3.4 Consolidación del Rol del ACS y desafíos</b>	<b>34</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>42</b>
<b>Anexos</b>	<b>45</b>

## **Introducción**

El presente documento da cuenta del proceso de investigación realizado en el marco de la elaboración de la tesis de grado de la Licenciatura de Trabajo Social, de la Universidad de la República.

En las páginas del presente documento el lector encontrará una investigación que toma como objeto de estudio al colectivo de Agentes Comunitarias de Salud (ACS) del Programa Inter-Institucional Nodos de Salud, dando cuenta del proceso de formación y consolidación del colectivo en Cooperativa Social de Agentes Comunitarios de Salud. Se contribuirá al conocimiento del rol que desempeña el Agente Comunitario de Salud en los territorios en donde desempeñan su tarea, realizando una aproximación del proceso desarrollado desde el año 2009 en su inclusión en el Proyecto Nodos de Salud a la actualidad.

El contexto en el cual se desarrolló la investigación fue en el Departamento de Tacuarembó, debido a ser la única experiencia nacional que incluye el rol del ACS y lo remunera por el desarrollo de su actividad.

En el documento se desarrollan aspectos estructurales de inserción del colectivo, su conformación y consolidación en cooperativa que provee servicios al Estado en el cumplimiento de sus funciones.

En el primer apartado se establece el marco teórico de referencia, por el cual se realiza un análisis del voluntariado partiendo de los procesos estructurales que le dieron inicio hasta llegar a las manifestaciones de hoy en día. Además, se enmarca el rol del ACS en el Sistema Nacional Integrado de Salud y específicamente en el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud. Se realiza un abordaje de las características de los ACS tradicional y finalizo con un abordaje cooperativista del colectivo en el cual se han conformado.

En el segundo apartado se presentan lineamientos teóricos-metodológicos que hacen al diseño de investigación y que permitieron el trabajo de campo. Se describen las dimensiones de análisis, objetivos de investigación y las herramientas utilizadas para

relevar información. Además se realiza una caracterización del territorio en donde el colectivo de Agentes Comunitarias de Salud desarrolla sus actividades diarias.

En el tercer apartado, se desarrollan las dimensiones de análisis propuestas en el apartado anterior.

En el cuarto apartado se realizan reflexiones a partir de los conceptos teóricos en relación al trabajo de campo.

En el último apartado del documento se encuentran los anexos, incluyendo las entrevistas realizadas.

## Capítulo I.

### 1.1 Aproximación de la temática a ser abordada

#### 1.1.1 Estado de Bienestar y Estado Neoliberal

Con el objetivo de comprender las prácticas que desarrollan los individuos con una perspectiva de solidaridad, es imprescindible realizar una caracterización y conceptualización teórica acerca de los aspectos estructurales que propiciaron su génesis y sus actuales expresiones. Como punto de partida hago referencia al proceso de agotamiento del estado de bienestar y como estas condiciones permitieron la creación de estrategias desde la sociedad civil para hacer frente a las problemáticas sociales generadas por las políticas neoliberales.

El autor Segura-Ubierno conceptualiza al Estado de Bienestar haciendo referencia a *“Un repertorio de políticas lideradas por el Estado cuyo objetivo es asegurar un mínimo de bienestar a todos sus ciudadanos –protegiéndolos frente a los riesgos de desempleo, enfermedad, vejez y maternidad- y proveer una acumulación adecuada de capital humano a través de la inversión en salud y educación”* (En: Filgueiras; 2013, pp. 7)

En los Estados de Bienestar podemos caracterizar a tres acciones públicas que se caracterizan por: Los Estados de Bienestar se caracterizan por tres grupos de acciones públicas, siendo estas: *“i) transferencias monetarias; ii) subsidios para el acceso a bienes y servicios o provisión directa de servicios educativos, de salud y otros servicios, y; iii) regulaciones del mercado laboral, de la familia, y de los mercados de bienes y servicios, incluidos los sistemas de aseguramiento. Una cuarta forma clave del accionar del Estado que va más allá de su función social –pero que es sin duda central a ésta– es la estructura y capacidad recaudatoria”* (Filgueiras; 2013, pp. 8-9).

Filgueiras plantea la existencia de al menos tres funciones fundamentales del Estado de Bienestar *“i) garantizar mínimos adecuados de bienestar (combate a la pobreza); ii) mejorar la distribución de recursos entre grupos sociales (igualdad) y; iii) redistribuir recursos a lo largo de la vida de los individuos (a fines de aseguramiento y para “suavizar” el ingreso y el consumo).”* (Filgueiras; 2013, pp. 8-9)

Ante las políticas implementadas por los Estados de Bienestar, en la década de los 70 en los países capitalistas comienza una crisis fiscal en los estados, iniciando un proceso de agotamiento de los sus postulados, caracterizándose por la disminución de recursos para la implementación de políticas públicas en el área social, *“el neoliberalismo se basa en una crítica al Estado intervencionista, proponiendo el desmantelamiento del estado del bienestar , como los recortes de gastos en las políticas de salud sociales, públicas y su privatización , lo que constituye el estado mínimo propuesto”* (Silveira; 2006, pp.3).

En la misma línea, Ascoli manifiesta que en la década del 70 comenzaron las críticas sobre el alcance del Estado de Bienestar, porque contribuía a generar factores de crisis mediante el estancamiento del crecimiento económico y por periodos de recesión de la economía. Por un lado se daban procesos inflacionarios y burocratización del Estado, que impactaron directamente en la oferta de trabajo y las condiciones del mismo. Por otra parte se fue *“comprendiendo poco a poco que la política social al menos tal como se ha venido manifestando desde la postguerra hasta nuestros días, no aparece capaz de modificar sustancialmente la estratificación producida por el mercado ni de eliminar la pobreza o reducir la separación entre una clase y otras”* (Ascoli; 1987, 120).

La crisis el Estado de Bienestar genera que se reconstituya el mercado, el neoliberalismo disminuye y elimina la acción social del estado, disminuyendo las políticas sociales y asistencialistas de carácter universal. El autor plantea que *“el actual dominio neoliberal ha aumentado la escalada de pobreza en consecuencia del modelo de ajuste estructural, al mismo tiempo en el que procura movilizar a “sociedad civil” a través del llamado “tercer sector”, incentivando el trabajo voluntario desde la perspectiva de la solidaridad, dando cuenta de la intención proclamada por el neoliberalismo, para que la igualdad de oportunidades por seres libres trajeran mejores condiciones para todos, fue transferida a iniciativas particulares”* (Silveira; 2006, pp. 4).

El Estado Neoliberal argumenta *“la escasez de recursos – algunas veces cierta – determina como estandarte de su política social la inclusión de la focalización o selección de los beneficiarios de toda política de asistencia social, es decir, todo apoyo que brindara el Estado seria dirigido exclusivamente a los más pobres o a los grupos netamente*

*vulnerables* .- siendo esta última connotación originada en el Estado de Bienestar -, con base en esta situación se trata de apoyar a los más necesitados y no a todo el universo poblacional”. (Portilla; 2005, pp. 112)

Ante el proceso enunciado en párrafos anteriores, “*Se presenta otra transición que es pasar de políticas sociales universales – que comprendían supuestamente a todo el universo poblacional – para dar paso a políticas selectivas o focalizadas, en donde solo los grupos más vulnerables serían acreedores de los beneficios de tales políticas*” (Portilla; 2005, pp. 112)

Este proceso en el Estado Uruguayo se inicia a fines de los 50 y a comienzos de los años 60, esbozándose dos aspectos de la reforma del Estado: “*por un lado, un proyecto liberal, que proponía disminuir la incidencia del Estado en la economía, para que la iniciativa privada pudiera desplegar toda su energía creadora; por otro lado, un proyecto desarrollista, que hacía hincapié en aumentar la capacidad política y técnica del Estado, para permitirle jugar un papel central en el impulso al desarrollo planificado de la económica*”. (Yaffe, Filgueiras y Garce; 2004, pp.188-189)

### **1.1.2 Voluntariado**

Comenzare por conceptualizar el voluntariado, el cual “*se identifica a menudo con el trabajo no asalariado con finalidad social, o con las tareas que algunas personas individualmente o en grupos, y para las que comprometen su tiempo y sus capacidades, enfocándose en tareas cívicas, culturales o sociales, al servicio de otras personas o de la comunidad*” (MIDES, UNICEF; 2009, pp. 9).

Dentro de la organización del Estado Ascoli distingue dos sectores; el público y el privado. El sector privado es el que está dado por mercado y el público es lo que se hace o debiera realizar desde el Estado. En lo que respecta al sector público, el autor Ascoli (2006, PP. 122) manifiesta que hay un enorme “espacio residual” que es a lo que se le llama “Tercer Sector”, “*el tercer sector es una mera convención carente de todo valor teórico y práctico y que solo sirve para designar globalmente una enorme área de sujetos no incluidos en business ni en el government, un área de gran complejidad y absolutamente heterogénea*” (Ascoli; 2006, pp. 124).

El término “Tercer Sector” se suele utilizar para denominar a los colectivos voluntarios, que dentro de su objetivo no tienen como fin una ganancia mercantil, *“una asociación voluntaria es un grupo organizado de personas: I) que se han formado con el fin de perseguir los intereses comunes de sus miembros; II) en el cual la pertenencia al mismo y la participación son voluntarias, en el sentido de que no las prescribe ninguna autoridad ni pueden adquirirse por nacimiento; III) que existe independientemente del Estado”* (SillsEn Ascoli; 1987; pp. 123)

La autora Diez manifiesta que *“las ONGs (organizaciones no gubernamentales) se han incorporado a este proceso de reorganización económico-social con mayor conciencia de sustituir la acción pública e impulsar la corriente privatizadora , a la vez que legitiman el discurso según el cual, ya no corresponde a los poderes públicos poner en marcha los mecanismos necesarios para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de sus gobernados (...) el Estado neoliberal sume las directrices económicas que rigen la economía mundial y se desentiende de las “cargas sociales” declarando que se trata de una responsabilidad compartida con la sociedad, que corresponde a los propios ciudadanos, a través de sus organizaciones altruistas y solidarias, ocuparse de conseguir una vida digna”* (Diez; 1999, pp.93).

La autora Diez (1999, pp. 100) sostiene que el trabajo voluntario y el trabajo asalariado se diferencian por el hecho de percibir remuneración por su actividad y la posibilidad de exigirla, el recibir remuneración ante el desarrollo del trabajo comunitario va en contra del valor de la solidaridad debiendo primar el compromiso asumido ante el carácter redistributivo. El trabajo voluntario puede recibir gratificaciones, ayudas o compensaciones por su tarea, no constituye una remuneración por su tarea, *“no implica necesariamente la absoluta gratuidad pues el trabajador voluntario puede acceder a una compensación económica pero se deja bien claro que siempre ha de ser notoriamente inferior al a remuneración salarial habitual, y que no debe ser causa por la que el trabajo no se realice”* (Diez; 1999, pp. 99)

La solidaridad no debe ser concebida únicamente como la relación que se genera a partir de la sociedad civil, además debe visualizarse la relación política que se compone con

el Estado. Cuando los individuos logran comprender la dimensión política, se propicia el ejercicio de la ciudadanía mediante la posibilidad de intervenir de forma activa en la definición de las políticas públicas. Las autoras utilizan el concepto del voluntariado orgánico, entendido como *“participación activa en beneficio de las personas que se desenvuelven en la actividad voluntaria en la construcción de condiciones necesarias para la democratización efectiva del Estado en todas sus dimensiones”* (Selli y Garrafas; pp. 240).

La solidaridad tiene como cometido orientar las acciones que las personas para producir modificaciones a nivel individual y colectivo. Como lo plantean las autoras, la solidaridad crítica *“es el valor ético que motiva la práctica voluntaria orgánica; por lo tanto, valor central que motiva a auto-organización social como valor que guía a las personas en el ejercicio de la actividad voluntaria, constituye un espacio singular para el ejercicio de la ciudadanía en el marco de una democracia participativa.”* (Selli y Garrafas; 2006, pp. 249). La solidaridad *“permitirá realizar modificaciones político-sociales, entre otras formas, a partir de un voluntariado orgánico, o sea, por medio de la acción concreta de grupos organizados de voluntarios comprometidos en el logro de transformaciones sociales, como es la lucha por la inclusión creciente de un mayor número posible de ciudadanos en las decisiones que les concierne”* (Selli y Garrafas; 2006, pp. 249-250).

El voluntariado orgánico debe ser concebido como la participación crítica de las personas que desempeñan este rol, contribuyendo a que se generen condiciones mínimas y necesarias en el cumplimiento de los compromisos del Estado. El voluntariado no sustituye el papel del Estado, sino que se constituye en un compromiso público de apoyo que complementen las relaciones con las organizaciones de bienestar social, *“el voluntariado orgánico motivado por la solidaridad crítica, tiene un papel pionero en la reconstrucción de una sociedad comprometida con el bienestar de los miembros del Estado como la participación efectiva de la ciudadanía en las decisiones de los intereses colectivos”* (Selli y Garrafas; 2006, pp. 250).

En el Estado Uruguayo el trabajo voluntario se puede ver, conocer y entender desde tres modos diferentes concebidos de forma cronológica; voluntariado militante,

voluntariado filantrópico y el voluntariado de Estado. Como fenómeno social, esta categorización y orden cronológico del trabajo voluntario desarrollado en el Uruguay debe concebirse desde una mirada histórica que contempla los contextos históricos, económicos y políticos que lo caracterizan (Pereira; 2012, pp.22).

El voluntariado militante se desarrolla a finales de la dictadura militar y los primeros años de la restauración democrática. Esta etapa corresponde a organizaciones de resistencia al régimen instaurado que cumplieron funciones de asistencia social, *“estas iniciativas se sostenían con el aporte voluntario de ciudadanos que compartían una actitud solidaria resignificada en el marco de un proyecto político colectivo que tenía como denominador común la reconquista democrática”* (Pereira; 2012, pp. 22-23).

El voluntariado filantrópico se sustentó en la responsabilidad del individuo sin referencia a proyectos democratizantes, marcada por el impulso de las políticas neoliberales implementadas en los 90 expresándose *“en el surgimiento de campañas solidarias y emprendimientos vinculados a organizaciones empresariales”* (Pereira; 2012, pp. 24).

Y por último, Pereira identifica al voluntariado de Estado con la asunción del Frente Amplio al gobierno, marcando un comienzo de un nuevo relacionamiento del Estado con la sociedad civil. Esta etapa se caracterizó por *“la prioridad dada por el nuevo gobierno a la atención de las necesidades de aquellos sectores de la población más afectados por la crisis y dada la limitación de recursos del Estado uruguayo para hacer frente a estas necesidades, la nueva administración recurrió al trabajo voluntario como instrumento para ampliar el impacto de sus acciones y aumentar la cobertura de sus respuestas”* (Pereira; 2012, pp. 25). Un ejemplo de esta nueva etapa estuvo marcado por la participación y colaboración de ciudadanos en el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES).

## **1.2 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)**

### **1.2.1 Principios Rectores**

La reforma del sistema de salud e implementación del SNIS en el Uruguay está enmarcada en la creación de la Ley 18211 del 5 de diciembre de 2007, la cual comenzó a

regir a partir del 1 de enero del año 2008. El nuevo sistema de salud *“asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país”*. En su artículo 3 y 4 se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.

El encargado y responsable de llevar adelante el proceso de implementación y consolidación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud será el Ministerio de Salud Pública (MSP) ya que por definición es quien se encarga de ejercer efectivamente las políticas de salud, *“de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS”* (Ley 18211. SNIS. Uruguay. 2007).

El SNIS propone una mayor preponderancia de una estrategia de atención integral que se desarrolle con acciones de promoción en salud, prevención de enfermedades que permitan generar mecanismos de protección hacia los riesgos que pueden afectar a las comunidades. Si se logra generar capacidades en el diagnóstico de posibles enfermedades prevalentes permitirá una atención más eficaz y eficiente.

En lo que respecta en la organización y priorización por tipo de atención, *“El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención”* (Ley 18211. SNIS. Uruguay. 2007).

El concepto de salud del SNIS es concebido como *“una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio ambiente, 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 y su atención es un derecho fundamental humano”*. (Villar; 2012, pp. 15).

Esta definición da cuenta del proceso llevado a cabo en la concepción de la salud y el cambio de modelo, debido a que el sistema de salud históricamente ha destinado sus recursos humanos y económicos a las actividades destinadas a la atención de los enfermos, se incorpora en este cambio de modelo la investigación de las causas y los factores de riesgo que atenten a la mejora de los niveles de salud.

En el capítulo IV de la Ley 18.221 estipula los niveles de atención del SNIS, detallando sus respectivos artículos a continuación:

*Art. 36: “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia”.*

*Art. 37: “El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia”.*

*Art. 38: “El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades”.*

### **1.2.2 Atención Primaria de Salud (APS)**

La APS concebida en las últimas décadas tuvo sus lineamientos rectores en la conferencia de Alma-Ata de 1978, entendiéndose que la APS es *“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente*

*aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”* (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978).

Desde esta concepción de la APS a la actualidad, ha mantenido un proceso de renovación en su concepción, marcando este proceso el *“revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros”* (Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne y OPS; 2007, pp. 74).

Esta renovación reconoce que la estrategia en APS es un *“un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal, un elemento fundamental en las sociedades democráticas y un derecho humano (...) las razones que impulsaron fueron diversas, pero se destacan el aumento de los costos, la ineficiencia del sistema de salud, la baja calidad de los servicios, los insuficientes presupuestos públicos y la necesidad de aplicar nuevas tecnologías y diversos cambios en la función del estado”*(Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne y OPS; 2007, pp. 78)

Esta renovación en la concepción *“echa a un lado la idea de que la APS es un conjunto de servicios de salud y se privilegia la idea de que los servicios deben ser congruentes con las necesidades en salud de cada población”* (Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne y OPS; 2007, pp. 74)

En este nivel de atención se destinan recursos humanos, materiales y tecnológicos que pretenden la resolución de las necesidades y demandas básicas que los usuarios de la salud público-privada. Se caracterizan por la primera aproximación del usuario con el servicio de salud, el primer contacto entre médico y paciente, posteriormente según el diagnóstico del mismo dependerá la estrategia a implementar según las características que manifieste el usuario en ese momento en particular.

En el Uruguay la APS no contempla únicamente la enfermedad o estado individual del usuario, además prevé e incluye estrategias de promoción en salud y prevención de enfermedades mediante instancias de talleres en donde lo que se pretende es transferir conocimientos e información para mejorar conductas individuales, grupales y colectivas que son visualizadas como factores de riesgo.

Un sistema de salud basado en la APS debe “*prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto*” (Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne y OPS; 2007, pp. 77). Son las comunidades y las familias que la componen la base para su implementación, debiendo desarrollar una estrategia de trabajo orientado hacia ellas, y generar datos confiables para la planificación y toma de decisiones que propicien la calidad de los servicios.

### **1.3 Programa Inter-Institucional Nodos de Salud**

#### **1.3.1 Caracterización del Territorio**

El departamento de Tacuarembó según los datos del Instituto Nacional de Estadística cuenta con la mayor extensión geográfica del país de los 19 departamentos que lo componen, el cual abarca 15.438 Km<sup>2</sup>, con una población total de habitantes de 90.053, de los cuales 9660 son rurales ([www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy). 2011).

Según refiere Baptista la “*población rural se encuentra distribuida mayormente en pequeñas localidades dispersas (186). Esta doble condición: grande y disperso presenta una dificultad a la hora de acceder a los servicios (salud, educación, información, etc.) por parte de la población*”. (Baptista: 2013, pp. 10).

En el caso particular de Tacuarembó en lo que respecta a ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), para hacer frente a la prestación de salud ha logrado consolidar una gran cantidad de policlínicas y puestos de salud que permiten hacer frente a la extensión geográfica del departamento y su población dispersa, contando con unos 60 establecimientos aproximadamente. (Baptista: 2013, pp. 9).

### 1.3.2 Proyecto Nodos de Salud

En el marco de la reforma del sistema de salud implementada por parte del MSP mediante la creación del SNIS constituyó el marco de referencia y los cimientos para generar el Proyecto Nodos de Salud, siendo los aspectos conceptuales de la reforma concordante a los lineamientos que marcaron su formulación e implementación en el departamento.

El Proyecto Nodos de Salud fue una iniciativa de la Intendencia Departamental de Tacuarembó, el cual contó con el apoyo del MSP, ASSE y la UdelaR (Universidad de la República). El nombre de la propuesta presentada fue “*Creación de una red de Nodos de Salud barriales y zonales para la implementación de estrategias de APS Tacuarembó*”.

La propuesta nace a partir del Programa Uruguay Integra (PRUI) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) – Unión Europea y fue presentada a finales del año 2008. El proyecto comenzó a implementarse en el mes de enero del año 2009 hasta el mes de abril de 2011.

Partiendo de la realidad departamental, la propuesta del Proyecto Nodos de Salud se concibió con el objetivo de mejorar el acceso a servicios de salud, desarrollo y participación comunitaria por parte de la población en general a través de la atención, promoción en salud y prevención de enfermedades.

Según la autora Baptista “*Nodos de Salud surgió como una propuesta para fortalecer la estrategia de atención primaria en el primer nivel de atención, para ello el Proyecto se propuso como finalidad: contribuir al desarrollo local, la participación y la cohesión social y territorial, logrando un avance en la salud, con la población más vulnerable en las zonas suburbanas y localidades rurales del departamento de Tacuarembó*”. (Baptista; 2013, pp. 7)

La Visión del Proyecto Nodos de Salud es lograr “*Ciudadanos saludables, protagonistas de un Sistema de Salud de calidad, interinstitucional y descentralizado, basado en los principios de la APS y la promoción de salud, y regido por la equidad, la solidaridad y la participación comunitaria*”, siendo su Misión “*Promover -*

*prioritariamente en las localidades rurales y suburbanas de Tacuarembó- la consolidación de comunidades saludables, facilitando el ejercicio del derecho a una salud de calidad, a través de la articulación del Estado y la sociedad civil en la implementación de un sistema interinstitucional integrado, basado en los principios de la APS”(imtacuarembó.com,2015).*

En objetivo general planteado en el Proyecto: *“se ha contribuido al desarrollo local, la participación y la cohesión social y territorial, logrando avances en la salud con la población más vulnerable en las zonas suburbanas y localidades rurales del departamento”,* y el objetivo específico *“se ha creado una red de Nodos de Salud, de integración Inter-Institucional e interdisciplinaria que fortalezca la atención a la salud en el área de APS, la participación comunitaria, la investigación, la enseñanza y la extensión universitaria centrada en el primer nivel de atención y orientada a la realidad local”(OPP; 2008, pp. 5).*

El Proyecto definió desde su inicio un ámbito de decisión que se denominó Comité Inter-Institucional, este *“fue el órgano máximo de decisión, tratando de alcanzar el consenso en las decisiones tomadas. Se conformó con las instituciones que participaron en la elaboración de la propuesta y luego firmaron su aval frente Programa Uruguay Integra (IDT, MSP, ASSE, Facultad de Medicina)”.* (Baptista: 20133, pp. 14).

Además, se conformó el Nodo Central que estuvo conformado por los mismos socios del Comité Inter-Institucional al que se incorporaron otras instituciones colaboradoras: MIDES (Ministerio de Desarrollo Social), COMTA (Cooperativa Medica Tacuarembó), Cooperativa Odontológica de Tacuarembó. Sus cometidos fueron *“ser responsables de la ejecución de las líneas del proyecto, coordinar las actividades de los nodos periféricos, realizar el seguimiento y supervisar dichas actividades, velar por el funcionamiento en red de los nodos periféricos.”* (Baptista: 2013, pp14-15).

El proyecto contó con una Unidad de Gestión conformada por un gerente y un asesor de gerencia, además con un equipo interdisciplinario (3 Técnicos Sociales, Odontólogos, 3 Médicos, 2 Licenciadas en Enfermería, 2 Licenciadas en Nutrición, 2 Auxiliares de Enfermería, 1 Higienista Bucal, 1 Administrativo, 1 Contable, 1

Comunicador y 23 Agentes Comunitarias de Salud) y equipamiento que contó con un ómnibus equipado con tres consultorios (medicina general, ginecológico y odontológico) y una enfermería, una van y una camioneta, además la IDT para la ejecución de las actividades realizadas colaboro con la flota de vehículos con la que cuenta al igual que los choferes y la estructura edilicia.

Los ejes estratégicos del Proyecto fueron (OPP; 2013; pp. 4-5):

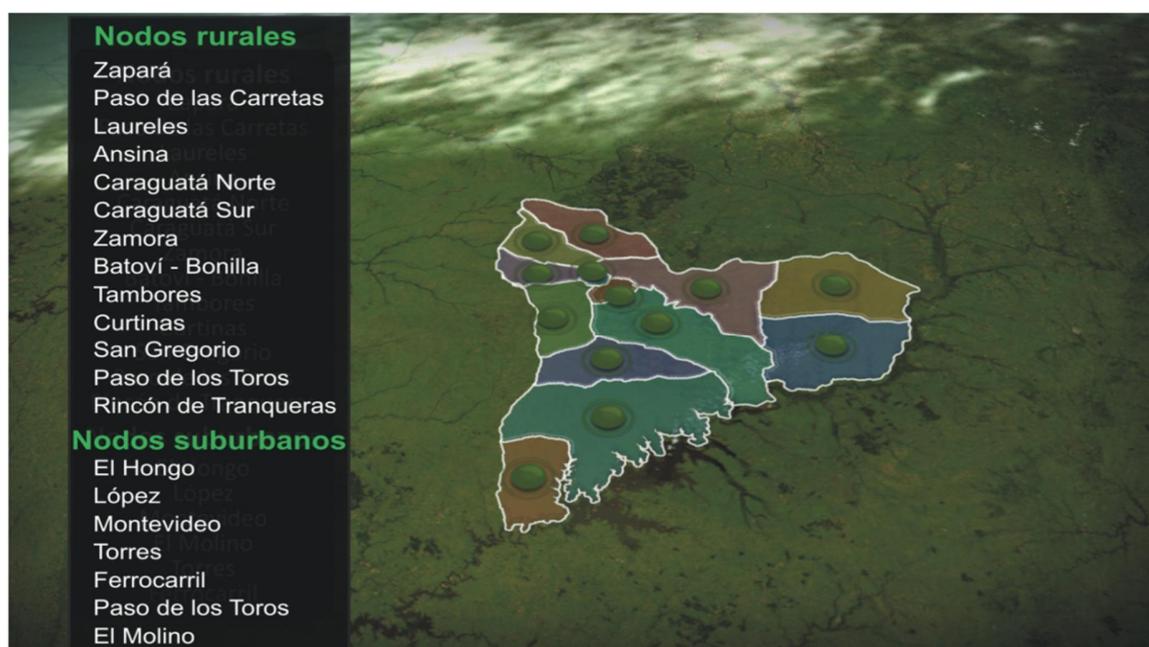
- *La creación de un modelo Inter-Institucional de intervención territorial a partir del tema de Salud.*
- *La formación de recursos humanos locales en el área de APS, con énfasis en la formación de Agentes Comunitarios de Salud.*
- *La participación comunitaria como parte fundamental del proceso de apropiación de hábitos saludables de la comunidad y de la autogestión de los servicios de salud.*
- *La atención y promoción de la salud, creando accesibilidad a los servicios de salud e instancias de promoción.*

Este comité conformado definía y define las políticas de aplicación y el uso de los recursos, definiendo los lineamientos de trabajo, el seguimiento y evaluación del proyecto.

Los grupos destinatarios estuvieron conformados por comunidades que participan de la Red de Nodos barriales y rurales, particularmente niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores, que coordinaran con las instituciones socias y colaboradoras, “*la institucionalidad que se genera pretende resolver el problema de la integración de los programas de salud a nivel departamental y en particular a nivel de barrios y localidades del departamento, evitando la superposición y las carencias de parte de estos servicios en algunos lugares*”(OPP; 2008, pp. 10).

*“Un Nodo es una parte del territorio con una lógica de funcionamiento propia donde confluyen la comunidad, las instituciones, los servicios y que lo diferencia otro “trozo” de territorio por su historia y realidad cotidiana”<sup>1</sup>(Baptista; 2010)*

A continuación se adjunta un mapa con la distribución del territorio de Tacuarembó y la conformación realizada en Nodos periféricos y rurales.



### 1.3.3 Programa Inter-Institucional Nodos de Salud

Una vez finalizado el proyecto en el mes de Mayo de 2011 y partiendo de la evaluación positiva se firma un nuevo convenio, promovido también desde OPP, esta vez entre las instituciones participantes, las que aportan el financiamiento para su continuidad, manteniendo los objetivos y la estructura de funcionamiento, pasando a denominarse: *“Programa Interinstitucional Nodos de Salud de Tacuarembó”*.

La sostenibilidad de la propuesta es financiada por la IDT, MSP, ASSE, el MIDES y el Centro Universitario de Tacuarembó. El Comité Inter-Institucional está conformado

<sup>1</sup> Extraído de presentación: *“Creación de una red de Nodos de Salud barriales y zonales para la implementación de estrategias de APS en Tacuarembó”*. Actualización a partir de presentación realizada para la Feria de Proyectos Uruguay se Integra. Montevideo, 16 – 18 de Noviembre de 2010

por: Secretario General de la IDT, Dir. Departamental de Salud del MSP, la Dir. De la Red de Atención Primaria de Tacuarembó de ASSE, Dir. Territorial del MIDES y Dir. del Centro Universitario de Tacuarembó de la UDELAR

En el mes de noviembre de 2012 se firma un nuevo acuerdo entre el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud y el Programa Uruguay Integra del Área de Políticas Territoriales de la OPP con el objetivo de *“Contribuir a sistematizar y preparar la profundización del relacionamiento interinstitucional para la atención primaria de la salud rural en Tacuarembó”* (OPP; 2013; pp. 5).

En el marco de la nueva Institucionalidad y nueva etapa de trabajo se establecieron mediante la elaboración de un plan estratégico los objetivos del Programa, siendo los siguientes (OPP; 2013, pp. 7)

**Objetivo general:** *Consolidado el modelo Nodos de Salud de Tacuarembó, fortalecida la estrategia de APS, con la integración interinstitucional e interdisciplinaria, la participación comunitaria, de las instituciones de salud, orientada a la realidad local y departamental, para el mejoramiento de la calidad de vida de la población de Tacuarembó.*

**Objetivo específico:** *Programa Nodos de Salud de Tacuarembó fortalecido y consolidado a través de una mejora de la gestión, desarrollo de capacidades e integración interinstitucional, dirigido a la promoción, prevención y atención de APS en el Departamento, priorizando la ruralidad y lo suburbano.*

Para el cumplimiento de dichos objetivos se previeron los siguientes resultados:

- **Gestión:** Mejorar la gestión de los recursos disponibles y la comunicación, generando la protocolización de procesos y definición de estrategias para incorporar nuevos aportes.
- **Formación:** Desarrollar las aptitudes técnicas y formación profesional del Equipo Técnico del Programa (Técnicos y ACS).

- **Institucionalidad:** Caracterizar nuevas formas de institucionalidad y su posibilidad de desarrollo para el modelo, desarrollando la formación en ganar-ganar, consolidando aportes e integrando nuevas instituciones y/o servicios, en la estrategia de APS en el Departamento.
- **Registro, monitoreo y evaluación:** Conformar una unidad de Registro y procesamiento de datos, Monitoreo y Evaluación para el Programa y este Proyecto.

En los inicios de la aprobación del Proyecto Nodos de Salud se planificó y realizaron instancias de formación a 60 ACS que estuvo a cargo de la Facultad de Medicina financiada con recursos del Proyecto. Una vez finalizada la instancia de formación se seleccionaron 25 que fueron quienes comenzaron a desempeñar su tarea en el proyecto.

#### 1.4 Caracterización del Agente Comunitario de Salud

Una vez definido el marco global en el cual está inserto el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud y como el SNIS dentro de sus lineamientos permitieron su génesis y consolidación, es pertinente realizar una conceptualización del ACS desde una visión tradicional referente a sus características y al rol que desempeñan.

Comenzare por conceptualizar del ACS utilizando una definición realizada por el organismo de Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) la cual manifiesta que *“Los y las Agentes Comunitarios de Salud (ACS) son personas voluntarias elegidas por la comunidad para trabajar conjuntamente con la Autoridad Local de Salud (ALS) y el personal de salud del establecimiento de salud en bien de la salud de la familia y de comunidad”* (AIEPI; 2009, pp. 35)

Continua realizando una caracterización que refiere que el ACS *“Es una persona voluntaria elegida o reconocida por su comunidad que promueve las prácticas saludables en las familias y el desarrollo de su comunidad, trabajando en coordinación con el personal de salud y con otros actores sociales. En las comunidades dispersas brinda atención básica de salud y ayuda a vincular la comunidad con los servicios de salud”* (AIEPI; 2010, pp. 7).

Estas definiciones nos describen el compromiso que se asume desde un individuo que participa activamente dentro de su comunidad, la capacidad de articulación y coordinación que adquiere al momento de delinear sus estrategias de trabajo con los servicios de salud. Su campo de inserción permite y propicia que el ACS sea referente tanto de la comunidad como asumir su rol como extensión de los servicios de salud existentes.

Según el Ministerio de Salud de Perú, manifiesta que los criterios que se adoptan para la selección de un ACS son mediante la realización de una previa designación concertada con la organización comunal a la que pertenece el ACS y al perfil establecido, *“de ésta manera facilita que el agente comunitario de salud en su condición de morador y líder de la comunidad, pues representa a una organización de base, tenga un mayor acercamiento a la población y a la ejecución de un programa comunitario destinado a promover comportamientos básicos y a la realización de un sistema de vigilancia comunitaria con las familias y organizaciones locales, contribuyendo además a hacer conocer los servicios, las demandas y necesidades de salud de la población”* ( 2007; pp.12).

La importancia de contar con un referente a nivel de territorio que desempeñe la tarea de ACS posibilita la caracterización de la comunidad, la elaboración de un diagnóstico de las características geográficas, sociales, económicas y culturales permitiendo *“definir en cada zona los colectivos concretos donde es necesario intervenir, niños, adolescentes, tercera edad y a partir de allí definir el equipo de agentes comunitarios de salud que son necesarios”* (Ministerio de Salud; 2007, pp.4).

Su ámbito de trabajo está dado por el trato directo en su comunidad de referencia, por lo cual es pertinente conceptualizar que entendemos cuando hablamos de comunidades, entendiendo que *“La comunidad es una unidad estructurada, organizada, de grupos, la cual dispone de una jerarquía homogénea de valores a la cual pertenece necesariamente el individuo: esa necesidad se debe al haber nacido en la comunidad, a “ser proyectado al nacer” en ella, caso en el cual la comunidad promueve luego la formación de la individualidad; o a una elección relativamente autónoma del individuo ya desarrollado”* (Heller; 1970, pp. 140).

Al momento de desarrollar y desempeñar un rol a nivel individual, grupal o comunitario se debe contar con habilidad y manejo de la comunicación inter-personal, con capacidad para la interlocución con los integrantes de la comunidad, aspecto que se caracteriza por dotar de capacidad de liderazgo dentro de la comunidad o barrio en el cual reside y como la información es transmitida, entendiéndose que *“la comunicación es un proceso de interacción social democrática, basada en el intercambio de signos, por los cuales los seres humanos comparten voluntariamente experiencias bajo condiciones libres e igualitarias de acceso, diálogo y participación.”* (Saladrigas; 2005, pp. 161).

Es importante destacar que no todos los seres humanos acceden y participan bajo condiciones libres e igualitarias, de hecho las personas participan de distinta manera y en diferentes condiciones en los diversos espacios de su vida cotidiana, es por esto que *“El agente comunitario de salud, con su actuación en el nivel básico de salud y en contacto directo y Permanente con la comunidad, cumple un importante papel como nexo entre la relación comunidad y las instituciones de salud, y en la prestación de servicios de fomento de la salud, prevención de la enfermedad y detección y atención temprana de las enfermedades morbilidad más frecuentes”*(AIEPI; 2010, pp. 7).

Un tema que cobra importancia en el quehacer diario de un ACS es la intervención en lo territorial de forma interdisciplinaria, donde cada uno interviene desde su saber y reconociendo a los demás, buscando una articulación y diálogo acorde para poder enfrentar diversas situaciones que se presentan en la realidad concreta en la cual realiza sus intervenciones. El trabajo interdisciplinario es un espacio donde se da *“...la necesidad de avanzar hacia formas de diálogo y articulación de diferentes disciplinas, que a partir de esquemas propios y con un alto grado de diferenciación o especialización, operan sobre un mismo sujeto, sea este una persona, un grupo social, una institución social o un colectivo...”* (Eroles; 2001, pp. 3) se llegaría de esta manera a problematizar y comprender los fenómenos a ser abordados desde una perspectiva integral.

Los conocimientos y la generación de los mismos no son procesos estáticos, sino dinámicos y constantes. Un ACS debe contar con instancias de actualización de los conocimientos recibidos durante su formación para efectivizar sus prácticas diarias y lograr

un impacto con las mismas. Por lo anteriormente enunciado es necesario que también cuente con la capacidad de adaptarse al medio, *“Cuando el agente comunitario de salud regrese a su lugar de trabajo debe aplicar los conocimientos y habilidades en condiciones que pueden ser diferentes a las que existieron durante la capacitación. En este momento se enfrentará a dudas para aplicar algunos aspectos que aprendió en la capacitación. En otros casos, no podrá adecuar en su totalidad a la realidad local los conocimientos aprendidos o encontrará dificultades en su relación con el servicio de salud o con la comunidad, que pueden afectar su desempeño”* (AIEPI; 2010, 21).

Las instancias de capacitación y actualización de los conocimientos con los cuales cuentan y deberían contar los ACS deben ser constantes y previamente planificadas dese los servicios de salud, ya que *“Un taller de capacitación, por más que desarrolle un componente importante de práctica, es insuficiente para el desarrollo y mantenimiento de las competencias de los agentes comunitarios de salud. Se requiere un reforzamiento sistemático de las habilidades, mediante el acompañamiento del agente comunitario de salud, durante el desempeño de su servicio en su comunidad. Es importante renovar periódicamente la motivación del agente comunitario de salud para realizar las tareas”* (AIEPI; 2010, pp. 21).

Una vez adquiridos los conocimientos durante su formación y posteriores capacitaciones, las instancias de intercambio entre el sistema de salud y la población se denomina promoción en salud, constituyendo *“un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla”* (Organización Mundial de la Salud; 1998, pp. 11)

Además, *“la educación para la salud no sólo incluye la información relativa a los factores y comportamientos de riesgo sino también aquellos datos referentes a las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas que influyen en la salud, por lo*

*que se desprende que en la práctica la promoción y la prevención son complementarias e inseparables”* (Nizama y Samaniego; 2007, pp.25). La educación pensada en los procesos llevados a cabo en los distintos escenarios de interacción individual y colectiva, buscando el desarrollo de sus capacidades permitiendo a los usuarios del sistema de salud contar con la información y conocimientos con los cuales generar hábitos saludables que promuevan el estado de salud y prevengan la enfermedad, teniendo en cuenta que los factores de riesgo no solo vistos desde salud-enfermedad, sino las condiciones de vida de los barrios y/o comunidades que afecten el desarrollo de su vida cotidiana (acceso a servicios básicos como: saneamiento, energía eléctrica, agua potable, etc.).

La autora Saladrigas en relación a lo anteriormente enunciado manifiesta lo necesario de *“ver la educación como proceso permanente, en el que el sujeto va descubriendo, elaborando, reinventando, haciendo suyo el conocimiento. Es un proceso de acción- reflexión, acción que el sujeto hace desde su realidad, desde su experiencia, desde su práctica social. Y en el que hay también quien está ahí – el educador educando, pero ya no como el que enseña y dirige, sino para acompañar al otro, para estimular ese proceso de análisis y reflexión, para facilitárselo: para aprender junto a él y de él; para construir juntos”* (Saladriga; 2005, pp. 152-153).

Para finalizar, la Organización Mundial de la Salud propone que el abordaje de la salud no solo debe ser visto desde una concepción de salud enfermedad, sino *“Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo”* (OMS; 1998, pp. 11).

## Capítulo II. Diseño Metodológico

### 2.1 Justificación

Esta investigación tiene como finalidad contribuir al conocimiento del rol del ACS y el proceso de trabajo que han venido desarrollando desde el año 2009 a la actualidad. La importancia de su estudio está dada por la ausencia de estudios o investigaciones que aborden esta temática por parte de las Ciencias Sociales

La relevancia de abordar este objeto de estudio se debe a la existencia del Programa Inter-Institucional Nodos de Salud en el Departamento de Tacuarembó, experiencia que tiene sus inicios en el año 2009 mediante la implementación del Proyecto Nodos de Salud y su continuidad en Programa Inter-Institucional, generando un modelo de inter-institucionalidad mediante un Comité conformado por las instituciones partes (IDT, MSP, ASSE, MIDES, Udelar) el cual se encarga de proveer los recursos materiales y humanos necesarios, y generar los lineamientos de trabajo a implementarse.

Esta experiencia que partió desde un Proyecto y se consolidó en Programa, fue una iniciativa que se implementa y desarrolla únicamente en el Departamento de Tacuarembó, no conociéndose o financiándose otra propuesta similar desde OPP y más aún que haya logrado la sostenibilidad del modelo por parte de las instituciones que lo conforman mediante la dotación de recursos que les son propios.

Desde sus inicios el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud generó mediante la formación y capacitación de ACS recursos humanos que son referentes territoriales, su inserción institucional y reconocimiento del rol que representan a nivel territorial, al igual que la remuneración que perciben por su tarea.

Un aspecto característico del Programa es el papel que desempeñan las ACS, permite contar con recursos humanos que residen en el territorio y que son reconocidos por parte de la población que se encuentran en las localidades que componen su Nodo Periférico de referencia.

La motivación de generar esta investigación, parte de mi inserción laboral a partir del año 2011. Mi ingreso fue durante el inicio del proceso de consolidación en Programa

Inter-Institucional Nodos de Salud. Además, el trabajo de asesoramiento y apoyo técnico social brindado a la Cooperativa Social de Agentes Comunitarios de Salud (COOPSACS) de carácter honorario durante el año 2012.

El producto del presente trabajo genera conocimiento científico que da muestra del proceso del Agente Comunitario de Salud rentado en el marco de un proyecto y su continuidad dada por la consolidación de un modelo Inter-Institucional.

## **2.2 Diseño de Investigación: Objetivo general y objetivos específicos**

Para establecer que se pretende con la presente investigación se establecen objetivos, que oficiaron de guía durante el proceso de elaboración de la misma, estos objetivos *“deben expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación cuantitativa y ser susceptibles de alcanzarse son las guías del estudio y hay que tenerlos presentes durante todo su desarrollo. Evidentemente, los objetivos que se especifiquen requieren ser congruentes entre sí”* (Sampieri, Fernández y Baptista; 2006, pp. 316).

### **Objetivo General:**

- Contribuir al conocimiento del rol del Agente Comunitario de Salud enmarcado en el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud del Departamento de Tacuarembó.

### **Objetivos específicos:**

- Aportar elementos que permitan el conocimiento del proceso de formación, consolidación e inserción institucional del Agente Comunitario de Salud.

- Generar una aproximación al conocimiento de herramientas metodológicas instrumentadas en el desarrollo de su quehacer diario en el territorio del Agente Comunitario de Salud.

## **2.3 Abordaje Metodológico**

La estrategia que desarrolle en la presente investigación fue la de una investigación cualitativa, debido a que *“abarca una amplia gama de enfoques, pero por definición, ninguno de ellos se basa en medidas numéricas (...) generalmente en un caso o en un*

*reducido número de ellos; se sirve de entrevistas en profundidad o de análisis de detallados de materiales históricos; utiliza un método discursivo e intenta estudiar de forma global o exhaustiva un acontecimiento o unidad” (King y Keohane y Verba:En ; 2000, pp. 14).*

La investigación se caracterizó por ser un estudio exploratorio que permite familiarizarnos con objetos de estudio poco investigados, ya que *“Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, generalmente determinan tendencias, identifican aéreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables; o establecen el "tono" de investigaciones posteriores más elaboradas y rigurosas” (Sampieri, Fernández y Baptista; 2006, pp. 102)*

**Fuentes Primarias:** El trabajo se caracterizó por la realización de entrevistas a ACS y referente Institucional que participa en el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud. Las pautas de entrevistas se aplicaron a dos ACS y al Asesor del Programa con el objetivo de contar con la mirada de las propias ACS y la mirada Institucional del Programa.

**Fuentes Secundarias:** Este tipo de fuente alude a referencias bibliográficas usadas y consultadas en el proceso de elaboración de la monografía. Las fuentes de referencia fueron: libros, artículos, informes, documentos y sistematizaciones realizadas desde el Programa Nodos de Salud.

## **2.4 Elección de los entrevistados**

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente documento, se caracterizó por el abordaje desde dos enfoques o miradas respecto al objeto de estudio:

- La propia mirada de las ACS de su propio proceso de formación, consolidación y de proyección a futuro. Conocer cómo se ven las ACS respecto a su trayectoria e historicidad.

- La mirada de un referente Institucional de carácter departamental, específicamente de quien participo de la elaboración del Proyecto Nodos de Salud y participa en el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud. La pertinencia estuvo dada por la mirada institucional enmarcada por su participación en el mismo.

Para el estudio se realizaron tres entrevistas con preguntas abiertas, debido a que estas *“proporcionan una información más amplia y son particularmente útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas o cuando esta es insuficiente. También sirven en situaciones donde se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento”* (Sampieri, Fernández y Baptista; 2006, pp. 316).

Las entrevistas se realizaron mediante la previa elaboración de una pauta que indaga aspectos relevantes para el cumplimiento de los objetivos de trabajo.

Las mismas fueron realizadas a:

- Asesor del Programa Inter-Institucional Nodos de Salud
- Dos ACS que desempeñan su actividad con diferentes realidades territoriales, desempeñando una de las entrevistadas en un Nodo Sub-Urbano y otra en un Nodo Rural, pero ambas con un proceder y metodología de trabajo iguales. El criterio utilizado para la elección de las entrevistadas se caracterizó por la participación de ambas como representantes de las ACS en las reuniones de equipo que se realizan mensualmente, entendiendo que contaban con un manejo de su trabajo y el de sus compañeras.

## **2.5 Descripción del Territorio**

Para contextualizar el ámbito de incidencia de la presente investigación, es necesario definir territorio, entendiéndolo como *“aquella unidad espacial integrada a través de un tejido social, asentada sobre la base de recursos naturales, articulada por las formas de producción, consumo e intercambio y armonizada por sus instituciones y formas de organización”* (Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura; 2006, pp. 6-7).

Esta investigación se desarrolla en el Departamento de Tacuarembó, territorio en el cual se implementa el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud y en donde desempeñan su rol las ACS.

## Capítulo III. Análisis

### 3.1 Modelo Inter-Institucional

El proyecto partió de una realidad departamental a partir de la mirada de las instituciones que participaron en su elaboración. Las manifestaciones del departamento estaban caracterizadas por la *“Carencia y/o insuficiencia de los servicios de salud Zonas rurales y suburbanas con carencias de salud. Poco desarrollo de la educación, de la promoción y prevención y más específicamente en la ruralidad y barrios. Servicios de salud poco eficientes para algunos sectores de la población departamental. Carencia de recursos (o de decisión de aplicarlos en esta área) para realizar cambios sustanciales en los servicios de salud, lo que no permitía visualizar un cambio importante de la situación (sin apoyo externo) más allá de mejorar la eficiencia de los servicios y la coordinación institucional”*. (Entrevista/Asesor)

Si bien se hace referencia a las características que el departamento, con la reforma del sistema de salud, propicio que la propuesta contara con un marco normativo que permitiera su implementación y complementariedad, *“No fue menor el surgimiento del SNIS y la necesidad de desarrollar su implementación, para lo cual el proyecto colaboraba”* (Entrevista/Asesor).

La elaboración del documento que dio forma al Proyecto Nodos de Salud conto con el aval de las instituciones que formaron parte de su proceso. El trabajo en conjunto y el intercambio de líneas estratégicas a implementarse, genero el compromiso inter-institucional que permitió dar cuenta de la realidad en la cual se pretendió intervenir. *“Logrado el acercamiento de las personas y las instituciones que representaban, se hizo un trabajo intenso, con mucha participación de los delegados institucionales, acordando capítulo a capítulo los avances y finalmente la totalidad del documento, el que fue presentado y que resultara aprobado”* (Entrevista/Asesor), siendo la Oficina de Planeamiento y Presupuesto en conjunto con el Programa Uruguay integra quienes fueron los encargados de evaluar y aprobar la propuesta.

Una vez finalizado: *“El Proyecto Nodos se ejecutó siendo evaluado como ampliamente satisfactorio e innovador, aportando a poner a la ruralidad en un primer*

*plano de consideración en la salud, desde la APS” (Entrevista/Asesor). Ante la percepción de los logros generados y el impacto alcanzado con el proyecto, hubo la voluntad política por parte de las instituciones socias y colaboradoras de dar continuidad al trabajo desempeñado durante los dos años que duro, generando una nueva institucionalidad que se responsabilizó e hizo cargo de los costos operativos con recursos propios.*

*Esta voluntad política institucional dio origen al Programa Inter-Institucional Nodos de Salud, “Como consecuencia de ello, y luego de múltiples negociaciones, se logró el aporte de las instituciones más directamente involucradas para financiar una nueva etapa, de Programa, similar a lo que se estaba ejecutando en la etapa de proyecto, manteniendo la estructura de decisión y gestión (Comité Interinstitucional y Unidad de Gestión) así como los objetivos, resultados y actividades (con pequeños ajustes)” (Entrevista/Asesor).*

### **3.2 Inserción Institucional del ACS**

En el marco del Proyecto Nodos de Salud las instituciones que participaron de la elaboración del proyecto, concibieron la necesidad de formar recursos humanos que actuaran de nexo entre la institucionalidad y la comunidad, teniendo la certeza de que un ACS seria el vehículo por el cual canalizar este proceso.

En el marco del Proyecto Nodos de Salud se visualizó necesario contar con recursos humanos que estuvieran estratégicamente distribuidos permitiendo contar con recursos humanos en territorio y contar con un buen número de personas que permitieran alcanzar la cobertura necesaria para su implementación, *“Tema central fue lograr la participación de interesados que aseguraran la mayor cobertura geográfica posible, por lo cual se trabajó intensamente en la promoción del curso y contar con la participación del equipo técnico (especialmente de los del área social) para detectar candidatas a participar” (Entrevista/Asesor).*

Con el objetivo de contar con recursos humanos en el territorio que pudieran trabajar la promoción en salud y prevención de enfermedades desde la educación y propiciar el desarrollo comunitario, se generó el ámbito para que los conceptos necesarios con los que deben contar los ACS se concretara, es por esto que *“se estructuró una*

*capacitación de 6 meses con la Facultad de Medicina de la UdelaR, en la que participaron 60 personas provenientes de variados puntos del departamento” (Entrevista/Asesor).*

Los recursos humanos seleccionados para poder desempeñar el rol de ACS que el Proyecto Nodos de Salud esperaba, debían ser personas con el conocimiento de la realidad del territorio, residiendo en el mismo, aspecto que permitiría mayor conocimiento de las problemáticas, necesidades y demandas que la población realiza desde el territorio, es por esto que *“Dado el carácter de sus funciones se entiende que deben ser parte de las comunidades, que deben ser aceptadas, que deben estar insertadas. Por ello en el proceso de selección se incluyó a los vecinos que, cuando había más de una en la zona, fueron ellos los que recomendaron a quien contratar, decisión final que asumió el Comité Interinstitucional, respetando lo aportado por los vecinos” (Entrevista/Asesor).*

Para el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, el Comité Inter-Institucional del proyecto y la Unidad de Gestión (Gerente y Asesor) *“dispuso de recursos del proyecto para contratar a 25, cifra que surge de la disponibilidad de recursos, partiendo de la base que con dicha cantidad no se aseguraba una buena cobertura con sus servicios, por lo que se debió priorizar dentro de las que hicieron el curso satisfactoriamente, aquellas de las localidades que tenían menos recursos en el área de salud” (Entrevista/Asesor).*

### **3.3 Rol y Herramientas Metodológicas**

De las entrevistas realizadas identifiqué tres niveles de intervención que cuentan con metodologías diferenciadas de abordaje, las cuales detallaré a continuación:

- a) Individual y/o familiar
- b) Comunitario
- c) Institucional

El abordaje individual está caracterizado por el contacto realizado con una persona en particular o su entorno familiar, utilizando como herramienta metodológica la visita domiciliaria. La visita en el propio entorno en donde desarrolla su vida cotidiana, permite realizar un diagnóstico de la situación en un momento determinado, es la foto inicial con la que se encuentran en esa primera aproximación, *“Con la población trabajamos haciendo visitas domiciliarias que se le hace a una familia o a una persona sola. Llegar a la*

*población y ver las necesidades que tienen, escuchar las inquietudes que tienen”*  
(Entrevista/ACS 1)

Las visitas domiciliarias no son realizadas al azar, están dotadas de contenido teórico y metodológico. Se debe realizar una planificación previa que contenga un objetivo, desarrollo, plan de trabajo y resultado esperado. Confirmando lo anteriormente enunciado es que en la Entrevista/ACS 2 manifiesta que *“la visita domiciliaria debemos planificarla”*.

Mediante este primer encuentro se recaba información que permitirá -en caso de que corresponda- delinear una estrategia de intervención u plan de trabajo a desarrollarse. Se debe acordar con los individuos-familias un plan de trabajo en conjunto, generando un rol activo por parte de los usuarios y estableciendo criterios comunes durante la elaboración del mismo.

Al momento de efectuar la visita domiciliaria el ACS intenta recabar la mayor cantidad posible de información del hogar, realizando un diagnóstico de las condiciones socio-económicas de la familia que les permite contar con insumos para la planificación de actividades en relación a las problemáticas identificadas, es de esta manera que la Entrevista/ACS 2 manifiesta que *“Cuando trabajamos con la familia, vemos como es la composición de la vivienda como es, que es lo que tienen, que es lo que le falta, que problemas tienen si es por agua potable o por saneamiento. Abordamos todos los temas, también trabajamos con otras cosas que no son específicamente de la salud”*.

Se identifican visitas domiciliarias de seguimiento, las cuales constan de una presencia regular en el domicilio de los usuarios. Este tipo de actividades es la ejecución del plan de trabajo elaborado durante y posterior a la primera visita, la cual dependiendo de la complejidad de ese individuo-familia, el ACS con el apoyo, asesoramiento y planificación por parte del equipo Inter-disciplinario del Programa, *“hacemos la primera visita para poder ver cuál es la situación y evaluamos si tenemos que regresar e ir nuevamente a visitarlas”* (Entrevista/ACS 1)

Las visitas domiciliarias no solo se dan en el marco de generar una primera aproximación y seguimiento, se identifican instancias de promoción y difusión de distintas

instancias de carácter colectivo que involucran al Programa y otras instituciones en donde se citan casa por casa informando, convocando y asegurando la asistencia de los habitantes de una comunidad, localidad y/o barrio.

En el trabajo cotidiano en sus nodos de referencia, las ACS no están solas, cuentan con el apoyo de un equipo interdisciplinario que le permiten al momento de detectar distintas necesidades poder contar con recursos para hacer frente a las mismas, *“En el territorio trabajamos con el equipo de Nodos de Salud. Trabajamos con los técnicos sociales que son con quienes coordinamos las actividades, trasladamos las necesidades de la zona para que luego en una planificación del equipo se puedan concretar (médicos, odontólogas, nurses, enfermeras, nutricionistas)”* (Entrevista/ACS 1).

El abordaje comunitario se lleva adelante mediante reuniones con las comunidades que componen el Nodo de referencia de cada ACS. Estas reuniones se caracterizan por una estructura metodológica de intercambio interdisciplinario que genera una mejor planificación que involucre al otro y lo contemple, *“En las reuniones yo como ACS participo junto al Técnico Social, porque en las reuniones en muchas oportunidades la gente no se anima hablar y como nosotros somos de la comunidad y sabemos cuáles son los problemas los apoyo en eso”* (Entrevista/ACS 1).

El ACS en este aspecto mantiene un rol preponderante de nexo con el equipo técnico y la institucionalidad existente en el territorio porque propicia la generación de ámbitos de participación colectiva, identificando las distintas variables a tener en cuenta al momento de concretarlas, *“Trabajamos con la policlínica, con la gente que viene a los controles. En charlas sobre salud (...) Con la comunidad se trabaja en grupos en las policlínicas cuando vienen las personas a atenderse con los médicos de medicina general, se aprovecha para realizar charlas sobre hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, sobre diarreas en niños, sobre enfermedades respiratorias agudas”* (Entrevista/ACS 2)

En las entrevistas realizadas a ambas ACS se desprende el trabajo en conjunto que realizan con los Técnicos Sociales en el territorio y como estos mediante instancias de coordinación de trabajo, supervisión y planificación generan lineamientos en los cuales

logran apoyarse para desempeñar sus actividades. Los Técnicos son el nexo entre el ACS y el equipo de Nodos de Salud, ya que en su trabajo en territorio les realizan acompañamiento y asesoramiento que les permite optimizar sus intervenciones.

La intervención a nivel institucional se caracteriza por el tratamiento brindado al producto obtenido en las intervenciones a nivel individual-familiar y comunitario. Cuando las necesidades, problemáticas y demandas detectadas son pertinentes para el abordaje específicamente del Programa Inter-Institucional Nodo de Salud, se realiza una planificación en conjunto con el equipo técnico para concretarlas mediante actividades colectivas que son las realización de jornadas de salud y/o talleres, *“Con el producto del trabajo mío en territorio se lo paso al Técnico Social de Nodos para pasarle la información para que el equipo después haga una planificación de actividades, luego me informan a mí y voy al lugar o institución a comunicarles fecha y hora en que se va a realizar la actividad o taller. Cuando la actividad es una jornada de salud, lo que hacemos es salir a convocar e informar el tipo de atención que se van a realizar”* (Entrevista/ACS 2).

Del producto obtenido que escapa a las posibilidades concretas de abordarlas por el Programa Inter-Institucional Nodo de Salud se genera o propicia ámbitos de coordinación y articulación con las Instituciones que trabajan específicamente con dichas temáticas. Se realiza la derivación o referenciación -según corresponda- mediante la concreción de reuniones o elaboraciones de informes que permitan un conocimiento acabado de la realidad concreta que se solicita intervenir.

Las características de la intervención en el territorio con el individuo-familia y la comunidad se enmarcan en un proceso de educación que propicia la promoción de la salud, orientado a la eliminación de prácticas consideradas no saludables generando y garantizando el intercambio de información con el objetivo del desarrollo de condiciones favorables de existencia. Con este proceso se logra actuar sobre las causas que provocan la enfermedad, desde una propuesta de prevención y no desde una intervención sobre las consecuencias de la misma, *“La promoción de salud es hablar con la gente y conocer como están y promover en la familia y en la comunidad que tengan por ejemplo; todos los*

*controles al día de los niños, que no tengan vacunas vencidas, que las mujeres tengan el PAP, que estén cubiertos en los servicios de salud que prevengan las enfermedades” (Entrevista/ACS 2).*

Para poder desempeñar su rol, cuenta con las siguientes herramientas: *“con las libretas para registro de visitas domiciliarias o planillas registro de actividades y coordinaciones con las instituciones” (Entrevista/ACS 2) y “Contamos con una moto que a través de nodos nos las dio la intendencia que nos permite trasladarnos y visitar todas las zonas del nodo” (Entrevista/ACS 1)*

Los registros permiten cuantificar y cualificar el trabajo, contar con registro de los participantes, datos patronímicos, articulaciones y coordinaciones generadas a partir del producto de trabajo obtenido. La información recaba permite visualizar el trabajo no solamente del ACS sino del Programa Inter-Institucional Nodos de Salud, brindando insumos para la sostenibilidad del programa.

Debido a la realidad geográfica del departamento de Tacuarembó el contar con un vehículo de trabajo permite mejorar la cobertura territorial, llegar a la totalidad de las localidades y/o barrios que componen en Nodo. La IDT al encargarse de proveerles un vehículo nos demuestra la voluntad política de las instituciones de contar con ACS con recursos materiales que faciliten y optimicen la presencia en las zonas que cada una debe cubrir.

### **3.4 Consolidación del Rol del ACS y desafíos**

El Programa Inter-Institucional Nodos de Salud espera del Rol del ACS un producto acabado que permita y contribuya a cumplir con sus objetivos y metas planteadas por parte del programa, debiendo contar los recursos humanos en el territorio de forma permanente y con bases mínimas de conocimientos e información de las temáticas que se promueven desde la promoción de salud y la prevención de enfermedades que son detectadas en las comunidades, *“Tal es la importancia que se le asigna que se entiende no puede estar ligado a un voluntariado que como tal, no resiste el trabajo metódico y constante, costoso en tiempo de las personas y en recursos para movilidad y otros. No se limita a “dar una*

*mano cuando puedo”, sin derechos y sin obligaciones diferentes a las que le significa su compromiso personal, cada día, todo el año” (Entrevista/Asesor).*

*Es bueno desarrollar la solidaridad entre vecinos pero no podemos cargar a los vecinos más sensibles con el peso de lo que las instituciones no pueden o no saben resolver” (Entrevista N° 1)*

El trabajo debe contar con metodología de intervención, planificación de las actividades que se desarrollan, jerarquizar y priorizar las demandas, necesidades y problemáticas que afectan tanto a las minorías como a la generalidad de la población. Trascender el tradicional ACS de un vecino con su buena voluntad de dar una mano o buscar lo mejor por su comunidad, a un ACS que cuente con conocimientos técnicos y herramientas metodológicas que permitan una mayor eficiencia y eficacia en sus intervenciones.

En el inicio del proyecto las ACS debieron *“crear empresas unipersonales”* (Entrevista/ACS 2), mecanismo adoptado para la contratación del servicio, siendo la forma legal que permitió al Proyecto Nodos de Salud contratar recursos humanos para el desarrollo del rol previamente identificado como necesario en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Una vez finalizado el Proyecto Nodos de Salud e iniciado el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud, el MSP contrata al colectivo de ACS mediante la forma jurídica de una Cooperativa social para que continúe cumpliendo su función al servicio de Nodos. Esta relación compleja en referencia a la dependencia de la de la Cooperativa da cuenta de la realidad en la cual se inserta y su desafío en cuanto a un nuevo régimen de contratación de servicios por parte del MSP pero con una dependencia de los lineamientos de trabajo marcados por parte del Programa. *“Una vez culminado el proyecto también se negoció la continuidad de la participación, habiéndose identificado al MSP como fuente de financiación y a la generación de una cooperativa social como el mecanismo por el cual se le puede pagar el servicio”* Entrevista/Asesor)

El proceso de conformación de la cooperativa se desprende por parte de los entrevistados que no fue un acuerdo consensuado por las partes involucradas (MSP-Programa Inter-Institucional Nodos de Salud-ACS), desde la institucionalidad se planteó como única forma de dar continuidad al trabajo realizado por parte de las ACS, “*Si teníamos intención o interés de seguir trabajando con Nodos de Salud teníamos que formar una cooperativa*” (Entrevista/ACS 2).

Esta nueva realidad de las ACS implicó que rápidamente debieran nuclearse y que la forma jurídica era la de una cooperativa social. Si bien se recibieron apoyo y capacitación por parte del MIDES no se cumplió con el principio de autonomía de cada integrante al momento de formarse, sino que respondía a una necesidad manifiesta de continuar con su trabajo y ser remuneradas en el desempeño de su rol.

Una vez generado la inserción institucional, se continuó y profundizó lo que llamare profesionalización del rol, haciendo referencia al proceso constante de superación de las aptitudes individuales y colectivas, herramientas metodológicas y capacidad de respuesta ante el intercambio directo con los usuarios de la salud. Los conocimientos e información que se manejan se debe ser actualizado constantemente, incorporar nuevas prácticas que propicien a un mejor desempeño y un logro de las metas que se plantean año a año.

El debate desde la el MSP se ha dado y se sigue dando, existiendo discrepancias a si debieran ser remuneradas o no y así lo demuestra que sea la única experiencia conocida hasta el momento de un ACS que percibe un salario por el desempeño de su actividad, “*No conocemos otras experiencias en que se haya desarrollado este rol en forma retribuida, en el país seguro que no*” (Entrevista/Asesor).

Este proceso de cambio de modelo -honorario a remunerado- ha sido posible porque en primera instancia se valoró en el proceso de elaboración del Proyecto Nodos de Salud como necesario contar con recursos humanos capacitados y permanentes en el territorio, en segunda instancia; la nueva institucionalidad valora contar con recursos humanos permanentes, capacitados y a tiempo completo en territorio ya que propicia que el APS en toda su extensión logre sus cometidos como se enmarca en el SNIS.

El desafío que se tiene desde el Programa es lograr que sea reconocida la figura del ACS, *“integrar esa figura o rol al SNIS es el objetivo más amplio que se busca”*  
(Entrevista/Asesor)

## Capítulo IV: Conclusiones

El estado ante la implementación de políticas neoliberales ante el agotamiento del Estado de Bienestar, disminuye el gasto social destinado al abordaje de las consecuencias de la dinámica del mercado, generando un recorte en áreas de trabajo y evidenciando la ausencia del estado en su abordaje territorial.

Desde esta mirada y nuevas estrategias implementadas desde el estado, es que desde la sociedad civil se generan mecanismos para que la ausencia no implique un aislamiento de la población con la institucionalidad o el acceso a bienes y servicios. Es en este contexto en las comunidades emergen actores sociales que comienzan a desarrollar su actividad de manera voluntaria con el objetivo de mejorar las condiciones en las cuales desarrollan su vida cotidiana y generar nexos entre las necesidades y demandas de la población y con el estado.

Ante la búsqueda de optimizar los recursos destinados al gasto social, se genera un proceso de transferencia hacia la sociedad civil en la implementación de estrategias que permitan afrontar situaciones visualizadas como no deseables o no cubiertas por las políticas públicas implementadas por parte del estado

Esta actividad voluntaria realizada por referentes locales sin formación en ninguna área específica, fueron captadas por parte del Proyecto Nodos de salud, permitiendo legitimar la actividad voluntaria mediante su formación en ACS y posterior inserción institucional.

El abordaje inter-institucional en las problemáticas, necesidades y demandas de las comunidades se torna necesario e imprescindible en un Departamento como el de Tacuarembó. Ser el departamento más grande el país, contar con 186 localidades y barrios dispersos, implica trascender las políticas públicas fragmentadas, asumiendo el compromiso de la integralidad de las intervenciones que se planifican a nivel territorial.

El Proyecto Nodos de Salud generó el ámbito de intercambio inter-institucional, permitiendo visualizar los territorios desde una perspectiva integral, universal y descentralizada. La continuidad enmarcada en el Programa Inter-Institucional Nodos de

salud es consecuencia de un innovador accionar que valorado positivamente permite y permitirá profundizar los cambios propuestos y obtener resultados que no se obtendrían sin el compromiso de las instituciones que lo componen.

Desde el inicio del proyecto y continuidad en Programa, ha generado un proceso de profesionalización del rol que desempeña un ACS mediante su inserción institucional. El cambio de modelo y concepción de un ACS tradicional hacia uno que percibe remuneración, reconocido institucionalmente y capacitado constantemente ha marcado la consolidación paulatina de un recurso humano valioso y necesario para la concreción de estrategias que propicien el desarrollo comunitario.

Este proceso de profesionalización del ACS, permite contar con recursos humanos capacitados en el territorio y de forma permanente, permite profundizar y generar nuevas estrategias de intercambio entre la población y la institucionalidad. Una persona que resida en territorio cuenta con los conocimientos de la realidad social, económica y cultural que los caracteriza. Actuar como nexo entre la comunidad y la institucionalidad implica un compromiso que no puede estar determinado por la voluntad y disponibilidad de lograrlo, es necesario contar con ACS que su dedicación diaria y resultados esperados estén determinados por una relación contractual. Las exigencias y logros esperados solo pueden ser obtenidos cuando existe un trabajo metódico, continuo y acompañado por un equipo interdisciplinario.

El reconocimiento de las capacidades del ACS y la optimización de los resultados obtenidos son consecuencia de un proceso de formación y capacitación permanente, aspecto que permite realizar una reflexión crítica y constante del quehacer diario. La inserción institucional no implica el reconocimiento pleno del rol del ACS y como este puede potenciar las políticas de salud en la APS, esto lo demuestra que la única experiencia existente sea en el Programa Inter-Institucional Nodos de Salud. Es un logro que no implica una inserción plena y formal en el sistema de salud, sino una estrategia implementada desde un Programa en particular.

El debate se ha dado y se continuara dando, el objetivo planteado es el reconocimiento del ACS por parte del MSP. La finalidad es lograr la incorporación del rol a

la estructura y organización formal del SNIS, permitiendo ser recursos presupuestados del sistema de salud.

Lograr generar estrategias que promuevan un cambio de los hábitos de riesgo a ciertas enfermedades no solo permitirá evitar o prevenir la enfermedad, además permitirá un mayor ahorro en el gasto público destinado a la atención de los usuarios que se ven afectados y necesitan tratamiento continuo y revisiones médicas permanentes. Adquirir por parte de las comunidades los conocimientos necesarios para trabajar en torno a su salud y a sus determinantes, permite que las personas y organizaciones cuenten con insumos necesarios para aplicar estrategias concretas mediante sus habilidades y recursos disponibles para cada territorio de referencia, medidas colectivas en la identificación de sus necesidades sanitarias y priorizarlas para su especial atención. La participación activa que se genera por parte de las personas de un territorio determinado abordan los conflictos que repercuten diariamente en la vida cotidiana de la comunidad permitiendo un mayor abordaje e influencia sobre los determinantes de la salud.

El trato directo con profesionales del área de la salud en articulación con los servicios de salud existentes en el territorio, necesariamente deben confluir instancias de intercambio de saberes que permitan optimizar los procesos llevados a cabo con los usuarios. Estas instancias, permiten que el ACS mediante su diagnóstico y proximidad con su comunidad identifique los factores de riesgo y potencialidades existentes del individuo-familia-comunidad para que el profesional pueda valorar la situación e implementar la mejor estrategia de trabajo teniendo en cuenta las particularidades del caso.

Las instancias de capacitaciones y actualización de conocimientos, sumado al trabajo inter-disciplinario permiten que el ACS adecue sus estrategias de trabajo y planificación de las actividades a desarrollar, optimizando los resultados. Las características de la intervención en el territorio con el individuo-familia y la comunidad se enmarcan en un proceso de educación que propicia la promoción de la salud, orientado a la eliminación de prácticas consideradas no saludables generando y garantizando el intercambio de información con el objetivo del desarrollo de condiciones favorables de existencia. Con

este proceso se logra actuar sobre las causas que provocan la enfermedad, desde una propuesta de prevención y no desde una intervención sobre las consecuencias de la misma.

## Bibliografía

- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). (2010). *“Manual del ACS. Manual del Facilitador”*. Organización Panamericana de Salud. Washington DC. EEUU.
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). (2010). *“Manual del ACS. Manual del Facilitador”*. Organización Panamericana de Salud. EEUU.
- Ascoli, U. (1987). *“Estado de Bienestar y acción voluntaria”*. REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. España.
- Baptista, R. (2013). *“Proyecto Nodos de Salud de Tacuarembó: Sistematización de una experiencia de Desarrollo Social? De Descentralización? de integración? Territorial? Sectorial?”*. Programa Inter-Institucional Nodos de Salud. Tacuarembó. Uruguay.
- Diez, A. (1999). *“Voluntarios, ONGs y sociedad civil en la reordenación globalizadora”*. En: Estudios de Juventud N° 45/99. España.
- Eroles, C. (2001). *“Acerca de la interdisciplinariedad en las Ciencias Sociales humanas”*. S/d. Uruguay.
- Silveira, H. (2006). *“O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais”*. En Revista Virtual Textos y Contextos N° 6. Brasil.
- Filgueiras, F. (2013). *“Hacia un modelo de protección social universal en América Latina”*. CEPAL. Seminario Internacional *“Políticas Públicas para la igualdad: Hacia sistemas de protección social universal”*. Uruguay.
- Heller, A. (1970). *“Historia y Vida Cotidiana”*. Colección Enlace-Grijalbo. España.
- King, G. y Keohane, R. y Verba, S. (2000). *“La ciencia en las ciencias sociales”*. En: El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos. Alianza editorial. España.
- MIDES y UNICEF. (2009). *“Voluntariado (s). Manual de gestión y formación. Una mirada desde Uruguay”*. Mesa de diálogo sobre voluntariado y compromiso social. Uruguay.

- Ministerio de Salud Pública. AIEPI. (2009). *Manual del Agente Comunitario de Salud*. ED PRISA. La Paz. Bolivia. pp. 35
- MSP. Dirección General de Salud. (2010). *Proyecto de prevención de enfermedades crónicas-PPENT. Propuesta para el desarrollo de la estrategia nacional de promoción de la salud*. Montevideo. Uruguay.
- Nizama, E. y Samaniego, A. (2007). *Educación para la salud. Diagnostico Situacional y propuestas*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud. Perú.
- Pereira, J. y Bettoni, A. y Licandro, O. (2012). *Presente y futuro del voluntariado en Uruguay*. Mesa Nacional de Dialogo sobre Voluntariado y Compromiso Social. Universidad Católica del Uruguay. Uruguay.
- Portilla, O. (2005). *Política Social: del Estado de Bienestar al Estado Neoliberal, las fallas recurrentes en su aplicación*. En Revista: Espacios Públicos. México.
- Saladrigas, H. (2005) *Introducción a la Teoría y la Investigación en Comunicación*. Editorial Félix Varela. Cuba.
- Sampieri, R. y Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw-Hill/Interamericana Editores. Cuarta Edición. Mexico.
- Selli, L. y Garrafa, V. (2006). *Solidaridade critica e voluntariado organico: outrapossibilidade de intervencao societaria*. En: Historia, Ciencias, Saude. Rio de Janeiro. Brasil.
- Silveira, H. (2006). *O voluntariado, a solidaridade e as políticas sociais*. En: Revista Virtual Textos y Contextos Nº 6. Brasil.
- Villar, H. (2012). *Gestión de Servicios de Salud*. Zona Editorial. Edición ReneeFerraro. Uruguay.
- Yaffe, J. y Filgueira, F. y Garce, A. (2004). *Los dos ciclos del Estado Uruguayo en el Siglo XX*. Instituto de Ciencia Política – Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.

**Fuentes Documentales:**

- Baptista, R. (2010). “*Creación de una red de Nodos de Salud barriales y zonales para la implementación de estrategias de APS en Tacuarembó*”. Feria de Proyectos Uruguay Integra. Uruguay.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978
- Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (2006). “Marco conceptual y metodología en Proyectos de Desarrollo Rural con Enfoque Territorial para el Departamento de Canelones. Conclusiones del Taller 23 y 24 de febrero de 2006”. Uruguay.
- Ley 18211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.
- OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo. (1998). “*Promoción de la Salud. Glosario*”. s/d. Suiza.
- OPP. (2013). “*Plan estratégico 2013-2014*”. Tacuarembó. Uruguay.
- OPP-Programa Uruguay Integra. (2008). “*Creación de una red de Nodos de Salud barriales y zonales para la implementación de estrategias de APS Tacuarembó*”. Tacuarembó. Uruguay.

**Páginas Web:**

- Censos 2011 - Instituto Nacional de Estadística - Tacuarembó. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/tacuarembó.html> [acceso 03/08/2015]
- Programa Inter-Institucional Nodos de Salud. Misión, Visión. Intendencia Departamental de Tacuarembó. Disponible en: [http://www.imtacuarembó.com/nodosdesalud/index.php?option=com\\_content&view=article&id=45&Itemid=55](http://www.imtacuarembó.com/nodosdesalud/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=55) [acceso 03/08/2015]

## **Anexos**