



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar el Título de Magister en Psicología Social

Significaciones y prácticas en promoción de la salud en el noroeste de Montevideo

Autor: Lic. Nicolás Rodríguez González

Directora de Tesis: Mág. Cecilia Touris

Directora Académica. Mág. Prof. Agda. Alicia Rodríguez

Montevideo, Uruguay
2012

RESUMEN

La presente investigación busca elucidar las significaciones imaginarias sociales en promoción de la salud, del personal sanitario del primer nivel de atención y de los actores sociales del noroeste de Montevideo. A partir del análisis de los sentidos y prácticas construidas entre el 2000 y el 2010, se intentan comprender los imaginarios sociales presentes en la promoción de la salud. En la medida que este modo de entender la acción en salud posee dimensiones funcionales e imaginarias, se la concibe como una de las instituciones que la sociedad creó para mejorar sus condiciones de vida. Es así que a partir de un metodología de investigación cualitativa, donde se combinó el socioanálisis con el análisis de las lógicas colectivas, se indagaron las producciones de sentido y las prácticas emprendidas por el personal sanitario y por los actores sociales. A través de entrevistas en profundidad y de grupos de discusión, se logró acceder a las dimensiones imaginarias de la promoción de la salud, a su inscripción en lo histórico social, y a la interrelación de significaciones entre ambos actores.

De los resultados principales se destacan los múltiples sentidos y la heterogeneidad de prácticas significadas como de promoción de la salud. A su vez, se visualizaron significaciones imaginarias tendientes a lo instituido, donde la centralidad en la enfermedad y lo curativo individual es lo característico; articuladas con significaciones instituyentes orientadas a lo colectivo y a la acción sobre los condicionantes sociales de la salud. Ambos universos de significaciones interrelacionan y se expresan tanto en el personal sanitario como en los actores sociales.

De esta manera, la búsqueda por problematizar lo instituido y colaborar en la profundización de lo instituyente, son dos de los cometidos principales de esta investigación. Así el presente trabajo se encamina en contribuir con los procesos de democratización de la salud y de su promoción comunitaria.

Palabras clave: promoción de la salud, imaginarios sociales, salud colectiva.

ABSTRACT

This research looks to elucidate the social imaginary significations in health promotion, from health workers of primary care services and social actors from the northwest of Montevideo. The investigation looks to understand the social imaginaries presents in health promotion, from the analysis of the senses and practices constructed between 2000 and 2010. This way of comprehend health actions has functional and imaginary dimensions, and it is conceived as one of the institutions that society had created to improve their living conditions. Thus, from a qualitative research methodology, which combined socioanalysis and analysis of collective logics, It was analyzed the production of meaning and practices undertaken by the health workforce and social actors. Through in-depth interviews and discussion groups, It was possible to access to the imaginary dimensions of health promotion, its inclusion in the history of social groups involved, and and how their significations about health promotion interact among this groups.

Of the main results are highlighted multiple senses and heterogeneity of practices meant as health promotion. There was imaginary significations visualized as tending to the instituted, where the centrality of the disease and the individual healing were characteristic; whereas institutive meanings were oriented to collective action on social determinants of health. Both universes of meanings appear interrelated and were expressed in health care workers and social actors.

This work looks to problematize the instituted practices and their meanings, as well as assist on deep analysis of the practices sensed as institutive. So this paper is aimed to contribute to the democratization of health and community promotion.

Keywords: health promotion, social imaginary, collective health.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| TABLA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS..... | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 2. LA PROMOCIÓN DE SALUD Y SU EXPRESIÓN TERRITORIAL, APROXIMACIÓN A LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN..... | 4 |
| 3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 12 |
| 3. 1. Sentidos, percepciones y prácticas en promoción de la salud..... | 13 |
| 3. 2. Promoción de la salud, paradigmas y concepciones..... | 18 |
| 4. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SU INSTITUCIÓN EN LA SOCIEDAD..... | 23 |
| 4. 1. Las instituciones, el imaginario social y las significaciones imaginarias sociales..... | 24 |
| 4. 2. Las condiciones de posibilidad para la institucionalización de la promoción de la salud..... | 32 |
| 4. 3. La promoción de la salud como institución de la sociedad..... | 37 |
| 4. 4. Lo instituido y lo instituyente en promoción de la salud..... | 45 |
| 5. OBJETIVOS..... | 53 |
| 6. METODOLOGÍA..... | 53 |
| 6. 1. El análisis institucional como método de investigación del imaginario social..... | 55 |
| 6. 2. Fuentes utilizadas..... | 60 |
| 6. 3. Fases del diseño..... | 61 |
| 7. CONSTRUCCIONES DE SENTIDO Y PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERSONAL SANITARIO..... | 67 |
| 7. 1. Los sentidos en promoción de la salud en el personal sanitario..... | 67 |
| 7. 2. Prácticas en promoción de la salud del personal sanitario..... | 73 |
| 8. CONSTRUCCIONES DE SENTIDO Y PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS ACTORES SOCIALES..... | 91 |
| 8. 1. Los sentidos en promoción de la salud en los actores sociales..... | 91 |
| 8. 2. Prácticas en promoción de la salud de los actores sociales..... | 96 |
| 9. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SU INSCRIPCIÓN EN LO HISTÓRICO SOCIAL EN EL NOROESTE DE MONTEVIDEO..... | 115 |
| 9. 1. El intento de cierre del Saint Bois en el 2001..... | 118 |
| 9. 2. La crisis económica y política del 2002..... | 123 |
| 9. 3. El gobierno del Frente Amplio y los cambios en salud pública a partir del 2005..... | 131 |
| 9. 4. El boicot de la Sociedad Uruguaya de Oftalmología al Hospital de Ojos..... | 141 |
| 10. LAS SIGNIFICACIONES IMAGINARIAS SOCIALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, SUS INTERRELACIONES EN EL PERSONAL SANITARIO Y EN LOS ACTORES SOCIALES DEL TERRITORIO..... | 145 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 11. REFLEXIONES FINALES..... | 160 |
| 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 166 |

A Jimena por su amor y solidaridad

AGRADECIMIENTOS

A los compañeros de camino Agustín, Damián, Germán, Gonzalo, Jorge y Walter.

A Patricia de la Cuesta por acompañar y facilitar el último proceso de la Maestría.

A Joaquín Marqués por el apoyo durante todo el recorrido.

A los compañeros y compañeras del Programa de Psicología Social Comunitaria, por enseñarme a transitar por este camino.

A todos los compañeros y compañeras del Instituto de Psicología Social por ser parte de esta construcción.

A Humberto Tommasino por la enseñanzas, conversaciones y apoyo.

A los compañeros y compañeras del Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio, con quienes compartí muchos aprendizajes y desafíos.

A Cecilia Touris por todo lo hecho para que esta producción haya sido posible.

A Alicia Rodríguez por sus orientaciones y lecturas durante la cursada de la Maestría.

A los docentes y estudiantes de la onceava generación de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones de la UAM- Xochimilco, por los lazos generados y la hospitalidad con la que fui recibido.

A los actores sociales y al personal sanitario del noroeste de Montevideo que colaboraron en todo lo referido a la investigación.

A la Dirección del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.

A los encargados y encargadas de Talleres de la Facultad de Psicología.

A la compañera Victoria Amir por su colaboración y dedicación en todo lo referido al Posgrado.

A todas y todos los amigos que con su cariño hacen posible estos emprendimientos.

A mi viejo y a mi vieja por haberme transmitido la pasión por el estudio.

A mi hermana y a mi sobrina por ser dos de las luces de mi vida.

A Jimena por su amor, aguante y solidaridad en este proceso.

La acción en las fronteras del conocimiento para ensancharlas, supone necesariamente la puesta en tela de juicio de todo lo conocido.

Puesta en cuestión que implica la dinámica instituyente contra la conservación de lo instituido; constituye la constante apertura del horizonte cognitivo contra todo lo que la obstruya.

Alfredo Errandonea

TABLA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

| | |
|-----------|---|
| ALAMES | Asociación Latinoamericana de Medicina Social |
| AIEPI | Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| ASSE | Administración de los Servicios de Salud del Estado |
| BM | Banco Mundial |
| BPS | Banco de Previsión Social |
| CAIF | Centros de Atención a la Infancia y la Familia |
| CASMU | Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay |
| CCZ | Centro Comunal Zonal |
| CHNGSB | Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois |
| CUDAM | Centro Uruguayo de Asistencia Médica |
| JUNASA | Junta Nacional de Salud |
| FMI | Fondo Monetario Internacional |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud |
| FUCVAM | Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua |
| IM | Intendencia de Montevideo |
| INAU | Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay |
| INDA | Instituto Nacional de Alimentación |
| MIDES | Ministerio de Desarrollo Social |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |
| ODH | Obesos, Diabéticos e Hipertensos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PIAI | Programa de Integración de Asentamientos Irregulares |
| PIT-CNT | Plenario Intersindical de Trabajadores- Convención Nacional de Trabajadores |
| RAP- ASSE | Red de Atención Primaria- Administración de los Servicios de Salud del Estado |
| SNIS | Sistema Nacional Integrado de Salud |
| SOCAF | Servicios de Orientación, Consulta y Atención Familiar |
| SOCAT | Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial |
| SUO | Sociedad Uruguaya de Oftalmología |
| UDA | Unidad Docente Asistencial |
| UTU | Universidad del Trabajo del Uruguay |

1. INTRODUCCIÓN

La producción de conocimiento científico en torno a la promoción de la salud aunque es reciente en el tiempo, es significativa, heterogénea y comprende a diferentes disciplinas. Si bien dicha producción proviene principalmente de las Ciencias de la Salud, desde la Ciencias Sociales se está comenzando a realizar investigaciones en esta orientación. La Psicología Social, que navega entre ambos campos del conocimiento, a pesar de que ha desarrollado múltiples intervenciones desde esta perspectiva, no la priorizó como objeto de estudio. Dicho proceso se expresa a nivel nacional, donde los/as psicólogos/as sociales han emprendido diversas prácticas en promoción de la salud, pero es escasa la producción de conocimientos en torno a la misma como estrategia general de intervención. De este manera, la investigación que se desarrolla a continuación se orientó en abordar la promoción de la salud y su modalidad de expresión en un territorio de Montevideo, Uruguay. Se trata entonces de un aporte de la Psicología Social para la problematización de este modo de entender la acción en salud, de singular relevancia para el contexto socio histórico actual y las diversas prácticas comunitarias que se realizan.

Es así que la presente investigación se encamina a elucidar las significaciones y prácticas en promoción de la salud, en el personal sanitario del primer nivel de atención y en los actores sociales del noroeste de Montevideo. A partir de una delimitación temporal de diez años (2000- 2010), y geográfica que comprendió al Centro Comunal Zonal N° 12 (CCZ 12), se indagaron los imaginarios sociales construidos en relación a la promoción de la salud, sus producciones de sentido y las prácticas emprendidas. De este modo, el problema de investigación se basó en generar condiciones de visibilidad en torno a dichas creaciones subjetivas y a sus inscripciones en lo histórico social. Sobre este campo de problemas, las preguntas que orientaron la producción de conocimientos estuvieron relacionadas con las modalidades de significar la promoción de la salud en el personal sanitario y en los actores sociales, las prácticas que se desarrollaron entre el 2000 y el 2010, y la interrelación de significaciones y prácticas en ambos agrupamientos sociales.

La pertinencia de este campo de problemas se fundamenta en que la comprensión de la relación entre el personal sanitario y los actores sociales en la promoción de la salud, es la condición de posibilidad para potenciar la producción de prácticas sostenidas en universos de significación comunes. Por otro lado, la reflexión crítica en torno a las diferentes experiencias tiende sistematizarlas y a colaborar en su organización, que se encontraba dispersa en el acervo singular de los actores que participaron. Por último, el país se encuentra transitando un proceso de reforma de su sistema de salud y le otorga singular relevancia a la promoción de la salud a partir cambio de modelo de atención. La posibilidad de visualizar los imaginarios puestos en juego en estos procesos, busca colaborar y

acumular conocimientos que permitan continuar democratizando la salud y la sociedad en general.

De este modo, primeramente se realiza un estado del arte en cuanto a investigaciones en promoción de la salud que se aproximaron a la temática delimitada. A través de la búsqueda en diferentes revistas científicas, no se identificaron investigaciones dirigidas a comprender las significaciones imaginarias en promoción de la salud, pero sí se encontraron estudios empíricos que abordaron los sentidos, percepciones y prácticas en torno a la misma. Asimismo, se registraron producciones emergentes de la reflexión sobre este tipo de experiencias, que desarrollan las concepciones y paradigmas más significativos en promoción de la salud. Así los antecedentes elaborados buscan ubicar sobre lo avanzado en el mundo académico en lo que respecta a este recorte del campo de salud, sus tendencias dominantes y las creaciones novedosas.

Posteriormente, se desarrolla el esquema conceptual, referencial y operativo (Pichon Riviere, 2007) para la elucidación de la expresión territorial de las significaciones sociales en promoción de la salud. De esta forma se delimita el lugar de los imaginarios sociales en las dinámicas institucionales, y se abordan diferentes conceptualizaciones que intentan operacionalizarlos. A partir de esto se trabajan las condiciones de posibilidad para la emergencia de la promoción de la salud en el mundo científico y en el entramado social, quiénes fueron los referentes principales y qué instituciones formaron parte de dicho proceso. Este recorrido socio histórico permitió identificar a la Organización Mundial de la Salud como uno de los organismos que sancionó socialmente a la promoción de la salud, produjo diversas producciones simbólicas sobre la misma, estableció elementos funcionales específicos, y la institucionalizó en la sociedad. Las instituciones son redes simbólicas que poseen componentes imaginarios y funcionales (Castoriadis, 2010), y en las mismas convergen lo universal de lo instituido, lo particular de lo instituyente y lo singular de la institucionalización (Gilabert, 1993). En la medida que el propósito general de la investigación es describir y analizar las significaciones imaginarias sociales en promoción de la salud en el noroeste de Montevideo, y su inscripción en imaginarios instituidos o instituyentes (Fernández, 2007), se problematiza sobre dos tendencias en tensión en este campo. Lo instituido por el Banco Mundial en torno a políticas en salud y su promoción, y lo instituyente proveniente del movimiento de la Salud Colectiva, que realiza una lectura crítica de lo histórico social y propone distintos caminos para la transformación de las condiciones de vida.

Sobre la base del campo de problemas delimitado y de las referencias conceptuales, se construyó un dispositivo metodológico orientado a indagar las significaciones y prácticas en promoción de la salud, es decir las dimensiones imaginarias que comprenden las diferentes experiencias. De la conjunción de herramientas provenientes del socioanálisis

(Lourau, 2007) y del análisis de las lógicas colectivas (Fernández, 2007), se constituyó una metodología que acompañó a todo el proceso de investigación. A través de técnicas individuales y grupales, y el relevamiento de datos secundarios, se pudo acceder a las producciones de sentido realizadas por el personal sanitario y los actores sociales en el período de tiempo y en el espacio geográfico delimitado. En el Capítulo 6 se describe en profundidad el proceso de investigación desarrollado y las referencias metodológicas utilizadas.

Por último se presentan los resultados de la investigación, los cuales se ordenaron según los objetivos específicos delineados para la misma: las producciones de sentido y las prácticas en promoción de la salud en el personal sanitario y en los actores sociales; los imaginarios instituidos e instituyentes presentes en lo histórico social entre el 2000 y el 2010; y las significaciones imaginarias sociales en promoción de la salud y sus interrelaciones en los agrupamientos definidos. La diferenciación entre producciones de sentido y prácticas se realizó sólo a efectos analíticos, ya que se comprende que ambas se condicionan recíprocamente (Reygadas, 1998). De los resultados expuestos y de todo el proceso de investigación, se elaboran una serie de reflexiones finales que se constituyen como un clausura relativa del mencionado proceso. Una de las síntesis más relevantes de la investigación, es que tanto en el personal sanitario como en los actores sociales, se combinan y se funden diversas significaciones imaginarias sociales y prácticas en promoción de la salud. Un universo de significaciones está constituido por aquellas que tienden a una construcción de la promoción de la salud como individual, restrictiva, y con centralidad en la enfermedad; y el otro se sostiene en una orientación colectiva de la promoción, que produce una mirada integral de la salud, y que se encamina a transformar sus condicionantes sociales. Como clausura relativa del tema, queda abierta la posibilidad para el desarrollo de nuevas investigaciones e intervenciones, en la medida que están dadas las condiciones políticas, sociales y territoriales para continuar mejorando la salud colectiva de las poblaciones.

2. LA PROMOCIÓN DE SALUD Y SU EXPRESIÓN TERRITORIAL, APROXIMACIÓN A LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

La temática a investigar en el presente proyecto es producto del recorrido de dos años por distintos ámbitos y temas vinculados al campo de la salud, y por parte de sus desafíos y problemáticas en el contexto socio histórico actual. Proceso que permitió arribar a un tema de investigación que es resultado de una problematización recursiva (Fernández, 2007), tanto en los aspectos que componían la temática a investigar como en las condiciones de posibilidad para el trabajo de campo. Es así que en este apartado se detalla

el recorrido realizado hasta llegar al tema, problemas y preguntas que conforman a esta investigación, las características de estos elementos y sus relaciones, los fundamentos de la elección de este objeto de estudio, y el análisis de la implicación en torno al problema delimitado.

Primeramente el proyecto de investigación iba a ser realizado en el marco del trabajo en Extensión Universitaria con el Movimiento de Usuarios de Salud del Cerro de Montevideo. Esta organización que se crea a partir del 2005, cuando se inician las acciones para la Reforma del Sistema de Salud, desarrollaba una participación activa en los establecimientos sanitarios de la zona y en la organización de los/as usuarios/as de salud a nivel nacional. Con esta organización desde el Centro de Formación Popular del Oeste de Montevideo¹, se comienzan a coordinar actividades de formación y surge la posibilidad de desarrollar un proyecto de investigación enmarcado en dichas actividades. Es así que se elabora el proyecto: *Significaciones sociales en torno a la participación social en salud de los diferentes actores involucrados en el subsistema sanitario público en el zonal 17 de Montevideo, obstáculos y potencialidades de dicha participación*. Tres elementos caracterizaban a esta investigación: el estudio sobre significaciones sociales, la participación social en salud y sus modos de expresión en un territorio específico. De este modo la temática que se pretendía investigar estaba relacionada a los modos en que los distintos actores involucrados en el sistema sanitario, significaban a la participación social en salud en el subsector público territorial. A partir de comprender los significados de dicha participación en usuarios/as, trabajadores/as y autoridades, se pretendía identificar los obstáculos y potencialidades de la misma. De esta manera las preguntas que orientaban a este proyecto inicial de investigación fueron las siguientes: cuáles eran las significaciones sociales de los distintos actores vinculados al sistema sanitario en torno a la participación social en salud en el Cerro, qué estaba obstruyendo dicha participación y qué potencialidades tenía, y si existían conflictos entre los distintos actores que constituían el sistema sanitario público.

Este proyecto fue presentado ante Movimiento de Usuarios del Cerro, pero por distintos problemas no se pudo mantener el vínculo de Extensión Universitaria con la organización, lo que no permitió el desarrollo del proyecto de investigación tal cual estaba planteado. Era necesaria una presencia permanente de los/as usuarios/as en el trabajo, la cual no era posible, lo cual dificultaba la dinamización del trabajo de campo como la producción de conocimientos en conjunto con ellos.

Luego de este proceso se define comenzar a elaborar un nuevo proyecto de investigación que se desarrollaría en el territorio de cobertura del Centro Hospitalario del

¹ Programa de Extensión del Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio de la Universidad de la República.

Norte Gustavo Saint Bois en el CCZ 12 de Montevideo. El proyecto fue denominado: *Primer nivel de atención y redes sociales del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois*. Las significaciones sociales ya no eran parte del objeto de estudio y adquiría centralidad la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) y las redes comunitarias e institucionales del Centro Hospitalario. Se incorporaba la dimensión histórica en la medida que se establecía un recorte de diez años: 2000 a 2010. El tema propuesto buscaba generar condiciones de visibilidad sobre el efector de salud y su relación con el territorio de cobertura, tanto para poder identificar la modalidad que adquiría como para el diseño de posibles estrategias. Las preguntas de investigación que se buscaban responder fueron: cuáles es y cómo se había configurado la estrategia de APS del Centro Hospitalario en los diez años delimitados, con qué redes comunitarias e institucionales contaba, y de qué forma el contexto político, económico y social había influido en la estrategia de APS del Centro Hospitalario y en las redes comunitarias e institucionales que había construido.

En esta investigación, a diferencia de la anterior, las condiciones para la realización del trabajo de campo estaban garantizadas a partir del acuerdo con el Centro Hospitalario, elemento que fue decisivo para la elaboración del proyecto. El conocimiento previo del territorio, del Centro Hospitalario, de las policlínicas del primer nivel de atención, y de las principales organizaciones sociales de la zona, posibilitaba la ejecución de la investigación sin la intermediación de una institución u organización. La incorporación de la dimensión histórica estaba orientada a analizar los elementos mencionados en sus aspectos procesuales, y a recuperar distintos acontecimientos que hacían a la historicidad del territorio, en particular del vínculo Centro Hospitalario- comunidad.

Finalmente, luego de una problematización permanente del tema y de las preguntas de investigación, de indagar literatura científica y las características de lo que se pretendía estudiar, se alcanza la presente investigación. La interrelación de elementos conceptuales, epistemofílicos y prácticos fueron los que permitieron elaborar esta propuesta. Es así que el tema y problema es parte de un recorrido, de una búsqueda por investigar en el campo de la salud aspectos relacionados con la participación social, el despliegue de redes, y la interacción entre los diferentes actores del subsector público de salud.

La presente investigación entonces está relacionada con el modo en que se expresa la promoción de la salud en el noroeste de Montevideo, en el personal sanitario del primer nivel de atención y en los actores sociales territoriales. En particular se centra en las significaciones sociales de ambos actores y las prácticas desarrolladas entre el 2000 y el 2010, en el espacio comprendido por el CCZ 12 de Montevideo. Es así que el modo de expresión de la promoción de salud se bifurca en dos temáticas específicas que se encuentran en estrecha relación: los significados que se le atribuyen a la promoción de la salud en el territorio, y las prácticas emprendidas en el tiempo definido.

El primer nivel de atención involucra a las policlínicas territoriales, que además de ser la *puerta de entrada* al sistema sanitario y de tener como función la resolución de necesidades de atención básica y de mayor frecuencia (León & Herrera, 2008), posee como una de sus tareas la promoción de la salud (Starfield, 2001). Asimismo el territorio delimitado posee un conjunto de organizaciones sociales (centros culturales, cooperativas de vivienda, radios comunitarias, comisiones de usuarios/as de salud) y sujetos que las componen, que se relacionan de distinta forma con los efectores de salud y sus estrategias sanitarias, y que a su vez desarrollan actividades de promoción de la salud de forma autónoma. Esto último se fundamenta en que uno de los componentes principales de la promoción de la salud es la participación social (Arenas, 1998; Carmona, Roza & Mogollón, 2005), de ahí la importancia de integrar a la sociedad civil, sus significaciones y acciones en este campo.

El personal sanitario del primer nivel de atención le otorga a la promoción de salud significaciones que operan en la forma en que se entiende y el modo en que se desarrolla, es decir que, al igual que los actores sociales, producen determinados imaginarios que condicionan el modo en que se desarrolla esta forma de entender el trabajo en salud.

Desentrañar los modos en que es significada y practicada la promoción de salud por parte de los distintos actores, cómo se establecen las relaciones entre ellos y cómo se articulan las estrategias para lograr una promoción de la salud que involucre a todos, constituyen algunos de los desafíos que este proyecto se propone abordar.

De este modo el problema de investigación reside en generar condiciones de visibilidad en torno a las significaciones y a los modos en que se practica la promoción de la salud por parte del personal sanitario del primer nivel de atención y de los actores sociales del territorio del CCZ 12. Dicho problema busca abordarse desde sus aspectos procesuales, por lo que se delimitó el período de diez años (2000- 2010) para elucidar el devenir histórico de la promoción de la salud en la zona.

En base al tema y problema planteados, las preguntas que guiaron la investigación fueron las siguientes: ¿cómo es significada la promoción de la salud entre el 2000 al 2010 por parte del personal sanitario del primer nivel de atención y por los actores sociales que forman parte del territorio del CCZ 12 de Montevideo?, ¿qué prácticas se han desarrollado en promoción de la salud en el período de tiempo delimitado, qué cometidos tuvieron y cuáles fueron sus características?, y ¿qué interrelación ha existido entre las significaciones y prácticas de promoción de salud del personal sanitario del primer nivel de atención y de los actores sociales del territorio?

Abordado ya el tema, problema y preguntas de investigación corresponde delimitar la población con la que se trabajó, a qué se hace referencia por personal sanitario del primer nivel de atención y por actores sociales territoriales.

El personal sanitario del primer nivel de atención son aquellos técnicos provenientes de las

Ciencias de la Salud o Sociales que intervienen en las policlínicas que componen el primer nivel de atención, es decir todas aquellas que no poseen un alto nivel de especialización, que tienden a resolver el 80 % de las consultas y que se caracterizan por su accesibilidad a la población (Starfield, 2001; León & Herrera, 2008). En las mismas trabajan técnicos de diferentes disciplinas y poseen distintos cometidos, desde la asistencia clínica hasta la promoción de la salud. A los efectos de la investigación se delimitó a aquellos profesionales y policlínicas pertenecientes al subsector público: estatales, municipales, cogestionadas (comunidad- gobierno) o autogestionadas. En el territorio delimitado se combinan todas estas procedencias institucionales que son trabajadas cuando se desarrollan los resultados de la investigación.

Por actores sociales territoriales se entiende a todas aquellas personas que se encuentran agrupadas en diferentes modalidades organizativas, o que no forman parte de dichas organizaciones pero que poseen una participación activa en sus territorios. Lo que Montero (2006) define como líderes comunitarios, que son sujetos caracterizados por un sentido de pertenencia con sus territorios, con historias, sentimientos, actividades y conocimientos comunes con los otros integrantes de su comunidad, se los denominará como actores actores. Esta distinción se fundamenta en que a pesar de que los actores sociales comprenden los elementos delimitados para los líderes comunitarios, los liderazgos rotan en las colectividades (Pichon Riviere, 2007), sus acciones exceden el ámbito estrictamente comunitario y se enmarcan en movimientos sociales más amplios (Dávila, 1993).

De este modo, la presente investigación se fundamenta en diferentes sentidos, desde la importancia de elucidar las interrelaciones entre el personal sanitario y los actores sociales en lo que a la promoción de la salud refiere, hasta la relevancia de la temática en el proceso aún inacabado de Reforma del Sistema de Salud.

Si bien el personal sanitario y los actores sociales tienen distintas competencias en lo que a la salud respecta, el poder visualizar qué tipo de interrelación existe entre ambos resulta fundamental para que las actividades de promoción se vinculen con las problemáticas percibidas por la población. Las distancias y encuentros entre éstos posibilitará comprender en qué momentos han existido significaciones y estrategias conjuntas, y en cuáles se han desarrollado de forma paralela o discontinua. Es así que el problema de investigación se orienta a comprender dichas significaciones y dar cuenta de las mismas, con el cometido de potenciar el diálogo entre los efectores de salud del primer nivel de atención y los actores sociales territoriales en lo que respecta a la promoción de la salud. Paralelamente está potencialización del diálogo puede impactar en una mejora de las políticas de salud diagramadas por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y las implementadas por los actores sociales.

Asimismo, el abordar las distintas significaciones y prácticas que el personal sanitario del

primer nivel y los actores sociales del territorio han desarrollado en relación a la promoción de la salud, puede permitir organizar un conjunto de información que se encuentra dispersa en dichos actores. Las significaciones y prácticas forman parte de la memoria colectiva pero en la medida que no fueron sistematizadas, se encuentran en el acervo personal de quienes participaron. La recuperación histórica a partir de los relatos de los directamente involucrados se sostiene en la voluntad de reconstruir procesos, de dotar de sentido al pasado desde su resignificación en el presente. Es así que el trabajo sobre la memoria y la sistematización de experiencias, es una de las vías posibles para la reflexión crítica sobre lo transitado y la condición de posibilidad para generar acciones futuras que emerjan de un reconocimiento de lo realizado.

En tercer lugar, a partir de la Reforma del Sistema de Salud iniciada en el 2005, se ha trabajado desde distintos ámbitos gubernamentales para cambiar el modelo de atención. Esto ha implicado el desarrollo del primer nivel de atención a través de la creación de la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE) y de diferentes programas orientados a la prevención, a la educación y a la promoción de la salud. El investigar sobre cómo ha sido el devenir de dicho cambio en un territorio específico de Montevideo, puede ilustrar sobre la expresión concreta de las mencionadas políticas en salud, y sus modalidades de relacionamiento con la sociedad. La relevancia de este proceso de reforma y su vinculación con la promoción de la salud es parte de los cometidos de la investigación y será presentado posteriormente. Aquí sólo se busca explicitar la necesidad de producir conocimientos en torno a las transformaciones en el campo de la salud que se encuentran en proceso, en particular en lo referido a la promoción de la salud. Si bien existen trabajos e investigaciones sobre la Reforma del Sistema de Salud en general (MSP, 2009; Pérez, 2009; Fuentes, 2010; Narbondo & Mancebo, 2010), en la búsqueda realizada no se identificaron trabajos nacionales sobre la relación de la misma con la promoción de la salud, de ahí la pertinencia de producir conocimiento en este sentido.

Por último, como dicha investigación se desarrolla desde un ámbito académico de la Universidad de la República, los resultados a los que se aborde pretenden complementar los procesos de formación de futuros profesionales que desarrollarán su inserción en el ámbito de la salud. La formación de personal de salud orientada a la promoción de la salud, es una de las condiciones de posibilidad para la democratización de este campo y para la generación de alternativas ante las situaciones de inequidad que aún persisten. El tránsito de un sistema centrado en la enfermedad a otro centrado en la salud requiere de investigación original y de una actualización de los Planes de Estudio que se encamine en ese sentido. Se espera que a partir de este proyecto se pueda lograr un aporte en ese camino, de una Universidad comprometida con su tiempo y con la generación de los recursos necesarios para su desarrollo.

Realizado un recorrido por el devenir del tema y problema de investigación, su delimitación, y los aspectos que lo fundamentan, corresponde analizar la implicación asociada a estos componentes. El análisis de la implicación involucra el análisis *in situ* en la situación de investigación (la relación con la institución promoción de la salud), así como el análisis de la relación con la institución científica (el lugar a ocupar en esta institución y las opciones que se toman en el proceso de producción de conocimientos) (Manero, 1995). Anteriormente se mencionaban las razones del problema de investigación, ahora es momento de incorporar la dimensión singular que transversaliza a este proceso de creación de conocimiento. En esta dimensión las opciones epistemológicas, político académicas, éticas y afectivas, se entrelazan y se condicionan mutuamente.

En el plano epistemológico las opciones temáticas parten de una concepción de la ciencia que dialoga con las problemáticas procedentes de lo histórico social, con personas y situaciones que tienden a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones. El diálogo del saber y del método científico, con los modos en que se ejerce poder en el campo de la promoción de la salud, constituye una actividad académica que se relaciona con el escenario político, económico y social actual, donde las inequidades están siendo revertidas pero resta trabajo para su superación efectiva. Problematizar junto al personal sanitario del primer nivel de atención y con los actores sociales territoriales, cómo son sus prácticas en promoción de la salud, qué interrelación poseen y qué sentidos adquieren, se inscribe en un proceso de elucidación del accionar de la salud en el campo de lo público. Elucidación que implica pensar lo hace para saber lo que se piensa (Castoriadis, 2010); espiral dialéctica de reflexión crítica que orienta la producción de conocimientos en la temática descrita. Ciencia y compromiso social son por ende el par de componentes que guiaron los marcos teóricos seleccionados, la metodología implementada y los resultados arribados. De este modo la producción de conocimientos se aleja rotundamente de las concepciones que la conciben como una acción *neutral* y *objetiva*, propia de paradigmas positivistas que han alejado la ciencia y sus resultados de la vida cotidiana de los sujetos. Estas modalidades de creación científica no escaparon a los procesos mercantilizadores dominantes en la sociedad, que sobre la base de la neutralidad se han autonomizado de las problemáticas sociales más importantes. La producción de conocimientos propuesta reconoce la implicación del investigador con lo que estudia, los autores con los que se problematiza la realidad, el modo en que se interviene en ella, y lo que se realiza con los resultados emergentes.

A nivel político académico el interés por la temática investigada está centrada en la posibilidad de generar conocimientos que colabore en los procesos de construcción de poder local, es decir que busca colaborar en la construcción de una democracia radical donde se promuevan todas las formas de autogestión popular (Rebellato, 2009). El campo de la salud es un campo a democratizar y la promoción de la salud es un camino en esa

orientación. Como se trabajará más adelante, las dos estrategias principales para este modo de entender el accionar en salud son la participación y el ejercicio social de poder. Estos componentes pueden encaminarse hacia diferentes objetivos y propósitos, en este caso el problema de investigación que se aborda está relacionado con el desarrollo de procesos de construcción de poder por parte de los actores sociales como por el personal de salud del primer nivel de atención. El saber profesional y el saber popular relacionado con los sentidos y prácticas en el terreno de la promoción de la salud, son elementos decisivos para la socialización del campo de la salud y la no la delegación de la misma por parte de las comunidades. Si bien en este proyecto predomina más la investigación que la intervención propiamente dicha, las condiciones de visibilidad que se puedan generar se inscriben en promover esa democracia radical, lo que Freire (1999) denomina como el inédito viable.

Así como el poder es inmanente a las relaciones sociales y de saber (Foucault, 1998), también lo es la reflexión ética, en tanto se trata de una producción de conocimientos centrada en procesos sociales. Las reflexiones en este campo que condujeron a la elección del tema y a todo el devenir de la investigación, se asientan sobre lo que Rebellato y Giménez (1997) denominaron como ética de la autonomía. Este modo de entender el posicionamiento ético es una apuesta por la promoción de procesos autonómicos, donde se evite la tecnoddependencia y el etnocentrismo (Rebellato & Giménez, 1997). Como se puede apreciar en el apartado metodológico, estuvo previsto que durante el proceso de investigación, quienes fueron informantes y brindaron los principales insumos para cumplir con los objetivos propuestos, accedieran a los análisis preliminares y problematizaran los vacíos de información a través de dispositivos grupales. Esta democratización de la investigación, donde los que generan las condiciones de posibilidad para la producción científica, pueden debatir e interpelar lo elaborado por el investigador, es un modo de colectivizar resultados y reflexiones que buscan potenciar los saberes de los directamente involucrados. La metodología de investigación que más se acerca a la eliminación de la división social del trabajo y de la tecnoddependencia, es la investigación- acción- participativa (Fals Borda, 1999), donde la producción de toda la investigación (desde el diseño hasta la discusión de los resultados) emerge del diálogo de los saberes académicos y populares. La presente investigación que adopta la devolución sistemática como un mecanismo de socialización de los saberes, si bien no elimina totalmente la tecnoddependencia, es un camino en ese sentido.

En lo que respecta al etnocentrismo, en la temática planteada se da cuenta de que lo que se pretende investigar: los sentidos que tanto los actores sociales como el personal de salud le otorgan a la promoción de la salud. Si bien se realizará un análisis de dichas significaciones, las mismas son expuestas en los resultados del modo que fueron producidas por los propios

sujetos. El no interponer la cultura de donde procede el investigador ante los análisis que se realicen, es parte de la problematización de la implicación que caracteriza a esta investigación. Esto puede facilitar que el lector reconozca desde donde se produce conocimiento, y aumentar los niveles de objetivación frente al problema de estudio.

Con respecto a lo afectivo más que la temática elegida, lo que adquiere relevancia es el lugar donde se desarrolla la investigación. La misma se realiza en el territorio donde el investigador habita, por lo que un tema similar en otra zona de Montevideo hubiera generado compromisos afectivos diferentes. Desde la participación en una de las organizaciones comunitarias del CCZ 12, se fue parte de algunos de los procesos que se investigan, y de ahí emerge la voluntad de sistematizarlos y de producir conocimientos en torno a los mismos. La búsqueda de un aporte disciplinar específico así como el interés por una temática que motivara la investigación, fueron dos decisiones que formaron parte de la selección del problema a investigar y el territorio donde se desarrollaría. Se trató entonces de ingresar al territorio desde otro lugar y de brindar un aporte desde la Psicología Social. Es así que estos elementos se configuran como un *plus* más que como un obstáculo a sortear. La subjetividad del investigador se juega transferencialmente durante la investigación (Devereux, 2003), desconocerla sería negligencia y ocultarla sería una irresponsabilidad ética.

En síntesis la aproximación al tema de investigación forma parte de un proceso de diferentes indagaciones, de creaciones y transformaciones del objeto de estudio. Los elementos que implica la promoción de la salud y los vacíos de investigaciones nacionales en este campo, condicionaron la elección de la temática realizada. Es así que esta investigación pretende elucidar las construcciones imaginarias que producen sentidos y prácticas en promoción de la salud, tanto en el personal sanitario como en los actores sociales, entre el 2000 y el 2010 en el territorio comprendido por el CCZ 12. Los diversos fundamentos explicitados hacen a lo multidimensional de la salud, que involucra aspectos ontológicos, epistemológicos y prácticos (Breilh, 2003). El análisis de la implicación manifestado forma parte de toda la investigación y brinda la posibilidad de comprender de forma rigurosa las dimensiones institucionales puestas en juego en el objeto de estudio. De esta manera, el tema y problema seleccionado busca colaborar en los procesos de democratización del campo de la salud, en particular en todo lo referido a su promoción en un territorio específico del departamento de Montevideo.

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Si bien la promoción de la salud es reciente en el tiempo existe una significativa producción científica en torno a la misma. Sólo en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la

Organización Panamericana de la Salud, con el descriptor promoción de la salud aparecen 62.627 artículos. Entre ellos se encuentran sistematización de intervenciones, ensayos teóricos, tesis de posgrado, revisiones históricas e investigaciones empíricas. En la medida que la presente investigación se aboca a estudiar las significaciones y prácticas en promoción de la salud en un territorio de Montevideo, se delimitó la búsqueda bibliográfica a aquellas investigaciones que tenían a la promoción de salud como objeto de análisis, y no a la innumerable cantidad de prácticas específicas desarrolladas en ese terreno. La sistematización del conjunto de intervenciones en promoción de la salud implicaría otro proyecto de investigación, de ahí el recorte temático realizado.

Es así que se consideró aquellas publicaciones que tenían como objeto la promoción de la salud, los sentidos de la misma, los paradigmas predominantes y las prácticas principales. Ésta búsqueda abarcó tanto producciones vinculadas al personal sanitario como a la población en general. De este modo los descriptores asociados a promoción de la salud fueron: conocimientos, actitudes y prácticas; representaciones sociales; participación social; salud pública; primer nivel de atención; percepciones; y salud comunitaria. De una revisión primaria de 952 artículos, se estudiaron aquellos resúmenes delimitados en la búsqueda, y fueron seleccionados cuarenta y siete artículos que se que se encontraban disponibles a texto completo. De estos, treinta y dos fueron utilizados para la realización de este estado del arte en cuanto a la promoción de la salud. Las bases de datos utilizadas fueron la BVS, SocINDEX, Psycodoc y Redalyc, y se particularizó la búsqueda en dos revistas: Revista Latinoamericana de Psicología, y Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Fue así que a partir de este recorrido se focalizó sobre las producciones relacionadas a investigación empírica, y sobre aquellas emergentes de la reflexión sobre las prácticas de promoción de la salud.

3.1. Sentidos, percepciones y prácticas en promoción de la salud

En cuanto a investigaciones empíricas sobre promoción de la salud, las más cercanas a los cometidos de esta investigación fueron aquellas vinculadas al primer nivel de atención en lo que al personal de salud refiere, y a lo territorial en lo que respecta a los actores sociales. Sobre primer nivel de atención no se encontraron artículos específicos, sí se ubicaron investigaciones vinculadas a la estrategia de salud familiar y comunitaria, que se ubica en el primer nivel de atención y en el abordaje territorial. A su vez, se integraron investigaciones relacionadas a los Agentes Comunitarios de Salud, en la medida que en ellos se expresa la promoción de la salud por parte de los actores sociales. De esta forma se seleccionaron diecisiete artículos que dan cuenta de los sentidos asignados a la promoción de la salud en las prácticas específicas.

Una de las investigaciones aborda la percepción de profesionales y usuarios sobre la estrategia de salud familiar en los grupos de promoción de la salud de una ciudad del sur de Brasil (De Souza Alves, Eggert & Schülter, 2012). A partir de la metodología freireana de educación popular, se identificó que las acciones en promoción de la salud de los equipos profesionales estaban enfocadas en la reorientación de los servicios de salud y en el desarrollo de habilidades personales. Se visualizó una modalidad bancaria de educación en salud donde el técnico es el que educa, y el usuario es el que aprende, sin una visión dialógica del proceso. De este modo se concluye que tanto los usuarios como los profesionales están transversalizados por el modelo curativo individual y el despliegue de habilidades personales; y que existen dificultades, en ambos actores, para el entendimiento de lo que implica la distinción entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud (De Souza Alves, et al, 2012).

Rocha, Ferreira, Torres & Modena (2009) analizan la percepción y participación de las mujeres en prevención y en promoción de la salud en una unidad de salud familiar de la ciudad de Belo Horizonte (MG) de Brasil. Según las usuarias la prevención es entendida como la realización de cuidados que eviten la presencia, progresión o agravamiento de alguna enfermedad (examen ginecológico, campañas contra el dengue). La promoción de la salud se basaba en la adopción de una alimentación sana, la realización de ejercicio físico, evitación de tabaco y alcohol, y la higiene. En la investigación se considera que los planteos más conservadores adjudicaban a la prevención y a la promoción como una responsabilidad individual. Los obstáculos para el desarrollo de ambas estrategias se lo adjudicaba a la falta de recursos financieros, falta de tiempo, dificultades en la asistencia, falta de saneamiento, y escasa participación de los vecinos. El estudio afirma que según las usuarias de la unidad de familia, la reorientación del modelo asistencias es lento, y que las acciones de prevención y promoción de la salud se ha restringido a campañas educativas, priorizadas por el Ministerio de Salud Pública (Rocha, et al, 2009). En una investigación realizada también con mujeres pero en una zona rural de la India, éstas consideran a la promoción de la salud como la forma de prevenir enfermedades. El estudio concluye que el desarrollo de intervenciones que fortalezcan las comunidades pueden promover salud mental y bienestar (Kermode, et al, 2007). En este sentido Mattioni (2010) introduce el papel de las redes sociales en el fortalecimiento de la acción comunitaria, y analiza a las mismas en una comunidad del municipio de Santa María (RS), Brasil. La autora plantea que la promoción de la salud es un campo en disputa entre los diferentes paradigmas que coexisten en ella, lo que condiciona las posibilidad de instrumentar acciones en este sentido en los servicios de salud. Es así que identifica dos vertientes en el desarrollo de la promoción de la salud: a) promoción de la salud tradicional, que se centra en procesos educativos en los que se

delega a los actores sociales toda la responsabilidad sobre la salud; y b) la promoción de la salud como un conjunto de prácticas que actúan sobre los determinantes sociales de la misma. Además de estas concepciones se visualizan dificultades en la articulación entre los servicios de salud y las redes sociales comunitarias (Mattioni, 2010). Una investigación cubana realizada en la comunidad de Antonio Guiteras de la Habana, sobre capacidad comunitaria encaminada a la promoción de la salud, se asevera que los miembros de la misma no conocen lo que es la participación comunitaria en salud (Romeo, 2007). Cuando la identifican se limitan a conceptualizarla como cooperación, no como formar y tomar parte. La participación de los actores sociales es circunstancial y prácticamente nula en las decisiones sobre políticas de salud, prioridades, programas y servicios de atención. Esta situación la investigadora se la adjudica al personal de salud, ya que estos no están formados en el conocimiento y práctica de la participación comunitaria, desconociendo elementos importantes de este concepto (Romeo, 2007).

En Cuba también, Jústiz, Alayo & Peña (2009) investigan sobre las concepciones y aplicaciones prácticas de la promoción de la salud, e identifican distintas barreras para el trabajo comunitario. Entre ellas se destacan la escasa formación del personal de salud sobre promoción y educación para la salud, ausencia de conocimientos en el personal de salud y en los actores sociales sobre comunicación social y trabajo comunitario, dificultades del personal sanitario para el contacto con la población y su lenguaje, y la consideración de que los cuidados de la salud son responsabilidad de los técnicos (Jústiz, et al, 2009).

Otra investigación sobre participación en salud, que aborda las concepciones y prácticas del personal de salud de un equipo de salud familiar en Brasil, afirma que la mayoría de los programas están enfocados en la atención individualizada, en prácticas curativas y de alto costo, de manera vertical y excluyente (Campos & Wendhausen, 2007). La culpabilización del usuario, el individualismo, y la cultura de la medicalización, colocan a la comunidad en lugar de dependencia y en consecuencia hace que ésta sea menos participativa. El estudio concluye que a diez años de la implementación del programa de salud familiar la participación en salud no es una tarea sencilla, y que depende de elementos histórico-políticos y socio- económico- culturales, relacionados a los decisores de políticas, la comunidad y al personal de salud (Campos & Wendhausen, 2007).

Soares, Van Stralen & Friche (2011) en Belo Horizonte (MG), Brasil, realizan un estudio discursivo de los sentidos atribuidos por el personal de salud a la promoción de la salud en la estrategia de salud de la familia. De la misma surge que la promoción de la salud es un paradigma polisémico que realiza deslizamientos semánticos e ideológicos en los procesos de producción de sentido. En la misma confluyen discursos científicos, políticos, religiosos y populares que materializan a la promoción de la salud de una forma determinada. A

diferencia de las investigaciones anteriores se establece que los equipos de salud poseen sentidos de la promoción de salud abiertos y en permanente construcción (Soares, et al, 2011).

Ibiapina et al. (2011) en una investigación cualitativa sobre las concepciones en promoción de la salud del personal de enfermería en Salud Familiar en la ciudad de Fortaleza (CE), Brasil, afirman que conviven dos modelos de entender esta forma de trabajar en salud. Parte de dichas concepciones emergen del modelo biomédico de prevención de enfermedades (curación y prevención de enfermedades), y otras promueven la salud como mejoramiento de la calidad de vida, desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial (Ibiapina, et al, 2011).

Otra investigación, si bien se ubica en el tercer y cuarto nivel de atención, también ilustra sobre las concepciones y estrategias en promoción de la salud del personal de enfermería de un Hospital de Fortaleza, Brasil (Mazza, et al, 2009). Las conclusiones resultantes de este estudio no se alejan de las experiencias descritas en el primer nivel de atención y de la lógica general del sistema sanitario. La investigación afirma que las acciones de cuidado a nivel hospitalario son de referencia biologicista, individuales y curativas. Las dificultades para el desarrollo de acciones en promoción de la salud se adjudican a la falta de formación profesional, las resistencias de los servicios de salud, y la gran presencia de trabajo asistencial con escasa mano de obra. A pesar de que los enfermeros comprenden la importancia de la participación comunitaria y de la movilización de la sociedad para el desarrollo de la promoción de la salud, se considera que esta actitud es de mayor frecuencia en los servicios del primer nivel de atención. Es así que la investigación concluye que es dificultosa la promoción de la salud en el ámbito hospitalario ya que predomina un modelo biomédico, centrado principalmente en la atención de la enfermedad (Mazza, et al, 2009).

Con respecto al personal de salud proveniente del campo de la Psicología, las investigaciones revisadas no se alejan de lo identificado para los otros técnicos. Una de ellas que aborda las concepciones sobre promoción de la salud en psicólogos de la red municipal de salud de Sao Pablo, afirma que la misma implica el desarrollo de autonomía, autoconocimiento, autoestima, y capacidad de responsabilización de las personas por sus acciones (De Faria & Messias, 2005). Aparece la concientización del individuo tanto en responsabilidad y derechos, como en su inserción en la comunidad. En todos los relatos recabados aparece la noción de *empowerment* (De Faria & Messias, 2005). Esta noción será abordada posteriormente cuando se de cuenta de los paradigmas en los que se inscribe la misma. En otra investigación también realizada con psicólogos surge que no hubo diferencia conceptual entre las acciones de promoción de la salud y las de prevención

de la enfermedad. Se visualizó un cambio en la presencia de los psicólogos en actividades de promoción, que anteriormente se reducía a la atención clínica individual (Iglesias, Costa, Soares & Dalbello, 2009). Una última investigación en esta misma disciplina afirma, como se expresaba anteriormente, que la promoción de la salud es un término polisémico (Lopes, Ceruti & Dalbello, 2010). Se observaron concepciones de promoción de la salud ligadas a la prevención de la enfermedad a partir del cambio de hábitos individuales, la educación en salud, y la promoción de calidad de vida. Esto también es afirmado por Fernandes, Eulalio & Jiménez en una investigación anterior (2009). Como ya fue explicitado, prevalecen en este campo las acciones de carácter individual privado, aunque se observó un esfuerzo por tener una perspectiva colectiva de la promoción de la salud (Fernandes, et al, 2009; Lopes, et al, 2010).

El otro nivel explorado en cuanto a los sentidos atribuidos a la promoción de la salud se realizó a través de la búsqueda de investigaciones centradas en los agentes comunitarios de salud. Éstos forman parte de los espacios comunitarios y colaboran de diversa forma con este modo de entender la salud. Una investigación cualitativa realizada en Asunción, Paraguay, sobre la implementación de la estrategia de promoción de la equidad en la calidad de vida y en la salud en una unidad de salud familiar, se afirma que las agentes comunitarias son en su mayoría mujeres jóvenes y adultas, con una escolaridad elevada, habitan el territorio donde funcionan las unidades de salud, poseen experiencia comunitaria, y están técnicamente capacitadas para el desarrollo de acciones territoriales (Heisecke, 2011). Sus actividades dentro de la estrategia planteada es la mediación entre la comunidad y los servicios de salud, el facilitar la formación de las personas para la resolución de sus problemas, conocer y difundir los derechos de los usuarios (Heisecke, 2011).

En Brasil, en el marco de la Estrategia de Salud de la Familia en Boam Viagem, Ceará, se estudiaron las percepciones de los usuarios en torno al trabajo de los agentes comunitarios de salud en lo que refiere a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Moura, Magalhães, Tavares & de Oliveira, 2010). La investigación concluye que la comunidad tiene estima por los agentes comunitarios, y los reconoce como una fuente de información relacionada a la enfermedad, al funcionamiento de los servicios de salud ofertados por la estrategia de salud familiar, y con calidad de vida y el bienestar comunitario. Asimismo se plantea que el rol del agente comunitario en la promoción de salud no es sólo demostrar verbalmente su conocimiento, sino que se la debe practicar cotidianamente para alcanzar a más personas. Así este modo de entender el trabajo en salud por parte de los actores sociales aparece principalmente entendido como cuidado de los otros (Moura, et al, 2010). Otra investigación realizada sobre agentes comunitarios en la ciudad de Cuiabá

(MG), Brasil, sobre las percepciones de estos sobre distintos aspectos vinculados al campo de la salud, se concluye que es dificultosa la operacionalización de la promoción de la salud -desde una visión amplia, centrada en los determinantes sociales-, y la articulación entre agentes y personal de salud para la diagramación de acciones en conjunto (Da Cruz, 2009). Una última investigación afirma que la integración comunidad- equipo de salud se desarrolla a partir de la reproducción del modelo biomédico, y no a partir de los saberes y prácticas conjuntos que aborden las necesidades comunitarias. Así la promoción de la salud de los agentes comunitarios de salud, se basan en acciones de orientación a los individuos sobre su autocuidado y medidas de protección de la salud individuales y comunitarias (Soares & Fracoli, 2009).

En síntesis, los sentidos, percepciones y prácticas sobre la promoción de la salud están transversalizados por el modelo curativo individual y el desarrollo de habilidades personales. Tanto en el personal de salud como en los actores sociales la promoción de la salud está centrada en los individuos y en los cambios de estilo de vida (alimentación sana, ejercicio físico, higiene, etc.). Igualmente la polisemia del término hace que en ella coexistan diferentes paradigmas en el modo de comprender la promoción de la salud, que sea dificultosa su delimitación, y la diferenciación con la prevención de la enfermedad. Se identifica un paradigma tradicional centrado en lo educativo y en la responsabilización de los sujetos sobre su salud, y otro más abarcativo y colectivo que orienta sus esfuerzos en el cambio de los determinantes sociales de la salud. Dentro de este último se integra a la participación comunitaria como un elemento central, pero se señalan como obstáculos para el despliegue de la misma: la formación del personal de salud y de la población en general. La creación de los agentes comunitarios en salud intenta abordar estas problemáticas, como una figura que articula equipos de salud y comunidad, pero ésta no escapan de las lógicas instituidas en promoción de la salud. La polisemia y la confluencia de paradigmas en la promoción de la salud, hace necesario abordar los modelos posibles y las concepciones principales.

3. 2. Promoción de la salud, paradigmas y concepciones

Los paradigmas, concepciones y modelos en promoción de la salud que se detallan a continuación, emergen de artículos que reflexionan críticamente sobre este modo de entender el trabajo sanitario, no remitiéndose a ninguna práctica en específico. Fueron seleccionados quince trabajos en la medida que los mismos daban cuenta de las tensiones en la que se encuentra la promoción de la salud en la actualidad. Mayoritariamente éstos reflejan las perspectivas del personal de salud y son escasas las alusiones a los paradigmas

puestos en juego en los actores sociales.

Una de estas investigaciones afirma que en el campo de la salud conviven diferentes corrientes paradigmáticas y metodológicas, donde migran y se combinan elementos. Así la salud pública y la promoción de la salud son ámbitos científicos y profesionales donde convergen diversos saberes que no permiten homogeneizarla ni en lo epistemológico ni en lo ontológico (Robledo & Agudelo, 2011). Este estudio histórico afirma que entre 1920 y 1970 predominó una teoría morbicéntrica enfocada en el manejo de la enfermedad, su atención hospitalaria, el uso de tecnologías y de medicamentos. A pesar del predominio de la medicalización, emergió una concepción de promoción de la salud centrada en la salud positiva, sustentada en la evidencia aportada por las ciencias sociales y la epidemiología, que centralizó su atención en el rol de los determinantes sociales de la salud, la calidad de vida y las desigualdades sociales. Así, al igual que en los estudios presentados anteriormente, se entiende que este modo de entender el trabajo en salud es polisémico y adquiere múltiples sentidos. A pesar de esto es un campo reciente de conocimientos y prácticas, que se ha desarrollado intensamente a partir del diálogo entre diferentes disciplinas (Robledo & Agudelo, 2011). Años antes Ferreira & Faria (1999) señalan que a partir de Flexner (1910) la formación médica se construyó sobre la base de un paradigma que aún permea las actividades de salud: el curativismo, el mecanicismo, la unicausalidad, el biologicismo y la especialización. Según los autores el paradigma de la medicina preventiva que aborda los riesgos para la salud, sus causas y la acción sobre los mismos, no se pudo constituir como un nuevo paradigma en salud y romper con el modelo anterior. A pesar de esto señalan que los programas de enseñanza se están orientando en el cambio hacia el nuevo paradigma, lo que impacta en las prácticas que se desarrollan. En este sentido identifican a la vigilancia en salud como el modelo que ha adquirido esta nueva perspectiva y que ha influenciado en la forma de llevar adelante la promoción de la salud (Ferreira & Faria, 1999).

En una investigación realizada por enfermeras sobre la interdisciplinariedad en la construcción de conocimiento y su relación con la promoción de la salud, se afirma, al igual que en los estudios anteriores, que la salud se ha configurado a partir de una mirada unidisciplinar, corporativa, unidimensional, mecanicista y reductora de la realidad social y de los procesos saludables que en ella se gestan (Hörner & Lorenzini, 2005). De este modo plantean la necesidad de una visión científica que considere la complejidad de la promoción de la salud, un enfoque multisectorial, que articule saberes y otros sectores de la población (Hörner & Lorenzini, 2005).

Di Leo (2009) entiende a la promoción de la salud como política de subjetividad, y analiza su procesos de institucionalización en las escuelas. A partir de este trabajo afirma que mayoritariamente las investigaciones y acciones en promoción de la salud, tanto en

instituciones de salud como educativas, están centradas en la transmisión de información, buscando generar cambios en las actitudes y prácticas de las personas. La escasa relación existente entre las acciones en promoción de la salud y las problemáticas que intentan abordar, se debe a falta de interrelación de los saberes y prácticas disciplinarias y moralizadoras que son dominantes en el personal de salud, y la diversidad de experiencias, modos de socialización e identidades de los sujetos. Lo circunscribe al plano de los jóvenes pero, por lo evidenciado en las investigaciones anteriores, puede trasladarse a las prácticas emprendidas con el conjunto de la población. De este modo reconoce dos paradigmas presentes en la promoción de la salud: el moralista y el democrático. El primero de ellos contribuye a reproducir concepciones cosificadas de las instituciones y de las identidades, despolitizando las normas y saberes existentes en torno a la salud, y naturalizando las actuales condiciones de desigualdad social. El paradigma democrático por su parte se sostiene en una visión dialéctica de las instituciones y la producción de subjetividad, repolitiza la perspectiva biomédica de la salud y colabora en la generación de políticas de subjetividad democráticas (Di Leo, 2009).

En otra producción emergente del trabajo en escuelas, Kornblit, Mendes, Di Leo & Camarotti (2007) se centran en el lugar del sujeto en la promoción de la salud. A partir de esto plantean que en estas actividades o en las de prevención predomina una disociación entre práctica e información, que se sostiene en el dualismo que persiste de la visión clásica del sujeto moderno: racional, autocentrado y escindido (mente- cuerpo). Es así que proponen actuar y problematizar la promoción de la salud sobre la base de estos principios: estimulación de la autonomía de los sujetos, fomentar lo colectivo ante lo individual, trabajar con el otro y no sobre él, y transformar las instituciones para la generación de autonomía (Kornblit, et al, 2007).

Los dos paradigmas descriptos por Di Leo (2009) son concebidos por Martinez (2009) como modelos y diferencia el monológico del comunicativo. El primero desvaloriza los conocimientos y prácticas locales, tiene una influencia de las conceptualizaciones comportamentales y concibe al sujeto como alguien racional- universal. Los usuarios son concebidos como recipientes pasivos que deben ser llenados a través de acciones educativas. Se sostiene entonces en las visiones epistemológicas ya abordadas: unidimensionalidad, unidireccionalidad biomédica y jerarquía. Los objetivos característicos de este modo de entender la promoción de la salud se centran en aspectos individuales (reducción de caries, consumo de tabaco, uso de preservativo, etc.) y se los considera de forma independiente de las condiciones socio- históricas que los producen. Por otro lado, el modelo comunicativo dialógico se sostiene en la interpretación y negociación entre los diferentes esquemas de pensamiento y en las representaciones puestas en juego en la educación en salud. Es así que sus principios epistemológicos son la multidimensionalidad,

la bidireccionalidad, las relaciones simétricas y recíprocas (Martínez, 2009).

Así, otras investigaciones distinguen el desarrollo de programas de salud desde *abajo hacia arriba*, donde las personas son activas en su construcción y se fomenta la participación comunitaria, de otros programas convencionales que se despliegan de *arriba hacia abajo* donde la persona es considerada un recipiente pasivo de los programas diseñados por profesionales (Kumar, 2004).

Rabello, Barros, Magalhães, Freitas & de Carvalho (2007) afirman que la promoción de la salud como práctica de educación y salud, que toma en cuenta la experiencia cotidiana de individuos y grupos, que los dota de mayor poder (empowerment) y que interviene en las relaciones sociales que determinan las condiciones de vida, posee dificultades por los problemas de comunicación existentes entre el personal de salud y la población. En este sentido se insiste en la hegemonía del paradigma médico, que está centrado en un abordaje hospitalocéntrico, curativista y vertical. A su vez, se agrega que las disociaciones entre mente y cuerpo descontextualizan a los sujetos, no habilita una visión sistémica de los mismos y por ende de su salud (Rabello, et al, 2007). Estas distancias entre ambos actores también son identificadas por Findlay & Palmer (1994) quienes afirman que los problemas de salud poseen distintos significados según el lugar social que ocupan los sujetos.

De Olivera (2005) considera también que existen dos modelos en promoción de salud. Por un lado identifica a la vieja salud pública y el modelo preventivo, donde la educación en salud tenía como único enfoque la prevención de enfermedades. Esto mismo es compartido por Buss, Puntel, Eggert, Monticelli & Miranda (2006). En este modelo los profesionales de la salud establecen qué es un “estilo de vida saludable” y el alejamiento- acercamiento al mismo acontece por elecciones personales de los sujetos. Este modelo preventivo, como el monológico (Martínez, 2009) o el paradigma moralista (Di Leo, 2009), tiende a concebir la promoción de la salud como transmisión de informaciones, lo que Freire denominó como perspectiva bancaria de educación. La autora afirma que tanto a nivel internacional como en su país, Brasil, predomina la prevención de enfermedades y la responsabilización individual de los sujetos. Ante este modelo reconoce un modelo radical en la nueva salud pública, que se orienta en el incremento de la conciencia de las personas y se enfoca en promover salud en un sentido positivo, como un recurso para la mejora de las condiciones de vida. Así el trabajo en promoción de la salud vacila entre concepciones tradicionales -preventivo- y propuestas novedosas – radical- (De Olivera, 2005). Czeresnia (2008) comparte este análisis y afirma que a pesar de las diferencias filosóficas, políticas e ideológicas de ambas concepciones, surgen dificultades para operacionalizar los proyectos de promoción de la salud. De esta manera, visualiza contradicciones que no distinguen con claridad la promoción de la salud de las prácticas preventivas tradicionales (Czeresnia, 2008). En esta

misma línea, otra investigación que realiza un recorrido sobre las instituciones de formación y estatales de Brasil (Focesi & Focesi, 2007), establece que existe una educación sanitaria y una educación en salud pública. En la primera la educación es concebida como pasaje de conocimientos en salud, de forma tradicional y, como ya se afirmaba, de características bancarias. Por otro lado, la educación en salud pública se sostiene en que el aprendizaje del cuidado de la salud es el resultado de múltiples factores y que se alcanza a partir de una reflexión colectiva, crítica y participativa entre el personal de salud y los actores sociales (Focesi & Focesi, 2007).

A nivel de la población otras investigaciones señalan que el avance del modelo neoliberal en la salud y la consecuente clientelización de los usuarios, ha generado que éstos hayan perdido la posibilidad de intervenir en el modelo de atención sanitaria que reciben, y en la generación de políticas sanitarias que aborden los determinantes sociales de su salud (Martín, Ponte & Sánchez, 2006). Asimismo, identifica una escasa capacidad participativa de la comunidad, que se encuentra dispersa organizativamente, desinformada, con falta de formación y de solidaridad, elementos que influyen en la poca sensibilización ante las temáticas de salud. Según los autores el modelo gerencialista de atención sanitaria también alcanzó al personal de salud que paulatinamente desatendió cada vez más la medicina comunitaria, la promoción de la salud y la participación comunitaria (Martín, et al, 2006). Así la prevalencia de estudios en España sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad los divide según estos porcentajes: embarazo, parto y puerperio (27%), educación escolar (22%), prevención de las toxicomanías (18%) y tercera edad (9%) (Martín, et al, 2006).

Un modelo de la visión gerencialista de atención sanitaria está representada por la producción de Resnik (2006). Este autor realiza un recorrido por los gastos que la atención de enfermedades genera y el presupuesto que se le asigna en Estados Unidos, y propone a la promoción de salud como un modo de reducir los costos y de responsabilizar a la sociedad por su salud. Es así que responsabiliza a los sujetos sobre su propia salud y considera al brindar información como un camino para lograrlo (Resnik, 2006). Esta perspectiva es reflejo del modelo tradicional de promoción de salud que se explicitaba anteriormente.

Investigaciones recientes realizadas en Canadá (Cohen, 2006), que es uno de los países de referencia internacional en relación a su sistema sanitario y al lugar que se le otorga a la promoción de la salud, dan cuenta que a pesar dicha referencia internacional, la salud pública no se ha direccionado a los sectores más pobres de la sociedad y a sus determinantes sociales. Por el contrario su enfoque biomédico y la confianza en los indicadores epidemiológicos, han relegado a la equidad en salud y al énfasis en el cambio

social (Cohen, 2006).

Adentrándose en las definiciones de promoción de la salud democrática, comunicativa o radical, los diferentes autores hacen alusión al término *empowerment*² como uno de los componentes centrales de estas concepciones. Esto es retomado a partir de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), que será trabajada en profundidad en el marco teórico referencial, por lo que aquí sólo ubicaremos los modelos en tensión que se encuentran en la noción de *empowerment*. Carvalho (2004) delimita un *empowerment* psicológico que se asienta en las miradas conductistas, de cambio de los estilos de vida, que no critica el status quo y que responsabiliza a los sujetos por su salud. Esta mirada sería funcional a los modelos preventivos ya mencionados. Por otro lado, alude a un *empowerment* comunitario, que analiza los determinantes sociales de la salud y anuda los procesos micro con los macroestructurales. Este modo de entender el *empowerment* lo concibe como un proceso de educación como práctica de liberación, y lo asimila a la educación popular o a la educación para la transformación (Carvalho, 2004).

En resumen, en la promoción de la salud conviven distintos paradigmas y concepciones, que poseen diferentes cometidos, principios ontológicos y prácticas específicas. La reiteradas alusiones a la convivencia de dos paradigmas, que poseen diferentes denominaciones, ilustran de manera significativa que la promoción de la salud es en la actualidad un campo en disputa de sentidos, y que se encuentra en el interjuego entre lo establecido y lo transformador en salud. Lo establecido está dado por los modelos biomédicos dominantes, que conciben a la promoción de la salud como procesos verticales, unidireccionales y moralistas. Por su parte, los paradigmas y modelos transformadores se sostienen en una perspectiva democrática de entender este trabajo en salud, son dialógicos, comunicativos y horizontales. En las investigaciones relevadas se manifiesta que en el personal de salud y en los actores sociales se combinan ambos modelos, y en ciertos momentos predomina uno sobre otro. Lo predominante de cada uno de ellos está dado por los procesos de comunicación que se establecen y las particularidades en la formación de los sujetos involucrados. Al igual que en el punto anterior, la promoción de la salud no solamente posee múltiples sentidos, sino que también sus prácticas y estrategias adquieren diversas orientaciones.

4. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SU INSTITUCIÓN EN LA SOCIEDAD

En este capítulo se aborda el proceso de institucionalización de la promoción de la

² El término es difícil de traducción y adquiere sentidos diversos, que van desde conquistar hasta emancipar (Carvalho, 2004)

salud en la sociedad, sus condiciones de posibilidad, y los procesos instituyentes e instituidos que transversalizaron dicha construcción. Para cumplir con este cometido, en primer lugar se define conceptualmente la noción de institución, sus componentes principales, y se hace énfasis en sus dimensiones imaginarias, en la medida que es a partir de ella que se producen las significaciones sociales.

Luego de esta definición se trabajan las condiciones que hicieron posible que este modo de entender la acción en salud, se instituyera en el entramado social, principalmente entre actores gubernamentales y el personal sanitario. Para esto se consideran distintos informes, documentos y declaraciones, que situaron e hicieron posible el desarrollo de la promoción de la salud. A través del análisis de los mismos se identifican las instituciones que intervinieron en este proceso y su relación con el contexto socio histórico.

En tercer lugar, se realiza un recorrido por distintos acontecimientos que hicieron posible la sanción social de la promoción de la salud y el lugar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en dicho proceso. Gracias al abordaje de diferentes conferencias y declaraciones, se generan condiciones de visibilidad sobre la red simbólica en la que se sostiene, las potencialidades y equívocos presentes en ella.

Por último, en tanto se concibe a la promoción de la salud como una institución de la sociedad, que combina elementos instituidos e instituyentes, se consideran las dimensiones imaginarias que subyacen a ambas producciones de sentido. A estos efectos se aborda lo elaborado sobre política sanitaria por el Banco Mundial (BM) en tanto tiende a lo instituido y establecido en salud; y la perspectiva de la Salud Colectiva que propone una mirada instituyente y transformadora de entender la promoción de la salud en lo histórico social.

Es así que el presente capítulo desarrolla el esquema conceptual, referencial y operativo (Pichon Rivière, 2007), para la comprensión de las significaciones y prácticas en promoción de la salud en el noroeste de Montevideo. Se trata de un esquema conceptual porque es una conjunción articulada de nociones y conocimientos que posibilitan el análisis de los procesos empíricos que componen al presente estudio. Es referencial en tanto es producto y productor del campo de investigación; y es operativo en la medida que busca generar las condiciones de posibilidad para el análisis de la realidad delimitada (Pichon Rivière, 2007). De este modo las nociones y conceptos que se desarrollan a continuación emergen de una relación dialéctica entre teoría y práctica, orientada a comprender y a elucidar (Castoriadis, 2010) las dimensiones imaginarias de la promoción de la salud y su expresión en un territorio específico.

4. 1. Las instituciones, el imaginario social y las significaciones imaginarias sociales

Antes de adentrarse en la conceptualización de la promoción de la salud como una

de las instituciones que la sociedad ha creado para su accionar en el campo de la salud, es necesario realizar una delimitación de lo que se entiende por institución, imaginario social y significaciones imaginarias sociales. Para esto se buscará responder a las siguientes preguntas: ¿qué es una institución y cuáles son sus componentes?, ¿qué procesos socio históricos son necesarios para que una institución emerja en el entramado social?, y ¿en qué medida una institución de la sociedad condiciona los procesos de producción de subjetividad?. El recorrido por dichas interrogantes busca contextualizar la perspectiva teórica desde donde se aborda la institución de la promoción de la salud, los procesos socio históricos que la constituyeron y las producciones imaginarias que ésta implica.

Para responder a la primera pregunta formulada, qué es una institución, es necesario realizar una serie de salvedades relacionadas con las dificultades de su definición. Lourau (2007) luego de realizar un análisis en torno al devenir de este concepto en la Filosofía del Derecho, en el Marxismo y en la Sociología³, afirma que la noción de institución es polisémica, equívoca y problemática. Es polisémica en tanto los diferentes constructos teóricos que analiza, le asignan diversos sentidos al término. Es equívoca porque dicho concepto hace alusión a lo instituido o a lo instituyente de forma alternativa o simultánea. Por último es problemática ya que la institución en general no se ofrece de forma inmediata a la observación o al estudio inductivo (Lourau, 2007). Estas dificultades para su definición requieren que deba adoptarse determinado paradigma epistemológico y por ende cierto recorte conceptual en torno a lo que son las instituciones.

Nos detendremos en la definición sobre las instituciones que realiza la teoría marxista, en la medida que es el punto de partida de diferentes autores que intentan delimitarla conceptualmente (Lapassade, 1977; Lourau, 2007; Castoriadis, 2010), y que son de referencia para esta investigación. En Marx se asimila instituciones e ideología y ambas corresponderían a la superestructura de la sociedad. Esta última es el *reflejo* de la infraestructura, por lo que la superestructura (como la institución) oculta las relaciones de producción y oficia de justificativo para las clases dominantes. Es así que el análisis de la institución está determinada por el análisis de la infraestructura económica (Lourau, 2007; Lapassade, 1977). Esta perspectiva materialista y economicista de entender la institución, si bien recibe diferentes críticas por los analistas institucionales (Lourau, 2007, Castoriadis, 2010), no inhabilita el incorporar la dimensión económica en la definición de la institución, y el lugar de las relaciones de producción en la creación de las mismas. Ante esto, Lourau (2007) y Castoriadis (2010) afirman que dichas relaciones de producción son en sí mismas una institución, así como lo son las clases sociales, la relación burocracia- proletariado y amo- esclavo. Es así que Castoriadis (2010) define a la institución según la articulación de

³ Las reflexiones sobre esos campos de conocimiento alcanzan a lo producido hasta la década de la 70 que es cuando Lourau publica por primera vez *L'analyse institutionnelle* (1970).

tres componentes: el imaginario (lo inconsciente que produce sentidos), el simbólico (lo que posibilita reunirse como sociedad) y el económico- funcional (lo que permite sobrevivir).

“La institución es una red simbólica, socialmente sancionada, en la que se combinan, en proporción y relación variables, un componente funcional y un componente imaginario.”

(Castoriadis, 2010: 211)

Se profundizará en cada uno de los términos para adquirir una comprensión cabal de esta definición. Castoriadis (2010) afirma que la institución es una red simbólica ya que todo lo que se presenta ante nosotros, como histórico social, se entreteje a nivel simbólico. Los diferentes productos materiales que hacen que cualquier sociedad pueda existir (el trabajo, el consumo, etc.) no son símbolos, pero estos no pueden existir fuera de una red simbólica. Es así que las instituciones si bien no se reducen a lo simbólico, no pueden existir más que en lo simbólico que se entretejen en la sociedad en forma de red. Por ejemplo las relaciones sociales forman parte del entramado institucional de una sociedad, no porque posean un estatuto jurídico, sino porque son maneras de hacer universales, que fueron simbolizadas y sancionadas socialmente (Castoriadis, 2010). De este modo la institución es una red simbólica en la medida que es a partir de ésta donde se objetiviza como tal, es decir que si bien no se agota en lo simbólico, no pueden ser pensadas por fuera de la red que la sostiene. De esta manera, como se afirmaba anteriormente, las instituciones son las que posibilitan que una sociedad pueda reunirse e identificarse como tal.

Por otro lado, es socialmente sancionada porque las instituciones no existen por fuera de los sujetos y su universo simbólico, sino que son producto y productoras de éstos, que de forma jurídica o no las establecen como tales. En el hacer histórico social cada sociedad establece cuáles son sus instituciones, las significaciones que encarnan y los modos en que éstas se expresan. En la medida que las instituciones son socialmente sancionadas, de igual forma que fueron creadas para cumplir determinados fines, pueden ser transformadas por los propios sujetos que las crearon. Castoriadis (2010) dirá que cuando las instituciones se autonomizan de los sujetos, y pasan a ser significadas en otro orden ajeno a ellos mismos, nos encontramos ante procesos de alienación que niegan a la sociedad la posibilidad de transformar las instituciones que creó.

Es momento entonces de delimitar el componente funcional de las instituciones. Según Castoriadis (2010) las instituciones cumplen funciones vitales que permiten la existencia de la sociedad, es decir que sus orientaciones habilitan la satisfacción de las necesidades. Pero este componente de las instituciones no agota su comprensión, en tanto la funcionalidad se encuentra sujeta a cadenas de significaciones que no sólo escapan a ésta sino que las funciones se encuentran sometidas a dichas cadenas.

Entonces, si las instituciones no se agotan en lo simbólico ni en lo funcional, ¿qué las condiciona como tales? Castoriadis (2010) dirá que es el componente imaginario el punto

desde el cual las instituciones pueden reunir y hacer sobrevivir a las sociedades, y lo define de este modo:

“La funcionalidad toma prestado su sentido fuera de ella misma; el simbolismo se refiere necesariamente a algo que no está entre lo simbólico, y que tampoco está entre lo real-racional. Este elemento, que da a la funcionalidad de cada sistema institucional su orientación específica, que sobredetermina la elección y las conexiones de las redes simbólicas, creación de cada época histórica, su manera singular de vivir, de ver y de hacer su propia existencia, su mundo y sus propias relaciones; este estructurante originario, este significado- significante central, fuente de lo que se da cada vez como sentido indiscutible e indiscutido, soporte de las articulaciones y de las distinciones de lo que importa y de lo que no importa, origen del exceso de ser de los objetos de inversión práctica, afectiva e intelectual, individuales y colectivos- este elemento no es otra cosa que lo imaginario de la sociedad o de la época considerada.” (Castoriadis, 2010: 234)

A partir de esta definición es que el autor afirma que la historia es imposible y no puede comprenderse por fuera de la imaginación creadora (o radical), que se manifiesta en el hacer histórico social a través de la conformación de un universo de significaciones. Dichas significaciones no son reflejo de la percepción ni una producción racional, sino que es a partir de las cuales que se pueden elucidar las elecciones que la sociedad hace de su simbolismo institucional y de las funciones que le otorga. El componente imaginario de la institución por ende está relacionado con la dimensión subjetiva y no es asequible a nivel manifiesto. Está vinculado con la producción de sentidos que la institución genera para crearse, autoafirmarse y perdurar en el tiempo. Este componente desborda los límites que su materialidad establece y permea el entramado social a través de la producción de imaginarios sociales. Dichos imaginarios están constituidos por un magma de significaciones imaginarias sociales que se expresan a través de figuras y formas particulares. Las significaciones imaginarias sociales no constituyen lo que los sujetos piensan y reflexionan, sino lo que hace que esos sujetos piensen y reflexionen de esa forma y no de otra. Es por esto que se establecía que la dimensión imaginaria de la sociedad no es asequible a nivel manifiesto, sino que es mediatizada por una interpretación que le da sentido como tal (Castoriadis, 2010).

Por otro lado se encuentra la definición de institución de Lapassade (1977), que recupera parte de los planteos realizados por Castoriadis, pero no los organiza según los tres componentes delimitados: simbólico, funcional e imaginario. Este autor señala que las instituciones son grupos sociales oficiales (empresa, sindicato, escuela), y el sistema de reglas que determinan el devenir de dichos grupos. También asevera, a modo de hipótesis, que la institución existe a nivel inconsciente en los grupos (Lapassade, 1977). De esta manera, aparece el aspecto material y funcional de la institución -los grupos oficiales-, los aspectos simbólicos -el sistema de reglas-, y el nivel imaginario -lo inconsciente de los

grupos-. Igualmente este autor, al igual que Lourau, remiten a la definición de institución elaborada por Castoriadis, en ese entonces en los textos de la Revista *Socialismo o Barbarie* (Lapassade, 1977).

Una vez delimitado qué se entiende por institución es momento de abordar los procesos socio históricos necesarios para que una institución emerja en el entramado social. A los efectos de los intereses de este trabajo, que busca elucidar las significaciones vinculadas a la promoción de la salud, los creaciones de sentido que se producen y las prácticas que se emprenden, nos detendremos en la dimensión imaginaria de las instituciones. Para esta tarea resulta necesario operacionalizar dicha dimensión, para que sea posible reconocer su expresión en los procesos socio históricos y su emergencia en el entramado social. Esta preocupación es compartida por Gilabert (1993) y por Reygadas (1998), en tanto lo imaginario se delimitó sobre componentes filosóficos y ontológicos, relegando sus aspectos operativos y su modo de expresión particular en lo histórico social. Gilabert (1993) afirma que con el cometido de operativizar las representaciones que derivan de la dimensión imaginaria, es necesario establecer una estructura que pueda articular a esos fenómenos, que la organiza a partir de las conceptualizaciones de Lourau: lo particular de lo instituyente, lo singular de la institucionalización, y lo universal de lo instituido. Reygadas (1998) por su parte propone un recorrido por diferentes nociones que tienden a operacionalizar el concepto de imaginario social; aquí sólo nos remitiremos a las alusiones al imaginario instituidor y alternativo del ya mencionado Gilabert (1993), al inédito viable de Freire (1999), y a los imaginarios sociales instituyentes e instituidos de Fernández (2007). Pero antes de embarcarse en este recorrido Reygadas (1998) parte de la conceptualización de Castoriadis sobre imaginario social, para luego arribar a esos tres modos de materializar esta noción. Este último autor define al imaginario social de la siguiente forma:

“Lo imaginario del que hablo no es imagen de. Es creación incesante y esencialmente indeterminada (histórico- social y psíquico) de figuras/ formas/ imágenes, a partir de las cuales solamente puede tratarse de <alguna cosa>. Lo que llamamos <realidad> y <racionalidad> son obras de ello” (Castoriadis, 2010: 12)

Gilabert (1993) distingue el imaginario instituidor del imaginario alternativo. La tensión entre ambos imaginarios, y sus puntos de encuentro que se expresan en la estructura de plausibilidad, según el autor explicita la presencia de los elementos imaginarios en las construcciones del orden social. En coincidencia con lo planteado por Castoriadis, establece la existencia de un imaginario latente que se oculta detrás del imaginario que surge como manifiesto.

El imaginario instituidor conjunta a las estructuras institucionalizadas dominantes, es decir que se trata de los arquetipos, mitos y representaciones que se construyen *desde arriba*.

Por ende, esta producción imaginaria incide de forma directa o indirecta en la consolidación del *establishment* (Gilabert, 1993). Por otro lado, los imaginarios alternativos constituyen la organización imaginaria de la sociedad como alteridad. Es donde se constituyen las revoluciones, los movimientos sociales, lo subalterno, las definiciones de los *de abajo*. Se trata de una diversidad de producciones que se oponen al imaginario instituidor y que enfrentan al status quo: las utopías, las ideologías transformadoras, etc. (Gilabert, 1993). A pesar de las similitudes con la propuesta de Castoriadis, el autor remite a las estructuras para la comprensión de los imaginarios; aspecto que no es compartido por el pensador griego que prefiere utilizar la noción de magma como lo constituyente del imaginario (Castoriadis, 2010). Igualmente, sus referencias al imaginario instituidor y alternativo serán tomadas en cuenta para operacionalizar esta dimensión de lo institucional, principalmente sus cometidos y desde dónde se producen.

Otro de los autores por los que Reygadas (1998) busca instrumentalizar el concepto de imaginario social es con Freire, a partir de su noción de inédito viable (1999). Freire que concibe al ser como imaginativo y curioso, plantea que este no puede dejar de indagar sobre la razón de ser de las cosas. Dicha capacidad imaginativa, de invención, de búsqueda de sentidos es parte de los sujetos (Freire, 1999), y de esa forma incorpora la dimensión imaginaria como cualidad propia del ser humano y de sus producciones simbólicas. Por otra parte afirma que la condición de existencia está dada por la interrogación sobre el futuro y sobre el modo de concretar lo inédito viable. Esto último hace referencia a aquello que no sucede ni sucedió, pero que es posible viabilizarlo en un período de tiempo; es decir que habita en los sujetos como imagen futura. La imaginación a través del inédito viable genera las condiciones de posibilidad para la transformación de la sociedad y las modalidades de opresión que ésta adquiere (Freire, 1999). A diferencia de Gilabert, Freire no establece el interjuego entre lo instituyente, lo instituido y la institucionalización, aunque de igual forma se avizora una relación entre lo inédito viable, la utopía y la transformación, en contraposición a la desesperanza imaginativa, la resignación y la opresión. De este modo, lo inédito viable es otra de las figuras en las que el imaginario social puede expresarse.

Por último, Fernández (2007) realiza una explicación de la dimensión imaginaria a partir de una lectura particular de las conceptualizaciones de Castoriadis. En primer lugar, al igual que lo hacen Castoriadis (2010) y Reygadas (1998), diferencia ese concepto de las propuestas lacanianas que asimilan imaginario a lo especular, a la imagen de alguna otra cosa, y a lo ilusorio como algo ficcionado (Fernández, 2007). Comprende a la noción de imaginario social de la siguiente manera:

“La noción de imaginario social alude al conjunto de significaciones por las cuales un colectivo -grupo, institución, sociedad- se instituye como tal; para que como tal advenga, al mismo tiempo que construye los modos de sus relaciones sociales- materiales y delimita

sus formas contractuales, instituye también sus universos de sentido” (Fernández, 2007: 39)

Según esta autora lo imaginario remite a la capacidad de inventar lo nuevo, que en el plano socio histórico se expresa como imaginario social instituyente o imaginario radical. Ante este imaginario instituyente antepone el imaginario social efectivo o instituido. Este último es el conjunto de significaciones que consolidan lo establecido, demarcan lo lícito de lo ilícito, lo habilitado de lo prohibido. Este imaginario social instituido es el que mantiene unida a la sociedad, la cohesiona y le da continuidad. Por el contrario la creación de organizaciones de sentido novedosas son inherentes al imaginario social instituyente, radical, de potencialidad transformadora (Fernández, 2007). Es así que introduce a estas nociones la dimensión del poder, ya que es a partir de éste que puede develarse la relación entre los imaginarios sociales, la producción de subjetividad y las transformaciones sociales (Fernández, 2007).

Este tránsito por diferentes definiciones del imaginario social permite arribar a una delimitación que comprenda las diversas conceptualizaciones, que se relacionan con el constructo teórico elaborado por Castoriadis, y que posibilitan operar a nivel empírico en el marco de la investigación propuesta. Así diremos que la dimensión imaginaria de la institución esta compuesta por la confluencia de imaginarios sociales, que se producen a partir de formas particulares de ejercicio del poder (Gilbert, 1993; Fernández, 2007). Son instituidos si tienden a lo establecido y a la permanencia de relaciones de dominación (Freire, 1999), o son instituyentes si se encaminan hacia lo novedoso y a la generación de transformaciones sociales (Fernández, 2007). Sus modos de expresión en el entramado social estará condicionado por la dinámica que adquiera el imaginario, por la relación que se establezca entre lo instituido y lo instituyente en un momento socio histórico dado. El movimiento por el cual lo instituyente se transforma en instituido se lo denomina proceso de institucionalización (Lourau, 2008), y cuando esto acontece sus componentes simbólicos, funcionales e imaginarios conforman lo instituido universal de una sociedad (Gilbert, 1993)

Ahora bien, pero qué compone lo imaginario, cómo es aprehensible en las producciones de sentido, qué constituye esta dimensión de las instituciones, cómo se puede articular con eso tan amplio y tan específico que se denomina subjetividad. Castoriadis (2010) afirma que es a partir de las significaciones imaginarias sociales que se producen los imaginarios. Esta lectura es compartida por Fernández (2007) que concibe al imaginario como una conjunción de significaciones que producen subjetividad .

Tanto en su componente material como imaginario, la institución de la sociedad genera formas de representar/decir (*legein*) como de fabricar/construir (*teukhein*). Estas dos creaciones institucionales posibilitan el vivir y convivir en sociedad, en la medida que habilitan la comunicación y la fabricación de elementos comunes entre los sujetos. El *legein* es la institución del pensar y hablar en forma de conjuntos e identidades, es decir que permite *distinguir, elegir, poner, reunir, contar y decir* (Castoriadis, 2010). El *teukhein* por su

parte es la institución del hacer social de modo conjuntista identitario y posibilita el *reunir, adaptar, fabricar y construir* (Castoriadis, 2010). Ambas según Castoriadis son inseparables y son las condiciones instrumentales de la existencia histórico social, que lo denomina como imaginario social. Por esta razón el *legein* y el *teukhein* es el primer estrato de la institución de la sociedad, ya que instituye la lógica indentitaria y de conjuntos que posibilita que determinada sociedad pueda percibirse como tal, que puedan comunicarse sus integrantes, establecer relaciones, construir y fabricar objetos.

Pero Castoriadis (2010) asevera que el *legein* y el *teukhein* además de ser las condiciones instrumentales de existencia del imaginario social, son producto del imaginario social. Este último crea significaciones imaginarias sociales en forma de magma, y ese magma puede crear indefinidamente determinadas organizaciones conjuntistas (*legein* y *teukhein*) que cohesionan a la sociedad, pero asimismo es lugar de lo indeterminado y de lo novedoso. La metáfora del magma utilizada por Castoriadis busca alejarse de la noción de estructura, en boga en la década del 70, en tanto el magma es móvil, cambiante y en permanente fluir. Hecha esta salvedad este autor dirá que:

“La institución de la sociedad es lo que es tal como es en la medida en que <materializa> un magma de significaciones imaginarias sociales, en referencia al cual y sólo en referencia al cual, tanto los individuos como los objetos pueden ser aprehendidos e incluso pueden simplemente existir; y este magma tampoco puede ser dicho separadamente de los individuos y de los objetos a los que da existencia” (Castoriadis, 2010: 552)

Así las instituciones del *legein* (representar/decir) y del *teukhein* (fabricar/construir) son producto de ese magma de significaciones imaginarias sociales, pero este último trasciende la lógica identitario- conjuntista, la desborda y produce nuevos sentidos. La organización del mundo social en el occidente capitalista, el modo de operación del *legein* y el *teukhein*, sus medios y productos, y las realidades sociales que genera, son instrumento, expresión, figuración y presentación de significaciones imaginarias sociales, que hacen que la sociedad, las cosas, los individuos, las ideas, etc., sean o no sean, tengan valor o no (Castoriadis, 2010). De esta manera, Castoriadis establece la siguiente vinculación entre institución y significaciones imaginarias sociales:

“La institución de la sociedad es en cada momento institución de un magma de significaciones imaginarias sociales, que podemos y debemos llamar mundo de significaciones. Pues es lo mismo decir que la sociedad instituye en cada momento un mundo como su mundo o su mundo como el mundo, y decir que instituye un mundo de significaciones, que se instituye al instituir el mundo de significaciones que es el suyo y que sólo en correlación con él existe y puede existir para ella un mundo” (Castoriadis, 2010: 556)

De este modo la subjetividad, es decir la forma de producir y de aprender el mundo, es el resultado de las significaciones imaginarias sociales que dotan de sentido las cosas. Son

producciones de sentido, esquemas organizadores que condicionan la representabilidad de una sociedad, orientan y dirigen la vida de los sujetos concretos que materialmente componen dicha sociedad (Fernández, 2007). Castoriadis (2010) no entiende a las significaciones como lo que los individuos se representan, de modo consciente o inconsciente, ni lo que éstos piensan, sino que son a partir de lo cual los individuos se constituyen como sociales, con posibilidad de participar en el hacer y en el representar/decir social. Es así que sobre un estrato manifiesto como el *legein* y el *teukhein*, subyace un estrato latente conformado por las significaciones imaginarias sociales que hacen que dicho estrato manifiesto sea de determinada forma y no de otra. Este mundo de significaciones producirá así modos particulares de subjetividad, según éstas se inscriban en imaginarios sociales instituyentes o instituidos. Es decir que las significaciones imaginarias sociales y la subjetividad resultante, se encaminará hacia procesos autonómicos y liberadores, o por el contrario, lo hará hacia la heteronomía, la alienación y la opresivos (Fernández, 2007). Como habitan en la subjetividad en forma de magma, se establecen entrecruzamientos que dificultan el establecimiento de fronteras entre ambos universos de sentido. Igualmente el análisis de imaginarios sociales posibilita elucidar el modo en que operan las significaciones imaginarias sociales en los relatos y prácticas sociales.

4. 2. Las condiciones de posibilidad para la institucionalización de la promoción de la salud

Antes de abordar por qué la promoción de salud se trata de una de las instituciones que la sociedad ha creado, es necesario realizar un recorrido socio histórico sobre ciertos acontecimientos que hicieron posible que dicha forma de entender la salud se instituyera como parte de la sociedad. Es así que en este apartado se intentará responder a las siguientes preguntas: ¿cómo la promoción de salud se instituye como institución de la sociedad en lo histórico social?, ¿cuáles fueron las condiciones de posibilidad para ese proceso?, y ¿qué instituciones de la sociedad intervinieron?

Diferentes autores sitúan como condición de posibilidad para la existencia de la promoción de salud, diferentes investigaciones e intervenciones, provenientes principalmente del campo de la Medicina, que comienzan a relacionar la salud con las condiciones de vida (Terris, 1996; Buss, 2000; Chapela & Cerda, 2010). Un autor significativo en establecer esta relación fue Virchow, que a pesar de su formación en anatomía patológica, cuando investiga la epidemia de Tifus en Silesia en 1848, concluye que sólo es posible revertir la situación sanitaria de la población si se cambian las condiciones de vida y de trabajo en que se encontraban las personas (Buss, 2000). En 1820 Alison en Escocia y en 1826 Villermé en Francia, establecían la estrecha relación entre

pobreza y enfermedad, y la necesidad de atender a sus causas para la transformación de los estados de salud de las poblaciones (Terris, 1996). Engels en 1844 define como *asesinato social* al sufrimiento, enfermedad y muerte de las clases populares de Liepzig, producto de las condiciones de vida en las que se encontraban (Chapela & Cerda, 2010). Es así que la relación condiciones de vida y salud fue adquiriendo mayor visibilidad en el mundo científico, y se institucionalizó bajo la denominación de Salud Pública durante los siglos XIX y XX. La institución Salud Pública, encargada de generar discursos y de construir dispositivos de intervención, además de atender la asistencia que fue su amplio desarrollo, comenzó a visualizar a las condiciones de vida como uno de los determinantes de la salud (Sigerist, 2006). Pero el avance del capitalismo en el plano político, económico y social, también influyó en el desarrollo de la Salud Pública, la cual se mercantilizó a lo largo del tiempo, lo que implicó que adquiriera centralidad la atención a la enfermedad. Las producciones de sentido asociadas a la preocupación por la salud colectiva fueron perdiendo terreno, instituyéndose lo que Saforcada (2012) denomina como el mercado de la enfermedad. Dicha institucionalización acontece a partir de la década del 70, cuando el complejo industrial profesional corporativo se instituye en la sociedad y en el ámbito sanitario. El autor reconoce a este complejo como un sector de poder político y disciplinador proveniente principalmente de los laboratorios, que medicalizan la sociedad y que centran la acción en salud en el tratamiento de la enfermedad (Saforcada, 2012). Es así que el mercado de la enfermedad se constituye sobre la base de un modelo asistencialista, que descontextualiza al sujeto de sus relaciones sociales y que lo constituye como el reservorio de elementos patógenos (Saforcada, De Lellis & Mozobancyk, 2010).

Para este recorrido socio histórico sólo se cuenta con las producciones que fueron documentadas, procedentes del mundo científico y que se instituyeron en especial a nivel de la Medicina. Quedan por fuera de este trayecto las condiciones políticas y económicas que hicieron emerger la relación salud- condiciones de vida. También quedan por fuera las diferentes movilizaciones de los/as trabajadores/as del mundo, que a partir de la Revolución Industrial vieron deteriorar sus condiciones de vida y que desarrollaron acciones para revertirlas. Ejemplo de esto fueron las luchas de los/as trabajadores/as por la jornada laboral de ocho horas de fines del siglo XIX y principios del XX. Estas luchas se sostenían en la necesidad de trabajar ocho horas, tener otras ocho horas para la recreación y el esparcimiento, y las restantes para el descanso. Se trata entonces de un analizar histórico⁴ (Lourau, 2007) de que la relación salud- condiciones de vida no sólo se establecía en los sectores intelectuales de la sociedad. Un análisis exhaustivo en este sentido implicaría una

⁴ La definición de analizador histórico se profundiza en el apartado metodológico en tanto es uno de los dispositivos implementados para el análisis de imaginarios sociales en promoción de la salud. Según Lourau (2007) este tipo de analizadores son procesos sociales que posibilitan reconocer los movimientos instituyentes e instituidos en un determinado acontecimiento.

obra en sí misma, se objetivó sólo la documentación existente a nivel académico, pero no se desconocen otros procesos que incidieron en este modo de expresión del hacer histórico social.

En lo específico de la promoción de la salud Terris (1996) afirma que es a partir de Sigerist en 1945, que se define por primera vez este concepto. Este historiador médico en ese entonces delimita las cuatro tareas principales de la Medicina, donde incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos, y la rehabilitación. En lo que a la promoción de la salud respecta, establece que la misma se promueve cuando se generan condiciones de vida decorosas en el trabajo, la educación, la cultura física y el ocio (Terris, 1996). Para esto consideraba necesario el esfuerzo de políticos, de los sectores laborales e industriales, los educadores y los médicos. Entendía que la promoción de la salud se encamina a prevenir la enfermedad, pero para que ésta sea eficaz eran necesarias medidas protectoras específicas: saneamiento, control de enfermedades transmisibles, salud materno- infantil y de los trabajadores (Terris, 1996).

Sin embargo, el proceso de institucionalización de la promoción de salud que continúa hasta la actualidad adquiere mayor vigor a partir de la década del 70, luego de la realización de distintos informes y declaraciones: el Informe Lalonde de 1974, la Declaración de Alma Ata de 1978 y el Informe Healthy People de 1979 (Terris, 1996; Arenas, 1998). A pesar de que este proceso de institucionalización data de tiempo atrás, es a partir de esos informes y declaraciones que la promoción de salud adquiere estatus internacional y comienza a instituirse en el entramado social, en particular en el personal de salud.

El conocido como Informe Lalonde, que lleva como título *A new perspective on the health of Canadians*⁵, aborda distintas temáticas vinculadas a la salud en general y a su promoción en particular. Lalonde (1981), quien era Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá, comienza su informe afirmando las limitaciones de la visión tradicional de la salud, que se encontraba centrada en la atención médica, donde se equiparaba el nivel de salud de la población con la calidad de la Medicina. Por otro lado, analiza las causas principales de muerte en la población canadiense en 1970, entre las que se encuentran los accidentes de tránsito, los problemas cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y el cáncer de pulmón. A partir de esto concluye que estas muertes están asociadas a conductas de riesgo y a la influencia del medio ambiente. En el informe insta a la comunidad académica a profundizar la producción de conocimientos en torno al medio ambiente, los estilos de vida y el sector salud. Aunque afirma que a pesar de que existía acuerdo en desarrollar la investigación y la prevención en ese sentido, el gasto en atención de la enfermedad aumentaba de forma desproporcionada. De este modo, define al campo de la salud a partir de la articulación de cuatro elementos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida, y

⁵ *Una nueva perspectiva acerca de la salud de los canadienses*

organización del sistema sanitario. A partir de los objetivos de reducir los riesgos para la salud y la accesibilidad en la atención, una de las estrategias que propone es la promoción de la salud. Dicha estrategia la orienta a informar, influir y ayudar a los individuos y organizaciones, para alcanzar una mayor responsabilidad y actitud activa ante los problemas de salud mentales y físicos (Lalonde, 1981).

Por su parte la Declaración de Alma Ata (1978) que surge de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), parte por señalar la urgencia por proteger y promover la salud a nivel mundial por los gobiernos, el personal de salud y la comunidad internacional. Reafirma la definición de la OMS en torno a lo que es la salud -el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad-, la establece como un derecho humano fundamental, y afirma que el grado más alto de salud de las poblaciones comprende al sector salud así como a los demás sectores sociales y económicos. Resalta lo imprescindible de la promoción de la salud como el modo de un desarrollo económico y social sostenido, que se oriente en la mejora de las condiciones de vida. A su vez, establece como derecho y como deber la participación social en salud en lo que refiere a la planificación y a la atención de la misma. Entre sus últimos puntos insta a todos los gobiernos para la instrumentalización de políticas que tiendan a una accesibilidad e integralidad de la atención en salud (OMS, 1978). Por último se encuentra el Informe *Healthy People* elaborado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos en 1979. Mientras este gobierno financiaba y colaboraba con dictaduras cívico militares en toda Latinoamérica, el mencionado departamento realizaba un informe donde llamaba a ubicar a la promoción de salud y a la prevención de la enfermedad al mismo nivel que la atención médica (PHS, 1979). Al igual que el Informe Lalonde realiza un análisis del perfil de morbi- mortalidad de la población estadounidense y de los gastos en salud, a partir de lo cual afirma que el presupuesto en salud se destinó en mayor medida para atender la enfermedad y la discapacidad, y no en su prevención. Igualmente asevera que se había comenzado a atender las actividades relacionadas con el ejercicio físico, la alimentación, la salud ambiental y en el trabajo, en una orientación hacia la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Ubica al hábito de fumar, el alcohol y la droga, los riesgos en el trabajo y las lesiones, como las problemáticas donde priorizar la prevención. Este documento se sostiene y retoma lo planteado por Lalonde (1981) en lo que refiere a los cuatro elementos del campo de la salud: biología humana, estilos de vida, medio ambiente, y organización de la atención sanitaria, y lo analiza a la luz de la población estadounidense. Las conclusiones son similares: las condiciones ambientales, la biología humana y los estilos de vida, poseen mayor influencia sobre la mortalidad de las personas que la atención sanitaria. El informe concluye que la mejora de los estados de salud depende más de la prevención de la

enfermedad y de la promoción de la salud, que del tratamiento de la enfermedad (PHS: 1979).

Tres instituciones de la sociedad aparecen hasta ahora vinculadas a la institucionalización de la promoción de la salud: el Estado, la Salud Pública y la Medicina. Los modos de simbolizar a la misma son heterogéneos y responden a los lugares institucionales desde donde se producen. Existen puntos de encuentro entre las definiciones expresadas, la salud ya no es únicamente la ausencia de la enfermedad, sino que también debe tomarse en cuenta su preservación a través de la prevención y la promoción. Las producciones provenientes de espacios gubernamentales establecían a las acciones en prevención y promoción como menos costosas para el sistema sanitario. Por su parte, la Declaración de Alma Ata de la OMS establece a la salud como un derecho y a su promoción como el producto de esfuerzos interinstitucionales. Este proceso de institucionalización de la promoción de la salud y su auge en la década del 70, es paralelo al proceso de neoliberalización de la sociedad, que comienza en el plano económico, pero que luego se extiende a los planos políticos y culturales (Rebellato, 2008). Las mencionadas dictaduras cívico militares del continente Latinoamericano de esa década, además de intentar silenciar las voluntades sociales emancipadoras, fueron la posibilidad de implementar el modelo neoliberal en los diferentes países. Desde ese período en adelante, los Estados comenzaron a retraerse de la atención de la cuestión pública, con una paralela privatización de los servicios que antes brindaba. El mercado de la enfermedad (Saforcada, 2012) profundizaba su institucionalización como forma de construir el campo sanitario. Es llamativo entonces que cuando la *comunidad internacional* instaba a mayores esfuerzos en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, se instituía a nivel internacional un nuevo modelo de acumulación de riquezas⁶.

Si los Estados en Latinoamérica orientaban la política sanitaria en privilegiar la enfermedad y su mercado asociado, la Salud Pública que se instituye como estatal entre el siglo XIX y el XX, también lo hace en la mencionada orientación. Pero como la institución Salud Pública excede los límites que el Estado establecía, profesionales, académicos y actores sociales, también instituyeron sentidos en ese entramado institucional. La voluntad emancipadora de los sectores populares en la década del 70, sus utopías y procesos transformadores, fueron acompañados por un desarrollo científico crítico y alternativo al orden establecido. Así la Medicina Social profundiza sus desarrollos teóricos y metodológicos, dotando en un lugar singular a la salud en el trabajo y al estudio de las condiciones de vida, desde una mirada que vinculaba ambos procesos con las relaciones de producción instituidas en la sociedad (Laurell, 1982; Breilh, 2003). La Psicología Social por su parte comienza a vincular a la

⁶ En la medida que se reconoce al neoliberalismo como un modelo económico, político y cultural (Rebellato, 2008), la noción de acumulación de riquezas excede a lo económico e integra a las apropiaciones políticas, sociales y culturales de los sectores dominantes de la sociedad.

salud con las relaciones de producción, y profundiza sus estudios sobre los grupos y la terapéutica institucional (Pichon Riviere, 2007; Bleger, 1980).

Los sectores populares, a partir de la movilización y lucha por la autonomía, adquieren protagonismo en la escena pública y comienzan a realizar reivindicaciones y propuestas de orientación transformadora. El impacto de la Revolución Cubana, la victoria del Frente Sandinista de Liberación Nacional en Nicaragua, las distintas revueltas armadas y pacíficas de todo el continente, son muestra de una profunda voluntad de transformación social de las condiciones de vida. Las declaraciones e informes trabajados, nada dicen sobre estos aspectos y establecen que los cambios de las sociedades en lo que a su salud respecta, debían pasar, entre un conjunto de cosas, por la promoción de la salud. Sólo analizando lo que acontecía en América Latina y delimitando el análisis a la realidad de este continente, las declaraciones e informes realizados distaban mucho de lo que el imaginario social instituyente o radical producía.

La Medicina por último era otra de las instituciones que comienza a instituir la relación condiciones de vida y salud, así como la relevancia de la promoción de la misma. Como en toda institución, la tensión entre los imaginarios instituyentes e instituidos, hacía que en la misma convivieran procesos emancipadores como los ya mencionados, con procesos conservadores, tendientes a la heteronomía y a la división social del trabajo. Por un lado se desarrollaba de modo dominante la centralidad de la enfermedad y de la asistencia no transformadora (Saforcada, et al, 2010), y por otro, en conjunto con los movimientos sociales, se promovía el ejercicio del poder en el campo de la salud. En los informes trabajados, eran médicos y actores gubernamentales quienes buscaban el cambio de enfoque del trabajo en salud, y quienes la caracterizaban desde una perspectiva integral. Se analizaba de qué enfermaban y morían las personas, y a partir de eso establecían las conclusiones. Si bien se los puede reconocer como una producción conceptual en salud novedosa, no se dirigía a las *causas de las causas* (López, Escudero & Carmona, 2008), lo que hace de ellos un progreso que mantiene inmodificado el régimen social⁷.

4. 3. La promoción de la salud como institución de la sociedad

Realizado un recorrido por parte de los acontecimientos que hicieron que la promoción de la salud ingresara en el escenario social, las instituciones que colaboraron en dicho proceso, y los sentidos que se produjeron por parte de las mismas, es momento de conceptualizar por qué este modo de entender la salud se constituyó como una institución de la sociedad. Para esto se buscará responder a las siguientes preguntas: ¿de qué modo

⁷ Por régimen social se entiende a la vinculación entre las relaciones de producción y la organización de la sociedad. Dicho régimen es parte de las instituciones adoptadas por la sociedad y es parte de sus condiciones de producción (Castoriadis, 2005)

es sancionada socialmente la promoción de la salud? y ¿en qué red simbólica se sostiene dicha sanción?.

Se expresaba anteriormente que una institución es sancionada a nivel social porque las mismas no existen por fuera de los sujetos y los universos simbólicos que éstos crean. Por el contrario son producto y productoras de los sujetos y sus interacciones, establecido jurídicamente o no (Castoriadis, 2010). Es así que se identifica a la OMS como una de las organizaciones que a escala mundial se encargó de instituir a la promoción de salud, que adquiriera relevancia a nivel del personal de salud y de los actores gubernamentales (De Souza & Grundy, 2004; De Faria & Messias, 2005; Rabello, et al, 2007; Focesi & Focesi, 2007). La OMS es el organismo con autoridad de dirección y coordinación de la acción en salud a nivel de las Naciones Unidas. Entre sus cometidos se encuentra el liderar los asuntos sanitarios a nivel mundial, elaborar la agenda de investigación en salud, articular políticas sanitarias, brindar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias epidemiológicas mundiales (OMS, 2012). Como organización de las Naciones Unidas, conjunta a gran parte de los países del mundo, los que alcanzan diferentes definiciones que son suscriptas en mayor o en menor medida por sus miembros. Si bien existen otras organizaciones sanitarias a escala mundial, se tomará el proceso de institucionalización de la promoción de la salud desde la OMS, en la medida que es una de las organizaciones internacionales que poseen una injerencia significativa en la construcción de políticas públicas de salud, en la formación de técnicos, en la investigación de académicos, y en las intervenciones de los profesionales de la salud.

La sanción social de la promoción de la salud se materializa en una serie de Conferencias Internacionales, organizadas entre la OMS y organizaciones profesionales, gubernamentales o sociales, de donde surgieron diferentes declaraciones. En este apartado se trabajan los aspectos centrales de las siete conferencias realizadas desde 1986 hasta la fecha.

Es así que un acontecimiento central de la OMS en lo que refiere a la promoción de la salud fue la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de 1986 (Terris, 1996; Buss, 2000; Chapela y Cerda, 2010), que fue organizada entre la OMS, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública. En dicha conferencia participaron 212 delegados de 38 países industrializados, principalmente de América del Norte, Europa y Asia, y se elaboró lo que se conoce como la Carta de Ottawa. En ella se define a la promoción de la salud de la siguiente forma:

“La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o

adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.” (OMS, 1986: 1)

La carta establece como condiciones para la salud la paz, el cobijo, la educación, la alimentación, los ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. La promoción de la salud tiende a garantizar que estas condiciones sean favorables y a lograr una equidad en salud. Para esto último se considera necesario un ambiente que apoye, accesibilidad a la información, habilidades y oportunidades para realizar elecciones saludables. También se establece que el sector sanitario únicamente no puede garantizar la promoción de salud y que es necesaria una acción coordinada e intersectorial entre diferentes actores (gobiernos, sectores sociales y económicos, ONGs, medios de comunicación, etc.). En función de la definición expuesta y de las condiciones necesarias para la promoción de la salud se convoca a una participación activa en las siguientes líneas: elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales, y la reorientación de los servicios sanitarios (OMS, 1986).

Dos años después, la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, efectuada en Australia y que fue organizada entre la OMS y el Departamento de Servicios Comunitarios y de Salud de Canberra (Australia), retoma de la Declaración de Alma-Ata y de la Carta de Ottawa los principios fundamentales sobre salud y su promoción. La conocida como Declaración de Adelaide, sin embargo, afirma que las líneas delimitadas en la Carta de Ottawa para la promoción de salud no pueden ser posibles si no se prioriza la elaboración de políticas públicas saludables (OMS, 1988). De este modo los ámbitos de acción donde plantea concentrar los esfuerzos en políticas públicas eran: el apoyo a la salud de las mujeres, la alimentación y nutrición, el tabaco y el alcohol, y la creación de entornos propicios (OMS, 1988).

En 1991 se realiza la Tercera Conferencia sobre Promoción de Salud en Suecia, organizada por la OMS, el Programa de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente, y el Consejo Nórdico de Ministros. De dicha conferencia surge la Declaración Sundsvall que lleva como título *Entornos propicios para la salud*, que retoma lo planteado por la Declaración de Alma-Ata, la Carta de Ottawa y la Declaración de Adelaide. En esta conferencia se reconoce a las millones de personas que viven en situación de pobreza extrema y las dificultades para alcanzar la aspiración de la OMS de salud para todos en el año 2000. Sin embargo, se pautan metas para continuar bajo ese cometido y se establece al medio ambiente como la condición para favorecer la salud, a nivel físico, social,

económico y político (OMS, 1991). Nuevamente se llama a todas las personas que se dedican a defender la salud, el ambiente y la justicia social, a que trabajen de cara a generar la salud para todos. Dentro de este grupo se identifica a las comunidades, a los países y a los gobiernos. Asimismo se reconoce que los ámbitos interesados en la creación de entornos saludables deberían ser la educación, el transporte, la vivienda, el urbanismo, la producción industrial y agrícola (OMS, 1991). Se reafirma la necesidad de la participación de las comunidades para la generación de una perspectiva democrática de concebir la salud. Llamativamente convoca a los organismos de ayuda multilateral y bilateral -Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial- a que se rijan sobre los principios rectores de esta declaración para la elaboración de sus planes de desarrollo (OMS, 1991).

De la cuarta Conferencia Internacional surge la Declaración de Yakarta denominada *Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI*. La misma se realiza en Indonesia en 1997 y es organizada por la OMS. Es la primera conferencia que se celebra en un país en *desarrollo* y que integra al sector privado al impulso de la promoción de salud (OMS, 1997). La declaración reflexiona a partir del acumulado sobre promoción de la salud, reconsidera los determinantes de la salud y plantea estrategias para abordar los problemas vinculados a la promoción de la salud en el siglo XXI. Lo que denomina como los factores determinantes de la salud incluye los que han sido listados en las anteriores declaraciones (paz, vivienda, educación, ecosistema estable, *empoderamiento* de la mujer, etc), y señala a la pobreza como la mayor amenaza para la salud (OMS, 1997). Según la declaración la promoción de la salud puede modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan la salud; se trata de un enfoque práctico tendiente a generar mayor equidad en este campo. A partir de los propósitos de la Carta de Ottawa, se priorizan el abordaje integral del desarrollo de la salud y el fomento de la participación social. A partir de esto establece prioridades en promoción de la salud para el siglo XXI: fomentar la responsabilidad social por la salud, aumentar las inversiones en salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, fomentar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de salud. Por último, al igual que las anteriores declaraciones, insta a la OMS para que involucre a diferentes sectores de la sociedad y a los organismos internacionales de crédito (OMS, 1997).

La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud es realizada en México en el año 2000 y fue denominada *Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad*. Es organizada entre la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud de México. En la misma se hace un recorrido por las diferentes conferencias y declaraciones, se reafirma el concepto de promoción de la salud y los determinantes sociales de la misma, y se vuelve a insistir con las desigualdades socio- económicas y con

la necesidad de la equidad en salud. Se refuerzan las acciones orientadoras elaboradas en la Declaración de Yakarta, y se convoca nuevamente al sector privado y a los organismos multilaterales de crédito para el impulso de la promoción de la salud (OMS, 2000).

La Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, que fue realizada en Tailandia en el 2005, no innova significativamente en los planteos de las conferencias anteriores. Establece que la promoción de salud debe ser un elemento primordial de la agenda de desarrollo mundial, y le otorga una responsabilidad fundamental a los gobiernos, a las comunidades, a la sociedad civil, y a los sectores empresariales. Llamativamente la OMS no se responsabiliza por las afirmaciones realizadas y se las adjudica a quienes participaron de la conferencia (OMS, 2005).

Por último, la Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se desarrolla en el 2009 y es organizada entre la OMS y el Gobierno de la República de Kenya. En las misma también se retoman los elementos desarrollados en declaraciones y conferencias anteriores, y se reafirma el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008). Para el fomento de la promoción de la salud en los países se identifican las siguientes estrategias: fortalecimiento de liderazgos y de las condiciones de trabajo en salud; ubicar a la promoción de la salud como línea central; empoderar comunidades e individuos; colaborar en los procesos de participación social; y producir conocimientos en este campo de la salud (OMS, 2009)

De esta manera, estas siete conferencias internacionales sobre promoción de la salud dan cuenta del proceso de sanción social de este modo de entender la acción en salud por parte de la OMS. Por la significación internacional de este organismo, se considera que el mismo fue uno de los encargados principales de la institucionalización de la promoción de la salud a nivel político, sanitario y social. Las diversas organizaciones gubernamentales, profesionales y sociales con las que la OMS organizó las conferencias, así como los participantes a las mismas, expresan que este proceso institucional no implicó únicamente a los decisores de políticas en salud, sino que abarcó a otros sectores de la sociedad.

Es así que el tránsito por las diferentes declaraciones y conferencias, además de manifestar la sanción social y la institucionalización de la promoción de la salud, brinda elementos para elucidar la red simbólica en la que se sostiene. En dicha red aparecen elementos comunes en los diversos informes, pero la Carta de Ottawa es el momento fundacional del modo de entender a la promoción de la salud por parte de la OMS: los sujetos aparecen como los directos responsables de su salud, integra a los determinantes sociales de la salud, y a la interacción de diferentes sectores para el desarrollo de la promoción de la salud. De este modo se entrelazan tres figuras en la red simbólica instituida por la OMS sobre promoción de salud: auto- responsabilidad, determinantes sociales, e intersectorialidad. Estas tres

figuras se encuentran relacionadas pero, a los efectos de analizar el simbolismo implicado, las abordaremos a cada una de ellas por separado.

La auto- responsabilidad de los sujetos en lo que a su salud refiere, es manifestado en las sucesivas declaraciones. Un término central asociado a este universo simbólico es la noción de *empoderamiento*. Comienza haciendo alusión a la necesidad de que las comunidades sean facultadas para la toma de decisiones, pero a lo largo de tiempo se focaliza en las mujeres como aquellas que deben adquirir centralidad en las actividades de promoción de salud. Esta división sexual del trabajo en promoción de la salud tiende a consolidar las construcciones de género que asocian a la mujer a las tareas de cuidado y protección. Si bien puede suceder que éstas hayan tenido este rol asignado socialmente, no significa que necesariamente deba ser de ese modo.

En lo simbólico el empoderamiento posee otras implicaciones que hace al lugar de los *expertos* y de la relación con la sociedad en general. Chapela & Cerda (2010) prefiere utilizar la noción de apoderar ya que coloca a los actores sociales en una actitud activa y autónoma ante la salud:

“De acuerdo con estas acepciones, “empoderar” se refiere a alguien que por sus propias razones y con sus propios medios y fines, decide dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente, probablemente como lo que sucede cuando se traduce enable por “proporcionar”, o cuando en la práctica encontramos que los expertos “empoderan” a la gente. Esta es frecuentemente la interpretación de empowerment que se hace en los discursos oficiales neoliberales que perpetúan la relación de dominio sobre la población, cosa contraria a la intención de “apoderar”, más cercana al concepto de autonomía, en donde el sujeto es un agente activo que se dota a sí mismo y recupera lo que es y era suyo en primera instancia.”

(Chapela y Cerda, 2010: 43-44)

Así el universo simbólico del *empoderamiento* puede sostenerse en imaginarios sociales instituyentes, creaciones innovadoras y transformadoras, que dan lugar a lo democrático y liberador, o por el contrario puede devenir de una concepción heterónoma de la sociedad, en la consolidación del status quo y del orden imperante en salud. Según lo afirma Chapela & Cerda (2010) la terminología utilizada ya circunscribe un universo de lo posible, es decir que es necesario utilizar otros términos para dar cuenta de los modos instituyentes de producción de sentidos.

La otra figura que se entrelaza en la red simbólica socialmente sancionada por la OMS, es la de los determinantes sociales de la salud. Desde la Carta de Ottawa en adelante, las diferentes declaraciones reafirman la influencia del medio en lo que hace al cuidado de la salud de las poblaciones y lo significativo de atender las situaciones de pobreza. Entre los determinantes se señala la paz, el cobijo, la educación, la alimentación,

los ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Esta producción simbólica que data desde el siglo XIX como ya fue trabajado, es instituida a partir de las diversas conferencias como parte de lo que debe atender la promoción de salud. En tanto la salud no es determinada ni contingente, sino que emerge de la relación dialéctica entre ambos procesos (Breilh, 2003), se hará referencia a condicionantes sociales de la salud ya que permiten contemplar ambas dimensiones del procesos salud enfermedad y evitar determinismos.

Es así que, si bien la consideración de los condicionantes sociales es un planteo de avanzada por parte de la OMS, no queda claro en ninguna de las declaraciones los caminos específicos para hacer de estos un centro de atención de las políticas en salud. No se mencionan los conflictos de clase propios de las sociedades capitalistas, no se critican los modelos de acumulación de riquezas dominantes, ni los regímenes políticos. En cambio sí es permanente la referencia a que la acción sobre los condicionantes sociales debe surgir de la acción intersectorial. Esto será abordado posteriormente, pero lo que interesa destacar aquí es que se conjuntan y se colocan al mismo nivel a los gobiernos, la sociedad organizada y los sectores empresariales, y no se manifiestan los conflictos posibles entre ellos (López, et al, 2008). Este es un equívoco de la red simbólica que sostiene la promoción de la salud sancionada por la OMS: por un lado resulta políticamente acertado hacer referencia a los condicionantes sociales de la salud, pero las propuestas de acción sobre ellos desconocen la dimensión del conflicto social más o menos latente en las sociedades contemporáneas (López, et al, 2008). En relación a un informe realizado por la OMS y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) realiza diversas críticas a esta forma de entender los condicionantes sociales de la salud, que algunas de ellas ya fueron expresadas, y que se aplican a las sucesivas declaraciones realizadas sobre promoción de la salud por parte de la OMS. Se entiende que la definición de los condicionantes sociales es ambigua, en la medida que no se desarrolla una conceptualización sobre la sociedad y las condiciones necesarias de vida; la crítica que realiza al orden social se limita a señalar que la inequidad es producto de una *mala* distribución y que la misma es tolerada por normativas, políticas y prácticas sociales; fragmenta a los condicionantes sociales en factores y debilita su condición de procesos socio- históricos; genera una visión reducida de la configuración y dinámica de las sociedades capitalistas, lo que hace abstractas sus recomendaciones políticas, que no critican el modelo de acumulación de riquezas (López, et al, 2008). De este modo, la producción simbólica explicitada en las conferencias y declaraciones en torno a los condicionantes sociales de la salud posee vacíos y contradicciones. De las mismas no se desprenden estrategias claras para atender la pobreza aunque se insiste sobre ella en el transcurso del tiempo.

Por último la intersectorialidad aparece como otra de las figuras simbólicas asociada a la promoción de la salud. Esta figura implica que actores de diversa índole, articulen acciones en pos del desarrollo de la promoción de la salud en los diferentes países. La intersectorialidad alcanza a las políticas públicas estatales, que históricamente han tendido a la fragmentación entre ellas y se han orientado hacia los sectores empobrecidos de la sociedad. A las dificultades ya descritas para el desarrollo de este tipo de políticas, centradas principalmente en el conflicto social propio de las sociedades capitalistas, se agregan las problemáticas propias de la división social del trabajo y de la política. Las divisiones entre trabajo intelectual y trabajo manual, así como la división entre dirigentes y ejecutantes (Castoriadis, 2005), complejizan las posibilidades de que la intersectorialidad pueda llevarse adelante. Las lógicas de sentido que corresponden a gobernantes, a responsables de los organismos internacionales, al personal de salud, y a los actores sociales, son diferenciales tanto en competencias como en responsabilidades. La alienación producto de la autonomización de los sujetos de las instituciones (Castoriadis, 2010), o los procesos de transformación social que los actores sociales emprenden, por más que busque equipararse con la voluntad de los gobernantes y de los organismos multilaterales de crédito, está evidenciado que las distancias entre ellos en diferentes casos es irreconciliable. Para ALAMES, que define como determinantes a los condicionantes de la salud, las posibilidades de transformación de los mismos son posibles si dichos cambios son promovidos desde la sociedad civil organizada:

“...los actores centrales del cambio son los pueblos del mundo, a través de sus organizaciones, movimientos y redes sociales y políticas, en donde la perspectiva de los determinantes sociales se considera una herramienta que permite ampliar la comprensión de las causas de las desigualdades injustas y enfrentar el actual modelo de globalización neoliberal, configurando nuevas formas de desarrollo económico y social, que no estén centradas en la acumulación de capital, en el consumo, el individualismo y la destrucción de la solidaridad, y que efectivamente garanticen los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales al modificar las estructuras productivas y la distribución inequitativa de la riqueza y el poder.” (López, et al, 2008: 329)

Por más que es significativo que la promoción de salud se sostenga en la acción sobre los condicionantes sociales, y que para esto es necesario esfuerzos de diferentes sectores que componen la sociedad, no es simple si se incorporan las dimensiones políticas, económicas y culturales en su materialización concreta.

La revisión crítica de los aspectos principales de la red simbólica en la que se sostiene la institución promoción de la salud, además de resignificar lo esbozado en las declaraciones y conferencias descritas, intenta develar sus equívocos, el conjunto de figuras que acercan o alejan la operacionalización de estas producciones de sentido, los símbolos de los símbolos que están en juego en la mencionada red. Excede a la presente investigación la búsqueda

de los componentes económico funcionales e imaginarios que adquirió la promoción de la salud en todo el mundo. Como se mencionaba en capítulos anteriores, el interés de esta investigación es comprender la dimensión imaginaria de la promoción de la salud en un territorio específico del departamento de Montevideo. Igualmente se delimitarán dos modos posibles de entender a este modo de abordar la salud, lo instituido y lo instituyente que se encuentra en tensión en lo histórico social, en los planos conceptuales, políticos, sociales y sanitarios.

4. 4. Lo instituido y lo instituyente en promoción de la salud

Identificada ya la sanción social de la institución de la promoción de la salud y la red simbólica en la que se sostiene, es momento de delimitar el sentido que se le otorga a la promoción, tanto en lo instituido en salud como en lo instituyente. Como forma de poder dar cuenta de ambos aspectos de la institución de la promoción de la salud, por un lado, se abordará lo producido por el Banco Mundial (BM) en lo que respecta a políticas en salud pública, como aquello que forma parte de lo instituido o que tiende a lo instituido, que promueve determinadas acciones en el campo de la salud pública y su promoción. En tanto es funcional al desarrollo del capitalismo en el mundo y por ende a la privatización de los recursos, servicios y de la vida cotidiana (López, et al, 2008), es una de las organizaciones que tiende a consolidar lo instituido y lo establecido. Por otro lado, se expondrán diferentes autores provenientes de la Salud Colectiva que representan los modos instituyentes en promoción de la salud. Se los entiende como instituyentes en la medida que realizan una crítica profunda a las desigualdades que se expresan en lo histórico social, producen nuevos sentidos en salud y emprenden prácticas alternativas a las dominantes. Lejos de buscar explicaciones totalizadoras se intentará que a partir de ambas producciones se pueda visualizar la tensión en juego en los imaginarios sociales y en las prácticas de promoción de la salud.

El BM en 1993 dedica exclusivamente su Informe sobre el Desarrollo Mundial al tema salud, lo denomina *Invertir en salud*, y es donde este organismo desarrolla con mayor claridad su concepción sobre el modo de promover la salud en las poblaciones. Establece la necesidad de implementar tres políticas oficiales orientadas a mejorar la salud: fomentar entornos que posibiliten la salud de las *unidades familiares*, producir mejoras en el gasto público en salud, y promover diversidad y competencia (BM, 1993). En cada una de ellas se esbozan consideraciones en torno a lo socialmente sancionado como promoción de la salud por parte de la OMS, pero desde una perspectiva particular, centrada en las políticas sanitarias a desarrollar por los Estados y su relación con la economía de mercado. De este modo cuando menciona al fomento de entornos que permitan la salud familiar, se

afirma que son las decisiones de estas *unidades* las que determinan las condiciones de salud. Pero establece que las mismas son *coartadas* por los ingresos y educación de quienes las componen. Según el BM las decisiones pueden ser más apropiadas si se desarrollan un conjunto de acciones: a) generación de políticas de crecimiento económico que alcancen a los más pobres; b) inversión en educación, en particular la dirigida a las niñas; c) fomento de los derechos y la condición de las mujeres tanto en lo económico como en lo político (BM, 1993).

Para la producción de mejoras en el gasto público en salud llama a que los gobiernos concentren sus recursos y esfuerzos en compensar las deficiencias del mercado y financiar *eficientemente* a los servicios donde se atienden los sectores empobrecidos. Para esto también plantea diferentes acciones: a) reducir el gasto público en salud en el tercer nivel de atención (alta especialización), la formación de especialistas y de intervenciones que aportan escasa mejora a la salud en relación con el gasto generado; b) financiar y ejecutar diversas medidas de salud pública en lo que refiere a la lucha contra las enfermedades contagiosas, la prevención del SIDA, la contaminación del medio ambiente y conductas que colocan en riesgo a otros (Ej. conducir alcoholizado); c) financiar y asegurar un conjunto de servicios clínicos esenciales que alcancen a los pobres, aseguren su bienestar y la mejora de su salud; y d) mejorar los servicios de salud estatales a través de su descentralización administrativa y presupuestal (BM, 1993).

La promoción de la diversidad y la competencia hace alusión a que la financiación de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales, posibilita que el resto de la asistencia clínica se financie de forma privada o a través de seguros sociales. Este organismo establece que a partir de esto se puede fomentar la competencia entre los servicios de salud y propone un conjunto de políticas en salud: a) colaborar con los seguros sociales o privados, donde se incentive el acceso equitativo y se compensen los costos, para cubrir la asistencia clínica no contemplada por los servicios esenciales; b) promover a los proveedores públicos y privados a competir en la prestación de servicios clínicos y en el brindar insumos, en igualdad de condiciones tanto los proveedores nacionales como los internacionales; c) producir y comunicar información sobre las características de los proveedores de los servicios, sus intervenciones y los niveles de acreditación de los mismos (BM, 1993).

Es así que el BM divide las políticas para la mejora de la salud en aquellas que atienden las situaciones de pobreza y que son competencia del Estado, de las que competen al ámbito privado y que atienden al resto de la población que no está comprendida en esa situación. Identifica a la familia como una unidad y que la condición de salud de los pobres está determinada por las decisiones que éstos adoptan, no por los contextos que generan dicha pobreza. En este sentido coloca a lo educativo como un aspecto a resaltar, en particular de

las niñas, que como se veía en el caso de la OMS, es la mujer la que posee el encargo instituido del cuidado de los otros y de la salud:

“La educación de las niñas y mujeres es especialmente beneficiosa para la salud de las unidades familiares, ya que son sobre todo las mujeres las que compran y preparan los alimentos, mantienen la limpieza del hogar, cuidan de los niños y los ancianos e inician los contactos con los sistemas de salud.” (BM, 1993: 8)

Hace sucesivas alusiones a las situaciones de pobreza y menciona que se le deben asegurar servicios esenciales, sin delimitar claramente a qué hace referencia con ese término. Por otro lado, establece un retracción del Estado en la financiación del tercer nivel de atención, y una serie de políticas de prevención, enfocadas en las enfermedades contagiosas, la contaminación ambiental y las conductas de riesgo. Se trata entonces de asegurar lo básico para los pobres, promover la presencia del sector privado en la atención de la salud de las capas medias y altas de la sociedad, e introducir la competencia público-privada para la prestación de servicios. Establece en definitiva una división social de la atención de la salud, una división sexual del cuidado de la salud, una reducción del gasto del Estado en salud pública, y la colaboración de este en el desarrollo del sector privado.

De este modo las inversiones en salud deben atender medidas que sean eficaces en relación al costo que generan. Para esto delimita a las siguientes actividades: inmunizaciones, servicios de salud focalizados en escuelas, servicios sobre planificación familiar y nutrición, programas para reducir el consumo de alcohol y tabaco, inversiones públicas limitadas para mejorar los entornos, y prevención del SIDA (BM, 1993). Dichas actividades son similares a muchas de las propuestas por la OMS, pero el BM se sostiene en la relación costo- beneficio para la proposición de las mismas:

“La adopción por los gobiernos de los países en desarrollo de las principales recomendaciones sobre política sanitaria que se hacen en este Informe haría mejorar enormemente las condiciones de salud de sus poblaciones, en especial entre las unidades familiares pobres, y ayudaría también a controlar el gasto por ese concepto (...). Podrían salvarse millones de vidas y ahorrarse miles de millones de dólares. La adopción de los conjuntos de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales, el seguimiento de estrategias de crecimiento económico que reduzcan la pobreza y el aumento de la inversión en educación para las niñas sería lo que tendría mayor rentabilidad en términos de evitación de muertes y reducción de la discapacidad.” (BM, 1993: 13)

Para que las políticas sanitarias recomendadas por el BM fueran aplicables se establecen una serie de reformas de los sistemas de salud. De este modo, los gobiernos que asumieran compromisos económicos con el BM, como contra partida deberían orientar sus políticas de salud en este sentido: a) considerar a diferentes servicios vinculados a la salud (información y lucha contra enfermedades contagiosas) como bienes públicos; b) prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres

como un modo de reducir la pobreza; c) subvencionar a ONGs o a privados que prestan servicios de salud a los pobres; y d) medidas gubernamentales para compensar los problemas generados por la incertidumbre y las deficiencias del mercado de seguros (BM, 1993).

Años después de este informe el BM (2004) realiza otro denominado *Servicio para pobres*, en el cual se dedica un capítulo específico a la salud y a las acciones orientadas para su promoción. En el mismo se vuelven a aseverar las deficiencias de los servicios de salud dirigidos a los pobres, y se actualizan las políticas sanitarias a impulsar para revertir ese aspecto. Entre ellas se destaca el desarrollo de servicios clínicos enfocados en el individuo, donde se aseguren servicios básicos y un *ethos* profesional a favor de los pobres; la prestación de servicios públicos o privados de *extensión* para la población (Ej. control de vectores, vacunaciones, suplementos de vitamina A), sobre la base de coaliciones que se encaminen en fortalecer la *voz colectiva* de los sectores en pobreza; y el impulso de servicios comunitarios de enfoque familiar que colaboren en el autotratamiento (Ej. información y apoyo para el fomento de la lactancia y el sexo seguro) (BM, 2004). Se establece que la mala salud de estos sectores de la sociedad está dada por inadecuados hábitos de alimentación, mal uso del agua, mal manejo de la basura, y un tratamiento precarizado de las enfermedades. Las causas que establece a estas problemáticas son las siguientes: analfabetismo, ignorancia de las mujeres sobre la salud, y carencias de poder de decisión (BM, 2004). A diferencia del primer informe, en este se propone una noción muy cercana a la de *empoderamiento*, que se denomina como el fortalecimiento del *poder de voz* de los sectores en pobreza. Para este fortalecimiento fija una serie de acciones posibles: a) canalizar recursos colectivos orientados a los pobres, que tengan como cometido el atender sus enfermedades, las regiones en las que viven, los prestadores de servicios donde se asisten, y los grupos e individuos en situación de vulnerabilidad; b) fomentar coaliciones que integren a los pobres en la formulación de políticas a través de elecciones y del apoyo de la sociedad civil; y c) realizar rendiciones de cuentas de los avances alcanzados en función de los resultados esperados, en especial dirigidas a los pobres, donde se brinde mayor información y control sobre los servicios sanitarios (BM, 2004).

Este informe y el anterior expresan las políticas en salud del BM durante el período comprendido en esta investigación (2000- 2010), las orientaciones político académicas en este campo, y las producciones de sentido asociadas a la promoción de la salud. El mismo a la hora de priorizar las políticas sanitarias a implementar por los gobiernos, por más que se acerca a definiciones adoptadas por la OMS y sus preocupaciones por la pobreza, no se refiere en específico a la promoción de la salud y se centra principalmente en la prevención de enfermedades, en fortalecer el primer nivel de atención, y en alentar la liberalización del

ámbito sanitario. Es así que, como ya fue mencionado, se divide socialmente la atención en salud, estableciendo servicios públicos para pobres y privados para la sociedad que puede acceder a ellos. También realiza una división sexual del trabajo en salud, encomendando a las mujeres el cuidado de la misma y responsabilizándolas por las debilidades de éstas en el conocimiento de las temáticas vinculadas. Estos procesos se complementan con una división política de la salud, donde se separa ejecutantes y dirigidos (Castoriadis, 2005), otorgándole al Estado una centralidad en la atención y desarrollo de las políticas sanitarias planteadas.

La crítica principal a estas políticas del BM orientadas a la pobreza, tanto en el plano sanitario como en otros, es que colocan a la misma como un dato sin procedencia, la despolitiza y la concibe como un problema técnico. Cuando se menciona la pobreza no se cuestiona la tenencia privada de los medios de producción ni las estructuraciones políticas que la sostienen (Zibechi, 2010). De esta manera, se plantea que el abordaje de la pobreza desde esta perspectiva no tiene otro cometido que contener el conflicto social, no desestabilizar la sociedad de clases instituida, mantener las relaciones de dominación y los estados de gobernabilidad (Zibechi, 2010). En lo específico del sistema sanitario, las tendencias privatizadoras se encaminan a tales fines e instituyen modos particulares de imaginar la promoción de la salud. La privatización de la salud y su regulación a partir de la oferta y la demanda en el mercado, alejan a la promoción de salud de las condiciones de producción del proceso de salud- enfermedad en lo histórico social:

“Esos intentos se basan en la premisa de que “la mano invisible” del mercado será honesta y eficiente, controlará eficazmente los costos de la atención de los enfermos y difundirá ampliamente el mensaje de la promoción autorresponsable de la salud entre los sanos. Esta versión de mercado de la privatización tiende a minar el sentido de responsabilidad colectiva y a enmascarar las fuentes socio- económicas, laborales y ecológica de la salud y de la enfermedad. Por lo tanto, contribuye a deteriorar las perspectivas de salud, particularmente las de los grupos más desfavorecidos que, para empezar, no disponen de medios para entrar en el mercado.” (Milo, 1996: 48)

La atención de la enfermedad y su prevención desplaza como producción de sentido a la promoción de ambientes, trabajos y modos de vida saludables. Se acerca a la definición de *empoderamiento* pero la limita a dar voz a los pobres; los condicionantes de la salud se los adjudica a los individuos; e identifica a los gobiernos como los encargados de atender la salud de las poblaciones -con el control de la sociedad civil-. Cuando la OMS invita a estos organismos internacionales de financiación de políticas públicas a impulsar planes de desarrollo que contemplen la promoción de la salud, está invitando a promover políticas sanitarias que atiendan la pobreza del modo ya trabajado. Estos organismos internacionales promueven la promoción de salud, al igual que la liberalización del mercado y la retracción del Estado en los asuntos públicos. Si bien a lo largo del tiempo se visualizan cambios en la

concepción de cómo promover la salud en los pobres, los mismos están centrados en cambios económicos más que en la exigibilidad de derechos (Chapela & Cerda, 2010). De ahí el análisis de la perspectiva del BM en salud y su promoción, para comprender los imaginarios instituidos en este terreno.

Transitado por lo instituido en política sanitaria y en promoción de la salud, lo imaginario y lo económico funcional de dichos procesos, es momento de esbozar los aspectos instituyentes, las producciones de sentido y prácticas alternativas a lo dominante en el campo de la salud. En esta modalidad de entender la promoción de la salud, un primer elemento que se concibe como punto de partida, es concebir la relación entre salud y condiciones de vida (Buss, 2000; Chapela & Cerda, 2010). Lo se que veía en relación a las condiciones históricas para la emergencia de la promoción de la salud, las diferentes producciones de Alison (1820), Villermé (1826), Engels (1844) y Virchow (1848), fueron las que permitieron situar a las condiciones de vida, principalmente la de los sectores más pobres de la sociedad, como una de las condicionantes principales de la salud. En estas producciones se sostiene la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana. Breilh en Ecuador, Laurell en México, Buss en Brasil, entre otros, resituaron la relación salud-condiciones de vida y desarrollaron marcos teórico- metodológicos para la investigación e intervención, en el terreno de la salud colectiva y en la promoción de la misma (Paim, 2008). Para estos autores el proceso de salud enfermedad está íntimamente relacionado con lo histórico social y con sus modos de expresión en las colectividades, por lo que la incidencia en dicho proceso a través de la promoción de la salud estará orientada a agrupamientos sociales (comunidades, trabajadores, mujeres, etc.):

“El primer elemento que habría que recoger es el hecho de que el carácter social del proceso salud enfermedad se manifiesta empíricamente más claro a nivel de la colectividad que en el individuo (...) Esto indica que nuestro objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo. Sin embargo, no podría ser cualquier grupo sino uno construido en función de sus características sociales, y sólo en segundo lugar biológicas. Es así porque el grupo no adquiere relevancia por ser muchos individuos en vez de uno, sino en cuanto nos permite aprehender la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos, que así dejan de ser entes biológicos yuxtapuestos.” (Laurell, 1982: 7- 8)

Buss (2000) retomando los planteos de Sutherland y Fulton plantea que las conceptualizaciones sobre promoción de salud pueden ser diferenciadas según dos grandes grupos. El primero de ellos concibe a esta forma de entender la acción en salud como actividades dirigidas a cambiar los comportamientos individuales, en particular de los estilos de vida. En este caso la promoción de salud es principalmente educativa y se orienta en el control por los propios sujetos (evitar fumar, alimentación sana, actividad física, etc.). Desde esta perspectiva todos los aspectos que están por fuera del control de los individuos no

formarían parte de la promoción de la salud (Buss, 2000). Lo analizado sobre el BM puede ser ubicado en esta modalidad de comprender la promoción de políticas saludables.

Por otro lado, el segundo grupo le brinda centralidad a los condicionantes sociales de la salud (alimentación, vivienda, saneamiento, condiciones laborales, educación, etc.) y a los impactos de éstos en las condiciones de vida. De este modo esta perspectiva de entender la promoción de la salud estarían centradas en los colectivos y en el medio ambiente, donde se amplía la visión restrictiva física individual, y se integran las políticas públicas sociales, económicas y culturales, que generan condiciones favorables para la salud y la capacidad de los individuos y comunidades de incidir en el devenir de la misma.

Para Bonal (2007) también existen dos formas de conceptualizar a la promoción de la salud, y cada una de ellas posee distintas perspectivas teóricas y prácticas, así como conflictos ideológicos en relación a sus fines y cometidos. Este autor diferencia la promoción de la salud clínica de la comunitaria. La primera se lleva adelante en el ámbito clínico e integra a la educación para la salud y los consejos del médico al paciente. La segunda quita el foco en el individuo y pone el acento en los fenómenos socio políticos e introduce la capacidad individual y colectiva, fomenta la participación de la comunidad en los problemas de salud y la búsqueda de posibles soluciones (Bonal, 2007). En esta división vuelve aparecer la tensión entre la concepción clínica- individual y la comunitaria- social.

A los efectos de poder dar cuenta de la perspectiva instituyente de concebir la promoción de la salud se desarrollará aquella que que Bonal define como comunitaria (2007) o colectiva según Buss (2000). Dentro de esa perspectiva podemos ubicar la definición de Kornblit et. al. (2007) que establecen los siguientes propósitos de esta forma de entender el trabajo en salud: estimular la autonomía colectiva, promover lo colectivo sobre lo individual, trabajar con el otro y no sobre el otro, y buscar la transformación institucional que genere autonomía. En esta misma línea encontramos a Breilh (2003) que define a la promoción de salud como el cuidado de los procesos que protegen y perfeccionan a los sujetos, tanto en el plano individual como colectivo. Por otro lado, Hancock (1994) afirma que la promoción es la buena salud pública que reconoce la relación entre salud, política y poder. Introduce al poder en tanto en la promoción de salud son los sujetos y colectivos quienes deberán ser capaces de tomar el control de sus vidas y de su salud en lo personal- comunitario (Extraído de: Restrepo & Malaga, 2001). De ahí que las nociones de participación social y de empoderamiento sean dos componentes centrales de este modo de entender la promoción de la salud (Arenas, 1998; Carmona, et al, 2005). La noción de empoderamiento posee diferentes críticas, algunas de las cuales ya fueron trabajadas (Chapela & Cerda, 2010) por lo que en este trabajo se hará alusión a ejercicio de poder más que a empoderar, en tanto que esto último implica que alguien- activo posee el poder y se lo brinda a un otro- pasivo. De este modo se entiende al poder no como algo que

se posee sino que es inmanente a las relaciones sociales y es producto de un ejercicio de fuerzas (Foucault, 1992). Bajo estas consideraciones la promoción de la salud de características instituyentes integra como uno de sus componentes al ejercicio del poder a partir de acciones colectivas:

“... las acciones colectivas en salud implican considerar una perspectiva distinta que sin dejar de reconocer la dimensión biológica, enfatiza una mirada holística o integral que retoma lo social, lo histórico y lo político (...) Las acciones colectivas en salud enfocan o podrían orientarse hacia la búsqueda de una transformación del orden imperante desde una perspectiva de justicia social” (Chapela & Cerda, 2010: 127)

En estas acciones colectivas, que se encuentran arraigadas a las actuales desigualdades sociales, la estrategia de *exigibilidad de derechos* aparece como el modo en que pueden transformarse los diversos elementos que condicionan la salud. A esta estrategia se la ubica en procesos emancipadores más amplios, donde la generación de poder desde la sociedad organizada se contrapone al poder ejercido oficialmente y que consolida la heteronomía. La exigibilidad de derechos presupone la participación de los actores sociales en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas en general y las de salud en particular, desde una posicionamiento crítico que no sustituya la responsabilidad del Estado en garantizar los derechos sociales (Chapela & Cerda, 2010). De este modo a la hora de definir la promoción de salud se consideran a todos los derechos sociales que condicionan los procesos de salud enfermedad, donde se encuentra lo estrictamente sanitario, así como lo económico, lo político y cultural. En definitiva la promoción de la salud no es competencia única de los Estados, ni del personal sanitario, ni de los otros actores institucionales, sino que es el producto de la acción organizada de los actores sociales que dialogarán con éstos en mayor o en menor medida.

Es así que la promoción de la salud sostenida en imaginarios sociales instituyentes, se aleja de las divisiones sociales, políticas y sexuales de la acción en este territorio, y le otorga a los actores sociales un rol protagónico en el desarrollo de la misma. Asimismo, esta mirada establece la posibilidad de alteración de las instituciones de la sociedad que condicionan la desigualdad y la injusticia social, a partir de acciones colectivas en salud, enmarcadas en estrategias de exigibilidad de derechos. La autonomía aparece entonces como una de las significaciones imaginarias sociales de este tipo de procesos de promoción de la salud, donde no se desconocen las competencias actuales del Estado en garantizar los derechos sociales, y son los actores sociales los directos responsables de dinamizar la transformaciones en un sentido de justicia y equidad. En lo económico funcional la incidencia de este tipo de imaginarios pautan la promoción de procesos de organización comunitaria y de participación social, tendientes a genera un contra poder en torno a lo establecido. Estos procesos que deberán enmarcarse en procesos emancipadores más

amplios, asumen la promoción de la salud como un asunto público, colectivo, y como un derecho humano no mercantilizable. Esta visión instituyente de la promoción de la salud, si bien no es hegemónica en Latinoamérica, producto del modo político y económico de organizar la sociedad que fomenta el sistema capitalista, ha sido adoptada por diferentes movimientos sociales (Movimiento Sin Tierra de Brasil, Comunidades Zapatistas en México, etc.) que en el marco de su desarrollo han adoptado a la salud y a su promoción como un campo propio de acción.

5. OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir y analizar las significaciones imaginarias sociales que condicionan las producciones de sentido y prácticas en promoción de la salud, del personal sanitario del primer nivel de atención y de los actores sociales del noroeste de Montevideo, entre el 2000 y el 2010.

Objetivos específicos

- Delimitar las producciones de sentido y las construcciones prácticas en promoción de la salud en los años delimitados.
- Elucidar los imaginarios sociales instituyentes e instituidos presentes en la forma en que se simboliza y se lleva adelante la promoción de la salud en el territorio del CCZ 12.
- Describir la interrelación que ha existido entre el personal sanitario del primer nivel y los actores sociales de la zona en lo que respecta a la promoción de salud
- Colaborar en los procesos de elaboración de estrategias conjuntas de promoción de salud entre el personal sanitario y los actores sociales

6. METODOLOGÍA

Para investigar las significaciones imaginarias sociales que sostienen las producciones de sentido y las prácticas en torno a la promoción de la salud del personal sanitario y de los actores sociales del CCZ 12, fue necesario un enfoque metodológico que permitiera abordar dichas construcciones imaginarias. El proceso de elucidación de éstas producciones, es decir la construcción socio histórica a través del cual los sujetos intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan (Castoriadis, 2010), requirió de la elaboración

de método, que interrogó sobre los modos de producción de subjetividad y no sobre sustancias o esencialidades universales (Fernández, 2007). Esto implicó una indagación centrada en campos de problemas, donde el abordaje de lo social implicó una multirreferencialidad, que articuló lo individual y lo colectivo en las creaciones de la subjetividad (Ardoino, 1988; Fernández, 2007). Es así que la promoción de la salud como institución de la sociedad y las significaciones imaginarias sociales que produce, fueron entendidas como un recorte del campo de problemas que constituye lo social.

De esta manera, al igual que Fernández (2007) se retoma la acepción griega del término método, que alude a *met- odhos*: ponerse en camino; alejándose así de la perspectiva profesionalista que entiende al mismo como un conjunto de técnicas a implementar. En el proceso de elucidación de las significaciones imaginarias sociales, la construcción de método formó parte de todo el devenir de la investigación. Así intentaron superarse las tendencias rígidas del método científico instituido y, a partir de una problematización recursiva (Fernández, 2007), la reflexión metodológica formó parte de toda la investigación. La problematización recursiva se instituyó entonces como criterio de investigación, donde la teoría fue entendida como caja de herramientas, se instrumentaron distintos dispositivos, y se desarrolló una reflexión permanente durante todo el trabajo (Fernández, 2007). De Souza Minayo (2010) coincide con lo anteriormente expuesto, en tanto la cuestión metodológica se estructura desde la pregunta inicial hasta la elección de instrumentos, las búsquedas bibliográficas, el trabajo de campo y la redacción del informe de investigación.

Es así que el enfoque metodológico seleccionado se ubica en lo que De Souza Minayo (2004) denomina como investigación social en salud. Es investigación social porque se enmarcó dentro de aquellos estudios que abordan al ser humano en la sociedad, las relaciones que mantienen, sus instituciones, su historia y producción simbólica. Y es en salud en tanto se abocó a comprender y explicar una serie de aspectos que están vinculados al proceso salud enfermedad (De Souza Minayo, 2004). Dentro de esta delimitación, la metodología utilizada fue de características cualitativas, lo que se fundamenta en que el problema que se abordó estaba relacionado a la historia, los procesos de significación, el representar/decir (*legein*) y el fabricar/construir (*teukhein*) en torno a la promoción de la salud; no se pretendía cuantificar a los mismos, sino poder comprenderlos y explicarlos (De Souza Minayo, 2004).

Es así que esta investigación cualitativa integró el estudio, la utilización y la recolección de una diversidad de material empírico, que buscó describir los momentos cotidianos y los significados en la vida de los sujetos (Vasilachis, 2007). Si bien existe una multiplicidad de enfoques con estas características, en la metodología implementada se observaron y analizaron procesos, se intentó capturarlos en toda su complejidad y en el modo en que

sucedieron (Vasilachis, 2007). La aproximación al problema de estudio se realizó entonces desde una perspectiva naturalista e interpretativa (Iñiguez, 2004). Como el objeto de análisis fueron las significaciones imaginarias sociales, las producciones de sentido y las prácticas en promoción de la salud, el modo cualitativo de investigación permitió comprender el problema y responder las preguntas delimitadas. A partir de una construcción de método permanente, en el sentido de abrir caminos ante el problema abordado, se buscó comprender las significaciones a través del diálogo con los directamente involucrados en la promoción de la salud. Se priorizó su desarrollo en lo cotidiano y en lo histórico social desde los sentidos que se le otorgaban, las reconstrucciones producidas y las interpretaciones realizadas.

Es así que se analizó el material de campo y se elaboraron las conclusiones desde este modo de entender al método científico. Por las particularidades de la investigación, se utilizó al análisis institucional como el método para aproximarse a los componentes imaginarios de la institución de la promoción de la salud, y a sus modalidades de expresión específica en un territorio de Montevideo.

6. 1. El análisis institucional como método de investigación del imaginario social

La investigación de los modos particulares de significar la promoción de la salud, de diagramar estrategias y de desarrollar prácticas específicas, tanto en el personal de salud como en los actores sociales, abarcó a las dimensiones imaginarias puestas en juego en dichas construcciones. Para poder acceder a las significaciones sociales que componen los imaginarios, fue necesario superar los límites que la lógica identitaria y de conjuntos antepone como subjetividad manifiesta. La misma se expresa a través del lenguaje, que está constituido por los significados lingüísticos canónicos y el modo de nominación identitaria; es por ende lugar de lo determinado. Sin embargo, esa nominación identitaria no es posible sin el sustento de significaciones imaginarias sociales, que hacen del lenguaje un espacio para lo indeterminado, para la creación de nuevas formas y figuras:

“Es esencial que el lenguaje suministre siempre la posibilidad de tratar las significaciones de las que es portador, como un conjunto formado por términos determinados, rigurosamente discernibles, cada uno de ellos idéntico a sí mismo y distinto de todos los demás, separables y separados. Y también es esencia que suministre siempre la posibilidad de que emerjan nuevos términos, que la redefinición de las relaciones entre los términos existentes, así como la redefinición de los términos existentes, inseparables de sus relaciones” (Castoriadis, 2010: 548)

De esta manera, el lenguaje es entendido en su doble acepción, en tanto lengua que

significa, es decir que se refiere a un magma de significaciones imaginarias sociales; y en tanto código, en la medida que se organiza y organiza lo dicho de forma identitaria y de conjuntos. Es así que el lenguaje al mismo tiempo alberga a las significaciones y es el productor de la mismas, es quien instituye el universo imaginario en el entramado social (Castoriadis, 2010). Las producciones de relatos, recuerdos, y anécdotas en torno a la promoción de la salud en el territorio y actores delimitados, fueron considerados como el sostén de las significaciones imaginarias sociales que le dieron sentido. Para acceder al lugar de las significaciones fue necesaria la puesta en práctica de una serie de herramientas de investigación que posibilitaron analizar los imaginarios sociales que sostienen a este modo de entender la acción en salud.

El imaginario social si bien desde la década del 70 es considerado como uno de los componentes centrales de las instituciones (Lapassade, 1977; Lourau, 2007; Castoriadis, 2010), en la corriente del análisis institucional fueron escasos los avances relacionados a la investigación en este campo. Es decir que hubo un importante desarrollo de la corriente, de su acumulado conceptual y metodológico, pero el mismo estuvo fuertemente centrado en procesos de intervención, que eran acordes al momento socio histórico de importante movilización social (Manero, 1990). Así el análisis institucional desarrolló sus dispositivos de intervención en tres territorios profesionales: la psicoterapia institucional -establecimientos sanitarios-, la pedagogía institucional -escuelas- y el socioanálisis -grupos- (Manero, 1990). El método seleccionado para esta investigación retoma aspectos del socioanálisis, orientados hacia la investigación empírica, vinculado a grupos con diferentes niveles de cohesión organizativa (personal de salud y actores sociales), que se relacionan de diferente forma con la institución de la promoción de la salud. Aunque Lourau (2007) es categórico al afirmar que sólo a partir de una intervención en una situación dada es posible realizar un verdadero socioanálisis, parte de sus herramientas fueron utilizadas para la investigación sobre imaginarios sociales. Considera que este modo de entender el análisis institucional puede aportar insumos, promover la aproximación a la situación de estudio, colaborar en su comprensión teórica, sugerir modalidades de evaluación y criterios para su validación, pero que no alcanza las posibilidades de transformación que el socioanálisis de intervención habilita. Asimismo alerta sobre la desventaja de este tipo de investigaciones que colocan al investigador en el lugar de sabio o experto (Lourau, 2007). Lejos de esto último el método conformado para la investigación de las significaciones imaginarias sociales vinculadas a la promoción de la salud, no se sostiene en una idea de sabio o experto sino de un investigador implicado con el objeto de estudio, que problematizó su lugar en el mismo y en torno al contexto institucional en el que desarrolló la investigación. Asimismo el diálogo individual y colectivo con los directos responsables de la promoción de la salud en el territorio fue parte del proceso de investigación, y las conclusiones preliminares arribadas

fueron reflexionadas en conjunto con los mismos.

De este modo, para elucidar el problema de investigación planteado se utilizaron tres componentes metodológicos del socioanálisis, que permitieron generar condiciones de visibilidad en torno a los imaginarios sociales presentes en la promoción de la salud:

a) La transversalidad. Esta herramienta posibilitó develar la acción instituyente de los agrupamientos sociales, en la medida que toda actividad colectiva se sostiene en la dialéctica de la autonomía y de los límites de la misma. Se indagó el saber o no saber en relación a los elementos instituidos e instituyentes que conformaban a los agrupamientos sociales delimitados (Lourau, 2007).

b) Los analizadores históricos. Estos fueron procesos sociales que por un lado rompen con la cosificación de lo instituido, aquello que aparece como dado y que no posee historia; y por otro lado penetran en las relaciones sociales que son el sustento de una organización dada. Así el analizador histórico posibilitó *desobjetivizar*, descomponer los estatutos y funciones de la institución, y restituir la subjetividad, develar lo instituyente invisibilizado por la fuerza de lo instituido (Lourau, 2008).

c) El análisis de la implicación. Este ya fue explicitado en el Capítulo 2, consistió en un proceso de análisis individual y/o colectivo (Lourau, R: 1991), que incluyó al análisis *in situ* en la situación de investigación, así como el análisis de la relación con la institución científica (Manero, 1995).

Estas tres herramientas metodológicas del socioanálisis fueron complementadas con el método de Fernández (2007) para la elucidación de imaginarios sociales. Al respecto esta autora señala:

“Cuando se trata de indagar imaginarios sociales, sean en intervenciones institucionales y/o comunitarias, sea en la coordinación de grupos o en el análisis de materiales de investigación en terreno, las operaciones puestas en juego que hemos delineado implicarán la articulación permanente de las estrategias de trabajo: por un lado, distinguir y puntuar insistencias; por el otro, indagar en las prácticas y, atravesando a ambas, crear condiciones de posibilidad para alojar lo inesperado” (Fernández, 2007: 105)

A continuación se detallan cada una de estas estrategias metodológicas implementadas en la investigación:

a) Identificación de insistencias. Esto posibilitó generar visibilidad sobre las cristalizaciones de sentido que operaban en el terreno de lo simbólico. Las mismas pudieron develarse a partir de: la reiteración de narrativas; la producción de sentidos totalizadores o esencialistas; la negación de lo diverso y de las creaciones de lo histórico social; la construcción de regímenes de verdad; la desestimación de las estrategias biopolíticas; los desplazamientos de sentido; la institución de superlativos, de invisibilizaciones y de naturalizaciones. Estas

cristalizaciones de sentido instituyen una *realidad objetiva* que organiza las particularidades que adquieren los lazos sociales, e institucionalizan las relaciones materiales y subjetivas entre las personas (Fernández, 2007).

b) Indagación de las prácticas. Esto implicó analizar los elementos extradiscursivos, lo no dicho que está ahí pero no se puede observar, los ordenamientos organizativos y prácticas sociales, que difícilmente pueden ser encontrados en los relatos o en normativas explícitas. A esta estrategia de análisis de los imaginarios sociales Fernández (2007) la asemeja a la noción de analizador, e incluye tanto a las prácticas socio institucionales como a las prácticas de sí. Las prácticas son entonces modos de actuar y de reflexionar, que hacen posible que quienes son parte de un colectivo institucional o comunitario puedan concebirse como sujetos (Fernández, 2007).

c) Alojamiento de lo inesperado. Pretendió generar condiciones de enunciación sobre las líneas de fuga que escapan o que buscan escapar a lo instituido, los malestares que no tienen posibilidad de enunciación, las prácticas informales, los elementos extraños que pueden no comprenderse. Ante las cristalizaciones de sentido, esto opera como algo insólito o inesperado. Esto último abarcó a las producciones simbólicas y a las prácticas, y fue otro de los caminos para acceder a lo instituyente (Fernández, 2007).

Es así que los componentes del método utilizado para el análisis institucional de la promoción de la salud, los imaginarios sociales instituidos e instituyentes que la componen, y lo dicho y lo hecho en torno a la misma, se resumen en las siguientes estrategias metodológicas: análisis de la transversalidad, reconocimiento de analizadores, análisis de la implicación, identificación de insistencias, indagación de las prácticas, y alojamiento de lo inesperado. Dichas estrategias se orientaron hacia la explicitación de las tensiones autonomía- heteronomía en la promoción de la salud, los aspectos histórico sociales que la atraviesan, el lugar del investigador en el proceso de investigación, las cristalizaciones de sentido y las prácticas que conforman lo instituido, y lo indeterminado de los movimientos instituyentes.

Resta desarrollar una última operación metodológica que comprendió a esta investigación cualitativa: la interpretación del material. El corrimiento de la posición de sabio o experto denunciada por Lourau (2007), fue posible a partir de la realización de una interpretación dialógica de los aspectos estudiados, es decir que las interpretaciones del investigador fueron sometidas a la deliberación crítica de los sujetos investigados. Esto será desarrollado en profundidad en el siguiente apartado de este capítulo. Igualmente, es preciso adelantar que este tipo de investigación, no participativa, pauta los límites de una interpretación bidireccional y co- construida con los actores con los que se investigó. En última instancia las interpretaciones finales corresponden al investigador y el poder reconocerlo, identificar sus límites y las condicionantes del contexto institucional, es parte de lo que fue

denominado como análisis de la implicación.

Realizadas estas salvedades es posible abordar el modo en que fue entendida la interpretación de los imaginarios sociales en promoción de la salud. Como se mencionaba en el Capítulo 3, el imaginario y las significaciones imaginarias sociales, se sostienen en imágenes o figuras (Castoriadis, 2010). La relación entre las significaciones y sus soportes es lo que Castoriadis (2010) define como lo simbólico. De este modo, para acceder a las significaciones imaginarias sociales, además de las herramientas metodológicas ya abordadas, se debió realizar un trabajo de interpretación que permitió elucidar a las mismas a partir de las imágenes y figuras creadas. Según Ricoeur (2008) las significaciones de la palabra, de las acciones y de la historia pueden ser interpretadas de diversas formas. La hermenéutica será entendida por este autor como la dialéctica entre procesos de comprensión y explicación, no como elementos que se excluyen, sino como dos momentos del proceso complejo que implica la interpretación:

“Para facilitar una exposición didáctica de la dialéctica de la explicación y la comprensión, consideradas como fases de un solo proceso -la interpretación-, me propongo describir esta dialéctica primero como un paso de la comprensión a la explicación y después como un paso de la explicación a la comprensión. En la primera etapa, la comprensión será una ingenua captación del sentido del texto en su totalidad. En la segunda, la comprensión será un modo complejo de comprensión, al estar apoyada por procedimientos explicativos.” (Ricoeur, 2006: 86)

Dicha dialéctica busca romper la hegemonía de cada uno de esos términos como patrimonio de las Ciencias Humanas o de las Ciencias Naturales (Ricoeur, 2008), y es útil a los efectos de esta investigación ya que además de poder comprender las significaciones, se realizaron explicaciones de las mismas para generar nuevos niveles de comprensión. Es así que la comprensión estuvo orientada a develar las referencias no visibles del decir y practicar la promoción de la salud, sus dimensiones imaginarias y significativas. La explicación por su parte entiende al proceso de construcción de sentidos como un acontecimiento de dichos discursos y prácticas, que además de hacer referencia a alguna otra cosa, son en sí mismo objeto de interpretación (Ricoeur, 2008).

En síntesis, el método elaborado para el análisis de las significaciones imaginarias sociales conjugó una serie de dispositivos que buscaron generar condiciones de visibilidad sobre dichas construcciones sociales, que se asientan en el lenguaje, pero que no pueden ser comprendidas y explicadas sólo a partir de su superficialidad manifiesta. La interpretación enmarcada en procesos de análisis institucional va más allá de lo aparente, se centra en los equívocos y en los procesos de metforización, que son condicionados por las significaciones y la producciones que éstas generan. En esta medida el método

seleccionado para el análisis de la promoción de la salud, no buscó develar percepciones o concepciones en torno a la misma, es decir que no se centra en los procesos racionales generados por los actores involucrados. El método seleccionado busca comprender y explicar desde dónde se piensa, es decir los sustratos imaginarios de las producciones de sentidos.

6. 2. Fuentes utilizadas

Para la elucidación de los imaginarios sociales asociados a la promoción de la salud se utilizaron dos fuentes primarias: las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión. En la medida que la captura de las significaciones imaginarias sociales se realizó a través del lenguaje del personal sanitario y de los actores sociales, éstas dos técnicas posibilitaron recabar la información necesaria para facilitar el análisis de los aspectos imaginarios de la promoción de la salud. Por la amplitud del territorio, las diferentes situaciones que en él se generaron y el período de tiempo delimitado, se consideró necesario el diálogo directo con los protagonistas de la promoción de la salud a nivel territorial, en instancias individuales y grupales. La combinación de ambas técnicas en las diferentes fases de la investigación, permitió alcanzar la elucidación de los modos de simbolizar y de construir la promoción de la salud en el territorio, los imaginarios sociales subyacentes y sus significaciones imaginarias sociales.

La entrevista en profundidad fue entendida como encuentros personalizados entre el investigador y los informantes, dirigidos a comprender la perspectiva de éstos últimos en relación a su vida cotidiana, experiencias y situaciones (Taylor & Bogdan, 1992). Así, esta técnica se orientó en comprender las producciones simbólicas asociadas a la promoción de la salud, de ahí su centralidad para la elucidación del universo de significaciones. Este tipo de entrevista también puede ser denominada como semiestructurada en la medida que se organizó a partir de una pauta o guía, que buscaba profundizar sobre los campos de problemas, y a la cual se le integraron preguntas complementarias encaminadas a precisar u obtener mayor información sobre los temas tratados (Hernández, Fernández & Baptista, 2006; De Souza Minayo, 2009)

Por otro lado, la otra fuente primaria de recolección de datos fue el grupo de discusión. Este tipo de técnica se enmarca dentro de los dispositivos grupales de investigación, que se orienta a conocer la singularidad de los grupos y lograr trascenderlos para poder develar los atravesamientos institucionales que poseen (Baz, 1996). En el grupo de discusión se investigaron las producciones de sentido y al sujeto como parte de un todo grupal, que se genera a través de la conversación (Ibáñez, 1979). A partir de ésta los integrantes del grupo complementaron sus puntos de vista, se cuestionaron, se interrogaron, y elaboraron de

forma conjunta un discurso grupal (Ibáñez, 1979). La búsqueda de una mirada grupal sobre la promoción de la salud se encaminó a complementar aquella que había sido adquirida de forma individual a partir de las entrevistas. En su definición operativa un grupo de discusión debe integrar entre cinco y diez integrantes, y es coordinado por un moderador quien plantea una provocación inicial para comenzar el debate y una provocación continuada para mantenerlo (Ibáñez, 1993).

Para complementar los datos emergentes de las fuentes primarias se realizó una búsqueda de fuentes de información secundarias. La misma se remitió a artículos de prensa sobre los analizadores históricos seleccionados, y a Leyes y Decretos relacionados con el proceso de Reforma del Sistema Sanitario. En el siguiente punto se detallan las fuentes y materiales consultados.

6. 3. Fases del diseño

El diseño técnico operativo constó de cuatro fases: 1) elaboración del proyecto y construcción de la demanda, 2) preparación del trabajo de campo y relevamiento de datos secundarios, 3) realización del trabajo de campo, 4) análisis del material emergente y redacción del informe de investigación. En este apartado se describen las referencias metodológicas para cada una de las etapas, las actividades realizadas y las opciones que se adoptaron.

1) Elaboración del proyecto y construcción de la demanda

Para la elaboración del proyecto se realizó un recorrido dos años de problematización sobre diferentes temas, problemas y territorios donde realizar la investigación (Ver Capítulo 2). Finalmente este proyecto se construye a partir de la delimitación de un tema y problema, la búsqueda de antecedentes de investigaciones similares, la construcción de un marco teórico referencial, la delineación de objetivos, la delimitación de una estrategia metodológica, las consideraciones éticas, la elaboración un plan de actividades y la proyección de los resultados esperados. Estos componentes son establecidos por la Comisión de Posgrados de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, para la presentación de los Proyectos de Tesis, que se asemejan a los formatos exigidos por otros programas de posgrado, de agencias nacionales o extranjeras de investigación (Vasilachis, 2007).

Durante la formulación de la investigación se desarrolló el proceso de construcción de la demanda. Ésta es una herramienta que se aproxima a lo que en el análisis institucional se denomina como análisis del encargo o de la encomienda (Manero, 1990), pero abarca otros

elementos en la medida que analiza la interrelación entre el pedido (comunitario, estatal, etc.), la oferta (del investigador/a, de un equipo de intervención, etc.), y el encargo (social o institucional) (Rodríguez, Giménez, Netto & Bagnato, 2001). Este proceso se realiza con el equipo de Dirección del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. A pesar de que no existía un pedido explícito, se presentó un proyecto inicial de investigación, enmarcado en la Maestría y en el Instituto de Psicología Social de la Facultad de Psicología, y se mantuvieron diferentes encuentros con el equipo de Dirección del Hospital. Esto permitió complementar la información sobre las características de la atención sanitaria en el territorio, se explicitó el interés de la Dirección del Centro Hospitalario en la temática, se circunscribió el proyecto a las policlínicas del primer nivel de atención de ASSE, y se facilitaron los contactos necesarios para la ejecución del mismo. De este modo se presenta el proyecto ante la coordinadora territorial de la RAP- ASSE, el cual es avalado y se acuerda su desarrollo.

2) Preparación del trabajo de campo y relevamiento de datos secundarios

Previo al desarrollo del trabajo de campo se ajustó el muestreo cualitativo elaborado, se delimitaron los analizadores históricos, se construyó la pauta de la entrevista en profundidad, y se inició el relevamiento de datos secundarios. Se definió una muestra inicial de informantes calificados del personal de salud y de los actores sociales, que tenían relación con las prácticas de promoción de la salud en el territorio. Este tipo de muestreo fue teórico en tanto es el investigador quien selecciona los casos a estudiar por su capacidad para resolver el problema de investigación planteado (Soneira, 2007). Montero (2006) agrega que la selección de las personas tiene como criterio central su condición de *expertos* o *conocedores* de los temas de interés del proyecto. En tanto la investigación estuvo orientada a estudiar significaciones y prácticas de dos agrupamientos sociales, se utilizó una muestra de casos- tipo (Hernández, et al, 2006), a partir de la cual se definió a la población: personal sanitario y actores sociales.

Los informantes calificados que constituyen la muestra de casos- tipo en el personal de salud fueron: responsables de las policlínicas del primer nivel de atención, responsables de la RAP- ASSE a nivel territorial y a nivel departamental, y responsables e integrantes de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Departamento Medicina Familiar y Comunitaria, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Por la delimitación de la muestra, el personal de salud estuvo constituido por médicos/as de Medicina General y de Medicina Familiar y Comunitaria. En los actores sociales la muestra de casos- tipo estuvo constituida por personas integrantes de diferentes organizaciones sociales del CCZ 12, con diez o más años en ellas, y que tuvieron incidencia en el territorio a nivel político, sanitario y/o social.

De este modo, se entrevistó a integrantes del movimiento de usuarios de la zona, a cooperativistas de vivienda por ayuda mutua, y a integrantes de centros culturales, radios comunitarias y comisiones de salud (municipal y policlínicas).

Por otro lado, se delimitaron los analizadores históricos (Lourau, 2007) que formaron parte de las entrevistas en profundidad y de los grupos de discusión. A partir del conocimiento previo del territorio y de los procesos de movilización social en torno a la salud, se seleccionaron los siguientes analizadores históricos: intento de cierre del Hospital en el 2001, la crisis económica y política del 2002⁸, el triunfo del Frente Amplio en el 2005 y los cambios en salud pública, y el boicot al Hospital de Ojos por parte de la Sociedad Uruguaya de Oftalmología en el 2007. El haber formado parte de una de las organizaciones sociales de la zona, durante el período de tiempo del estudio, permitió identificar estos procesos ya que fueron momentos de expresión del hacer histórico social, de los imaginarios instituidos e instituyentes en torno a la salud. Cada uno de los analizadores seleccionados da cuenta de conflictos, de equívocos y de procesos de cambio institucional.

En este momento también se elaboró la pauta de entrevista, que se ajustó a los criterios definidos para la entrevista en profundidad (Taylor & Bogdan, 1992), y fue de similares características para los dos agrupamientos poblacionales seleccionados. En función del problema de investigación la pauta se ajustó a los siguientes temas:

- Las prácticas de promoción de salud más significativas entre el 2000 y el 2010.
- El modo en que era concebida la promoción de la salud.
- Los sentidos atribuidos a los analizadores históricos.
- Si acontecieron cambios entre el 2000 y el 2010 en la promoción de la salud.

En este momento de la investigación se inicia la búsqueda de datos secundarios, que formó parte de todo el devenir de la misma. En relación a los analizadores históricos se seleccionaron 14 artículos de prensa de los periódicos: El País, La Diaria, La República, y Últimas Noticias. Asimismo se recopilaron cinco Leyes Parlamentarias y dos Decretos Presidenciales correspondientes al proceso de Reforma del Sistema Sanitario en el Uruguay (MSP, 2009). También se relevaron cuatro documentos elaborados por el Ministerio de Salud Pública en torno a la promoción de la salud y a la reforma mencionada.

3) Realización del trabajo de campo

El trabajo de campo constó de tres momentos: las entrevistas en profundidad, el análisis preliminar de los datos y los grupos de discusión.

Se realizaron diez entrevistas en profundidad al personal de salud y ocho entrevistas a los

⁸ Este analizador fue introducido durante el trabajo de campo ya que los actores sociales hacían sucesivas referencias a prácticas de promoción de la salud durante la crisis económica y política del Uruguay en el 2002.

actores sociales, dos de estas fueron realizadas a dos personas, integrando así a un total de diez integrantes de organizaciones sociales. El contacto con el personal de salud fue facilitado por la Dirección del Centro Hospitalario Saint Bois, la responsable de la RAP-ASSE territorial y de la UDA. El contacto con los actores sociales fue suministrado por la Dirección del Centro Hospitalario, los/as responsables de las policlínicas y por el conocimiento previo del investigador de los referentes comunitarios. Las mismas tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos, fueron registradas a través de un grabador digital y su contenido fue transcrito. Las entrevistas se circunscribieron a las personas mencionadas ya que a partir del análisis en simultáneo a la ejecución, el análisis preliminar de los datos emergentes y de las categorías abordadas, se utilizó el criterio de saturación teórica (Soneira, 2007) o de categorías (Hernández, et al, 2006) para culminar el trabajo de campo a este nivel. Éste implica que el número de personas con las cuales se trabajó dependió de si existió información adicional a la que ya se había recabado (Soneira, 2007). Por esta razón fue fundamental el análisis *in situ* durante el proceso de investigación, para poder valorar si se estaba en condiciones de poder comprender el objeto de estudio (Hernández, et al, 2006) .

Luego de las entrevistas se procesó el material emergente sólo en lo referido a las prácticas en promoción de la salud, y se organizó su devolución a los sujetos involucrados en la investigación. Dicha devolución, que será desarrollada en profundidad en el apartado de resultados, se organizó según los diferentes componentes de estas prácticas: año, espacio geográfico, ámbito, temática, población, establecimientos institucionales con los que se coordinó, y la técnica utilizada.

A partir de esto se organizaron dos grupos de discusión (Ibáñez, 1993), uno con los actores sociales y otro con el personal de salud, donde se devolvieron los avances preliminares de la investigación -provocación inicial- y se problematizaron interrogantes particulares emergentes del conjunto de entrevistas -provocación continuada-. En el personal de salud se interrogó sobre la promoción de salud del 2000 al 2005, ya que fue escasa la información que surgió en las entrevistas en torno a ese proceso; y sobre su proyección a futuro en torno a la promoción de la salud, en qué objetivos a largo plazo se enmarcaba. Con los actores sociales se reflexionó colectivamente en relación a su rol como referentes barriales en lo que respecta a la promoción de la salud, el rol del Estado en esos asuntos, y por qué consideraban importante la promoción de la salud. Su duración fue de 90 minutos a dos horas y fueron coordinados por el investigador. Para el registro de las mismas se utilizó un grabador digital y el material fue transcrito. Las grupos fueron convocados a partir de las personas entrevistadas, dentro del personal de salud participaron ocho personas y en el de los actores sociales sólo dos. A pesar de esto último no se volvió a realizar una nueva convocatoria ya que la instancia había sido acordada telefónicamente con los/as

entrevistados/as, a través de ellos se amplificó la invitación a sus respectivas organizaciones, se confirmó días previos y la producción elaborada con quienes participaron, por su trayectoria y referencia en el territorio, permitió cumplir con los objetivos propuestos.

4) Análisis del material emergente y redacción del informe de investigación

Para el análisis final del material se desgrabaron las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, se codificó el material en categorías de análisis a partir de la utilización del programa Atlas ti, y a partir del análisis intra e intercategorial se utilizó el método del análisis institucional para la elucidación de imaginarios sociales relacionados a la promoción de la salud. El análisis de contenido fue la técnica de análisis del material de campo, y al finalizar se utilizó el análisis de imaginarios sociales ya desarrollado. Este análisis permitió que a partir de la lectura inicial de relatos y documentos, se alcanzaran niveles de mayor profundidad, desbordando así los sentidos manifiestos de la información (De Souza Minayo, 2009). Dentro de este tipo de análisis se optó por el temático pues permite elucidar los *núcleos* de sentido que componen una comunicación, en este caso las entrevistas y los grupos de discusión (De Souza Minayo, 2009). Este tipo de análisis según De Souza Minayo (2009) está compuesto por tres fases. La primera es el preanálisis, donde se identificaron las unidades de registro y de contexto, las categorizaciones y los conceptos generales que guiarán el análisis. La segunda etapa fue la exploración del material, en ella se clasificó dicho material y se construyeron las categorías de análisis. En la tercera y última etapa se trabajaron los resultados y se interpretaron a partir del marco teórico referencial elaborado (De Souza Minayo, 2009).

De una primera lectura y análisis del material de campo referido al personal sanitario se construyeron las siguientes categorías operacionales: organización del sistema sanitario en el territorio, prácticas en promoción de la salud, significaciones y concepciones en torno a la misma, la formación y la actitud del personal de salud para la promoción, la visión del personal de salud sobre la población, y tres de los cuatro analizadores históricos definidos: intento de cierre del Hospital Saint Bois (2001), el ascenso del Frente Amplio al gobierno y los cambios en Salud Pública (2005), y el boicot al Hospital de Ojos (2007). Estas categorías son conceptualizaciones clasificatorias y se las denomina operacionales en tanto son construidas para aproximarse al objeto de la investigación en la etapa empírica, es decir que facilitaron la observación y el análisis durante el trabajo de campo (De Souza Minayo, 2009). Del material desgrabado de las entrevistas individuales y del grupo de discusión con los actores sociales se realizó la siguiente categorización: organización del sistema sanitario en el territorio, prácticas en promoción de la salud, significaciones y concepciones en torno

a la misma, formación para la promoción, participación social en salud, visión de la población sobre el personal de salud, y valoraciones sobre los cuatro analizadores históricos (incluida la crisis del 2002).

La segunda fase del análisis temático de contenido consistió en una clasificación de mayor profundidad y se extrajeron las siguientes categorías empíricas: las producciones de sentido y las prácticas en promoción de la salud, la formación y actitudes necesarias, las asignaciones de sentido mutuo entre el personal de salud y los actores sociales, y los procesos imaginarios que transversalizan la promoción de la salud en lo histórico social del territorio. Éstas categorías fueron utilizadas para la comprensión teórica del objeto de estudio e intentaron superar el nivel manifiesto del primer análisis (De Souza Minayo, 2009). Posteriormente, la última fase consistió en la instrumentación del análisis de imaginarios sociales (identificación de insistencias, indagación de las prácticas, alojamiento de lo inesperado, análisis de la transversalidad, de los analizadores históricos y de la implicación), donde se interpretaron las categorías empíricas.

Posteriormente se redactaron los resultados y las conclusiones de la investigación que se detallan a continuación.

7. CONSTRUCCIONES DE SENTIDO Y PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERSONAL SANITARIO

7. 1. Los sentidos en promoción de la salud en el personal sanitario

En el personal de salud confluyen diferentes producciones simbólicas asociadas a la promoción de la salud que generaron diversos sentidos en torno a la misma. Los límites y alcances de cada una de ellas son difusos, se entremezclan unos con otros, pero igualmente pueden distinguirse diferentes modos de significar. Para acceder a este nivel simbólico en las entrevistas primero se realizó un recorrido sobre las prácticas en promoción de la salud más significativas y luego se interrogó sobre el modo en que se concebía a la misma. Con esto se buscaba que las definiciones sobre promoción de la salud no fueran un producto único de la abstracción o conceptualización, sino que respondieran a las actividades concretas que se llevaron adelante. La presentación de las mismas está organizado en función de los sentidos que aparecieron de mayor a menor insistencia. Éstas fueron la promoción de la salud como educación para la salud, como orientación en el ámbito clínico, como acción sobre los determinantes sociales de la salud, y como participación social en salud y organización comunitaria. Luego de su presentación descriptiva se realiza un análisis de las insistencias, es decir de las modalidades imaginarias en que se inscriben las diferentes cristalizaciones de sentido producidas (Fernández, 2007).

Es así que una conjunción de producciones de sentido elaboradas por el personal de salud pueden circunscribirse dentro de la promoción de la salud como **educación para la salud**. Aquí se confunden y entremezclan educación para la salud, prevención de la enfermedad y promoción de salud, y es de los sentidos que aparece con mayor insistencia. Una de las entrevistadas asevera que este modo de entender a la promoción de salud es una de las formas para cambiar las *cabezas* de la gente, sus estilos y hábitos de vida. Para lograr ese cambio considera que es necesario educarse, e implica información y comunicación. A su vez entiende que esto es prevención con énfasis en la promoción. En otra entrevista también se entiende a la promoción como prevención y educación, y se afirma que la información debe estar orientada a los elementos que hacen al proceso de la enfermedad. Es así que se afirma que el objetivo fundamental de la promoción de la salud es el brindarle herramientas a las personas para que sean ellos mismos los *hacedores* de mejorar su calidad de vida, de conocer su cuerpo y sus derechos.

Un segundo universo de sentidos en el que se insistió está integrado por aquellos que entienden a la promoción de la salud como **orientación en el ámbito clínico**. En este modo se mencionaban consejos en salud, sugerencias, orientaciones, desarrollados todos

en el espacio de la consulta clínica, en abordajes individuales o familiares. Según una entrevistada es la posibilidad de brindar herramientas para que las personas puedan optar y, al igual que en la representación anterior, se sostiene en el brindar informaciones sobre escenarios posibles en los que pueden devenir ciertas enfermedades. A su vez, se visualiza a este modo de entender la promoción de la salud como más provechoso, en tanto se da a partir de la confianza médico/a- paciente y se pueden observar sus resultados de forma directa. Otra entrevistada afirma que el vínculo más personalizado posibilita mayores oportunidades de intervención. Ante esto se valora que es necesario tener cuidado de no imponerse ante el otro, elemento que no remite sólo a la voluntad del médico/a sino que hace al lugar social de la Medicina.

Dentro de esta perspectiva se explicita la articulación entre la atención de los factores de riesgo y la promoción de hábitos saludables. Vuelve a surgir así una visión individual de la promoción de la salud asociada a cambios de estilos de vida, y a la prevención de enfermedades como modo de evitar los riesgos.

Otros agregan que lo que se realiza en el espacio de consulta clínica individual también puede impactar en las dinámicas familiares. Para esto se ejemplifica con lo que pueden ser los hábitos de alimentación de un sujeto, donde la transformación en éste puede generar repercusiones en la alimentación de toda la familia.

Por último, en una de las entrevistadas con mayor trayectoria en el trabajo en salud manifiesta que este modo de entender la promoción de la salud, se sostiene en el desgaste que ha generado la realización de actividades colectivas (Ej. talleres). En este tipo de instancias se desconocen sus resultados, la participación no es la deseada y en ciertas ocasiones los técnicos superan a la población.

Un tercer agrupamiento de los sentidos, que se encuentra en tensión con los anteriormente expuestos, es el que concibe a la promoción de la salud como **acción sobre los condicionantes sociales**. La misma no aparece con la misma insistencia que las primeras significaciones. Se considera que para la promoción de la salud se requiere una articulación interinstitucional y que el ámbito sanitario no necesariamente debe liderar estos procesos. Para intervenir en promoción de la salud se entiende que son necesarias definiciones políticas y se toma como ejemplo lo que puede ser una obra de saneamiento, donde la voluntad del gobierno y de la población debe complementarse.

Entre los condicionantes de la salud una entrevistada identifica a la educación, al trabajo y al medio ambiente. En otra entrevista se complementan estos aspectos con la alimentación, la vestimenta y la higiene, y se afirma que la salud no es sólo biológica sino que es *multifactorial*, que abarca a todos los comportamientos de los seres humanos.

En este sentido se agrega que la promoción está posicionada desde la salud, es decir que es todo lo que se hace para su fomento. El trabajo desde esta perspectiva y sus resultados

se considera por uno de los entrevistados que no son inmediatos, sino que responden a períodos extensos de tiempo. En este sentido se afirma que cuando se han articulado políticas a diferentes niveles (gubernamental, sanitario, comunitario) se han obtenido resultados.

Un último sentido atribuido a la promoción de la salud es como **participación social en salud y organización comunitaria**. Esta forma de entender la promoción de salud se relaciona con los procesos de apropiación de lo público y con el ejercicio de poder desde las propias comunidades. A pesar de que no se desconoce lo necesario de los talleres y de las actividades de educación para la salud, un entrevistado plantea que es necesario que las personas reconozcan que los espacios públicos les pertenecen, que si no se involucran en su organización no van a funcionar, y que depende de sus decisiones si la comunidad se orienta en un sentido positivo o negativo. Este mismo entrevistado manifiesta que este modo de entender la promoción de la salud se maneja a nivel conceptual entre el personal de salud, pero que son escasas las herramientas operativas para su puesta en práctica en contextos específicos. Esto se fundamenta en que la formación que reciben los/as médicos/as y la concepción tradicional que existe de la Medicina, los aleja de estas nociones y metodologías para el trabajo en participación social en salud y en el *empoderamiento* de las comunidades.

A pesar de que esta no fue la perspectiva predominante entre el personal de salud, cuando se interrogaba en torno a lo que consideraban sobre la participación en salud y empoderamiento, emergieron producciones de sentido que daban cuenta de las debilidades en la participación por parte de las comunidades, la influencia del modelo neoliberal en la retracción de los sujetos del espacio público, y los límites que el personal de salud posee ante estos fenómenos. Una de las entrevistadas manifiesta que la década de los 90 fue un momento donde las personas se recluyeron, donde primo el *hace la tuya* y la carencia de solidaridad, y donde los espacios de todos pasaron a ser espacios de nadie. En este sentido agrega que la participación no se mandata, ni hay leyes que lo aseguren. Otra de las entrevistadas afirma que en su policlínica es un deber la participación comunitaria pero que es permanente la búsqueda de estrategias para lograrla. Un médico agrega en relación a la participación, que las posibilidades de un trabajo comunitario depende de los grados de compromiso de la población. Ante estas dificultades se optó por salir de las policlínicas y concurrir a los establecimientos institucionales del territorio, principalmente a los educativos. Al respecto otros consideran que estos procesos de privatización de lo individual se pueden revertir con un trabajo de años y que están relacionados con el fomento de una cultura de la participación.

En el Cuadro 1 se detallan cada uno de los sentidos atribuidos a la promoción de la salud, sus cometidos y los recursos necesarios.

Las diferentes cristalizaciones de sentido, que se funden y confunden unas con otras en lo manifestado por el personal sanitario, dan cuenta de una preocupación por la promoción de la salud, la generación de estrategias en ese sentido y la interrogación sobre sus implicaciones. Las experiencias transitadas que permitieron llegar a tales definiciones

| Sentidos sobre promoción de la salud en el personal sanitario | Cometidos | Recursos necesarios |
|--|--|--|
| Educación para la salud | Cambiar las <i>cabezas</i> , los estilos de vida y los hábitos de las personas | Información y comunicación. |
| Orientación en el ámbito clínico | Brindar herramientas para que las personas puedan optar | Consejos en salud, sugerencias, orientaciones clínicas. |
| Acción sobre los condicionantes sociales de la salud | Acciones intersectoriales que aborden los condicionantes sociales | Encuentro entre las políticas gubernamentales y los actores sociales. |
| Participación social en salud y organización comunitaria | Apropiación de lo público y ejercicio de poder de las comunidades | Participación comunitaria, compromiso, solidaridad. Formación del personal de salud. |

Cuadro 1. Sentidos sobre promoción de la salud en el personal sanitario (elaboración propia)

y la posibilidad de deliberar sobre este modo de entender el trabajo en salud, fue lo que permitió construir estos universos de sentido y no otros. La descomposición y análisis de dichas cristalizaciones de sentido, su interpelación a partir de las investigaciones relevadas y las producciones teóricas referenciadas, nos habilita a comprender aquellos modos de significar que se acercan a lo universal de lo instituido o a lo particular de lo instituyente.

La promoción de la salud como educación para la salud si bien se sostiene en una voluntad democratizadora del saber científico, en los sentidos identificados, ésta recae sobre el personal de salud, que es quien conoce y el que está capacitado para informar sobre las enfermedades y sus mecanismos de prevención. La potencia de esta significación reside en que no se fomenta la presencia de la enfermedad y su tratamiento, sino que se orienta en intentar modificar los comportamientos y conocimientos de la población antes de que ésta aparezca. A pesar de esto se asienta sobre una tendencia a la unidireccionalidad del trabajo en salud (Mattioni, 2010; De Souza Alves, et al, 2012), donde la complementariedad de saberes (científicos y populares) es posible si en los dispositivos específicos se habilita que esto suceda. Por otro lado, la educación en salud tal como es entendida por el personal sanitario se posiciona desde el polo negativo del proceso de salud enfermedad, es decir en las posibles patologías que se pueden adquirir por la población (Ibiapina, et al, 2011). Como modalidad significativa se inscribe entonces en las significaciones en promoción de la salud que poseen como cometido los cambios

individuales de los estilos de vida. Esta perspectiva individual y no colectiva de abordar las situaciones de salud se acercan a lo establecido, aunque como se decía no es *curativista* (Rabello, et al, 2007) y busca prever escenarios negativos. Si las prácticas, los procesos de comunicación y de información que se establecen son dialógicos y contemplan todos los saberes que hacen a la salud, estas significaciones en promoción serán de características instituyentes. De lo contrario, si son unidireccionales y elaboradas desde *arriba* -el personal de salud- hacia *abajo* -la población- se encuentran dentro de los procesos instituidos en promoción de la salud.

Otro elemento relacionado con este tipo de significaciones es su funcionalidad o no con la Medicina como institución de control social. A pesar de la alerta realizada por una de las médicas entrevistadas de no imponerse ante el otro, la búsqueda por cambiar las *cabezas* y promover determinados estilos de vida, puede ser un mecanismo de control de los cuerpos y de las subjetividades. La institución de la Medicina transversaliza todo el entramado social, su producción y reproducción no es patrimonio único de los/as médicos/as, sino que la población también la reproduce. En esta medida es preciso interrogarse sobre los mecanismos de control de la Medicina, sus implicaciones éticas y sus funcionalidades políticas (Menéndez, 1982). Si la institución de la Medicina se orienta en generar procesos autonómicos adquiere así una funcionalidad crítica y liberadora, pero si promueve heteronomía y dependencia se encamina a mantener el status quo y se trata de un dispositivo más de disciplinamiento social (Foucault, 2002).

Por otro lado, la promoción de la salud como orientación en el ámbito clínico fue una cristalización de sentido en la que se insistió dentro del personal de salud. En estas producciones prevalece una mirada de la acción en salud unidireccional, donde el/la médico/a orienta y el *paciente* comprende (Buss, 2000; De Olivera, 2005; Martinez, 2009). Si bien, como se decía, se alerta por no imponer modos particulares de vivir, la información se le transmite a un otro, que no es receptor pasivo, sino que es un sujeto que escucha en el marco de una relación donde convergen diferentes saberes. En sus modalidades instituidas este universo de sentidos se sostiene en la visión moderna de sujeto: racional y autocentrado, donde la transmisión de información es la estrategia privilegiada (Kornblit, et al, 2007). En la situaciones que se presentaron, la estrategia individual es dominante ante la colectivo, y ante esto aparecen diferentes explicaciones. Por un lado, se manifiesta la efectividad de este tipo de prácticas en contraposición a los talleres o instancias grupales, donde es escasa la participación y no se pueden monitorear sus efectos. Es así que este sentido de la promoción de la salud se desarrolla ante el agotamiento de las modalidades colectivas de intervención. El agotamiento de dichas modalidades y las debilidades de participación de la población se valora en función de las propuestas realizadas. Sin embargo, también se presentaron otras explicaciones que entienden a la participación

como un fenómeno social, complejo y condicionado por múltiples elementos. Éstas no desconocen los años de neoliberalismo y de privatización de los individuos. A pesar de esta lectura crítica de lo histórico social, en esta producción de sentidos en promoción de la salud prevalece un abordaje de los problemas público- colectivos desde dispositivos clínico- individuales. Aunque a ese nivel pueden establecerse procesos bidireccionales, centrados en el diálogo de personas con saberes diferentes pero en igualdad de derechos, es decir que no necesariamente se reproducen las relaciones de dominación establecidas, es una orientación en promoción de la salud que reproduce el modelo individual restrictivo predominante en los sistemas de salud (Saforcada, 2010). Como se decía está significación de la promoción de la salud convive y converge con otras significaciones. A pesar de su funcionalidad y eficiencia, su intención de generar procesos saludables en la población, no buscaba descartar las acciones colectivas en salud (Chapela & Cerda, 2010), sino complementarlas desde las acciones específicas en el ámbito clínico, espacio privilegiado de la acción médica.

En tercer lugar, los sentidos en promoción de la salud como acción sobre los condicionantes sociales de la salud se sostienen en una visión integral de la misma, que se encuentra condicionada por múltiples elementos. Si bien no se esbozan estrategias colectivas para su abordaje, la intersectorialidad planteada da cuenta de procesos de promoción de la salud que se dirigen a las *causas de las causas* (López, et al, 2008), que se sujeta en el fomento de lo positivo de la salud (Hörner & Lorenzini, 2005; Robledo & Agudelo, 2011) y en su relación con las condiciones de vida (Buss, 2000; Chapela & Cerda, 2010). De este modo, este modo de entender a la promoción de la salud se ubica dentro de las tendencias instituyentes, aunque no basta con su simple enunciación; es necesaria la elaboración estrategias colectivas sobre los condicionantes sociales y el desarrollo de procesos autonómicos en salud (Carvalho, 2004). Esta cristalización de sentidos, si bien no fue de las de mayor insistencia, puede ser parte de procesos clínico-individuales, donde la comprensión de las patologías contemple a los diferentes condicionantes mencionados. El trabajo intersectorial e interinstitucional tampoco garantiza procesos autonómicos en la población, las prácticas que no trascienden lo netamente asistencial, se enmarcan en procesos de producción de tecnoddependencia (Rebellato & Giménez, 1997). Al igual que los otros sentidos atribuidos a la promoción de la salud, su expresión en las prácticas específicas es lo que garantiza las particularidades de los imaginarios puestos en juego. Igualmente la consideración de una visión integral de la salud y el abordaje de sus condiciones de producción, se acerca significativamente a los imaginarios instituyentes en salud, donde se intenta superar la fragmentación y las miradas unidisciplinarias.

Por último las cristalizaciones de sentido que colocan a la promoción de la salud

como participación y organización comunitaria, desterritorializan al personal sanitario como el único encargado de estos aspectos y dota de protagonismo a las comunidades. Estas producciones simbólicas se inscriben entonces en una mirada bidireccional de la salud, donde lo colectivo tiene un rol determinante, y la transformación del entorno es la estrategia de acción sobre el espacio público (De Olivera, 2005; Di Leo, 2009; Martínez, 2009; Chapela & Cerda, 2010). Esta perspectiva contempla la acción sobre los condicionantes sociales de la salud y al introducir la participación social se aproxima al modo instituyente de promoción de la salud. Sin embargo, aunque la participación social en salud no fue algo en lo se insistió, sí es una preocupación por parte del personal sanitario. Es así que puede afirmarse que no se trata de una ausencia de esta significación en torno a la promoción de la salud, sino que las debilidades en el encuentro entre médicos/as y población (Findlay & Palmer, 1994) hacen que se hayan seleccionado otras modalidades de promover salud, donde la educación y la orientación clínica son las estrategias.

En resumen, el universo de significaciones asociado a la promoción de la salud por parte del personal sanitario es de características polisémicas (Lopes, et al, 2010; Soares, et al, 2011; Robledo & Agudelo, 2011), en tanto son diversos y se superponen las diferentes sentidos (Czeresnia, 2008). De este modo los límites entre las diferentes significaciones son difusos y dentro del personal de sanitario se combinan distintas modalidades de producción de sentidos.

7.2. Prácticas en promoción de la salud del personal sanitario

Las formas de fabricar/construir la promoción de la salud por parte del personal de salud se circunscriben a las significaciones presentadas anteriormente, y adquieren una expresión concreta en prácticas específicas. Éstas fueron de lo más diversas y con diferentes formatos. Las mismas fueron indagadas al iniciar la entrevista en base a la pregunta sobre qué actividades de promoción de la salud consideraban como más significativas entre el 2000 y el 2010. Al contemplar sólo a las más significativas y al expresarse a partir de un ejercicio de rememoración, seguramente no se encuentren comprendidas la totalidad de las experiencias. Por las características de la investigación, cualitativa y dirigida a comprender en profundidad las experiencias y no su extensión total en el territorio, no existen pretensiones de generalización, sino de dar cuenta de sus modalidades particulares de expresión. Así se identificaron orientaciones y tendencias de las prácticas entendidas como promoción de la salud que es posible agruparlas de la siguiente manera: promoción de hábitos saludables; educación para la salud; prevención de la enfermedad; promoción de difusión de la salud; fomento de las redes sociales;

promoción de la salud sexual y reproductiva; promoción del conocimiento del territorio; promoción de la organización comunitaria; y promoción de la salud ocular.

En cada una de esas orientaciones se ejemplifican las experiencias específicas en que se materializaron cada agrupamiento de prácticas. Posteriormente se realiza lo que Fernández (2007) denomina como indagación de las prácticas.

Dentro de las prácticas de **promoción de hábitos saludables** se encuentran aquellas que tienen que ver con la promoción de la alimentación saludable y la higiene. Este trabajo se realizaba principalmente en Escuelas -con niños, niñas, madres y padres-, pero también aparecieron experiencias en otros niveles educativos. Se menciona como una actividad permanente en el período de tiempo delimitado y el formato privilegiado fue el taller, donde se buscaba integrar a los destinatarios de los mismos. En general estuvieron orientados a brindar pautas de alimentación y de higiene saludables. El trabajo con la población infantil en Escuelas es fundamentado por una de las entrevistadas, que es el modo de influir en los futuros comportamientos adultos y en las dinámicas familiares.

Este tipo de trabajos en las Escuelas son coordinados con la Dirección, las/os maestras/os y los destinatarios (niños, madres, etc.). El procedimiento para la realización de los talleres adquiere diferentes modalidades dependiendo del médico/a que haya estado a cargo y de los establecimientos institucionales. En algunas ocasiones es la Escuela la que realiza el pedido y en otras es el personal de salud el que oferta la actividad. En una de las entrevistas se manifiesta que si bien estos trabajos son acordados a nivel institucional, en algunas situaciones no se cuenta con el apoyo necesario para modificar los patrones de alimentación. Para ejemplificar esto se toma la situación de las meriendas, mientras que en los talleres se trabajaba patrones saludables, adentro o fuera de la Escuela se vendían alimentos contrarios a los propuestos.

En lo que refiere a la promoción de hábitos saludables también se desarrollaron experiencias con adolescentes. De lo relevado surgieron este tipo de prácticas en el Espacio Adolescente, en la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), en el Programa Aulas Comunitarias, y en una experiencia de uno de los Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial⁹ (SOCAT) que devino en el Ciclo Básico Agrario coordinado con la UTU de la zona.

En el Espacio Adolescente, una de las entrevistadas manifiesta que se realizaban diferentes actividades que buscaban acompañar a los jóvenes de distinta forma, generando actividades orientadas a la recreación y al trabajo sobre diversos temas. Esto era articulado sobre la base de un espacio del *cuerpo* y un espacio de la *palabra*. Esta experiencia surge del Nodo Adolescente¹⁰ de la zona que visualizaba como una

⁹ Tanto el Programa Aulas Comunitarias como los SOCAT pertenecen al Programa Infamilia del Ministerio de Desarrollo Social, y fueron creados a partir del 2005 cuando el Frente Amplio asume el gobierno nacional.

¹⁰ Espacio interinstitucional que articula a diferentes organizaciones de la zona que trabajan en torno a la

problemática a la deserción de los adolescentes del sistema educativo. La convocatoria se realizaba a través de las instituciones educativas y de los/as Médicos/as de Familia del territorio, que detectaban a jóvenes con factores de riesgo (abandono del estudio, sin una ocupación laboral, con espacios de ocio). La experiencia articulaba a diferentes disciplinas y profesores: Educación Física, Tai Chi, Psicología, Medicina Familiar y Comunitaria. Es explicitado por una de las entrevistadas que a partir de que los jóvenes empiezan a participar de este espacio tienen otra evolución a nivel del consultorio. Lo clínico asistencial y una modalidad más integral de abordar la salud, no significó la suplantación de una por la otra sino su complementariedad.

Otro espacio donde se desarrollan actividades de promoción de hábitos saludables es en la UTU que funciona en el territorio. En este ámbito se trabajó todo lo referido a proyecto de vida asociado al proceso educativo. Esto no era de características aisladas sino que se trabajaba combinado con otras temáticas (Ej. salud sexual y reproductiva). Una experiencia similar se desarrolla a nivel del Programa Aulas Comunitarias donde a partir del trabajo en diferentes temáticas (salud sexual y reproductiva, aptitud física y carnés de control) se abordan elementos vinculados a hábitos saludables como la higiene personal.

Desde un SOCAT de la zona y en el marco de un equipo multidisciplinario se impulsa un Ciclo de Introducción a las Actividades Agrarias, que luego deviene en el Ciclo Básico Agrario, que es coordinado por distintas establecimientos institucionales de la zona: SOCAT, UTU y Policlínicas de ASSE. Al igual que el Espacio Adolescente esta experiencia tuvo como cometido el captar a los jóvenes que se encontraban por fuera del sistema educativo. En este ciclo de formación en actividades agrarias se trabajaban distintos aspectos vinculados a la tierra (plantar, semillas, etc.) y al mismo tiempo se abordaban aspectos vinculados a la salud como orientación vocacional, equinoterapia, educación sexual, higiene, salud laboral. Como en las experiencias ya mencionadas aquí también se combinan hábitos saludables con otro tipo de actividades.

Otras prácticas de hábitos saludables son aquellas que se realizaron en el marco del convenio interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), ASSE, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), y los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF). De ahora en más a este convenio se lo denominará como ASSE- Plan CAIF.

A partir de esta articulación interinstitucional surgieron en el territorio dos tipos de prácticas: la generación de prácticas de lactancia saludables, y la estimulación oportuna. En el primer caso las actividades se realizaban en conjunto entre una de las policlínicas con el Instituto Perinatal del Uruguay (IPU) y había un día de la semana dedicado a las embarazadas, donde promotoras de lactancia instruían a las futuras mujeres madres en

adolescencia.

ese tema. La segunda implicó la generación grupos de madres y padres para la formación en estimulación oportuna. Estos eran realizados en los CAIF y se promovía la estimulación de niños y niñas en sus primeros años de vida.

Otro grupo de prácticas son aquellas que dentro de la promoción de la salud estaban orientadas a la **educación para la salud**, que fueron diferenciadas de las anteriores en tanto éstas son claramente educativas. Como ya fue explicitado la diferencia entre las diversas prácticas es difusa y algunas de las desarrolladas en el agrupamiento anterior podrían perfectamente pertenecer a este. Pero como las mismas tenían un cometido específico de educación en salud se prefirió dedicarle un espacio propio.

Un primer conglomerado de prácticas de educación para la salud son las charlas en sala de espera. En estas se trabajan distintos temas sobre la base de una población que está reunida espontáneamente en una policlínica. En las prácticas relevadas surge que este tipo de actividades son desarrolladas por el personal de salud, por estudiantes de Medicina y/o por personas no médicas vinculadas a las policlínicas. Por una de las entrevistadas se consideran propicias ya que la espera de la consulta no es *tiempo muerto*, sino que se aprovecha para trabajar algún tema.

En este agrupamiento vuelven a reiterarse las actividades en el marco del convenio ASSE-Plan CAIF, pero aquí se esbozan aquellas que tuvieron el formato de charla educativa. Se reitera el trabajo con mujeres embarazadas, donde se combinan charlas informativas con el seguimiento clínico. En una de las entrevistas se manifiesta que se trabajaron los siguientes temas: el control del embarazo, la lactancia, y la alimentación durante este período. Este tipo de actividades en formato de charla o de taller fueron de características puntuales ante el pedido de alguno de los responsables o de quienes asisten al CAIF. Se explicita que aunque la relación con este establecimiento se sostiene en el tiempo, las actividades de educación para la salud eran ante un tema emergente. Esto mismo sucedía, según una entrevistada, en un establecimiento que trabajaba con jóvenes, donde las charlas informativas fueron puntuales, y se abordaron temas como adicciones y educación sexual. Este tipo de prácticas también fueron desarrolladas en las Escuelas, y las temáticas abordadas según una de las entrevistadas fueron parasitosis, sexualidad, salud bucal e higiene.

Por fuera de las instituciones educativas una actividad de educación para la salud fue realizada con un coro que funcionaba en un complejo habitacional. Estas actividades fueron de características puntuales y también se efectuaban bajo el formato de charlas.

Dos preocupaciones surgen de este tipo de prácticas de educación para la salud; por un lado una de las médicas entrevistadas se interroga en relación al impacto de las mismas, cuánto llegan a la gente y si en definitiva generan algún cambio. Otra de las preocupaciones de los entrevistados son las dificultades de participación que poseen, es

decir las que son convocadas especialmente, no las de sala de espera.

Es así que quedan planteadas estas dos interrogantes, qué tipo de impacto poseen estas charlas de educación para la salud y cuáles son los niveles de participación en las mismas. Ambas interrogantes exceden los objetivos de esta investigación, pero es necesario dar cuenta de ellas en tanto cuando se presentaban las actividades se problematizaba sobre las mismas.

Un tercer grupo de prácticas entendidas como de promoción de la salud fueron aquellas orientadas a la **prevención de enfermedades**. Éstas se dividen en dos a partir de la clasificación de Leavell y Clark (1976): prevención primaria (prevención propiamente dicha) y prevención secundaria (detección precoz y tratamiento)

En cuanto a las primeras un conjunto de actividades de prevención de enfermedad está referida al tema adicciones. Esto fue trabajado principalmente en liceos y en general se aborda en relación a otras temáticas vinculadas a la adolescencia (Ej. salud sexual y reproductiva)

Otra conjunción de actividades de prevención primaria están relacionadas al control de la persona sana con el objetivo de conocer su estado de salud y de detectar enfermedades precozmente. Este tipo de trabajos fueron realizados con adolescentes, mujeres y adultos mayores. Con adolescentes se trabajó en el Programa Aulas Comunitarias y consistía en realizar el carné de aptitud física. En el caso de las mujeres se mencionan las prácticas de control clínico (Ej. Papanicolau). Mientras que con los adultos mayores se menciona el trabajo con una Asociación de Jubilados, donde se realizó el carné del adulto mayor. En todos los casos, a pesar de que la población no se atendía en las policlínicas, el modelo de abordaje es el clínico individual.

En relación a estas prácticas una de las entrevistadas manifiesta que todos estos programas están dirigidos principalmente a la mujer y que el adulto hombre se encuentra por fuera de los mismos (salvo el carné de salud que se le solicita a toda la población en empleos formales). La misma asevera que el adulto hombre no tiene programas de promoción de la salud específicos y que este se encuentra alejado del sistema de sanitario.

Otro tipo de actividad de prevención que aparece como significativa son aquellas que tenían como contenido el prevenir el dengue. En una de las entrevistas se manifiesta que esta experiencia fue trabajada de forma coordinada entre los Médicos de Familia y Comunitarios de la zona con la Comisión Salud del CCZ 12. La estrategia de prevención comprendía talleres en Escuelas, el monitoreo de las larvas de los mosquitos y las fumigaciones en los lugares que era necesario.

Además en Escuelas se han realizado actividades puntuales de prevención sobre diferentes temas: parasitosis, accidentes de tránsito, accidentes de niños/as en el hogar,

entre otros. En los talleres en sala de espera de las policlínicas, se menciona que se abordaron distintas temáticas vinculadas a la prevención: hipertensión arterial, diabetes, métodos anticonceptivos, Papanicolaou, y dengue.

Otra conjunción de actividades de prevención de la enfermedad estuvo relacionada con la prevención secundaria, es decir con la detección precoz y el tratamiento oportuno de algunas enfermedades. Una de las prácticas que emerge con mayor insistencia son los grupos de Obesos, Diabéticos e Hipertensos (ODH). Los mismos aglomeran a enfermos/as de estas patologías, son coordinados por un médico/a o por un equipo multidisciplinario, y se trabajan distintos elementos vinculados al tratamiento de dichas enfermedades crónicas. Se trata de una estrategia preventiva de características grupales que busca trabajar distintos aspectos de las patologías, el tratamiento y el apoyo mutuo entre sus integrantes. En una de las experiencias se menciona que se difundían recetas y se realizaban comidas nutritivas. Otra de las entrevistadas manifiesta que los mismos se comienzan a desarrollar durante los últimos años que contempla esta investigación y que han tenido problemas en la participación. Esto último es compartido como preocupación por diferentes entrevistados, en general la participación comienza siendo alta en cantidad y con el paso del tiempo disminuye.

En una de las policlínicas autogestionadas del territorio funciona un grupo de diabéticos que realiza actividades similares a las de ODH pero sólo enfocado en esa patología. En este caso la participación de uno de los médicos entrevistados se remitía a realizar charlas sobre distintas preocupaciones de los/as integrantes del grupo (Ej. retinopatía diabética, nefroprevención)

Otras prácticas de prevención de enfermedades estaba orientada a la primera infancia y al trabajo con mujeres para la identificación de determinadas patologías y los pasos necesarios a dar. Se trata de la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que es una estrategia impulsada desde UNICEF¹¹, y que también se desarrolla en el marco del convenio ASSE- Plan CAIF. Se trabajan las vacunas y las enfermedades prevalentes: diarrea, infecciones respiratorias, problemas de oído, nariz o garganta. Se busca enseñar los signos de alarma de dichas enfermedades, para poder distinguir cuando es necesario hacer la consulta médica o si por la urgencia es necesario realizar el diagnóstico y comenzar el tratamiento. Una de las médicas expresa que se realizaban en los CAIF, que es donde se aglutinan las mujeres madre, y que a las mismas les agradaban los talleres ya que se le brindan nociones básicas y herramientas para poder manejarse con sus hijos/as.

Otra práctica de prevención secundaria que se realiza a nivel de las Escuelas es formación en primeros auxilios. Esto era realizado en conjunto con estudiantes de la Facultad de

¹¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Medicina y se le enseñaba a escolares de los últimos años qué hacer ante una situación o accidente: reanimación cardiopulmonar básica y medidas de atención inmediatas, que realizar ante un ahogo, un electrocutamiento, o una herida cortante.

Por último una estrategia de prevención secundaria pero que se desarrolla a nivel del ámbito clínico es el trabajo sobre la base de una agenda programada. Según uno de los entrevistados es una práctica médica que surge en la década de los 90 a partir de la Unidad de Medicina Familiar que funcionaba en el MSP. Dicha estrategia consiste en asignar a la consulta clínica un número de personas para el control de sus enfermedades (asmáticos, hipertensos, diabéticos), dependiendo de la gravedad de las mismas se programan citas. Si la persona no concurre se lo llama para que se realice los controles, los estudios de laboratorio, etc.

Otro agrupamiento de prácticas son aquellas que tienden a la **difusión de actividades de salud**. Estas prácticas están constituidas por aquellas actividades que tenían como cometido difundir lo que se estaba realizando a nivel de la salud, en prevención, promoción o educación para la salud. Entre éstas las que se destacan con mayor insistencia fueron las Ferias de Salud. Eran organizadas por la Red de Efectores de Salud del CCZ 12, que aglutinaba a los establecimientos de salud y organizaciones de la zona, y presentaban sus trabajos las organizaciones locales así como otro tipo de organizaciones: asociaciones estructuradas por problemas de salud (Centro Alzheimer, Alcohólicos Anónimos), comisiones honorarias de prevención, y entidades estatales. Se realizaban una vez al año en la Plaza Colón, y cada uno de los actores convocantes presentaba alguna temática de interés. Las actividades se realizaban los sábados, durante todo el día y se cerraban con un espectáculo artístico. Las temáticas eran de lo más variadas y la modalidad de presentación de lo realizado se hacía en formato stand. A pesar de los desafíos organizativos que implicaba se considera que era una actividad que brindaba mucha satisfacción a quienes participaban porque se podía difundir a nivel barrial lo que se venía trabajando. La misma era organizada por parte de la Red de Efectores de Salud del CCZ 12, que integraba a los distintos efectores de salud de la zona y era coordinada por una Trabajadora Social del Hospital Saint Bois. El trabajo en red y la promoción de salud será abordada más adelante, aquí sólo se esboza quiénes participaban en la gestión de la Feria de Salud: SOCAT, Intendencia de Montevideo, Centro Hospitalario Saint Bois, y los efectores privados de la zona (Centro Uruguayo de Asistencia Médica -CUDAM- y Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay -CASMU-). A pesar de que participaban todas estas instituciones en una de las entrevistas se manifiesta que quienes conducían el proceso eran el Hospital Saint Bois y el CCZ 12, que fueron quienes coordinaban la red y dinamizaban los aspectos logísticos para que la feria se desarrollara (luz, stands, escenario).

Esta experiencia se realizó durante tres años (2006- 2009) y luego no se pudo volver a concretar. Ante esto surgen dos explicaciones en las entrevistas, una relacionada a los cambios de Dirección en el Hospital Saint Bois que no definieron a este espacio como una prioridad, y la otra vinculada a que la participación de la población era débil y eso implicó su disolución.

Otra de las prácticas de difusión de actividades de salud se desarrolló en el marco de una radio comunitaria. Un equipo de Médicos/as de Familia y Comunitaria gestionaban la conducción de un programa de salud radial. En el programa se emitía y se difundían temáticas vinculadas a la promoción, la prevención y la educación para la salud. Es valorado por una de las entrevistadas que cuando se intentaba convocar a alguna actividad puntual la participación en cantidad era mínima.

Otro conjunto de construcciones en promoción de la salud fue el **fomento de redes sociales**. Se trata de aquellas actividades de participación y de promoción en redes institucionales del territorio. En una de las entrevistas se afirma que la colaboración con estas redes, no sólo era una aspecto que posibilitaba su existencia, sino que facilitó su desarrollo. Es así que en este punto se encuentran las prácticas de dinamización de vínculos con otras instituciones de la zona, en lo que hace a las redes de efectores de salud y a otras experiencias de articulación interinstitucional.

Un espacio de participación bajo esta orientación fue la Red de Efectores de Salud del CCZ 12 ya mencionada, que aglutinaba y coordinaba acciones entre establecimientos institucionales de salud de la zona (públicos, privados, comunitarios), temáticas de trabajo, espacios donde realizarlas y actividades específicas (Ej. Ferias de Salud). Una de las entrevistadas plantea que cuando la red estaba *bien* estimulada se trabajaba en diferentes actividades que tenían que ver con la promoción de la salud. Esta red además de oficiar como espacio de coordinación en el territorio significaba para algunos/as Médicos/as de Familia y Comunitarios una colaboración en sus tareas cotidianas y un lugar de socialización con pares.

En una de las entrevistas realizadas se explicita que el espacio a lo largo del tiempo se fue debilitando y, como se mencionó anteriormente, se entiende que el mismo se debió a que desde el Hospital Saint Bois se dejó de trabajar en su promoción. Esto debilitamiento implicó que durante sus últimos años sólo participaran en la red efectores de salud del sub sector público.

Otro espacio que hace específicamente a la salud en el territorio es la Comisión de Salud del CCZ 12. En ella personal de salud y actores sociales coordinaban acciones de asistencia, promoción, prevención y educación para la salud. Dicha comisión fue quien coordinaba la atención del Policlínico Móvil de la Intendencia¹², los barrios a los que iba y

¹² Era una policlínica integrada por personal de salud que recorría diferentes territorios del zonal. Las

quiénes se hacían cargo del mismo. Desde esta Comisión se trabajó la campaña territorial de prevención de dengue ya abordada.

Dentro de este tipo de prácticas también se encuentra la participación en los SOCAT. Estos espacios se crearon durante el tiempo a que se limita esta investigación, a partir de la fundación del MIDES en el 2005. La figura institucional que los precedía tenía otra nominación y funciones: los Servicios de Orientación, Consulta y Atención Familiar (SOCAF). El desarrollo de los SOCAT en los diferentes territorios significó la dinamización de un trabajo en red entre actores sociales e institucionales de diferentes zonas. En ellos participaron y participan los responsables de las policlínicas del primer nivel del sub sector público entrevistados. A partir de este trabajo a nivel territorial se pudieron desarrollar distintas experiencias de articulación interinstitucional como el Nodo Adolescente, que trabaja en políticas, planificación y programas relacionados con los/as adolescentes. Otro nodo creado fue el de Primera Infancia, que al igual que el abocado a adolescentes tenía el cometido de articular acciones en ese nivel etario. Este nodo aglomera a todas las instituciones de la zona que trabajan en la primera infancia y es coordinado desde el SOCAT. Desde esta articulación se realizaron las actividades de AIEPI, e instancias de capacitación para los/s técnicos/as de los CAIF y las mujeres madres que asisten a los mismos.

Una última experiencia que también se logró dinamizar desde esta institucionalidad territorial fue el Convenio ASSE- Plan CAIF, que posibilitó formalizar el trabajo entre las instituciones y el desarrollo de actividades conjuntas. Muchas de las prácticas ya explicitadas se llevaron adelante en el marco de dicho convenio.

Una de las entrevistadas manifiesta que también participó en la Mesa de Convivencia y Seguridad Ciudadana, espacio creado por el Ministerio del Interior, que conjunta a establecimientos institucionales y a actores sociales territoriales. Esta no insistió como las anteriores en los relatos del personal de salud y aparece como una experiencia aislada entre las ya identificadas.

Un sexto grupo de prácticas identificadas como de promoción de la salud fueron aquellas vinculadas a la **salud sexual y reproductiva**. Éstas se realizaron en CAIF, Escuelas, Liceos y UTU. Los temas se reiteran en los distintos ámbitos educativos pero se ajustan a las características particulares de los participantes.

En los CAIF se trabaja con las mujeres madres de los/as niños/as que asisten. Dentro de un conjunto de temas que se abordan, una de las entrevistadas manifiesta que trabajó educación sexual y reproductiva: planificación familiar, métodos anticonceptivos, conocimiento del cuerpo. El uso del taller fue la técnica privilegiada.

características del mismo se desarrollan cuando se presentan las prácticas de promoción de la salud de los actores sociales.

En las Escuelas surgen experiencias que se realizaron de forma colectiva entre distintos Médicos/as de Familia y Comunitarios de la zona, y también aparecen actividades individuales de ciertos médicos. Dentro de las colectivas se destaca una que articuló a cuatro médicos/as de la zona que trabajaron en dos Escuelas a partir de la programación de talleres sobre salud sexual y reproductiva (sexualidad, anticonceptivos). La actividad emerge de situaciones que se presentaban en el ámbito clínico a una de las doctoras. Los/as cuatro médicos/as realizaron una serie de talleres en las Escuelas, fue de las primeras experiencias de este tipo de articulación, de *salir* de la policlínica e ir a las instituciones educativas. Se dividían de a dos médicos/as por taller y los temas eran trabajados en seis encuentros. Según una entrevista fue la posibilidad de conocer el lugar, las personas y de trabajar fuera de la policlínica. Ese *salir* de las policlínicas, es manifestado en una entrevista, que también significó la posibilidad de cambiar la *soledad* en la que se encontraban trabajando. La actividad fue apoyada por el SOCAT que brindó presupuesto para los gastos de los talleres. Fue la única experiencia de articulación que surgió en relación al tema salud sexual y reproductiva en Escuelas; se realizaron actividades coordinadas entre varios médicos pero sobre otros temas y en otros ámbitos educativos.

Otras prácticas de promoción de la salud sexual y reproductiva en Escuelas se implementaban de modo individual por los/as médicos/as. En una de las entrevistas se manifiesta que además de los talleres sobre salud sexual y reproductiva, se mantenía un contacto permanente con los establecimientos por la derivación clínica de niños/as a la policlínica.

En el caso de los Liceos se trabajó métodos anticonceptivos, ciclo femenino, aparato genital masculino y femenino. En conjunto con las educadoras del liceo y a través de juegos se abordaron los diferentes temas en el marco de talleres.

Por último en la UTU se abordó la salud sexual y reproductiva desde el autocuidado y la sensibilización en torno al tema. Los estudiantes tenían diferentes interrogantes y, como en el liceo, se utilizan dinámicas para responder y trabajar diversos tópicos. Lo que más les preocupaba eran las enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos y la sexualidad en general.

Otro tipo de prácticas de promoción de la salud mencionadas por el personal de salud fueron aquellas vinculadas al **conocimiento del territorio**, como los diagnósticos de situación de salud. Era una práctica habitual de los/as médicos/as que trabajaban en el primer nivel de atención y se desarrollaron en diferentes zonas durante el período de investigación. Si bien no es una práctica de promoción de la salud en sí misma, uno de los entrevistados afirma que genera las condiciones de posibilidad para el desarrollo promoción de la salud, y que su vez ciertos diagnósticos tienen un componente de

intervención en la comunidad. Desde el personal sanitario en general se manifiesta la voluntad de que sean participativos, que los propios involucrados analicen los datos que surgen, y que a partir de los mismos se delimiten posibles acciones de promoción de la salud. En el grupo de discusión se valoró que es una herramienta que a los/as médicos/as les permite acercarse a la comunidad, integrarse a sus sistemas sociales, de los cuales están alejados por el lugar social asumido y otorgado a la disciplina. Según una de las entrevistadas es la posibilidad de generar cuestionamientos en las personas y de *empoderarlas* en relación a su salud. Como tantas otras prácticas éstas se realizan en coordinación con estudiantes de Facultad de Medicina en el marco de sus actividades curriculares. En cuanto al método de los mismos uno de los entrevistados afirma que además de hacer la encuesta tradicional, se busca escuchar a la población, hacer entrevistas y participar de actividades significativas del barrio.

En relación a este tipo de investigaciones- intervenciones, en las entrevistas se interroga en torno al impacto de las mismas en períodos cortos de tiempo y que es necesario contemplar que se trata de procesos de años. Los diagnósticos de situación de salud se realizan a nivel territorial o sobre poblaciones específicas, y en algunas experiencias se combinaban los dos tipos.

Otro tipo de prácticas pueden agruparse por la promoción de la **organización comunitaria**. Estas no aparecieron con la insistencia que surgieron las antedichas. Igualmente es necesario ubicarlas dentro de las prácticas de promoción de salud porque constituyen experiencias que, si bien son incipientes entre el personal de salud, generan efectos en el entramado social y se alejan de lo esperado. Reflotar, acompañar, escuchar, colaborar, eran palabras planteadas por los/as médicos/as cuando se referían a la promoción de esta práctica de organización social. Los contextos en los que se desplegaba era en policlínicas que habían surgido o que se encontraban dentro de una organización vecinal.

En este tipo de procesos se considera necesaria la presencia del médico/a para facilitar y dinamizar las actividades comunitarias, pero se considera fundamental que se puede prescindir del técnico/a y que sean los propios actores sociales quienes asuman el protagonismo. Uno de los entrevistados entiende que la participación comunitaria y la promoción de salud están relacionadas con la gestión de lo comunitario. Asimismo agrega que este tipo de prácticas complementa los otros tipos de actividades que se desarrollan en el territorio. En las entrevistas y en el grupo de discusión se menciona la carencia de formación académica para abordar este tipo de trabajos. El rol del médico/a pasaba por facilitar que se desarrollaran determinados procesos o tan sólo ser parte de la cotidianeidad de esos espacios, participar en las comisiones o asambleas de la comunidad.

Como en otras prácticas ya mencionadas aparece nuevamente la participación social como un obstáculo para el desarrollo de acciones orientadas a la organización comunitaria. En este caso este tema adquiere centralidad en la medida que no se puede colaborar en organizar a una comunidad si no participan sus miembros.

Por último otro agrupamiento de prácticas fueron comprendidas como promoción de la **salud ocular**. Éstas prácticas estaban constituidas por tres componentes: promoción, sensibilización y prevención. El mismo se constituyó como Programa y trabaja en las Escuelas del territorio, en conjunto con estudiantes de la Facultad de Medicina. La rotación por las diferentes Escuelas posibilita alcanzar un monitoreo de los/as niños/as pesquisados/as a lo largo del tiempo.

En el Cuadro 2 se resumen las prácticas de promoción de la salud del personal de salud, el ámbito en el que se desarrollaban, los temas trabajados, la población implicada, los establecimientos institucionales con los que se coordinó, y las técnicas utilizadas. Como se mencionaba al comienzo, las mismas ejemplifican sobre su modalidad de expresión y difícilmente contemplan la totalidad de actividades realizadas. Igualmente ilustran sobre las diferentes orientaciones que adquiere la promoción de la salud en el territorio.

Luego de haber transitado por las diferentes orientaciones y tendencias de las prácticas en promoción de la salud del personal sanitario y sus modos de expresión específicos, es necesario indagar sus ordenamientos organizativos y los sentidos que sostienen dichas prácticas (Fernández, 2007).

En lo que refiere a la promoción de hábitos saludables la población objetivo eran niños/as, adolescentes, madres y padres; y las diferentes prácticas eran realizadas en el marco de

| Prácticas en promoción de la salud del personal sanitario | Ámbito | Temas | Población | Establecimientos con los que se coordina | Técnicas |
|--|---|--|--|--|-------------------------------|
| Prácticas de promoción de hábitos saludables | CAIF Escuela Espacio Adolescente UTU Aulas Comunitarias | Pautas de higiene y de alimentación saludables. Estimulación oportuna. Lactancia. Proyecto de vida. | Niños/as. Adolescentes. Mujeres. Embarazadas. Padres y madres de escolares. | ANEP MIDES SOCAT UTU | Charlas Talleres Juegos |
| Prácticas de promoción de la educación para la salud | Sala de espera de las policlínicas. CAIF. Centro juvenil. Escuela. | Papanicolau. Dengue. Control y alimentación durante el embarazo. Lactancia. Adicciones. | Población en general que se asiste en las policlínicas. Mujeres embarazadas. Jóvenes Niños/as | CAIF Centro juvenil ANEP Coro de un complejo habitacion | Charlas Talleres Juegos |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| | | Sexualidad. Parasitosis. Salud bucal. Higiene. | Adultos | al | |
| Prácticas de prevención de la enfermedad | Policlínica. Comunidad. Escuelas. CAIF. Liceos. | Dengue. Primeros auxilios. Enfermedades crónicas no transmisibles. Control de la persona sana. Adicciones. Papanicolau Parasitosis. Accidentes de tránsito. Accidentes de niños/as en el hogar. Enfermedades prevalentes en la infancia. | Niños/as Jóvenes Adultos Mayores Mujeres madres | CAIF ANEP Organizaciones comunitarias | Charlas Talleres Consulta clínica Juegos |
| Prácticas de difusión en salud | Comunidad Establecimientos institucionales. | Diversas temáticas vinculadas a promoción de la salud, difusión de enfermedades y controles de salud. | Población en general | Efectores de salud públicos y privados. Radio comunitaria | Ferias de salud (stands) Programa radial |
| Prácticas de fomento de las redes sociales | Comunidad Establecimientos institucionales | Espacio de diálogo, identificación de problemas comunes y diseño de estrategias. | Población en general Adolescentes Niños/as | Efectores de salud públicos, privados y comunitarios. SOCAT CAIF Ministerio del Interior. | Reuniones periódicas. Coordinación interinstitucional e intersectorial |
| Prácticas de promoción de la salud sexual y reproductiva | CAIF Escuelas Liceos UTU | Sexualidad Métodos anticonceptivos. Enfermedades de transmisión sexual. Autocuidado | Mujeres madres Niños/as Adolescentes | ANEP UTU CAIF SOCAT | Talleres Charlas Juegos y dinámicas |
| Prácticas de promoción del conocimiento del territorio | Comunidad Instituciones | Diagnóstico de situación de salud | Población en general o agrupamientos particulares | | Encuesta Talleres Entrevistas Participación en eventos comunitarios |
| Prácticas de promoción de la organización | Organizaciones vecinales | Colaborar en la organización comunitaria | Población en general | | Acompañar Escuchar Facilitar la organización |

| | | | | | |
|--|----------|--------------|----------|------|-------------------------------|
| comunitaria | | | | | |
| Prácticas de promoción de la salud ocular | Escuelas | Salud ocular | Niños/as | ANEP | Sensibilización. Pesquisas |

Cuadro 2. Prácticas en promoción de la salud del personal sanitario (elaboración propia)

establecimientos o programas educativos. Las instancias grupales aparecen como modalidad de trabajo, centrada en la promoción de diferentes hábitos de vida. A pesar que no se profundizó en la dinámica específica que adquirieron los talleres, charlas y juegos, es preciso interrogarse en torno quién establece los patrones de alimentación e higiene saludables. Es decir, desde dónde se definen dichos patrones y en el marco de qué estrategias de comunicación se abordan. En dispositivos como el taller se busca la generación de procesos dialógicos de promoción, pero estos son posibles si en los mismos se contempla la complementariedad de saberes que los componen (Focesi & Focesi, 2007). En el caso de las charlas informativas las posibilidades de interacción están condicionadas por el diálogo que se pueda establecer, si se habilitan espacios de intercambio y si los/as participantes intervienen comentando sus experiencias de vida. Ambas modalidades posibilitan hacer interrelacionar la producción científica en cuanto a hábitos saludables, con las condiciones materiales de los sujetos involucrados y sus producciones subjetivas. En cambio si los hábitos son delimitados únicamente por el personal sanitario, de una forma unidireccional y vertical, nos encontramos ante procesos monológicos (Martínez, 2009) o moralistas (Di Leo, 2009) de promoción de la salud.

Las resistencias identificadas en ciertos establecimientos institucionales (Ej. alimentación en Escuelas), expresan las contradicciones con los hábitos saludables establecidos. En este caso no se pueden desconocer los efectos de los hábitos que se promueven en el hogar y a través los medios de comunicación, y las limitantes que esto puede significar para las prácticas desarrolladas por el personal de salud.

En tercer lugar, en tanto estas prácticas se sostienen en la difusión o interacción de informaciones a partir de dispositivos que tienden a la participación, se inscriben dentro de los sentidos que entienden a la promoción como educación para la salud, como participación social y como acción sobre los condicionantes sociales de la salud. Como ya fue abordado, en las diferentes cristalizaciones de sentido en torno a la promoción, se entrelazan y conviven modalidades instituyentes e instituidas en salud.

Las prácticas de educación para la salud poseen estrecha relación con lo anteriormente expuesto. Sus modalidades organizativas pueden orientarse en diferentes sentidos, en tanto pueden ser comunicativas o monológicas (Martínez, 2009), democráticas o moralistas (Di Leo, 2009). De las intervenciones estudiadas parte de ellas

se sostenían en un vínculo permanente con la población objetivo y otras se trataban de actividades puntuales y específicas (Peña, Hernández & Pubiano, 2004). Como en las prácticas de hábitos saludables éstas también se desarrollan a partir de charlas o talleres específicos. En este conjunto de prácticas insiste el vínculo con los centros educativos, que comienza a ser algo característico de los/as médicos/as del primer nivel de atención del territorio. Los temas abordados tienen que ver con lo biomédico, lo cual es reafirmado por investigaciones similares a la presente (Rabello, et al, 2007). A su vez, predominantemente tienen una orientación hacia lo materno- infantil, como también lo aseveran Haggerty et al. (2009) en otra investigación. Cada una de las prácticas se inscriben en formas particulares de significar y el recorrido por cada una de ellas posibilita visualizar los imaginarios puestos en juego. En el caso del trabajos sobre dengue, si bien estaba encaminada a la prevención de la enfermedad, la misma es abordada de manera interinstitucional y se orienta a las causas de la problemática. Podría ser ubicada entonces como parte de las significaciones que conciben a la promoción de la salud como acción en los condicionantes sociales y por ende se anuda con los magmas instituyentes en promoción de la salud. En los grupos de ODH, que al igual que la experiencia anterior están centrados en enfermedades y sus estrategias de aboraje son comunitarias y colectivas. Al no existir un *público cautivo* como en el caso de los establecimientos educativos, aparece como preocupación la participación en este tipo de espacios. Estas prácticas son comunes entre el personal sanitario, están sustentadas en los indicadores de mortalidad poblacional, y se estructuran a partir de tres patologías de riesgo. Como se afirmaba en los antecedentes, estas prácticas se sostienen en la confianza cada vez mayor que han adquirido los indicadores epidemiológicos en la salud pública (Cohen, 2006).

En el caso de la estrategia AIEPI sí existe un *público cautivo* (las mujeres madres de los CAIF) y además de ser prevención secundaria como se decía, es educación para la salud. El trabajo de formación en primeros auxilios también puede ser comprendida como de promoción de la educación para la salud. En ambos casos se reconoce la gratificación de los participantes en la medida que se brindan herramientas específicas para actuar en salud, lo que expresa que este tipo de prácticas son dirigidas por los/as médicos/as, pero se socializa el conocimiento científico producido en torno a los temas.

Por otra parte, el trabajo clínico organizado a partir de la agenda programada, se ubican dentro de las sentidos de la promoción de la salud como orientación clínica. A su vez se relaciona con el lugar de la Medicina como institución de control social (Menéndez, 1982), a pesar de que sus fines son garantizar la vida y la salud de la población, se trata de un dispositivo de control de lo que se aleja de la norma. Es así que además de sus cometidos humanitarios se orienta en mantener determinados índices de morbi- mortalidad. En este

tipo de prácticas quedan de manifiesto las diferentes entradas desde donde se aborda las enfermedades crónicas no transmisibles. A diferencia de los grupos ODH aquí la estrategia es individualizada.

En esta modalidad de practicar la promoción de la salud, queda representada la centralidad de la enfermedad y de su tratamiento (Campos & Wendhausen, 2007). Igualmente la socialización de conocimiento se orienta en disminuir las brechas de saber entre el personal de salud y la población en general, y así la socialización del saber implica una colectivización del poder. Esto puede ser visualizado en la estrategia AIEPI, en la formación en primeros auxilios, en los grupos ODH, y en las prácticas realizadas en establecimientos educativos; no así en la agenda programada que tiene un enfoque clínico sustentado en la relación unidireccional médico- paciente (De Souza Alves, et al, 2012).

La sinergia entre los establecimientos sanitarios y los educativos esta dada por la significación común de la educación como un aspecto central en el desarrollo de los sujetos. Ambas instituciones surgen en la era moderna y en aquel entonces los efectos buscados eran el disciplinamiento de los cuerpos (Foucault, 2002). En el Uruguay esta relación comienza a instituirse a partir del siglo XX con el auge del poder médico y los intentos por *civilizar* la cultura *bárbara* (Barrán, 1992). En el análisis histórico social de la promoción de la salud, se puede visualizar que la interacción entre ambos establecimientos en el período estudiado está dado por una tendencia al trabajo interinstitucional características de las políticas públicas a partir del gobierno del Frente Amplio en el 2005.

En las prácticas de difusión de la salud, en los dos casos presentados, no había una *población cautiva* y la participación quedaba librada al interés de la comunidad, de ahí la preocupación por la misma por parte del personal sanitario. Estas prácticas se inscriben en el sentido de promoción de la salud como educación para la salud y tenían un componente fuerte de prevención de enfermedades. En el caso de las Ferias de Salud que fue manifestada por diferentes médicos/as, no se indagó de que manera se establecía el diálogo con la población, si se trataba sólo de colocar el stand o si se daban procesos de interacción. Esto no nos permite afirmar la presencia de procesos dialógicos durante las ferias, o si emergían de una voluntad particular por difundir lo que estaba realizando el personal de salud y las otras asociaciones que participaban.

En cuanto al fomento de redes sociales los SOCAT lograron dinamizar significativamente el trabajo en red a nivel territorial y es un elemento en el que se insiste en las diferentes entrevistas. Este nivel articulación interinstitucional está estrechamente relacionado con la descentralización y las políticas territoriales del Estado. La inserción social y territorial de esta institución posibilitó la generación de diálogo entre diferentes instituciones que trabajaban aisladas, diagramar estrategias en conjunto y compartir

problemáticas. Por otro lado, vuelve a ser un espacio más de participación de la comunidad, y los mismos comienzan a sumarse en cada una de las prácticas de promoción de la salud analizadas. Esto fue manifestado en el grupo de discusión cuando una de las participantes se interrogaba si es posible la participación en todos los ámbitos público, si no existe de cierto modo una saturación de convocatorias. Asimismo se trata de una participación institucionalizada y es prioritario interrogarse en que medida genera procesos autonómicos o heterónomos, ya que se trata de un proceso de burocratización (Castoriadis, 2010) y tecnificación en la organización de la sociedad. Esto excede al problema de esta investigación, pero es necesario explicitarlo porque es parte de los procesos institucionales que se generaron en el territorio.

Por otro lado se encuentra la Red de Efectores de Salud del CCZ 12 que también fue un espacio de trabajo en red intrasectorial. Se coordinaban y delimitaban acciones sólo entre los establecimientos institucionales vinculados al sistema sanitario, lo que permitió el desarrollo de experiencias en conjunto y romper con la atomización en la que se encontraban los diferentes efectores. Esta mirada territorial de la salud es contratendencial al modelo curativista individual (De Souza Alves, et al, 2012), aunque esas instituciones también se focalizan en la asistencia de la enfermedad. Las líneas de acción en común estaban centradas en la significación de la promoción como educación en salud y como acción sobre los condicionantes sociales. Las experiencias específicas que se desarrollaron son analizadas en los otros agrupamientos de prácticas que presentamos en este capítulo (Ej. Ferias de salud, campañas contra el dengue).

En el caso de la prácticas de promoción de la salud sexual y reproductiva es prioritario problematizar nuevamente lo que se analizaba en la promoción de hábitos saludables, es decir la sexualidad y la reproducción *sana* que se promueve. Por lo visto en las temáticas el énfasis está en la prevención de enfermedades y en el autocuidado. En cuanto a lo primero, queda por fuera de ese abordaje lo que tiene que ver con el deseo y el placer en este tipo de relaciones, por lo que la mirada biomédica no es complementada con otros saberes (Campos & Wendhausen, 2007). Es así que los trabajos únicamente centrados en la prevención de la enfermedad implican una mirada parcial y fragmentaria de la sexualidad. En cambio si se concibe a la salud sexual y reproductiva como autocuidado, la práctica se posiciona desde el polo positivo de la salud, se promueve su fomento, la autonomía y la autodeterminación ante la sexualidad y la reproducción. Aquí el saber médico genera determinados efectos, al igual que los saberes personales, familiares y comunitarios. Como ambos abordajes en algunos casos son paralelos, las significaciones implicadas se inscriben en la promoción de la salud como educación en salud, y en la tensión entre orientaciones instituidas e instituyentes.

Por otro lado, el conocimiento del territorio y los diagnósticos en situación de la

salud, por su multiplicidad en el período delimitado para la investigación, no se pudo ubicar un esquema único que permita extraer conclusiones sobre la modalidad general de los mismos. Es decir que no se conocen las orientaciones que han adoptado: si se contempla como una investigación e intervención integral, o si queda focalizada en los aspectos biomédicos. Por lo pronto, es de destacar que los mismos buscan generar otras condiciones de posibilidad para la intervención en las comunidades, con asidero en sus problemáticas de salud. Su modo de construcción, la reflexión sobre los datos y la devolución de los resultados, puede estar asentado en un proceso de elaboración conjunta entre el personal de salud y la población, o puede formar parte de los conocimientos que genera el personal sanitario para la realización de sus intervenciones, sin el involucramiento y la participación de la comunidad. En concordancia con lo que se trabajaba en torno a las prácticas de educación para la salud, este tipo de prácticas poseen el potencial de socializar el saber en torno a la situación de salud de las personas y de generar estrategias conjuntas con el personal sanitario para su abordaje. Es así que éstas prácticas, sostenidas en una visión integral de la salud y de sus condicionantes sociales, es una modalidad instituyente de entender la promoción de la salud.

La promoción de la organización comunitaria se trata de un tipo de práctica que se corre de lo esperado y establecido en cuanto a promoción de la salud, e intenta instituir un nuevo modo de inserción de los/as médicos/as en las comunidades. En los casos analizados éstas prácticas se desarrollaban en organizaciones que funcionaban a pesar de los/as médicos/as, o que comenzaron a funcionar a impulso de éstos. Las dificultades en la formación y la falta de herramientas metodológicas manifestadas por el personal de salud, se asemeja a lo planteado por Jústiz et al. (2009) como algo común entre estos actores. De este modo, dichas prácticas se inscriben dentro de las tendencias instituyentes dentro de la promoción de la salud. Por las dimensiones de la investigación no se participó en este tipo de instancias, lo que hubiera permitido visualizar con mayor claridad los modos de interacción, las relaciones de saber y el tipo de participación del personal de salud en las organizaciones. Igualmente por los sentidos asociados a las prácticas (acompañar, escuchar) parece sostenerse en una relación dialógica y democrática con la comunidad (Di Leo, 2009; Martínez, 2009). Este conjunto de prácticas se circunscriben a la cristalización de sentido de la promoción de la salud como participación social y organización comunitaria.

Por último en la promoción de la salud ocular, el ámbito escolar vuelve a aparecer como el lugar privilegiado de estas prácticas, es decir la insistencia en la *población cautiva* y las interrelaciones existentes entre ambos establecimientos institucionales. Aparece también la complementariedad entre promoción, prevención y educación para la salud. Este tipo de práctica combina significaciones de la promoción de la salud como orientación

clínica (pesquisas) y como participación social en salud (promoción de la salud ocular). Por definición está ubicado en el polo positivo de la salud al igual que se veía en las prácticas de salud sexual y reproductiva.

De este modo, las prácticas significadas como de promoción de la salud por parte del personal sanitario son diversas, poseen diferentes objetivos y se sostienen en distintos dispositivos. A partir de la categorización realizada se observa una complementariedad entre las prácticas y una tendencia a la feminización de la promoción de la salud. El análisis de su inscripción en lo histórico social, permitirá comprender los aspectos que condicionaron la orientación de género mencionada. Igualmente las prácticas integran a otros sectores sociales, forman parte del accionar cotidiano de médicos y médicas, y a través de su análisis se puede reconocer lo instituido, lo instituyente y sus interrelaciones.

8. CONSTRUCCIONES DE SENTIDO Y PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS ACTORES SOCIALES

8. 1. Los sentidos en promoción de la salud en actores sociales

Como en el personal sanitario con los actores sociales se indagó primeramente qué prácticas de promoción de la salud fueron consideradas como significativas entre el 2000 y el 2010, para luego conocer cómo entendían a las mismas. A este modo de entender la salud se le atribuyeron diferentes sentidos, que se entretajan unos con otros, y producen modos particulares de significar la promoción de la salud. De los relatos de los actores sociales se pueden distinguir las siguientes producciones simbólicas en torno a este modo de entender el trabajo en salud: como prevención de enfermedad, como autocuidado, como difusión de información, como acción sobre los condicionantes sociales de la salud, como mejora de la calidad de vida, y como resistencia al deterioro de la calidad de la asistencia. Si bien fueron más diversas las producciones simbólicas que en el personal de salud, las mismas poseen menor desarrollo. Esto es comprensible en tanto el personal de salud recibe, en mayor o en menor medida, una formación sobre estos aspectos, mientras que los actores sociales producen sentidos sobre promoción de la salud a partir de sus prácticas cotidianas, o de la formación como agentes comunitarios de salud.

De esta manera, una primera cristalización de sentidos relaciona a la promoción de la salud con la **prevención de la enfermedad**. Vuelve a emerger esta asociación entre promoción y prevención. Por un lado se mencionan los estudios paraclínicos que posibilitan un control de salud o la detección precoz de una enfermedad (Papanicolau, Fecatest). Esto es fundamentado por una de las personas entrevistadas, que afirma que la asistencia al doctor/a debe ser anterior al estar enfermo.

Por otro lado, se entiende a la promoción como un derecho que tiene toda persona de curar con dignidad sus enfermedades.

Otro universo de sentidos asociados a la promoción de la salud y que adquiere mayor insistencia, es la que concibe a la promoción como **acción sobre los condicionantes sociales de la salud**. Desde una mirada expansiva e integral de la salud, la promoción de la misma implica el abordaje de sus diferentes condicionantes. Una entrevistada afirma que la salud está relacionada con la recreación, la lectura y la distracción. Otro agrega que además de lo biológico, la salud integra al modo en que se vinculan las personas, al bienestar físico, psíquico y social. Otro plantea que la cultura también está íntimamente ligada a la salud, porque es parte de las actividades de los sujetos. En la misma línea en otra de las entrevistas se manifiesta que tanto una calle y saneamiento como los aspectos emocionales de los sujetos hacen a la salud.

Desde esta concepción de salud amplia, parte de los actores sociales identificaron a la promoción de la salud como la posibilidad de acceder a condiciones materiales de existencia dignas. El acceso a dichas condiciones da cuenta de la relevancia de la acción sobre los condicionantes sociales de la salud. Quienes manifestaron la relación promoción-condiciones materiales de existencia fueron los actores sociales que contaban con formación político social (radio comunitaria, comisión vecinal, cooperativa de vivienda). Las condiciones materiales de existencia son consideradas por uno de los entrevistados como la posibilidad de que los seres humanos tengan una vivienda decorosa, que posea los elementos para poder abrigarse y alimentarse, tranquilidad, desarrollo personal e intelectual. Según este entrevistado no existe auténtica promoción de la salud si no se promueven las condiciones de vida de las personas. En otra entrevista se agrega al saneamiento y al trabajo como determinantes para elevar la calidad de vida. Según uno de los actores sociales la posibilidad de alcanzarlo está condicionada por el funcionamiento del sistema capitalista, donde la profundización de la acumulación de riquezas de las clases dominantes, trajo aparejado un recorte de derechos y generó modos particulares de vivir y de producir.

Un componente que es destacado por dos de los entrevistados es la relación entre promoción de salud y trabajo. Se prefirió extraerlo como condicionante específico porque en las entrevistas fue separado de los otros condicionantes sociales. Uno de los entrevistados trabaja en la construcción, uno de los sectores productivos de mayor siniestralidad del país, quien plantea que once horas al día debe promover salud en su ambiente de trabajo y hacer cumplir las normas de seguridad. Otro afirma que existen personas trabajando en condiciones difíciles: en la industria química, en las metalúrgicas, entre los trabajadores rurales; y por esto considera que atender estos problemas es promoción de la salud.

Otros sentidos atribuidos a la promoción de la salud la entienden como **autocuidado**. En este punto aparece nuevamente la indiferenciación entre promoción y prevención de la enfermedad. El cuidado de sí aparece como la condición de posibilidad para el cuidado de los otros. A su vez, este cuidado de sí se relaciona con la prevención de la enfermedad, con la asistencia sanitaria y con el lugar a ocupar en dicha asistencia. En una de las entrevistas aparece que la prevención no es ser *paciente* sino que implica ser *activo*.

Por otro lado, el cuidado se asocia con los diferentes condicionantes sociales de la salud. Integrantes de una cooperativa de vivienda manifiestan que el cuidado en el espacio privado del hogar es complementario al cuidado público: alimentación, vacunas, cuidado de las madres, del hogar y de la cooperativa.

Un cuarto agrupamiento de sentidos que hacen a la promoción de la salud es el que la concibe como **difusión de información**. Una de las entrevistadas, usuaria de un servicio de salud, lo plantea como el informar y el informarse. Como la responsabilidad personal de estar informado y como la acción solidaria de informar a otros sobre un saber específico.

Otro de los entrevistados vinculado a un medio de comunicación comunitaria colocaba a la información como otro aspecto de la promoción de la salud. Si bien se le otorgaba una relevancia mayor a la acción sobre los condicionantes sociales, integra a la difusión de información sobre temáticas relacionadas con la salud (Ej. salud sexual y reproductiva). Centra el desafío en la colectivización de la información y en como se *baja a tierra*. Asimismo coloca al *embrutecimiento* de las personas como la condición de posibilidad para que dicha información tenga efecto.

Otra cristalización de sentido en torno a la promoción de la salud es la entendida como **mejora de la calidad de vida**. Este aspecto está relacionado con la acción sobre los condicionantes sociales de la salud pero fue manifestado como un componente específico de este modo de entender la acción en salud. Se entiende a la promoción de la salud como el objetivo de mejorar la calidad de vida, como una tarea cotidiana, que implica a los trabajadores y a la población del territorio

En otra entrevista aparece esta asociación promoción de la salud- calidad de vida como necesaria tanto a nivel individual como colectivo, y se la relaciona con la generación de formas de vida que ayuden a evitar enfermedades.

La última conjunción de sentidos sobre promoción de la salud es la **resistencia al deterioro de la calidad de la asistencia**. Si bien es de los que surge con menos insistencia, se manifiesta que ha sido una preocupación común de diferentes organizaciones sociales del territorio y que implicó acciones en ese sentido. Uno de los entrevistados manifiesta que este trabajo ha encontrado a las organizaciones, en algunas

ocasiones proponiendo y construyendo en conjunto, y otras defendiendo lo existente.

En el Cuadro 3 se esquematizan los diferentes sentidos vinculados a la promoción de la salud por los actores sociales, los cometidos que persiguen y los recursos necesarios para alcanzarlos.

| Sentidos sobre promoción de la salud en los actores sociales | Cometidos | Recursos necesarios |
|---|--|---|
| Prevención de la enfermedad | Realizar controles médicos antes de que aparezca la enfermedad. Derecho a una curación digna. | Exámenes paraclínicos Exigir derechos |
| Acción sobre los condicionantes sociales | Garantizar las condiciones de vida y el abordaje de los condicionantes sociales de la salud | Saneamiento. Trabajo digno y saludable. Vivienda decorosa. Vestimenta. Abrigo y alimentación. Salud emocional. |
| Autocuidado | Cuidarse para cuidar a otros. Fomentar la salud particular y comunitaria | Rol activo Acciones sobre los condicionantes de la salud en el espacio público. |
| Difusión de información | Informarse e informar a los otros. <i>Bajar a tierra</i> información sobre salud. | Comunicación Socialización de la información por parte del personal de salud. Posible obstáculo el <i>embrutecimiento</i> . |
| Mejora de la calidad de vida | Fomentar cotidianamente acciones individuales y colectivas para mejorar la calidad de vida | Comprender a los trabajadores y a la comunidad para el desarrollo de acciones. |
| Resistencia al deterioro de la calidad de la asistencia | Proponer y construir en salud, y resistir a lo conquistado en el sector público | Construcción de redes sociales Acciones colectivas de exigibilidad de derechos |

Cuadro 3. Sentidos sobre promoción de la salud en los actores sociales (elaboración propia)

En la promoción de salud como prevención de la enfermedad se identifican dos modos distintos de concebirla. Uno como los instrumentos necesarios para no llegar a estar enfermo, y el otro como un derecho a curarse dignamente. La primera encierra una perspectiva biomédica (estudios paraclínicos fisiológicos) e individual de la promoción como prevención (Soares, et al, 2009), y la segunda está centrada en lo curativo (Rabello, et al, 2007) pero se asocia con la exigibilidad de derechos (Chapela & Cerda, 2010). Por su centralidad en la enfermedad este modo de entender la promoción de la salud se encuentra dentro de lo instituido, aunque es posible visualizar una línea de fuga orientada a lo instituyente en la exigencia de derechos.

Por otro lado, la acción sobre los condicionantes sociales de la salud, se vincula con lo que fue trabajado como las condiciones de posibilidad para la emergencia de la

promoción de la salud: la importancia del abordaje de las condiciones de vida (Czeresnia, 2008; Chapela & Cerda, 2010). Esta producción de sentido se sostiene en una mirada integral y holística de la salud, y plantea el accionar en la misma a partir del abordaje de sus condicionantes sociales (López, et al, 2008). En este modo de entender la promoción de la salud se da cuenta de un posicionamiento político específico, crítico ante el régimen social y de voluntad transformadora. La centralidad que adquiere la promoción de la salud en el trabajo desterritorializa este aspecto de lo puramente sanitario y coloca a la salud en un espacio de relevancia en la vida de las personas. Es así que este universo de sentidos se ubican dentro de los imaginarios instituyentes en salud, en la medida que contempla las condiciones materiales de existencia y critica las desigualdad en el acceso a esos bienes para la vida.

El autocuidado como modo de significar la promoción de la salud emerge con menor insistencia que las construcciones simbólicas anteriores. En ella se entretienen elementos vinculados a la prevención de la enfermedad y a la promoción comunitaria de la salud. El autocuidado individual y el autocuidado colectivo constituyen las cristalizaciones de sentido principales. En el primero el compromiso con la salud singular y el rol activo ante la misma, se orientan en la autodeterminación como sujetos para el cuidado de su salud. A pesar de esta visión autonómica, el sentido de la asistencia prevalece y de ahí su perspectiva individual curativista (Rabello, et al, 2007). La promoción como autocuidado del espacio público comunitario tiende a la autodeterminación en salud pero en el marco de acciones colectivas de modificación de los entornos sociales (Chapela & Cerda, 2010). Esta significación de la promoción de la salud integra lo individual y lo colectivo, la prevención y la promoción en diferentes niveles (alimentación, vacunas, cuidado del hogar, etc.), y se acerca por ende a las modalidades particulares de lo instituyente.

En cuanto a la promoción de la salud como difusión de información se cristaliza en la producción de sentido de estar informado e informar a los otros, y como la posibilidad de acceder a conocimientos sobre el proceso de salud enfermedad y sus condicionantes. En este último se interroga en torno a los modos en que se socializa la información, en qué medida se sostiene en una perspectiva dialógica y es comprensible por parte de la población. La influencia de lo histórico social, el *embrutecimiento* o alienación social, se concibe como la condición para poder comprender la información. La alienación entendida como la autonomización de los sujetos de las instituciones que ellos mismos crearon (Castoriadis, 2010), es decir la naturalización de lo histórico social como algo inmodificable o la creencia construida en torno a esto, opera como obstáculo para la formación en aspectos que hacen a la salud. Esta mirada crítica de la realidad social se encamina a comprender uno de los condicionantes del proceso salud enfermedad, como es la educación (López, et al, 2008), pero se trata de una explicación totalizadora, centrada en

los sujetos y no en la conjunción de condiciones sociales que llevaron a ese proceso de alienación. Así en esta producción simbólica se encuentran en tensión la promoción de la salud como colectivización de información en una orientación democrática e instituyente, con lo establecido de la autorresponsabilización de los sujetos por todo lo que hace a su salud (Mattioni, 2010).

Por su parte la mejora de la calidad de vida como sentido vinculado a la promoción de la salud, se sostiene en una perspectiva colectiva de entender la salud de la población, a pesar de que se ubica en el polo negativo del procesos de salud enfermedad, concibe a la promoción de la salud desde un modelo social expansivo (Saforcada, 2010). Comprende a lo individual y a lo comunitario, pero no delimita quién se hace cargo de dicha mejora de la calidad de vida ni qué comprende. Es más una orientación general para la promoción de la salud, que una estrategia específica para su consecución. La persistencia de la prevención de enfermedades da cuenta de lo dominante del modelo biomédico en el campo sanitario y social (Soares, et al, 2009; Ibiapina, et al, 2011.), y sus posibilidades de indiferenciación con la promoción de la salud (Czeresnia, 2008; Iglesias, et al, 2009)

En último término la promoción de la salud como resistencia al deterioro de la calidad de la asistencia, ha posibilitado construir redes en el territorio, generar diálogos entre organizaciones, y diagramar estrategias específicas de defensa del subsector público de salud. Esto se ha centrado en lo asistencial y en lo curativo del sistema sanitario, pero la exigibilidad de derechos (Chapela & Cerda, 2010) está fuertemente asociada a esta producción simbólica. Como este universo de sentidos tiende a la transformación de lo existente y a la defensa de lo conquistado de modo colectivo, se inscribe dentro de los imaginarios instituyentes en promoción de la salud.

Al igual que lo identificado en el personal sanitario y a pesar de que difieren las producciones simbólicas asociadas a la promoción de la salud, también se encuentra una polisemia en cuanto a los sentidos atribuidos a la promoción de la salud por los actores sociales (Lopes, et al, 2010; Soares, et al, 2011; Robledo & Agudelo, 2011). La convergencia de ellos hacen que no puedan asilarse uno de los otros, así educación para la salud, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, comparten significaciones y se anudan (Czeresnia, 2008). Es dificultoso el establecimiento de fronteras ya que en el mismo actor social se reproducían diferentes producciones de sentido en torno a la promoción de la salud.

8. 2. Prácticas en promoción de la salud de los actores sociales

Las prácticas de promoción de la salud entre los actores sociales, como con el personal de salud, fueron indagadas al comenzar las entrevistas y sus características

principales fueron presentadas en el grupo de discusión. Las prácticas mencionadas pueden agruparse en ocho modos de construir la promoción de la salud en el territorio: promoción de un efector de salud; prevención de enfermedades; mejoramiento del hábitat; mejoramiento de la alimentación; organización comunitaria; acceso a la cultura, la música y el deporte; conocimiento de la realidad socio sanitaria; y salud sexual y reproductiva. Cada una de ellas se ejemplifican con las actividades particulares desarrolladas bajo dichos agrupamientos. Las mismas son presentadas en función de su insistencia en los discursos de los actores sociales.

Las prácticas de **promoción de un efector de salud**, insiste en las diferentes entrevistas. Dentro de estas prácticas se encuentran aquellas actividades de los actores sociales que tuvieron como cometido el promover o sostener un efector de salud dentro del territorio del CCZ 12. Esta forma de entender la promoción de salud se expresó con mayor insistencia en los casos que los entrevistados tenían algún tipo de relación con un efector de salud, ya sea del primer o del segundo nivel de atención. Estos efectores podían ser de procedencia municipal, gubernamental, cogestionado entre actores sociales y gobierno, o autogestionados.

En el primero de ellos se encuentra el Policlínico Móvil que pertenecía a la Intendencia de Montevideo y que funcionó desde la década del 90 al 2010. Este se crea a partir de que el Frente Amplio asume el gobierno municipal y busca atender las carencias de servicios de salud en la población de Montevideo. En el territorio de esta investigación el mismo era gestionado desde la Comisión de Salud del CCZ 12. Contaba con un equipo de salud correspondiente al primer nivel de atención, y transitaba por veinte barrios del territorio donde no existía fácil accesibilidad a un servicio de salud. Para que el Policlínico Móvil fuera a un barrio en particular, la persona de dicho barrio tenía que participar en la Comisión de Salud del CCZ 12, la cual aglutinaba a referentes barriales de los distintos puntos del zonal. También tenía que garantizar las condiciones logísticas para que el policlínico pudiera funcionar (agua, luz, un espacio).

Según una de las entrevistadas dicho efector de salud tomó tal referencia en el territorio, que había personas que preferían atenderse ahí que en otro ámbito. Dicha persona señala también que a partir del 2010 desde la Intendencia de Montevideo se define terminar con este servicio, ya que la salud debía ser atendida por el gobierno nacional y no por la Intendencia.

El caso de los efectores de salud gubernamentales, en las entrevistas se manifestó la promoción del Hospital Saint Bois en el 2001 y del Hospital de Ojos en el 2007. Ambos casos serán abordados posteriormente ya que ambos sucesos fueron establecidos como analizadores históricos, en la medida que habilitan a visualizar los movimientos instituyentes e instituidos de los procesos colectivos barriales asociados a la salud.

Dentro de la promoción de este tipo de efectores de salud una de las entrevistadas menciona al Espacio Adolescente, que también surgió como actividad de promoción en el personal de salud, que fue impulsado por actores sociales del territorio y que funciona en las instalaciones de Hospital Saint Bois. Si bien hubo mucho trabajo socio comunitario para que el mismo comenzara, se visualiza por parte de una de las entrevistadas cierta clausura en su orientación al territorio.

Otro caso donde se promueve salud a través del desarrollo de un efector de salud, es en aquellos donde se cogestiona entre actores sociales y el gobierno a través de la RAP-ASSE. En estos casos los actores sociales colaboran con tareas cotidianas vinculadas a las policlínicas y el equipo técnico se encarga de la atención de los usuarios. Este tipo de experiencias se han desarrollado en los casos donde existía previamente algún tipo de organización comunitaria (Ej. comisión de vecinos), que eran quienes demandaban la policlínica en ese territorio y los que posteriormente se encargaban de cogestionarla. Este tipo de procesos donde la cogestión es reglamentada como modo de funcionamiento de las policlínicas, comienza a darse a partir de la creación de la RAP- ASSE en el 2005. Aunque previamente los actores sociales colaboraban con el funcionamiento de las policlínicas, el establecimiento de reglamentaciones para la cogestión comienza a darse desde ese momento.

Bajo esta situación el trabajo de los actores sociales se basa en ayudar al personal de salud, recibir a las personas, dar números, hacer la limpieza del local, organizar las historias clínicas, realizar el mantenimiento del local.

Si bien esta actividad se sostiene en el tiempo y las personas se motivan en promover el desarrollo del efector de salud, el mismo comienza a formar parte de su vida cotidiana y de esta forma se generan ciertas contradicciones. Una de las entrevistadas manifiesta que le gusta, que se *desenchufa*, pero que siente que las personas no valoran lo que se hace y el servicio que se brinda.

Estos procesos de cogestión no son armónicos y también son motivo de conflictos con ASSE. En una de las policlínicas se manifestaron dificultades en el vínculo con este organismo, que van desde el mantenimiento de la infraestructura hasta cuestiones actitudinales de los responsables de salud pública.

Por último, en lo que respecta a la promoción de efectores de salud surgieron aquellas policlínicas que son autogestionadas por los propios actores sociales. Si bien este tipo de experiencias se expresan minoritariamente en el territorio, a diferencia de las experiencias de cogestión que son mayoritarias, su existencia da cuenta de un modo particular de asumir la temática de la salud por parte de la población. En estos casos son los actores sociales quienes construyeron la infraestructura de la policlínica, quienes la gestionan cotidianamente, y quienes contratan al personal de salud que consideran pertinente. En el

tiempo comprendido en la investigación (2000- 2010) existieron dos policlínicas que funcionaron bajo este formato.

Uno de los elementos que aparece en torno a este tipo de experiencias es la adquisición del terreno y la construcción de la policlínica. En los casos estudiados los terrenos eran de propiedad de la Intendencia o del gobierno nacional, y los actores sociales construyeron y acondicionaron el local para que funcione la policlínica. Estas obras eran realizadas a partir de donaciones, de apoyo de ONGs, de laboratorios, de actividades festivas organizadas por la comunidad. Luego de conseguir el local este tipo de policlínicas debieron afrontar todo lo referido a su autofinanciación, tanto para el mantenimiento diario de las instalaciones como para la contratación del personal de salud. Aquí se identificaron tres modos de financiación: los socios, las donaciones, y las actividades de tipo festival. Ante estas modalidades de subsistencia de las policlínicas uno de los entrevistados manifestó orgullo de que surgiera del barrio el modo de financiamiento, sin la presencia de ninguna institución estatal o privada.

Un último elemento que surge de las entrevistas, en particular de la realizada a un integrante de un medio de comunicación comunitaria, es la difusión de la organización y de los horarios de los servicios de salud en el territorio. Si bien esto no implica la colaboración directa con un efector de salud, facilita la accesibilidad a la información de la población de la zona.

Un segundo agrupamiento de prácticas en promoción de la salud que emerge de las entrevistas a los actores sociales, son aquellas que quedan comprendidas dentro de la **prevención de enfermedades**. Al igual que las anteriores éstas surgen con insistencia cuando se interroga sobre sobre las prácticas de promoción de la salud más significativas. Si bien existen diferencias entre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se consideró pertinente integrarlas en tanto eran actividades significadas como de promoción.

Dentro de este tipo de prácticas se identificaron un número significativo de enfermedades o problemáticas que fueron abordadas por los actores sociales del territorio. Éstos no las realizaban solos, sino que contaban con el apoyo del personal de salud. En general las personas entrevistadas eran co- organizadores de las actividades y tenían un importante rol en la difusión de las mismas. Las temáticas abordadas en los diez años delimitados fueron las siguientes: dengue, discapacidad, cardiología, sexualidad, problemas de visión, plumbemia, cáncer, hepatitis, drogas, SIDA, hipertensión, diabétes, lactancia materna, vacunación, cuidado de bebés, asma, y violencia doméstica. Diabétes, hipertensión y las vacunaciones fueron las medidas de prevención que aparecieron con mayor insistencia.

Parte de las temáticas presentadas tienen un día o una semana especial al año en el que se realizan diferentes actividades de prevención (semana del corazón, de la hipertensión

arterial, etc.)

Cada una de estas temáticas o problemáticas para la salud son abordadas a partir de diferentes dispositivos. Se enumeran a continuación los dispositivos descritos por los actores sociales: ferias de salud, pesquisas, policlínico móvil, el día de, talleres, actividades en sala de espera, grupos de patologías (Ej. diabéticos), campañas puerta a puerta, carpa en espectáculos públicos, charlas y jornadas.

Estas actividades, como se mencionaba anteriormente, cuentan con el apoyo del personal de salud, y en ciertos casos son impulsados por establecimientos institucionales: Policlínicas, Hospitales, Escuelas, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, el CCZ 12 de la Intendencia, etc. El hecho de que se realicen en una determinada zona puede surgir de la institución convocante o puede ser a impulso de algún actor social que la promueva.

Existieron casos donde las propias organizaciones sociales impulsaban las actividades de prevención de enfermedades. Uno de los entrevistados de un centro cultural menciona que prohíben el consumo de alcohol durante la realización de los espectáculos públicos. En los mismos no se vende, ni se permite el ingreso de alcohol, en tanto es un espacio para las familias, los hombres y mujeres, los niños y las niñas. El entrevistado manifiesta que a pesar de que se dice que en el país existen consumos elevados de alcohol, cuando se planteó la decisión en uno de los espectáculos públicos fue aplaudida y respaldada por los participantes.

A pesar de la diversidad de dispositivos, se manifiesta como una problemática la participación de la población en las actividades. Uno de los entrevistados afirma que la iniciativa y los llamados se realizan, pero que las personas no se *prenden*. Esto se lo adjudica a la *apatía* y que lo social *cuesta*. Como en el personal de salud, otra entrevistada menciona que en general la participación decrece a lo largo del tiempo. Ante este obstáculo uno de los dispositivos privilegiados ha sido el taller en la sala de espera de la policlínica, donde se trabajan diferentes temas vinculados a la prevención de enfermedades.

Otra estrategia que según una de las entrevistadas aparece ante las dificultades de participación y el compromiso de la población con su salud, es la realización de visitas a los domicilios. El ejemplo que se utiliza para esta modalidad son las campañas de vacunación. Esta estrategia no aparece con insistencia dentro de los actores sociales pero fue expresada como alternativa a los problemas del involucramiento de la población en sus situaciones de salud.

Otro agrupamiento de prácticas de promoción de la salud está relacionada con la promoción del **mejoramiento del hábitat**. A diferencia de las anteriores este tipo de prácticas no emergían espontáneamente por parte de los entrevistados, sino que era

necesario indagarlo en el marco de la conversación, preguntar más en específico si hubieron prácticas vinculadas al mejoramiento del entorno y si era considerado promoción de la salud.

Un primer aspecto del trabajo en mejoramiento del hábitat consistió en la regularización de asentamientos en terrenos fiscales o privados. Esto significó el desarrollo de prácticas donde se interaccionó con organismos gubernamentales o municipales (Programa de Integración de Asentamientos Irregulares, Intendencia de Montevideo, Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Banco Hipotecario). Estos procesos, que parte de ellos se encontraban en ejecución durante el transcurso de esta investigación, implicaron diversas dificultades, ya sea por los tiempos de los mismos como por sus modelos de ordenamiento territorial. La estrategia de los organismos mencionados era diferenciada, no había una única para el abordaje de situaciones de viviendas construidas en terrenos fiscales o privados. El Programa de Integración de Asentamientos Irregulares (PIAI) fue uno de los programas que tuvo mayor presencia en la zona y tiempo delimitado para esta investigación. En uno de los territorios construyó las calles, el saneamiento, arreglo viviendas precarias, y construyó el local para la policía, el CAIF, una casa joven y el salón comunal.

En estos procesos de regularización, además de adquirir servicios básicos como luz, saneamiento, agua, etc., se tramitaba la tenencia y propiedad de los terrenos. Dichos procesos, como se decía, no estuvieron exentos de conflictos, tanto con los organismos públicos que estaban a cargo de la regularización, como en la coordinación entre ellos. En una de las entrevistas se menciona que los conflictos en la coordinación se daban por las diferentes procedencias partidarias de los organismos estatales implicados en la regularización.

Antes de las regularizaciones y del saneamiento, una de las entrevistadas expresa que la realización de los pozos negros fue de las primeras actividades de promoción de la salud. En otra entrevistada se manifiesta que le gusta trabajar en el mejoramiento habitacional y del entorno, no sólo por el bienestar individual sino por el de todos los integrantes del barrio.

Otro agrupamiento de prácticas en promoción del mejoramiento del hábitat estuvo relacionada con el acceso a la vivienda. La misma era por autoconstrucción en los terrenos privados o fiscales, o en formato de cooperativa de vivienda por ayuda mutua. Se encuentran por fuera de estas prácticas el acceso a la vivienda por mecanismos individuales como puede ser el alquiler o la compra de vivienda. De estos procesos de autoconstrucción, sobre lo que se pudo acceder a mayor información fue sobre los que se desarrollaron en terrenos fiscales o privados. Si bien las cooperativas de vivienda por ayuda mutua poseen una presencia significativa en el territorio y ha sido una de las

modalidades en que sectores de trabajadores y trabajadoras, de forma autogestionaria, han logrado construir su vivienda, no se recogieron relatos que recuperaran este tipo de procesos en el período de tiempo que comprende la investigación. Sólo en una cooperativa ya construida se manifestaron las dificultades asociadas a la convivencia y al vínculo entre los socios.

En cuanto a la autoconstrucción de viviendas en terrenos privados o fiscales, fue diversa la emergencia de dichos procesos. En la población entrevistada se identificaron dos, por proselitismo político y por auto-organización de los actores sociales. En el primero en una de las entrevistas se manifiesta que accedieron al terreno por una *ilusión política*, que la integrante de un partido político les ofreció el terreno a cambio de su voto en las elecciones. La auto-organización de los actores sociales fue la otra modalidad de acceso al terreno, a partir de la conformación de comisiones se dividían los terrenos, organizaban su distribución y las condiciones mínimas de construcción. Es así que todos los procesos de autoconstrucción de vivienda no siguieron los mismos patrones

Por otro lado, otro de los elementos que emergió y que se agrupa dentro de las prácticas de mejoramiento del hábitat es la construcción colectiva de salones comunales. Los mismos son de uso público por parte de las comunidades involucradas y las limitantes a su utilización pública está determinada por la propia comunidad. En una de las cooperativas de vivienda por ayuda mutua se recuerda la realización del salón comunal como un proceso que implicó nuevos desafíos y otro esfuerzo complementario a la construcción de las casas.

Otra de las personas entrevistada también hace alusión a la construcción del salón comunal y da cuenta de lo significativo de este espacio en tanto les posibilitaba reunirse, organizar actividades culturales y hacer funcionar la policlínica. Aparece una significación de orgullo ante la construcción colectiva de estos espacios.

Por último, un elemento que tiene que ver con el mejoramiento del espacio público es lo referido al saneamiento. Si bien no es algo accesible en todo el territorio, se han construido acciones paliativas que en determinadas ocasiones se constituyeron en permanentes. Entre las medidas paliativas se encuentra la construcción de pozos negros. Otra medida que se presentó en uno de los complejos habitacionales, fue que el saneamiento se encontraba a cierta distancia del lugar donde habitaban las personas, y los integrantes del barrio se hicieron cargo del funcionamiento de una bomba que traslada los residuos al lugar donde se pueden desechar. A pesar de esto se han realizado gestiones para conectarse a la red cloacal pero no han podido solucionarlo, lo que es identificado como un problema de salud por parte del actor social entrevistado.

En cuarto lugar se encuentran aquellas prácticas que pueden ser ubicadas como de **mejoramiento de la alimentación**. En los años delimitados para esta investigación

acontecieron en el territorio diferentes prácticas que tenían como cometido mejorar la alimentación de las personas. No en un sentido nutricional sino que estuvieron relacionadas con brindar alimentación básica a personas que se encontraban en situación de emergencia o que carecían de recursos para acceder a alimentos. Este tipo de experiencias tuvieron su momento de auge durante la crisis económica y política del 2002, y fueron identificadas tres modalidades: ollas popular, comedores del Instituto Nacional de Alimentación (INDA), y la huertas orgánica.

Las ollas populares consistían en que un conjunto de personas conseguían los alimentos, cocinaban y distribuían la comida de forma colectiva. Es así que las ollas comprendían tres tareas para que las mismas funcionaran: la logística, es decir el conseguir los alimentos, la cocción y el repartir lo producido. El acceso a los alimentos se realizaba principalmente a través de donaciones, ya sea de comercios barriales o de sindicatos. En una de las experiencias relevadas los trabajadores del sindicato de la pesca donaban lo que le correspondía en pescado, y eso era distribuido en diferentes ollas populares.

Para la organización de este tipo de emprendimientos, que implican una respuesta rápida ante la situación de carencia de alimentos, se explicita por un entrevistado que formaba parte de una cooperativa de vivienda, que el conocimiento previo entre los integrantes fue un facilitador de la dinamización rápida de estos procesos colectivos. En esta experiencia en particular, si bien existía una distribución de las tareas equitativa entre las personas de los dos géneros, se pudo observar una división sexual del trabajo. Los hombres se encargaban de la logística, de conseguir los alimentos en grandes volúmenes, y las mujeres eran las que cocinaban y distribuían los alimentos. En las actividades femeninas se desarrollaban procesos de aprendizaje y de transmisión transgeneracional de saberes, tanto en los tipos de comidas como en lo económico de las mismas.

Estas prácticas autogestionarias de lo social, además de atender la emergencia alimenticia y de generar nuevos lazos sociales, según los entrevistados implicaron un desgaste para quienes participaron. Era una tarea cotidiana, que implicaba nuevos modos de alimentarse y de cocinar, y que se alejaba de los modos tradicionales centrados en el hogar, de ahí su visualización como un esfuerzo complementario. El énfasis se coloca además de la tarea logística en lo vinculado al relacionamiento entre los participantes.

La otra respuesta colectiva ante la situación de emergencia alimenticia fueron los comedores de INDA. En los mismos los alimentos eran provistos por el gobierno y los actores sociales se encargaban de la gestión y funcionamiento de los comedores. Esta fue una práctica emergente también ante la crisis económica y política del 2002. En general estos funcionaban en espacios públicos comunitarios como salones comunales.

Si bien este tipo de experiencias no contaba con la demanda logística de búsqueda de

alimentos, fue planteado por las personas entrevistadas que también significó un proceso de desgaste. Tanto por la cantidad de personas que se alimentaba, como por los problemas interpersonales característicos del trabajo. Igualmente es reconocida por una de las entrevistadas como una experiencia *fabulosa*, que le permitió conocer a los seres humanos.

Ambas experiencias se sostuvieron en el tiempo durante aproximadamente seis meses.

Una última práctica de promoción del mejoramiento alimenticio fueron las huertas orgánicas. Las mismas surgen paralelamente a la experiencia de las ollas o posteriores a ellas, ya sea para sostener con vegetales los emprendimientos o como modo de acceder a alimentos de características naturales. En una de las situaciones, el comenzar a plantar hierbas aromáticas para cocinar de forma más saludable, terminó deviniendo en el desarrollo de una huerta en el momento de auge de las mismas, también cercano a la crisis del 2002.

Estas experiencias de huertas orgánicas, tanto familiares como comunitarias, en la medida que fueron adquiriendo mayor desarrollo elaboraron estrategias de coordinación y de colaboración mutua. Fue así que en la órbita del CCZ 12 comienza a funcionar la Red de Huertas, que contó con el apoyo de Montevideo Rural de la Intendencia (banco de semillas, compost) y Programa de Producción de Alimentos y Organización Comunitaria de la Universidad de la República (apoyo técnico).

Esta experiencia perduró más en el tiempo que las ollas pero al igual que estas, tuvo sus períodos de mayor y de menor participación. Según una de las personas entrevistadas, quienes se mantuvieron fue porque tenían un gusto particular por trabajar la tierra y porque era un lugar de socialización que alejaba de las problemáticas y del *agobio* diario.

Otro agrupamiento de prácticas de promoción de la salud se circunscribe a aquellas que se orientaban a la **organización comunitaria**. Se identifican dos modalidades posibles de la organización comunitaria, la que está relacionada a un establecimiento institucional y la que es autónoma de dichos espacios. Los cometidos de la misma se remiten a los objetivos particulares de las organizaciones sociales investigadas: vivienda, comunicación comunitaria, salud, alimentación y cultura.

Un ámbito institucional que impulsa la organización de los sujetos en torno a la promoción de salud es la Comisión de Salud del CCZ 12. Como se mencionó cuando se hacía referencia a la promoción de efectores de salud, esta Comisión tenía competencias en cuanto a la gestión del Policlínico Móvil, los barrios donde se instalaba, los días y lo necesario para que funcionara.

Otro ámbito institucional que promueve la organización comunitaria es el SOCAT. En ellos se desarrollan espacios de encuentro entre diferentes organizaciones territoriales y se planifican acciones en la zona. La incidencia de este tipo de espacios en la organización

comunitaria fue significativa y ya fue presentada entre las prácticas del personal de salud. Las otras experiencias que se encontraron en el territorio de promoción de la organización comunitaria, son autónomas de establecimientos institucionales y de programas específicos del Estado, es decir que fueron creadas y se rigen por sí mismas, instituyendo sus propios propósitos y sus modos de funcionar. Ejemplo de estas organizaciones son las comisiones vecinales, las radios comunitarias y las cooperativas de vivienda por ayuda mutua. Al respecto un entrevistado manifiesta que no rinden cuentas más que a los integrantes de la asociación.

Estas experiencias adquieren procesos de institucionalización particulares de la organización comunitaria, y la estructuración que adquieren puede ser a partir de una personería jurídica¹³ o bajo un formato autodefinido por sus integrantes. En los casos donde es la personería jurídica, la misma establece ciertos requisitos en cuanto a las figuras que deben existir en la organización (presidente, tesorero, secretario, fiscales, etc.) y el período de tiempo a ocuparlas.

Cuando la organización comunitaria no se rige por la figura de la personería jurídica, sus integrantes definen si existen o no cargos y cuáles son sus espacios de resolución.

Un tercer elemento relacionado a la organización comunitaria es el tema de la participación, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos. En una de las entrevistas se manifiesta que en los inicios del barrio la organización era *muy fuerte* y que con el correr del tiempo ésta se fue diluyendo. Como en las otras prácticas, la misma comenzaban con intensidad y en cantidad al comienzo de las experiencias, y luego quedan pocas personas involucradas.

Los momentos de descenso de la participación social se corresponden con procesos de asunción de mayores responsabilidades por parte de las personas que se mantienen participando. Una de las entrevistadas expresa que esto puede generar desmotivación ya sea por el cúmulo de actividades que poseen como por las críticas a las que están sometidos. También es manifestado en una de las entrevistas que en la medida de lo posible genera gratificación la participación en los diferentes espacios (redes, SOCAT, comisiones vecinales).

En sexto lugar aparecen aquellas prácticas de promoción del **acceso a la cultura, la música y el deporte**. Dentro de estas prácticas de estas se identificaron diferentes actividades en el territorio. Entre ellas se encontraron aquellas de tipo recreativas (construcción de plazas), de ejercicio físico, culturales (bibliotecas, carnaval, grupos artísticos, teatro, charlas históricas), musicales, y de sabiduría popular (yuyeros, hierbas medicinales).

¹³ Es la figura jurídica aprobada por el Ministerio de Educación y Cultura, que reconoce legalmente la existencia de la organización. La personería jurídica adquiere particularidades según el tipo de organización: cooperativa de vivienda, asociación sin fines de lucro, etc.

La asociación de las mismas con la promoción de salud no fue directa, emergió luego de su interrogación en las entrevistas y después de esto se abordó con naturalidad. Su asociación con la salud se estableció a partir de que pueden favorecer la distracción o que puede ser un medio para alcanzar la misma. Asimismo un entrevistado afirma que este tipo de actividades hacen a la formación de las personas, a su desarrollo físico e intelectual.

Lo característico de los espacios que promueven actividades de este tipo es que, en la medida que los recursos lo posibilitan, en el mismo lugar se combinan distintas propuestas: culturales, musicales, deportivas, etc.

Los recursos o propuestas culturales y su acceso está condicionado por si la organización que se hace cargo promueve este tipo de actividades de forma autónoma o en conjunto con otra institución. En el territorio y en el período de tiempo comprendido se identificaron experiencias autogestionadas y cogestionadas. En las primeras acontecían las mismas dificultades que en el caso de los efectores de salud, la financiación asume un lugar de relevancia para su permanencia.

En el caso de experiencias cogestionadas, las limitantes que se podían presentar estaban relacionadas con las actividades a desarrollar por la contraparte que no era del territorio, ejemplo de esto son algunos proyectos de la Intendencia de Montevideo como el Proyecto Esquinas¹⁴.

Algunas de las actividades públicas no tienen otro modo de financiarse si no es a través del cobro de un arancel. En uno de los casos que se trataba de la realización de espectáculos públicos, se manifiesta que debían hacerlo para autosostenerse, pero el criterio de cobro se realizaba desde una perspectiva inclusiva, era de acceso popular y aquellas personas que no podían pagar podían participar de los eventos igual.

Otro agrupamiento de prácticas son aquellas encaminadas a promover el **conocimiento de la realidad socio sanitaria** del territorio. Éstas posibilitan desarrollar prácticas en salud acordes con las necesidades del contexto, es decir que al igual que en el personal de salud son el punto de partida para el despliegue de prácticas de intervención en salud. Condicionan de cierta forma el proceso que se desarrolla posteriormente, que puede devenir en un ciclo de talleres, una charla o una jornada temática. Se identificaron dos modalidades que hacen al conocimiento de la realidad socio sanitaria de un territorio. El ya mencionado diagnóstico de situación de salud, con técnicas específicas para eso; y la modalidad que emerge de *trillar* una zona, es decir de recorrerla, observarla, comunicarse con las personas que residen ahí. La primera modalidad, en las experiencias relevadas, contaron con la colaboración de personal calificado: médicos/as, maestros/as comunitarios/as, trabajadoras/es sociales, etc. El segundo modelo no

¹⁴ Se trata de un proyecto cultural itinerante que se presentaba en distintos barrios de Montevideo. A partir del mismo también era posible adquirir infraestructura para la realización de espectáculos comunitarios.

adquiere una modalidad única y responde a las características de quien o quienes los realicen, en general en estos casos la persona reside en el lugar donde desarrolla sus acciones. Una de las entrevistadas menciona que el hecho de vivir en un asentamiento y promover salud en el mismo, le posibilita conocer realidades similares y poder emprender acciones en ese sentido.

Por último un agrupamiento de prácticas son comprendidas dentro de la promoción de la **salud sexual y reproductiva**. Estas prácticas surgieron entre los actores sociales pero no tuvieron la insistencia de las mencionadas anteriormente. Las mismas aparecieron en una de las cooperativas de vivienda y en una radio comunitaria del territorio. En la primera de ellas lo que se trabajó fue sobre salud de la mujer y sexualidad adolescente. El trabajo fue a pedido de la cooperativa y se dinamizó a través de la organización que las nuclea a todas, la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua (FUCVAM). En el otro caso, el medio de comunicación difundió y participó en actividades relacionadas con la temática salud sexual y reproductiva. Se realizó un material audiovisual y se participó en las Ferias de Salud y en talleres.

En el Cuadro 4 se resumen las prácticas en promoción de la salud de los actores sociales, los ámbitos que comprendieron, las temáticas trabajadas, la población a la cual eran destinadas, los establecimientos con los que se coordina y las técnicas privilegiadas.

| Prácticas en promoción de la salud de los actores sociales | Ámbito | Temas | Población | Establecimientos con los que se coordina | Técnicas |
|---|--|--|----------------------|---|--|
| Prácticas de promoción de un efector de salud | Clínico Social comunitario | Asistencia. Cogestión y autogestión de las policlínicas | Población en general | Intendencia de Montevideo ASSE ONGs Laboratorios | Reuniones Actividades de financiación |
| Prácticas de promoción de la prevención de enfermedades | Policlínicas. Comunidad. Hogares | Dengue. Discapacidad. Cardiología. Sexualidad. Problemas de visión. Plombemia. Cáncer. Hepatitis. Drogas. SIDA. Hipertensión. Diabétes. Lactancia materna. Vacunaciones. Cuidado de bebés. Asma. Violencia doméstica. | Población en general | ASSE. Intendencia de Montevideo. ONGs | Ferias de Salud. Pesquisas. Policlínico móvil. El día de... Talleres Actividades en sala de espera. Grupos de patologías. Campañas puerta a puerta. Carpa en espectáculos públicos. Charlas. |

| | | | | | |
|---|-------------|--|--|--|--|
| | | | | | Jornadas |
| Prácticas de mejoramiento del hábitat | Comunitario | Viviendas Saneamiento Salones comunitarios | Población en general | PIAI Intendencia de Montevideo Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. Banco Hipotecario | Reuniones. Acciones colectivas. Construcción de viviendas y de salones comunales. |
| Prácticas de mejoramiento de la alimentación | Comunitario | Alimentación | Población en general | INDA Universidad. Intendencia de Montevideo. | Ollas populares Comedores Huertas comunitarias |
| Prácticas de promoción de la organización comunitaria | Comunitario | Vivienda Comunicación comunitaria. Salud. Alimentación. Cultura. | Población en general | MEC SOCAT Intendencia de Montevideo | Personería jurídica Autogestión. Redes sociales. |
| Prácticas de promoción del acceso a la cultura, la música y el deporte | Comunitario | Recreativos Ejercicio físico. Cultura Música Sabiduría popular | Población en general | Intendencia de Montevideo | Bibliotecas. Carnaval. Grupos artísticos Teatro Charlas históricas Formación sobre yuyos y hierbas medicinales. |
| Prácticas de conocimiento de la realidad socio sanitaria | Comunitario | Problemáticas vinculadas a la salud | Población en general | ANEP ASSE | Diagnósticos de situación de salud. <i>Trillar</i> el territorio. |
| Prácticas de promoción de la salud sexual y reproductiva | Comunitario | Salud de la mujer. Sexualidad adolescente. | Mujeres Adolescentes Población en general | FUCVAM ASSE | Taller Audiovisual Ferias de salud. |

Cuadro 4. Prácticas en promoción de la salud de los actores sociales (elaboración propia)

En las prácticas de promoción de un efector de salud, en los casos que eran municipales se involucraba a la población en la gestión de sus aspectos organizativos, y dicha participación condicionaba la posibilidad para poder acceder a ese servicio en sus respectivas comunidades. El policlínico aparece como una medida paliativa a la accesibilidad universal a la asistencia en el territorio, que se sostenía en la prestación de servicios básicos de salud para poblaciones de bajos recursos. Esta democratización del acceso a la salud, se remitía principalmente a la asistencia con personal médico. En tanto

la medida paliativa perduró durante un período significativo de tiempo, la misma combina procesos instituyentes de cogestión y de acciones colectivas en salud (Chapela & Cerda, 2010), con elementos instituidos como la asistencia de orientación curativista (Rabello, et al, 2007; De Souza Alves, et al, 2012) y biomédica (Cohen, 2006; Soares, et al, 2009; Martínez, 2009). Como se trata de una medida paliativa municipal ante el repliegue gubernamental de los asuntos de salud pública, no es comprendida como parte de las políticas sanitarias del BM (1993) de servicios esenciales para pobres, ya que la acción municipal es la que busca reparar la institucionalización de dichas políticas por el gobierno nacional. Este proceso institucional será abordado en profundidad a partir del analizador histórico intento de cierre del Hospital Saint Bois en el 2001.

En la cogestión de un efector de salud entre la comunidad y ASSE, también se brinda un servicio como contrapartida de la participación comunitaria. Esto habilita el involucramiento social en salud pero se limita a ciertos aspectos, principalmente a la gestión de la policlínica. Cabe interrogarse en qué medida se integra a la comunidad en las decisiones sobre los programas y políticas públicas del sector sanitario. Es así que se garantiza el derecho al acceso a la salud y a su vez se establecen deberes para los usuarios que tienen que hacer que la policlínica funcione cotidianamente.

Por último los espacios autogestionados, conciben a la atención en salud y a su promoción como un derecho y un deber de las comunidades, pero ambos son autoestablecidos por los sujetos involucrados. Estas acciones centradas en la salud, si bien tienden a promover la asistencia, como acciones colectivas en salud, autónomas y autogestionadas, se ubican en lo particular de lo instituyente en salud.

De este modo, las prácticas de promoción de un efector de salud implican modos de construcción de la promoción de la salud particulares, centrados fundamentalmente en la asistencia de la población (Rabello, et al, 2007; De Souza, et al, 2012). Cada una de las modalidades de promoción del efector de salud presentada, posee la combinación de diferentes instituciones promovidas desde el Estado o desde la sociedad organizada. Además de la Medicina y la Salud Pública, existen significaciones relacionadas a los modos de expresión de lo social: propiedad y construcción colectiva, autofinanciación. Este tipo de prácticas están orientadas entonces en atender la enfermedad aunque la existencia de la policlínica en una zona determinada, habilita el desarrollo de procesos de promoción de salud en su sentido social expansivo (Saforcada, 2010). También se visualizan procesos de apropiación de lo público en todas las modalidades de promoción de los efectores de salud, donde las posibilidades de autonomía y autogestión de los actores sociales está condicionada por el tipo de emprendimiento. Cuando las acciones emergían de un colectivo organizado, se visualiza un pasaje del *yo* al *nosotros* en las referencias al territorio y a las acciones desarrolladas.

En parte de las experiencias se puede apreciar una división sexual del trabajo en las policlínicas: las mujeres se encuentran en la cotidiana del servicio (dar número, limpieza, organizar las historias clínicas), mientras que los hombres son quienes realizan los trabajos de mantenimiento de la infraestructura o las tareas *pesadas* (electricidad, cortar el pasto, acondicionar el local). Este rol de las mujeres en lo que hace a la salud también fue señalado por Heisecke (2011) en una investigación sobre agentes comunitarias de salud.

Por su parte en cuanto a las actividades de promoción de la prevención de enfermedades, vuelve a emerger la indiferenciación entre prevención y promoción de la salud (Czeresnia, 2008). Salvo aquellos actores sociales que fueron formados como agentes comunitarios de salud, que recibieron capacitación y pudieron abordar los aspectos vinculados a la promoción de la salud, el resto de los actores sociales no necesariamente tienen que poder diferenciar ambos términos. Igualmente esta indistinción es algo característico tanto del personal de salud como de la población como fue expresado en otras investigaciones (Kermode, et al, 2007; De Souza Alves, et al, 2012). Si bien se trata de prevención de enfermedad, de anticiparse a los problemas y garantizar la salud colectiva, los temas seleccionados son eminentemente biomédicos. La Medicina como institución social, como modeladora de las formas de ver el mundo y la salud, no es patrimonio único del personal de salud, sino que los actores sociales la reproducen en sus prácticas (Soares, et al, 2009). De igual modo, esta apropiación de ese saber da cuenta de que el mismo es socializado, ya sea en la planificación y participación en las actividades, en la formación específica que realiza el personal sanitario (agentes comunitarios de salud).

Por otro lado, el trabajo sobre las semanas o los *días de...* posibilita abordar diferentes problemáticas durante el año, pero cabe interrogarse quién las establece, si son direccionamientos gubernamentales o si emergen de las prácticas en salud que desarrollan los actores sociales. En las situaciones analizadas es la OMS como organización internacional y el MSP como organización nacional, quienes establecen las temáticas a trabajar y desde las policlínicas se llevan adelante. Esto es planteado por una de las investigaciones relevadas donde este tipo de campañas en general son educativas y pautadas por los establecimientos gubernamentales (Rocha, et al, 2009).

Por la diversidad de experiencias comprendidas y los formatos de trabajo que adquiere cada policlínica, cómo se implementan estas actividades es particular en cada establecimiento. Dicha particularidad y su diversidad queda manifestada en los diferentes dispositivos que se utilizan para prevenir enfermedades.

Por otro lado, vale la pena detenerse en los talleres en salud de espera que fueron manifestados por los actores sociales, así como por el personal de salud. Aquí surge la interrogación de hasta donde forman parte de un compromiso con el otro, de socialización

de información y conocimientos, y hasta donde es un dispositivo de disciplinamiento y control social (Foucault, 2002). Lo dialógico en estos tipo de espacios y la posibilidad de optar de los sujetos si pueden participar o no, condicionará si este tipo de prácticas tienen a lo establecido y a la reproducción de una modalidad bancaria (De Olivera, 2005) o moralista (Di Leo, 2009) de educar en salud, o si tienden a lo comunicativo (Martínez, 2009) y a lo instituyente en este tipo de procesos.

Lo mismo sucede en el caso de las visitas domiciliarias relacionadas a las vacunaciones, en tanto tienden a la salud colectiva y se enmarcan dentro de los procesos instituyentes en salud, y por otro lado es un mecanismo de control individualizado, es decir que es un dispositivo disciplinador por excelencia (Foucault, 2002)

De este modo, la promoción de la prevención de enfermedad se asienta en la tensión de entender a la misma como control social -lo instituido-, o como cuidado social y autocuidado -lo instituyente-.

En cuanto al mejoramiento del hábitat a partir de regularizaciones de asentamientos, la vivienda y los espacios públicos son dos de los distintos condicionantes de la salud (López, et al, 2008), y en esa medida su abordaje representa prácticas de promoción de la salud. Los procesos referidos requerían de acciones interinstitucionales, que a pesar de sus dificultades en los tiempos y en las articulaciones, estaban logrando o habían logrado el mejoramiento de las viviendas y de los espacios públicos. La interinstitucional es una de las nociones centrales de la propuesta de promoción de la salud realizada por la OMS (1986). Cabe interrogarse si estos organismos dedicados a la vivienda y al hábitat social, consideran sus acciones como de promoción de la salud. En los actores sociales no surgió espontáneamente, fue necesario explorarlo en específico en los casos que el contexto de la entrevista daba cuenta de que se estaba en proceso de obra o de regularización habitacional. En las situaciones presentadas, la organización de los actores sociales permitió que la interlocución con los organismos públicos contemplara la visión de los directamente involucrados en el problema habitacional, y las condiciones organizativas de lo social facilitaba en mayor o menor medida la dialogicidad con los organismos.

Es así que el mejoramiento de la vivienda y del espacio público por parte de los actores sociales se trata de acciones de promoción de la salud orientadas a revertir situaciones de inequidad y de acceso a bienes esenciales (Chapela & Cerda, 2010), que consideran a los individuos y a las colectividades sociales (Breilh, 2003). Por las dimensiones colectivas que adquirió en las experiencias investigadas, es un modo instituyente de concebir al trabajo en salud. Si bien no fue significado así ante la interrogación sobre actividades de promoción, luego que es identificado se lo integra y es valorado como positivo para la salud.

En el caso de la construcción de salones comunales, insiste una producción de sentido que va del *yo* al *nosotros*. Estos espacios son de carácter público y de propiedad colectiva ya que es la comunidad quien los genera y se beneficia de los mismos. La apertura a todo el barrio está regulada por quienes los gestionan, algunos de ellos son abiertos y otros tienden a la privatización. Por las características generales delimitadas estas prácticas se ubican dentro de las significaciones que conciben a la promoción de la salud como acción sobre los condicionantes sociales.

Por último, se requiere un análisis de lo que implica la interinstitucionalidad y la intersectorialidad. Aunque los organismos municipales y gubernamentales poseen competencias en garantizar el derecho de un hábitat saludable, las personas a través de un ejercicio directo de poder asumen la construcción del mismo y su acondicionamiento. Esto pauta la tensión de hasta dónde avanzar cuando el Estado no se responsabiliza de lo que tiene como competencia, cuando cuenta con recursos públicos para esto. Este tipo de prácticas se encuentran ante el equívoco de generar modalidades autogestivas de organizar y de encaminar la sociedad, o cubrir vacíos que el Estado relegó luego de la implementación de políticas neoliberales y privatizadoras (López, et al, 2008). Por otro lado en las experiencias presentadas se manifiesta la sectorialización y *partidización* del Estado, y su influencia en el abordaje de los problemas vinculados al hábitat.

De esta manera, tanto este tipo de prácticas como las de promoción de un efector de salud, hacen referencia a las políticas públicas y a la participación social en las mismas. Ante este fenómeno nos encontramos ante la contradicción que encierra toda política pública, la contención social y la despolitización de los conflictos que se dan en la sociedad, modalidad característica de las políticas públicas neoliberales (Sabarots & Sarlingo, 1995), o políticas encaminadas a la construcción de poder local y todas las formas de autogestión popular (Rebellato, 1996), propia de los proyectos autonómicos.

Las prácticas de promoción del mejoramiento de la alimentación, al igual que las de mejoramiento del hábitat, no surge espontáneamente ante la interrogación sobre las prácticas de promoción de la salud más significativas. Aparecen posteriormente cuando se interroga sobre los analizadores históricos, principalmente el de la crisis económica y política del 2002. Esto será abordado en profundidad cuando se aborde la promoción de la salud en el escenario de lo histórico social.

Así las prácticas de mejoramiento alimenticio a través de la construcción de ollas populares, se tratan de una respuesta solidaria y colectiva entre los actores sociales ante la situación de emergencia social. Se da un pasaje de lo privado familiar a lo público colectivo en lo que respecta a la alimentación. Este es otro de los condicionantes sociales de la salud de mayor relevancia (López, et al, 2008), y el modo colectivo en que se resuelve no implica el cocinar para todos sino el resolver la alimentación colectivamente.

Por las características colectivas de la acción sobre uno de los condicionantes de la salud (Breilh, 2003; Chapela & Cerda, 2010), este tipo de prácticas se enmarcan en los modos instituyentes de promover la salud.

En la olla popular, a diferencia del comedor de INDA, quienes gestionan el emprendimiento son los que se alimentan. En el caso del comedor se nucleaba a un número significativo de personas que trabajaban voluntariamente, pero los destinatarios excedían a quienes lo gestionaban. En el caso de los comedores se plantea la tensión entre asistencia y promoción de la autonomía, que está pautada por la recepción pasiva de los alimentos o por la autogestión del acceso a los mismos. Si esta se encamina en la generación de procesos colectivos, que se dirijan a las resolución de la problemática de fondo, fueron procesos que tendieron a lo instituyente. En cambio, si recibir el alimento no implicaba más que la acción de asistir ante las carencias de alimentación, si bien da cuenta de procesos de solidaridad entre lo social, es una orientación que se encamina a manter el status quo y contener el conflicto social (Sabarots & Sarlingo, 1995).

Las huertas por su parte en la medida que se sustentaban en la autoproducción de la alimentación de forma individual o colectiva, tiende a la autonomía de los sujetos en cuanto a la privatización de los bienes de subsistencia.

Este tipo de experiencias fueron cíclicas en cuanto a la participación y emergen ante una situación de emergencia nutricional. Los procesos comenzaron con una participación alta y luego la misma decae hasta que llega un momento que se autodisuelven o que se readaptan a la nueva realidad de los integrantes que las componen. La disolución de las experiencias investigadas coincide con el desgaste que las mismas generaban, así como el pasaje de los momentos más problemáticos de la crisis económica y política del 2002.

Por otro lado, las prácticas de organización comunitaria no emergieron como sentido primario, pero ante su interrogación era desarrollado como la condición de posibilidad para alcanzar diferentes objetivos. Como posibilidad de acción colectiva en el territorio y en la sociedad en general, éstas prácticas se circunscriben a las modalidades instituyentes de concebir la promoción de la salud. Igualmente se identifican tendencias a lo instituido cuando los patrones de organización son establecidos por el Estado, como es el caso de las personerías jurídicas, donde éste transversaliza los ordenamientos organizativos de las formaciones comunitarias. La elaboración de una estructura con jerarquías y competencias especiales, a pesar de que brinda la posibilidad de reconocimiento público y la posibilidad de acceder a determinados bienes (alimentos, terrenos, donaciones, etc.), fija una organización específica de lo social.

Se reconocen así dos modelos en cuanto a la organización comunitaria, uno flexible, que puede cambiar a lo largo del tiempo y autodeterminarse en función de los diferentes contextos; y otra con cierta rigidez que debe remitirse a la figura legal que el Estado

proporciona.

En este punto aparecen los problemas de participación y se pueden apreciar procesos de movilidad en los años comprendidos de este proyecto, momentos de mayor y de menor participación. La relación contexto socio histórico y participación será analizada posteriormente, aquí sólo cabe mencionar que ante situaciones particulares, como la ya explicitada crisis económica y política del 2002, sí se observó por los entrevistados un aumento en la participación social.

Con respecto a las prácticas de promoción de la accesibilidad a la cultura, al deporte y a la música, surge la tensión ya explicitada entre lo que le compete al Estado y lo que le compete a la comunidad. La acción sobre estos condicionantes sociales de la salud, de forma colectiva, en mayor o menor interacción con políticas públicas, se sostiene en una visión integral de la salud y en el ejercicio de poder por parte de los sectores populares (Chapela & Cerda, 2010). En este sentido aparece una apropiación colectiva del espacio público en los diferentes planos y por ende se circunscribe a los modos instituyentes en salud. En las experiencias autogestionadas insisten las problemáticas vinculadas a la financiación de las actividades. Ante esto es preciso interrogarse en torno a los niveles de autonomía que se pueden adquirir en este tipo de experiencias. Sí se alcanza la autonomía en los planos políticos y sociales, sin embargo la mercantilización de la sociedad no habilita procesos de autonomía financiera. Esta última queda sujeta a la creatividad de los sujetos y en general se recurre a los beneficiarios de este tipo de experiencias. La gestión colectiva de los dineros recaudados y la inclusión como premisa ética, posibilita que estas prácticas puedan ser accesibles a la población. Se trata entonces de comprender a las relaciones sociales y económicas de un modo diferencial al establecido, donde estas relaciones tienden a la exclusión y a la privatización (Rebellato, 2008). La solidaridad y el bien común son dos significaciones que sostienen la autogestión de este tipo de experiencias.

Ya culminando con este recorrido analítico sobre las prácticas en promoción de la salud, corresponde detenerse en aquellas que se encaminan al conocimiento de la realidad socio sanitaria. En el personal de salud esta práctica aparece con mayor insistencia que en los actores sociales, principalmente a través de los diagnósticos de situación de salud. Igualmente se reconoce como una experiencia en la cual participaron actores sociales, trabajando en conjunto con el personal sanitario. Las implicaciones éticas y políticas de este tipo de prácticas se analizaron en profundidad en el capítulo sobre el personal de salud. Lo novedoso de estas prácticas de conocimiento son aquellas que emergen de *trillar* el barrio. Si bien no se cuenta con una metodología y técnicas específicas se trata de un modo vivencial de conocer el territorio. Se trata del encuentro y diálogo directo con sus habitantes, de la observación del mismo, y en el diseño de

estrategias específicas ajustadas a los contextos particulares. En así que en estas prácticas de los actores sociales se combinan los diagnósticos que relevan una información con técnicas específicas, y el conocimiento que proviene de la vida cotidiana, del tipo de relación interpersonales que se establecen con los otros. Es así que se identifican estrategias populares y estrategias científicas, que se combinan y complementan mutuamente. Esto ya fue expresado por Soares et. al. (2011) quien afirma que en la polisemia de la promoción de la salud confluyen discursos científicos, políticos, religiosos y populares.

Por último la promoción de la salud sexual y reproductiva no emegió con insistencia, pero de las entrevistas al personal de salud emerge que los actores sociales han participado de la dinamización de este tipo de prácticas. Las mismas se sostienen desde el polo positivo de la salud y al igual que en el personal sanitario es necesario interrogarse por lo que se entiende por sexualidad y reproducción *saludable*. Es decir si es producto de comunicaciones dialógicas, que toman en cuenta los saberes y experiencias de los involucrados en las prácticas, y si contemplan sus subjetividades, o si son actividades monológicas, unidireccionales y moralizadoras (Martínez, 2009; Di Leo, 2009). A partir de su orientación en uno o en otro de los sentidos, dará cuenta de si son prácticas instituyentes en salud, o si se establecen en el marco de relaciones sociales heterónomas (Castoriadis, 2005). El hecho de estar posicionadas en el polo positivo de la salud no garantizan sus tendencias particulares.

Es así que en los actores sociales son diversas las prácticas significadas como de promoción de la salud. Las mismas se desarrollaron desde diferentes organizaciones de lo social (cooperativas de vivienda, radios comunitarias, comisiones vecinales), en mayor o menor coordinación con el personal sanitario.

La polisemia de los sentidos atribuidos a la promoción de la salud (Soares, et al, 2011), se corresponde con la multiplicidad de prácticas desarrolladas. En sus modalidades de expresión se combinan procesos instituyentes en salud, con procesos que tienden a lo establecido e instituido en este campo. Las insistencias y su ordenamiento organizativo posibilitó visualizar cuando se orientaban en uno u otro sentido.

9. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SU INSCRIPCIÓN EN LO HISTÓRICO SOCIAL EN EL NOROESTE DE MONTEVIDEO

En este capítulo se analiza la promoción de la salud y su inscripción en lo histórico social en el noroeste de Montevideo. A partir de los relatos de las entrevistas y de lo elaborado en los grupos de discusión, se realiza un tránsito por las principales tendencias de las prácticas significadas como de promoción de la salud en el período de tiempo

comprendido para la investigación (2000- 2010). Posteriormente a través de los materiales de campo mencionados y del análisis de los datos secundarios, se abordan los analizadores históricos delimitados, como forma de generar condiciones de visibilidad sobre los imaginarios sociales instituidos e instituyentes en la salud en general y en su promoción en particular. Los analizadores históricos definidos comprenden a cuatro acontecimientos y a los procesos sociales que se desarrollaron en los mismos: el intento de cierre del Hospital Saint Bois en el 2001, la crisis económica y política del 2002, el ascenso al gobierno del Frente Amplio y los cambios en salud pública a partir del 2005, y el boicot de la Sociedad Uruguaya de Oftalmología al Hospital de Ojos en el 2007.

Es así que en el personal sanitario, desde el año 2000 en adelante, se manifiesta que se realizaban las siguientes prácticas significadas como de promoción de la salud: la promoción en el ámbito clínico, el conocimiento del territorio y los diagnósticos en situación de salud, la promoción de hábitos saludables en el ámbito educativo, y las actividades de prevención de la enfermedad. Todas ellas se sostienen durante todo el período de la investigación, pero las dos primeras aparecen con mayor insistencia en las entrevistas y en el grupo de discusión entre los años 2000 y 2006. En el grupo se menciona que este período estuvo caracterizado por el aislamiento y la falta de recursos para la realización de actividades. Si bien existían policlínicas que formaban parte del primer nivel de atención, éstas, como toda la salud pública, no eran priorizadas presupuestalmente y contaban con un personal limitado y escasos recursos financieros. El trabajo en el ámbito clínico era realizado a partir de los cargos que tenía el personal de salud, donde se cumplían funciones principalmente asistenciales. Los diagnósticos de situación de salud, se desarrollaban en conjunto entre el personal sanitario y estudiantes de la Facultad de Medicina, y contemplaron diferentes territorios del zonal. La promoción de prácticas de hábitos saludables en Centros Educativos, a pesar de que ya se llevaba adelante desde el 2000, comienzan a predominar luego del 2006 cuando en el territorio se crean nuevas policlínicas e ingresa nuevo personal de salud al primer nivel de atención. Lo mismo acontece en el caso de las actividades de prevención de enfermedad, en el 2000 ya se desarrollaban prácticas en este sentido, pero es a partir del 2006 cuando las mismas adquieren mayor amplitud y se diversifican. A partir del 2005 comienza la formación de agentes comunitarios en salud, la participación en redes sociales e interinstitucionales, la promoción de la organización comunitaria, el programa de salud ocular, las prácticas de promoción en el marco del convenio ASSE- Plan CAIF, y la promoción de la salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo se continúa con las prácticas que se venían desarrollando desde el 2000. Es así que a partir del 2005 se generan nuevas prácticas significadas como de promoción de la salud, aumentan en cantidad, en áreas de cobertura y adquieren otra relevancia entre el personal sanitario. Qué sucedía entre el 2000 y el 2005, y qué acontece

luego de este período, será trabajado en profundidad cuando se aborden los diferentes analizadores históricos. En el grupo de discusión se menciona que a partir del 2005 se modifica la conexión entre las diferentes prácticas de promoción de la salud, cambio signado por la perspectiva de trabajo en red.

Por otro lado, en los actores sociales las prácticas significadas como de promoción de la salud, ya se desarrollaban desde antes del 2000 y continuaron durante toda la década: promoción de efectores de salud municipales, gubernamentales y autogestionarios; la construcción de viviendas, salones comunales y saneamiento; actividades musicales, deportivas y culturales; conocimiento de la realidad socio sanitaria; la promoción de la organización comunitaria; la promoción de la salud sexual y reproductiva; y las actividades de prevención de enfermedades. En este caso no se visualizan variaciones en el tiempo, el trabajo en red, la variedad de actividades y de áreas, ya formaba parte de las acciones de los actores sociales a partir del año 2000. Durante el 2002 se desarrollan las prácticas de promoción del mejoramiento alimenticio como las ollas populares, los comedores y las huertas orgánicas. Las dos primeras se extienden aproximadamente por seis meses, elemento que se debió al desgaste que generan este tipo de experiencias y al tránsito de los momentos más críticos de la crisis económica y política del 2002. Las huertas comunitarias sin embargo, perduraron más en el tiempo, posibilitaron la subsistencia y eran un espacio de distracción como se manifestó en las entrevistas. Cuando se aborde el analizador histórico que comprende estos procesos sociales se analizará en profundidad el sentido que adquieren estas prácticas, el lugar de lo singular y de lo colectivo en las mismas.

A partir del 2006 comienza la promoción de los efectores de salud cogestionados entre la comunidad y ASSE, y la participación en instancias intersectoriales e interinstitucionales promovidas por el SOCAT. Para poder comprender y explicar estos procesos será necesario analizar los impactos del ascenso del Frente Amplio al gobierno nacional, las nuevas políticas en salud y la generación de políticas descentralizadas y territoriales.

Como se puede apreciar, las prácticas de promoción de la salud en los actores sociales tuvieron permanencia en el tiempo y, salvo aquellas orientadas al mejoramiento alimenticio, el resto se sostuvieron durante los diez años que comprende la investigación. Sí se aprecia una menor insistencia de la movilización social a partir del 2005 y un predominio de actividades donde los actores sociales y el Estado desarrollan actividades en conjunto (SOCAT, cogestión de policlínicas, apoyo al Hospital de Ojos). Al igual que en el personal de salud, el fortalecimiento del primer nivel de atención a partir de ese momento, posibilitó potenciar las prácticas significadas como de promoción de la salud, principalmente aquellas orientadas a la prevención de enfermedades y al conocimiento de la realidad socio sanitaria.

Ésta permanencia en el tiempo de las diferentes prácticas en promoción, da cuenta de una preocupación de los actores sociales por las temáticas referidas a la salud, más allá de los cambios político institucionales que acontecieron en el país. Sin embargo es llamativa la relación entre las experiencias colectivas de respuesta a la emergencia (ollas populares, comedores, etc.) y su período acotado de tiempo. A pesar de que las dificultades económicas de la población persistieron más allá del 2002, este tipo de respuestas no pudieron y no buscaron perdurar en el tiempo. Es significativo también el descenso de la movilización social en el territorio a partir del 2005, cuando fue un elemento característico durante el primer quinquenio (intento de cierre del Hospital Saint Bois, crisis económica y política del 2002).

De este modo, a partir de esta primer entrada a la inscripción de la promoción de la salud en lo histórico social se expresa que mientras en los actores sociales las acciones colectivas en salud provenían de la década del 90 y fueron permanentes entre el 2000 y el 2005, en el personal sanitario la promoción de la salud adquiere mayor dinamismo entre el 2005 y el 2010. A continuación desarrollamos los diferentes analizadores históricos que posibilitan elucidar los imaginarios sociales instituyentes e instituidos predominantes durante el período de tiempo delimitado, y su impacto en las prácticas en promoción de la salud del personal sanitario y de los actores sociales.

9. 1. El intento de cierre del Hospital Saint Bois en el 2001

El intento de cierre del Hospital Saint Bois si bien es fechado en el 2001 su procedencia data de tiempo atrás, no es un acontecimiento sin pasado sino que es un proceso emergente de múltiples decisiones político sanitarias. En una de las entrevistas se menciona que ya en 1998 se había intentado convertirlo en Hospital Penitenciario pero a partir de movilizaciones de los/as trabajadores/as y de la comunidad se logró frenar ese proyecto. En el año 2000 comienza un nuevo mandato de gobierno del Partido Colorado y se retoman esta voluntad de cambiar las características del Hospital Saint Bois. Jorge Battle asume como presidente, luego de un acuerdo con el Partido Nacional que le permitió ganar las elecciones de 1999.

Uno de los entrevistados afirma que este cambio de gobierno no implicó un cambio en la continuidad del proyecto neoliberal en la construcción de la salud, donde la atención pública era para *indigentes*. El mismo agrega que el Hospital se encontraba en precarias condiciones, que había tenido la oportunidad de cuidar a una persona en ese momento y que en el invierno las ventanas se abrían con el viento, no había luz en los pasillos y perros circulaban por el establecimiento.

Es así que en el 2001 se vuelve a intentar convertir al Saint Bois en Hospital

Penitenciario. En ese entonces contaba con 14 camas dedicadas a la internación de personas encarceladas y las autoridades planteaban aumentar su número a 70. También existía la intención desde el gobierno de trasladar el Servicio de Hemoterapia al Hospital de las Piedras (Canelones), por la baja productividad que tenía en el Hospital Saint Bois (La República, 2001). Esta información había sido anunciada verbalmente a sus funcionarios/as el 5 de junio del 2001 por el Director de ASSE, Fernando Repetto, quien también se lo comunicó a la Comisión de Apoyo del Hospital y a la Comisión de Salud Pública del Senado (La República, 2001). El traslado del Servicio de Hemoterapia implicaba un obstáculo para poder atender las internaciones que requerían transfusiones de sangre, lo que limitaba la posibilidad de resolver ciertos tratamientos que necesitaban de este servicio. Por otro lado, el aumentar el número de camas penitenciarias implicaba reducir el espacio disponible para la asistencia de la población del territorio. Un entrevistado afirma que lo que no se había podido lograr de primera en 1998, es decir su cierre, se buscó realizar por partes a partir de las propuestas del 2001. Éste agrega que el cierre de Hemoterapia implicaba pérdida de fuentes laborales y traslado de trabajadores/as.

A partir de esta noticia el barrio comienza a movilizarse, se organizan mesas redondas, conferencias de prensa, debates, actividades en la Plaza Colón, cortes de calle, una campaña de recolección de firmas, y los/as trabajadores/as no médicos ocupan las instalaciones del Hospital. La recolección de firmas se realiza a partir de la coordinación de personas agrupadas en comisiones vecinales y en otro tipo de organizaciones. En la Plaza Colón se instala una carpa coordinada entre los/as trabajadores/as del Saint Bois, vecinos de la zona y el personal médico que también apoyaba la medida. Uno de los entrevistados manifiesta que esta medida se adopta para que la ocupación de los/as trabajadores/as y el conflicto no quedara *encerrado* entre los árboles que rodean al Hospital¹⁵. En otra entrevista se expresa que se conformó una intersocial que se reunía en una cooperativa de vivienda por ayuda mutua en Colón.

El sábado 11 de junio del 2001 se realiza un corte de calle y quema de cubiertas en Avenida Garzón y Camino Colman, y a partir de ahí comienzan las movilizaciones ante el posible cierre del efector de salud (La República, 2001). Según una de las usuarias entrevistadas estas movilizaciones agruparon a diferentes sectores políticos y se acercaban personas de distintos territorios, incluso aquellos no comprendidos dentro del área de cobertura del Hospital (Las Piedras, Cerro). Otra de las entrevistadas que fue tesorera de la Comisión de Apoyo del Hospital en ese entonces, manifiesta que dos comerciantes del barrio Colón apoyaron la defensa del Hospital Saint Bois y que trabajó en

¹⁵ El Hospital Saint Bois se encuentra ubicado en un parque densamente arbolado y el acceso a la calle se encuentra a aproximadamente a 500 metros del mismo.

conjunto con ellos. Esta misma entrevistada expresa que *adora* al Hospital. Otro entrevistado afirma que el Hospital es la *columna vertebral* del sistema de salud de la zona y que existe *apego* con el mismo. A su vez agrega que se acordaba fácilmente en su defensa, más allá del sector político partidario que la persona fuera. En otra entrevista se recuerda que el Hospital Saint Bois movilizó personas, se recolectaron firmas, se hizo propaganda, que las personas entendieron que tenían que hacer algo para que no se cerrara. Una de las entrevistadas, personal de salud del territorio, mencionó que le llamó la atención la respuesta masiva que tuvo la defensa del Saint Bois y que comprendió que no podía dejar de existir.

El 31 de julio de ese mismo año funcionarios, vecinos/as del barrio y usuarios/as entregaron 15.000 firmas a los Ministerios de Salud Pública y del Interior solicitando una definición clara sobre el cierre y la transformación del Hospital Saint Bois. Las firmas y el pedido de explicaciones se entregó a partir de una movilización a ambos Ministerios. Se le exigía al Ministro de Salud Pública, Luis Fraschini, que aclare públicamente cuál era el destino del Hospital, y al Ministro del Interior, Guillermo Stirling, las razones de por qué se había elegido ese lugar como Hospital Penitenciario. Aunque había sido anunciada verbalmente a modificación de funciones del Hospital el 5 de junio, no existía ninguna comunicación oficial al respecto (La República, 2001).

El 10 de setiembre comienza la ocupación del Hospital por parte de los/as trabajadores/as (CLACSO, 2002). A pesar la ocupación de los/as trabajadores/as y de la Comisión de Apoyo, según uno de los entrevistados el Hospital se mantuvo en funcionamiento. Luego de dieciocho días de ocupación el 28 de setiembre se desocupa el servicio, luego de llegar a un acuerdo con las autoridades del Ministerio de Salud Pública y el de Economía y Finanzas, donde el gobierno se compromete a no cerrarlo y a formar una comisión que estudiará la conformación de un Hospital para la zona norte de Montevideo (CLACSO, 2002).

Una integrante del personal de salud manifiesta que el Hospital era esencial para las personas del territorio y que se logró que no se cerrara por el costo político que implicaba. Esta misma entrevistada valora que se dejó para cerrar después pero gracias a los cambios políticos en el país esto no se concretó. Una usuaria entrevistada manifiesta que a pesar de que se logró que el Hospital no fuera cerrado, no fue posible terminar con sus salas penitenciarias, que es concebido como algo negativo en el marco de un Hospital de uso público. Otro entrevistado agrega que a pesar de que no se cerró no se invirtió dinero en el mismo hasta el 2005 y que su situación era de *demolición*.

El integrante de una radio comunitaria manifiesta que en el 2003 se volvió a ocupar el Hospital por sus funcionarios/as y que el medio de comunicación transmitió desde ahí. Esta ocupación a diferencia de la anterior sólo involucró a los/as trabajadores/as ya que se

trataba de una huelga del sindicato de salud pública. Igualmente la misma contó con el apoyo del barrio que se acercaban al Hospital a solidarizarse con la medida.

Para dar cuenta de la relevancia del Hospital en el territorio, un entrevistado relata que en el 2010 la decoración de un tablado popular de carnaval fue en homenaje al Hospital Saint Bois, donde estaba representada la puerta de entrada al mismo.

De este modo, este analizador histórico expresa uno de los procesos sociales vinculado a la salud en el territorio, en particular la defensa de un efector de salud público. En el mismo se manifiestan los imaginarios en salud instituidos e instituyentes en el tiempo y espacio delimitado. En cuanto a lo instituido el cierre del Hospital Saint Bois implicaba la continuidad del proceso de deterioro de la salud pública, que se enmarcaba en diferentes políticas de orientación neoliberal que implicaba la retracción del Estado de sus servicios sociales (educación, vivienda, salud, etc.). Dichas políticas eran funcionales al desarrollo del capitalismo y por ende a la privatización de los recursos, servicios y de la vida cotidiana (López, et al, 2008).

Este modelo que comienza a instituirse en la década del 70 en el Uruguay, que empieza siendo económico pero que luego alcanzó a la política y a la cultura (Rebellato, 2008), deindustrializó al país, redujo el gasto público en áreas centrales, impactó en las relaciones sociales y constituyó nuevos universos de sentido. La década del noventa que antecedió al intento de cierre del Saint Bois en el 2001, estuvo caracterizada por la tendencia privatizadora de lo público. Iniciado el siglo XXI se continuó con dicha orientación a partir de diferentes políticas gubernamentales. En el campo de salud en específico, las políticas implementadas se sostienen en los lineamientos establecidos por organismos internacionales de crédito como el Banco Mundial. Como se mencionaba en el apartado teórico estas políticas estaban dirigidas a redireccionar el gasto público en salud y a liberalizar el mercado en cuanto a la atención sanitaria. A su vez pauta la generación de servicios esenciales para pobres y la reducción del gasto del Estado en niveles de alta especialización (BM, 1993). Como ya fue analizado, se trataba de asegurar lo básico para los pobres, promover la presencia del sector privado en la atención de la salud, e introducir la competencia público- privada para la prestación de servicios. Es así que se genera una división social de la atención en salud, donde los pobres se tenían que asistir en el sector público, mientras que aquellas personas que tenían capacidad económica lo debían hacer a nivel privado. Este tipo de políticas que no son específicas del Uruguay, sino que formaron parte de una estrategia regional en salud, significó el deterioro de los servicios públicos de salud, tanto en la asignación de gastos, en el desarrollo de inversiones, y en la contratación de personal técnico. En el 2002 Daniel Olesker, economista que era asesor de la Federación Uruguaya de la Salud, afirmaba que a pesar de que Uruguay invertía más del 10 % de su Producto Bruto Interno (PBI) en salud, existía un 10 % de la población más

pobre que no accedía a cobertura sanitaria, y que el Estado subsidiaba tanto a la salud pública como a la privada (La República, 2002). En otro documento anterior afirma que a pesar de la inversión en salud que caracterizó a la década del 90, los servicios a los que accedían los sectores más empobrecidos de la sociedad aumentaban sus grados y calidades de inequidad (Olesker, 1996). Es así que estas producciones simbólicas en cuanto a la salud se orientaban en un sentido instituido en salud, en tanto se privilegiaba la privatización del sector y en garantizar condiciones mínimas de asistencia para los sectores más pobres. De este modo, el intento de cierre del Hospital Saint Bois no se trató de una política aislada, sino que se sostuvo en lineamientos internacionales y nacionales de precarización de la asistencia pública. Por otro lado, su intento de convertirlo en hospital penitenciario, da cuenta de la voluntad de fortalecer los aspectos represivos del Estado, que a pesar de la retracción de este en los asuntos públicos, esta función se mantuvo y se reforzó durante los años de implementación del modelo neoliberal. Wacquant (2006) afirma que la modificación de los Estados de Bienestar en la región no implicó la retracción en los mecanismos de control de los pobres y de los sistemas penitenciarios, sino que estos últimos se convirtieron en brutales, sometiendo a las personas a condiciones inhumanas. En el caso del Saint Bois las condiciones edilicias e infraestructurales descritas para la población en general también abarcaban a la población reclusa, y la extensión de su función penitenciaria se orientaba en continuar en el mismo sentido que ya se encontraba instituido.

En síntesis los imaginarios producidos *desde arriba* (Gilbert, 1993) en torno al intento de cierre del Hospital Saint Bois, es decir las producciones de sentido de las autoridades que gobernaban el país a inicios del siglo XXI, se dirigía a mantener y reforzar el status quo en salud, donde la prestación de servicios básicos esenciales para pobres era una de las significaciones imaginarias sociales que orientaba las diferentes decisiones y prácticas en el sector sanitario.

A pesar de esto, *desde abajo* se construían otras significaciones y estrategias orientadas a lo instituyente en salud (Gilbert, 1993). De las entrevistas y de los datos secundarios se pueden extraer dos aspectos centrales de entender este modo de acción en salud: las acciones colectivas y la exigibilidad de derechos (Chapela & Cerda, 2010). Las diferentes movilizaciones sociales y sus modos de expresión (ocupación del Hospital, cortes de calle, recolección de firmas, etc.) formaron parte de acciones colectivas que aglutinaron al personal médico, a los/as trabajadores/as no médicos/as, a los actores sociales territoriales y a ciertos empresarios locales. Las modalidades organizativas desde donde se desarrollaron fueron a través de los sindicatos, las comisiones vecinales, comisiones de apoyo, y una intersocial; que desde una perspectiva de trabajo en red posibilitaron enfrentar y abordar las desigualdades sociales que el neoliberalismo promovía

(López, et al, 2008). El diálogo de los actores sociales organizados con la población en general, a través de diferentes mecanismos de difusión, permitió ampliar las estructuras de plausibilidad y así disminuir las brechas entre los imaginarios instituidores y alternativos (Gilabert, 1993) en la comunidad comprendida en torno al Hospital Saint Bois.

Por otro lado, la exigibilidad de derechos en cuanto al mantenimiento de las fuentes de empleo y los servicios asistenciales del efector de salud gubernamental, si bien está centrado en los aspectos curativos (De Souza Alves, et al, 2012), como se mencionaba en una de las entrevistas el Hospital forma parte del sistema del sanitario del territorio, y articula con las tareas que le competen a las policlínicas del primer nivel de atención. Se trata entonces de una exigencia de derechos sobre lo asistencial pero sobre la base de un todo articulado: el sistema de salud territorial.

Así esta modalidad instituyente de imaginar la promoción de la salud, se enlaza con lo colectivo, la apropiación de lo público, la autonomía y la autodeterminación, como significaciones tendientes a resistir las apuestas de lo instituido. Ese resistir no acontece sin instituir otros modos de relacionarse socialmente y de posicionarse ante lo histórico social. La situación límite (Freire, 2006) del cierre del Hospital, su problematización crítica y la acción esperanzadora de transformarla, es la condición de posibilidad para la generación de procesos sociales comunes entre diversas organizaciones del territorio. El conflicto adquiere intensidad entre junio y setiembre del 2001, tres meses de resistir a lo instituido y de instituir nuevos universos de sentido.

El proceso que sucedió a continuación del analizador histórico, el deterioro edilicio y las carencias materiales del Hospital, dan cuenta de la permanencia de lo instituido en la construcción de la salud a nivel público. La resistencia de los/as trabajadores en el 2003 esboza la permanencia de lo instituyente. Es decir que las tensiones entre los imaginarios instituidos e instituyentes durante el analizador histórico, perduraron en el tiempo y adquirieron diferentes modos de expresión.

9. 2. La crisis económica y política del 2002

Muchos de los elementos abordados en el analizador histórico *intento de cierre del Hospital Saint Bois en el 2001* fueron la antesala del proceso que se desarrollará en el Uruguay en el 2002. Lo que denominaremos como la crisis económica y política del 2002, es el proceso que comienza como una crisis del sistema financiero del país, que luego se extiende a toda la economía nacional y a nivel político, tanto gubernamental como social. A diferencia del primer analizador histórico, que estuvo restringido al ámbito sanitario y social del territorio del CCZ 12, este analizador da cuenta de un proceso que aconteció en todo el país, que abarcó y superó a los ámbitos mencionados. Historiadores que estudiaron el

pasado reciente mencionan como hechos que antecedieron a la crisis, el proceso de recesión económica que comienza en 1999, tras el impacto de la crisis de Brasil en ese año y de Argentina en diciembre del 2001 (Nahum, et al, 2011).

Dicho proceso que aconteció a escala nacional tuvo su expresión específica en el espacio geográfico delimitado. Es así que en este apartado se articularan aspectos que hacen a las dimensiones generales de la crisis y otros referidos a su expresión particular en el noroeste de Montevideo. Como se menciona en el apartado metodológico este analizador histórico no estaba previsto en la investigación pero emerge en los relatos de los actores sociales, tanto por las prácticas en promoción de la salud que se generaron, como por las repercusiones que tuvo la crisis en el territorio. Luego de esto es indagado en el grupo de discusión con el personal de salud, en el cual surgieron algunos elementos.

El primer acontecimiento que se reconoce que inicia la crisis del 2002, sucede a mediados de enero cuando el Banco Galicia comienza a tener problemas de liquidez, es intervenido por el Banco Central de la República y termina cerrando (Caetano & Rilla, 2005). Según la fuente consultada esto se debió a que el banco contaba con accionistas principalmente argentinos que por la imposibilidad de acceder a dinero en su país -por la crisis que atravesaba desde diciembre del 2001-, retiraron sus fondos del Banco Galicia (Caetano & Rilla, 2005).

El 24 de enero la Central de Trabajadores (PIT- CNT) organiza una marcha a Punta del Este y propone 30 medidas de urgencia para que no sucediera lo mismo que en la crisis económica y política de Argentina. No se permite a la marcha ingresar al balneario y el acto es realizado en la ciudad de Maldonado (La Diaria, 2012).

A principios de febrero, se denuncian actividades de fraude en el Banco Comercial, cuando dos de sus accionistas principales, los hermanos Rohm, desviaron 250 millones de dólares. A pesar de que el Estado y accionistas privados capitalizan el banco, la desconfianza en el sistema financiero crecía y a mediados de año 40% de los depósitos habían sido extraídos de los bancos del país (El País, 2002). En los primeros meses del año el país contaba con un 14.8% de población desempleada (INE, 2012) y una incidencia de la pobreza en hogares de 10.6% (INE, 2003). El PBI del país disminuye 2.8% en 1999 y en el 2002 continúa disminuyendo hasta alcanzar el 11% (Caetano & Rilla, 2005). La recesión de la economía el año de la crisis se encontraba en el 15%, aunque la industria manufacturera descendió al 27%, el comercio un 25% y la construcción 21% (Nahum, et al, 2011).

Un cooperativista de vivienda de la zona de la investigación manifiesta que en FUCVAM ya se manejaba información que banqueros y grandes empresarios tenían conocimiento de que la crisis financiera era inminente y que extrajeron sus capitales previo a su desenlace. Otro entrevistado expresa que fue un momento de incertidumbre, que era muy complejo

comprender lo que estaba pasando. El mismo afirma que este proceso comienza siendo financiero, luego alcanza a todas las estructuras sociales y económicas del país, y es producto de las políticas neoliberales desarrolladas durante la década de los 90.

El 16 de abril de ese año se realiza una movilización de masas, que se estimó en 100.000 personas, y que fue convocada por la Central de Trabajadores y la Federación Rural, y se enmarcó dentro de las actividades de la Concertación Nacional para el Crecimiento (La Diaria, 2012).

Entre julio y diciembre del 2002 se crean en el territorio del CCZ 12 las ollas populares y los comedores de INDA gestionados por actores comunitarios. Este proceso es promovido tanto por organizaciones del territorio y se desarrolla en todo el país. En una de las ollas del territorio se llegó a cocinar para 150 personas y en uno de los comedores alcanzó a 600 personas. El análisis de estos tipos de respuesta colectiva ante la emergencia alimenticia que se estaba viviendo, fueron desarrolladas y analizadas en el apartado correspondiente a las prácticas en promoción de la salud de los actores sociales. Uno de los entrevistados manifiesta que en la zona fueron encontrados por el personal de salud niños que eran alimentados con pasto, y que el aumento del desempleo implicó la profundización de las situaciones de pobreza. Un cooperativista de vivienda por ayuda mutua menciona que FUCVAM define que nadie se podía quedar sin vivienda porque no podía pagarla y que desde la organización se elabora un Plan Alimentario del cual surgen las ollas populares. Se valoraba que el estar sin trabajo, con hambre y encerrado en la casa era una *bomba de tiempo*, por lo que se define como estrategia el desarrollo de ollas populares para contrarrestar todos estos aspectos. Otra entrevistada manifiesta que en el asentamiento donde residía muchas personas se quedaron sin empleo pero que no se desarrollaron experiencias colectivas ante la crisis. Sólo menciona que recibieron ayuda de un Oratorio Salesiano que funcionaba como comedor para niños y niñas. Un entrevistado de un complejo habitacional expresa que a pesar de que se sintieron los impactos de la crisis, no se generaron estrategias colectivas para sobrellevarla.

Una serie de maniobras financieras en el manejo de la moneda nacional durante el primer semestre del año, que exceden a los propósitos de esta investigación, pero que influyeron en su valor y en la inflación del país, sumado a el vaciamiento financiero de los bancos y al no contralor por parte del Banco Central, hicieron que el Frente Amplio y el Partido Nacional le solicitaran la renuncia al Ministro de Economía, Alberto Bensión. La misma se concreta el 22 de julio del 2002 (El País, 2002). El integrante del Partido Colorado, Alejandro Atchugarry, asume como nuevo Ministro y el 30 de julio el gobierno decreta un feriado bancario. Un tiempo atrás se difunde la noticia de fraude en el Banco Montevideo y en el Caja Obrera, por parte de los hermanos Peirano, que acrecentó la extracción de depósitos del resto de los bancos (El País, 2002). La caída de los diferentes bancos

durante el 2002 implicó que el sistema financiero tuviera pérdidas de 380 millones de dólares (Nahum, et al, 2011).

El feriado bancario se utilizó como medida transitoria para entablar negociaciones con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en búsqueda de un préstamo que permitiera contener los efectos de la fuga de dineros de los bancos y para que el Estado pudiera asumir su gasto público.

El 2 de agosto acontece un acontecimiento que no pudo ser clarificado ni por los entrevistados ni por los actores gubernamentales en la fuentes relevadas, que fue el rumor de que *ordas* de personas se acercaban a centros comerciales para saquear los negocios. Se habían registrado anteriormente ciertos saqueos pero habían sido particulares en algunos barrios de Montevideo. El rumor de las *ordas* implicó una alarma pública de los comerciantes de distintos puntos céntricos de la capital que cerraron sus negocios, y de la sociedad en general que se mantuvo en sus casas. Uno de los entrevistados manifiesta que se generó mucho miedo en la población.

El 4 de agosto se llega a un acuerdo con el FMI y Estados Unidos realiza un *préstamo puente* para crear el Fondo de Estabilidad del Sistema Financiero (Nahum, et al, 2011), y el organismo de crédito establece una serie de ajustes fiscales como contrapartida del préstamo. Según Nahum et. al. (2011) la presencia del FMI en esta crisis fue más importante que en la registrada en el país en 1982. El 5 de agosto se levanta el feriado bancario y reabren todos los bancos salvo el Comercial, el Montevideo, el Caja Obrera, y el de Crédito (El País, 2002).

Este proceso se da en un clima de movilizaciones sociales de diferente tipo: se ocupan Liceos, UTUs y la Universidad de la República, se realizan movilizaciones de ahorristas y del sindicato bancario por el cierre de los bancos, se cortan calles con quemas de cubierta, entre otras cosas. En el noroeste de Montevideo se crea la Coordinadora de Organizaciones Sociales de la Zona Norte, en la cual diferentes entrevistados participaron desde sus organizaciones. Un entrevistado manifiesta que el barrio ante problemas que son de todos, ha intentado buscar respuesta entre todos, por lo que se crea esta organización intersocial para comprender, explicar y actuar sobre lo que estaba pasando. En este sentido se organizan diferentes movilizaciones que según uno de los entrevistados buscaban *empujar* para que la situación de crisis no se resolviera en función de los intereses del capital y que lo hiciera en función de la preservación de la calidad de vida de los/as trabajadores/as. Se valora que estas medidas como cortes de calles y quema de cubiertas, fueron más allá de los acuerdos *multipartidarios* y *cupulares*, y se logró hacer frente a problemas colectivos a partir de soluciones colectivas. Desde el personal de salud en el grupo de discusión se manifiesta que durante la crisis lo que se hizo fue contener a las personas, se realizaron seguimientos de situaciones particulares y familiares con

problemas de alimentación, y se gestionó leche en polvo para las personas que estaban en situación de desnutrición. Otra integrante del grupo afirma que fue un momento que había que dar respuesta y que la movilización social fue un campo *fértil* que se pudo haber aprovechado para realizar otro tipo de acciones.

Entre setiembre y noviembre el desempleo se ubica en el 19.8% de la población (INE, 2012) y la incidencia de la pobreza en hogares asciende al 20.6% (INE, 2003).

En octubre el Partido Nacional abandona la coalición de gobierno con el Partido Colorado. Las consecuencias políticas de la crisis según Nahum et al. (2011) fueron: la manifestación de *lealtad* institucional de los partidos políticos, el fortalecimiento del Frente Amplio y el resurgimiento del Partido Nacional luego del abandono de la coalición de gobierno. Según estos autores en la región se establece un *entorno de izquierda* a partir del acenso al gobierno de Lula en Brasil y de Krichner en Argentina (Nahum, et al, 2011).

Uno de los entrevistados concluye que finalmente la crisis se terminó resolviendo a favor de los intereses del capital, porque los proyectos políticos que llevaron a la crisis se mantuvieron intactos, y que a partir de un acuerdo nacional se terminó resolviendo la crisis del sistema financiero. También afirma que los costos los terminaron asumiendo los/as trabajadores/as en tanto se multiplicó el endeudamiento público. Nahum et. al. (2011) plantean que a nivel macro la economía se comienza a reactivar a inicios del 2003, a partir de la mejora del contexto internacional y del precio de las materias primas, y de la recuperación de Argentina y Brasil (Nahum, et al, 2011).

Este analizador histórico condensa una conjunción de elementos que hacen a políticas internacionales, nacionales y territoriales. Así la interrelación de unos con otros habilita el desarrollo de niveles de análisis que contemplen diversos aspectos. A los efectos de esta investigación nos detendremos sólo en la expresión nacional y territorial de la crisis para poder dar cuenta de los imaginarios instituidos e instituyentes que permearon dichas expresiones. A pesar de la que la crisis del 2002 implicó un reordenamiento de lo establecido, las lógicas en que operaron diferentes sectores de la sociedad dan cuenta de la búsqueda por la permanencia de lo instituido. Sin embargo, como en todo analizador, aparecen también los procesos instituyentes, las búsquedas de alternativas y de concreción de lo inédito viable (Freire, 1999). En un primer momento esta crisis parece no tener relación con la promoción de la salud y su expresión histórico social, pero sus efectos en las condiciones de vida de los/as trabajadores/as ocupados y desocupados, y la estrategias de supervivencia que se diseñaron desde lo social, dan cuenta de que existieron movimientos en torno a la salud y sus condicionantes: vivienda, educación, alimentación.

En cuanto a los imaginarios instituidos en torno a la crisis, un primer elemento que emerge de su análisis es la cristalización de sentidos de que se trató sólo de una crisis

financiera. Los relatos de los medios de prensa y las expresiones públicas de los políticos asociados al gobierno, producen sentidos en torno a que la crisis fue sólo a ese nivel y que se debió a las crisis similares que atravesaron Brasil (1999) y Argentina (2001). Sobre esta construcción de lo real, se diseñaron estrategias y se utilizaron recursos públicos para la estabilización del mercado financiero. La centralidad del mercado, en particular el financiero, es parte de las políticas del modelo neoliberal, donde se supone que las leyes *naturales* de la oferta y la demanda se autorregulan, habilitan la libre competencia y dotan de dinamismo a las relaciones de producción (Rebellato, 2008). Sin embargo, el neoliberalismo no sólo comprende a los aspectos económicos de la sociedad sino que se constituyó como un modelo político y de producción cultural (Rebellato, 2008). La retracción estatal en la regulación de la vida social, facilitó que esos espacios los asumiera el ámbito privado, nacional o internacional. Esta privatización de lo que antes correspondía a lo público estatal implicó una privatización de la vida en general y de los individuos en particular, que como ya fue analizado tuvo su auge en la década previa a la crisis, donde la autonomización de los sujetos de sus instituciones fue lo dominante (Castoriadis, 2010). Por otro lado, la centralidad del mercado y de sus aspectos financieros, se trata de un deslizamiento de sentido que tiende a despolitizar las decisiones económicas, y a esconder así sus repercusiones en lo social y cultural. Como se pudo apreciar en las entrevistas la situación de los sectores populares de la sociedad durante la crisis, las situaciones de desempleo -dos de cada diez uruguayos estaban sin trabajo-, el aumento de los precios al consumo y la inaccesibilidad a bienes esenciales como la alimentación, expresa que la crisis no fue sólo financiera, sino que las decisiones políticas adoptadas impactaron directamente sobre las condiciones de vida de las personas. Así la retórica y las prácticas tendientes a estabilizar el mercado financiero, impactaban directamente en las relaciones sociales y en las condiciones de vida de la población. No se trata de negar el lugar de lo financiero en la crisis del 2002, sino reconocer que otros tantos aspectos operaron durante ese proceso.

Otra producción de sentido emergente de los imaginarios instituidos es que se trató de una crisis sin historia. Quienes la analizan de esta forma identifican a la crisis de Brasil de 1999 como el acontecimiento más lejano que antecedió a la crisis del 2002. Estas significaciones explican a la crisis como un acontecimiento que fue producto de las desestabilizaciones económicas que atravesaron los países de la región. Aquí aparece nuevamente el deslizamiento de sentido de que la crisis del 2002 fue el resultado de condiciones financieras desfavorables, y no el producto de decisiones políticas. Como ya fue analizado, la dictadura cívico militares que inicia en 1973 en el Uruguay, los diferentes acuerdos económicos y políticos que se establecen con Estados Unidos y con los organismos multilaterales de crédito, el exilio, la tortura y la cárcel de aquellos que

entendían que había que transformar la sociedad, fue el modo en que el modelo neoliberal se implementó en el país y en diferentes lugares de la región. Los gobiernos democráticos posteriores a las dictaduras, sin la dimensión represiva y de control del terrorismo de Estado, mantuvieron y profundizaron los lineamientos políticos, económicos y culturales instituidos. De este modo, si bien en el 2002 se agudizaron los problemas en los diferentes niveles de la sociedad, este proceso emerge del devenir histórico de una serie de políticas y de imaginarios instituidos (Gilabert, 1993), que hicieron *culto* del mercado y de las posibilidades del mismo en garantizar la condiciones de vida de la sociedad. Sin embargo, las condiciones de pobreza, el deterioro económico y la estigmatización territorial de amplios sectores de la sociedad, que se profundizan ante la crisis (Wacquant, 2006), son el resultado de la centralidad del mercado y de la libre competencia de capitales a lo largo del tiempo.

Por último, es de destacar en esta crisis el proceso social de desconfianza en el sistema financiero y las producciones de sentidos asociadas. Los imaginarios instituidos desde *arriba* (Gilabert, 1993), generaron la totalización de que la crisis acontece por la desconfianza masiva en el sistema financiero uruguayo. Pero a quién pertenecían los 380 millones de dólares que se extrajeron de los bancos. Si se toma en cuenta la situación macroeconómica en la que se encontraba el país, los niveles de desempleo y los índices de pobreza de los hogares, antes y durante la crisis del 2002, se puede inferir que ese dinero no provenía de los ahorros de los sectores populares. Por el contrario, los fraudes y desvío de fondos que se realizaron en algunos bancos, el retiro de grandes capitales, y el escaso control del Estado de este tipo de maniobras, provino de los sectores económicos fuertes de la sociedad. En una de las entrevistas se menciona que entre estos sectores circuló la información de que existía la posibilidad de una retención de fondos financieros por parte del Estado, como sucedió en Argentina, lo que aceleró los procesos de desconfianza de los grandes capitales. Los pequeños ahorristas de los bancos que cerraron, no se enteraron a tiempo y vivieron dicha retención obligada; acontecimiento que significó la movilización de estos sectores durante la crisis. El resto de la población se enteró vivencialmente de la crisis financiera cuando quedó desocupada, se precarizó su trabajo, y comenzaron los problemas de alimentación y de vivienda. Esa así que esa totalización de que la desconfianza alcanzó a todos los sectores se trata de un construcción de sentido, que tiende a responsabilizar a toda la sociedad de lo que acontecía, e intentó instituirse como imaginario por parte de los sectores gubernamentales y en ciertos medios de comunicación.

A pesar de estos diferentes imaginarios y las significaciones imaginarias tendientes a lo instituido en la sociedad, operaron imaginarios instituyentes, orientados en producir y crear acciones alternativas. Al igual que en el analizador histórico anterior, la exigibilidad de

derechos y las acciones colectivas (Chapela & Cerda, 2010) formaron parte de la crisis económica y política del 2002. Tanto en el territorio delimitado para la investigación como a nivel nacional, amplios sectores de la sociedad desarrollaron procesos de resistencia a las políticas gubernamentales implementadas, como de búsqueda de alternativas ante la emergencia social que se vivía. Lo que uno de los entrevistados manifestaba como *empujar* para que la crisis no la solventaran los trabajadores, da cuenta de la exigibilidad de derechos mencionada. Las ocupaciones de los centros de estudio y los diferentes tipo de movilizaciones (territoriales y nacionales) también representaron mecanismos de resistencia ante lo dado. Por otro lado, las ollas populares, los comedores, las huertas comunitarias, entre otras estrategias de lo social organizado, constituyeron acciones colectivas orientadas mejorar las condiciones de vida. Éstas ya fueron analizadas en el apartado correspondiente a las prácticas de los actores sociales, aquí sólo se destaca su dimensión instituyente ante la primacía de lo individual como estrategia de supervivencia. Igualmente esta última fue reconocida entre los actores sociales entrevistados, que a pesar de que se reconocían los impactos de la crisis, las soluciones a los problemas se realizaba por caminos individuales.

Es así que en lo particular del territorio analizado se combinaron diferentes estrategias, singulares y colectivas, de resistencia y de transformación de lo dado. Parte de esas estrategias se sostuvieron en significaciones imaginarias sociales como la autogestión, la ayuda mutua y la solidaridad entre pares, que conforman los imaginarios instituyentes en promoción de la salud. Uno de los entrevistados destacó la capacidad de la zona de que ante problemas comunes, se hayan buscado soluciones colectivas. Es así que la sociedad autónoma en proyecto (Castoriadis, 2010) subyace a este relato, la capacidad instituyente del *abajo* social (Gilabert, 1993) ante situaciones críticas. Al igual que en el caso del Hospital Saint Bois, las diferentes situaciones límite (Freire, 2006) generaron las condiciones de posibilidad para la reorganización de las redes territoriales, el diálogo social y la realización de acciones paliativas ante lo que se estaba viviendo. Según los entrevistados, la intensidad del proceso y el desgaste que generaron, hicieron que las acciones colectivas como las ollas populares y los comedores no perduran más allá de los momentos más críticos de la crisis. La reactivación económica que comienza a inicios del 2003 (Caetano & Rila, 2005; Nahum, et al, 2011), a pesar de haber estado centrada en indicadores macroestructurales, también pudo haber tenido relación con el debilitamiento de los procesos sociales que se emprendieron con mayor insistencia durante la segunda mitad del 2002.

De este modo, la crisis económica y política que desarrollamos, si bien parece estar centrada sólo en aspectos financieros, implicó diversos impactos sociales, ante los cuales emergieron prácticas de los actores sociales que se acercaron al modo instituyente de

promover la salud. No todos los tipos de movilizaciones sociales que existieron pueden comprenderse dentro de la estrategia de promoción, sino sólo aquellas que se encaminaron a revertir los condicionantes sociales de la salud. De modo indirecto se puede afirmar que las reivindicaciones sociales de carácter nacional, como una diferente distribución de las riquezas, y la mejora de la educación, el sistema sanitario y la vivienda, están relacionadas con la promoción de la salud en un sentido integral. Pero reducirlo a esto implicaría desconocer las otras múltiples referencias conceptuales que permiten comprender todas las otras dimensiones que integraron los procesos sociales del 2002. Asimismo es innegable que los procesos microsociales que se observaron en el territorio delimitado para la investigación y que se circunscribieron a la promoción de la salud, se constituyeron sobre la base de una estrategia popular general a nivel nacional, diversa y heterogénea pero encaminada a dar respuesta a los procesos de deterioro de las condiciones de vida y los diferentes modos de inequidad social (Breilh, 2003).

9. 3. El gobierno del Frente Amplio y los cambios en salud pública

Este analizador comprende a diferentes procesos sociales, políticos y económicos que alcanzan a todo el país y que se expresan de diferentes modos en el territorio estudiado. Estos procesos no pueden reducirse únicamente al cambio político partidario de gobierno, el triunfo del Frente Amplio en las elecciones del 2004 significó que por primera vez un partido de izquierda asumiera el control de los aspectos gubernamentales del país, luego de más de un siglo de gobiernos liberales y neoliberales. A pesar de la diversidad de sectores que componen al Frente Amplio, el gobernar en otra orientación a la establecida fue parte de las construcciones de sentido creadas, que se sostienen en imaginarios sociales que datan de antes de la construcción de esta fuerza política como partido (1971), y que implicaron una serie de reformas donde el Estado retoma su injerencia en diferentes asuntos públicos. En este apartado sólo se analizarán los aspectos referidos a los cambios en salud pública y sus efectos en la promoción de la salud en el territorio delimitado. Sobre esta delimitación del analizador histórico, el personal de salud y los actores sociales desarrollaron diferentes significaciones en torno al proceso de cambio que acontece en el ámbito sanitario. Dentro de estas significaciones la Reforma del Sistema Sanitario emerge como un acontecimiento en el cual se insistió en las entrevistas y en los grupos de discusión. De este modo, este analizador se aborda a través de las diferentes leyes que hicieron posible la reforma mencionada, y los sentidos producidos en el territorio sobre el impacto de las mismas. Las leyes aprobadas no estuvieron exentas de discusiones y contradicciones entre los partidos políticos, los sectores empresariales y la sociedad en general. Igualmente las mismas expresan el proceso de institucionalización de la reforma

en el campo de la salud, sus condiciones de posibilidad en el escenario político mencionado, y las nuevas producciones de sentido creadas.

Antes de estos procesos, la Salud Pública en el Uruguay se encontraba en la situación que ya fue analizada cuando se trabajó sobre el intento de cierre del Hospital Saint Bois en el 2001. Como se afirma en diferentes entrevistas, a pesar de que se evitó el cierre de este Hospital, el deterioro y precariedad del sistema sanitario en general fue lo característico hasta el 2005. Una vez asumido el gobierno el Frente Amplio, ese proceso tiende a revertirse. Dentro de las primeras acciones en ese sentido, se encuentra la aprobación de la Ley 17.930 en diciembre del 2005, que establece el Presupuesto Nacional para el período 2005- 2009. En el artículo 264 encarga al Ministerio de Salud Pública la implementación de un Sistema Integrado Nacional de Salud, que implicara la complementación público- privada. Su cometido sería garantizar una atención integral, equitativa y universal a toda la población, con énfasis en el primer nivel de atención, sobre la base de la estrategia de la atención primaria de la salud, y con acciones de promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad (Parlamento, 2012). Durante ese año se crea la Red de Atención Primaria como unidad ejecutora de ASSE, que adquiere como objetivo el brindar atención integral a la población cubierta por este efector, en el primer nivel de atención, con una orientación preventiva y privilegiando la promoción de la salud (ASSE, 2012). Por otro lado, ese mismo año se conforman el Consejo Consultivo Nacional de la Salud y los Consejos Consultivos Departamentales, que estaban integrados por los distintos actores vinculados al ámbito sanitario (representantes gubernamentales, empresarios/as, trabajadores/as y usuarios/as), y tenían como objetivo el avanzar en el proceso de reforma del sistema sanitario. A partir de ese proceso es que durante el 2007 se aprueban en el Parlamento la Ley 18.131, de creación del Fondo Nacional de Salud, la Ley 18.161, que descentraliza a ASSE de la órbita del MSP, y la Ley 18.211, que crea al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En mayo del 2007 se aprueba la La Ley 18.131, que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es financiado por aportes fiscales según el nivel de ingreso salarial o de la jubilación percibida. La misma establece que el mismo será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y que financiará la asistencia médica, en un primer momento de los jubilados del BPS, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado. Estas personas podían optar por afiliarse a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) contratadas por el BPS o podían hacerlo en ASSE (Parlamento, 2012). Posteriormente el FONASA alcanza a otros sectores de la sociedad, como trabajadores/as de otros establecimientos dependientes del Estado y del sector privado. Este es una de las primeras modificaciones en el sistema sanitario, centrada principalmente en su modo de financiación y en la gestión de esos recursos. El organismo anterior que cumplía estas

funciones era la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), pero los afiliados por este sistema sólo podían optar por los establecimientos privados (IAMC), quedando así restringido el sub sector público para las personas de menores recursos (Fuentes, 2010). Con esta ley se integra a ASSE como efector de salud que podía ser elegido por la población y en esta medida comienza recibir recursos del BPS para su financiamiento.

En julio del 2007 se aprueba la Ley 18.161, que constituye a ASSE como un servicio descentralizado y deja de ser así un órgano desconcentrado. A partir de ese momento se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del MSP pero no dependerá directamente de este último. El nuevo servicio descentralizado tendría un Directorio con cinco miembros, dos de ellos representando a los/as usuarios/as de ASSE y a los/as trabajadores/as. Según la ley el cometido de este servicio es garantizar la atención integral en salud, a través de su promoción, y la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de las enfermedades (Parlamento, 2012). De este modo esta ley integra a la sociedad organizada en la conducción del efector de salud y delimita una serie de funciones donde la promoción de la salud es una de ellas.

Las decisiones sobre este efector de salud gubernamental y el incremento de la inversión en salud, se expresaron de distintos modos en el territorio delimitado para la investigación. Tanto en los actores sociales como en el personal de salud se reconoce la restauración del Hospital Saint Bois como parte de las políticas de ASSE que comienzan en el 2005. Oficialmente se lo comienza a denominar como Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, donde funciona el Hospital General, el Hospital de Ojos (Centro Oftalmológico José Martí) y el Centro Tarará Prado (espacio de residencia para usuarios/as del interior del país). Entre los entrevistados se manifiestan los cambios edilicios en el Hospital (pintura, limpieza, infraestructura), la ampliación de funciones (Ej. Sala y Emergencia de Pediatría), la descentralización de las policlínicas en el primer nivel de atención (acompañamiento, insumos, trámites), y la creación de las comisiones de usuarios y de obras.

Otro aspecto en el que se expresa en el territorio la nueva política gubernamental de ASSE, es en la priorización del primer nivel de atención. Un integrante del personal de salud de la zona expresa que las personas comienzan a optar por ASSE por la accesibilidad del servicio y por tener al médico donde residen. A su vez, otra entrevistada manifiesta que entre el 2008 y el 2009 se comienza a visualizar mayor apertura con las policlínicas periféricas. A pesar de esto, una entrevistada manifiesta que la priorización mencionada ha sido más retórica que en recursos, y que las policlínicas todavía continúan con carencias (luz, personal no técnico, limpieza). Igualmente se reconocen los cambios acontecidos en el primer nivel y que el proyecto necesita tiempo para concretarse. En otra entrevista se agrega que se observa mayor articulación y trabajo orgánico al interior y entre

los niveles de atención. Por otro lado se señala que el desarrollo del primer nivel de atención permitió una atención personalizada, donde consultas no mayores de doce personas, permiten escuchar y comprender lo que le sucede a los sujetos.

En noviembre del 2007 el Senado aprueba la Ley 18.211 que crea el SNIS, la cual establece como un derecho de las personas el poder proteger su salud. Entre sus principios se establece a la promoción de la salud centrada en los determinantes del medio ambiente y de los estilos de vida; la intersectorialidad con otras políticas tendientes a mejorar la calidad de vida; la universalidad, accesibilidad y sustentabilidad de la cobertura; la equidad y continuidad en las prestaciones de salud; una prevención integral de características humanísticas; la atención integral y de calidad; el respeto a los derechos de los usuarios sobre sus estados de salud y la información para elección del prestador de servicios; la participación social de trabajadores y usuarios; la solidaridad en la financiación del sistema; la eficacia y eficiencia de los servicios; y la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención (Parlamento, 2012).

A partir de esta ley se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA), como organismo desconcentrado y dependiente del Ministerio de Salud Pública. A dicho organismo se le asignan funciones de administrar el Seguro Nacional de Salud (que se crea a partir de la promulgación de la ley), y de controlar que se cumplan los principios y objetivos del SNIS. En su conformación la JUNASA se integra por tres miembros electos por el Poder Ejecutivo, uno del BPS, otro de los responsables de los prestadores de salud, un/a usuario/a y un/a trabajador/a (Parlamento, 2012). A su vez se establece la generación de un red de atención en salud, que organice el trabajo entre los niveles de atención y donde se priorice el primero de ellos. Aquellas denominadas como redes territoriales de atención, se le encomienda articular sus tareas con los centros educativos de cada zona y con las políticas sociales existentes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las poblaciones desde una perspectiva intersectorial. También se crean los Programas Integrales de Prestaciones que serán establecidos por el MSP y deberán ser priorizados por las entidades públicas y privadas que conforman el SNIS (Parlamento, 2012).

Para la financiación SNIS se crea el Seguro Nacional de Salud donde los prestadores de servicios de salud que lo integren, recibirán una cuota de salud según la cantidad de personas que abarquen, que será diferencial según grupos poblaciones y si cumplen con las metas asistenciales establecidas por el MSP.

De esta manera, según el MSP (2009) la Reforma del Sistema Sanitario a partir de las diferentes leyes y decretos aprobados, se sostiene en tres pilares: la reforma en la gestión, la reforma en la financiación y la reforma en el modelo de atención. A los efectos del abordaje de este analizador histórico nos detendremos sólo en el cambio de modelo de atención que es el que se encuentra estrechamente ligado a la promoción de la salud,

aunque no se desconocen las posibilidades del mismo sin las otras dos reformas mencionadas (MSP, 2009). Dicho cambio de modelo de atención se sostiene en tres elementos que fueron mencionados en las sucesivas leyes que se presentaron: el Plan Integral de Prestaciones de Salud, las Cuotas de Salud y Metas Asistenciales, y los Contratos de Gestión (MSP, 2009). El primero de ellos instituye que los establecimientos públicos y privados que integran el SNIS deben brindar a sus usuarios las prestaciones de salud que fije el MSP. La JUNASA es la encargada de fiscalizar que se concreten dichas prestaciones y es quien autorizara el pago por el cumplimiento de las mismas a los efectores de salud (MSP, 2009). En el 2008 y a partir del Decreto 464/08 los Programas Integrales de Salud delimitados fueron: Niñez, Mujer y Género, Adolescente, Adulto Mayor, Salud Bucal, Salud Mental, Discapacidad, Infecciones de Transmisión Sexual- SIDA, Nutrición, Usuarios Problemáticos de Drogas, y Control de Tabaco (MSP, 2009).

Por otro lado, las Cuotas de Salud y Metas Asistenciales buscan revertir lo que históricamente sucedía en nuestro país donde la Seguridad Social pagaba un monto igualitario a todos los prestadores de salud (públicos y privados). Desde el MSP (2009) se afirma que esto desconocía las necesidades de salud de la sociedad así como los costos diferenciados de su atención. A partir de la reforma se delimita por parte del MSP un componente de *cápitales* (cuotas de salud) que se establecen a partir de riesgos y se asignan diferentes pagos por grupo poblacional. Según estudios realizados por el MSP los costos mayores de atención se registran en los niños/as menores de un año y en los adultos mayores de 65 años. De esta forma a los prestadores de salud se le asignan mayores montos si cuentan con estas poblaciones entre sus afiliados, y se deduce que a partir de esto se incentivará que los mismos desarrollen políticas activas de promoción de salud y de prevención de la enfermedad en el marco de una estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS). Es decir que si se mantiene a la gente sana de estos grupos poblacionales, los prestadores de salud ahorrarán en cuanto a los gastos de atención (MSP, 2009). En el Decreto anteriormente descrito se establece como Meta Asistencial al Programa de Salud Materno- Infantil como las primeras metas del primer período de la Reforma, que comprende a los últimos años comprendidos dentro de la investigación (2008- 2010). Dentro de este programa se discrimina dentro de la salud infantil: controles obligatorios en el primer año de vida del niño, certificado de vacunas vigente, promoción de la lactancia materna, y ecografía de cadera del lactante; mientras que para la salud materna se delimitan las siguientes acciones: captación de la embarazada en el primer trimestre, al menos seis controles de salud previo al parto, control Odontológico, historias del Sistema Informático Perinatal completas, y control de HIV y de sífilis (MSP, 2009).

Por último, los Contratos de Gestión son el producto del acuerdo de los prestadores de salud y la JUNASA en torno a los Programas Integrales de Salud y a las Metas

Asistenciales (MSP, 2009).

Este procesos de Reforma Sistema Sanitario y los diferentes aspectos que implicó, fue significado de diferentes modos por el personal de salud y por los actores del territorio. Por un lado, en el personal de salud se insiste que se percibió una mejora salarial a partir de la reforma y que se puede subsistir a partir del trabajo. En otra entrevista se agrega que también se incrementaron los recursos humanos a partir de un crecimiento en el presupuesto económico del subsector público.

Por otro lado, desde el personal de salud se señala que el proceso de reforma se sostuvo principalmente en el esfuerzo técnico, en cumplir con la productividad y las consultas clínicas, con las Metas Asistenciales y las Prestaciones de Salud, y que la comunidad no estuvo involucrada en ese proceso. A pesar de esto uno de los entrevistados reconoce la voluntad de generar políticas de promoción de la salud, y de la necesidad de insistir en ellas ya que dan resultado. En otra entrevista se agrega que todo el proceso de reforma permitió una mayor accesibilidad de la población a la salud (medicación, policlínicas, tratamientos). Otro elemento que es señalado por el personal sanitario, es lo intersectorial y el trabajo en red para el abordaje de ciertas problemáticas. Si bien no siempre puede concretarse, existe una tendencia en ese sentido y un reconocimiento mayor al trabajo comunitario.

Por su parte los actores sociales insisten en que uno de los aspectos novedosos y significativos de la reforma fue la inclusión de los usuarios en la conducción política de la salud y el reconocimiento de sus derechos. Esto es compartido por el personal de salud y una entrevistada, usuaria de un servicio de salud, manifiesta que antes realizaba una queja y se la designaba como *conventillera*, y que ahora lo hace y obtiene respuestas, que existe una comunicación distinta a nivel institucional. En otra entrevista se expresa que se trata de un sistema más humanizado, de mejor atención, y donde se le da importancia a la persona. Ante esto en el personal de salud se expresa que aún existen carencias en la formación para el cambio de modelo de atención, aunque desde la Facultad de Medicina se está tendiendo a que los estudiantes transiten por el primer nivel de atención y desarrollen estrategias de atención primaria de la salud. Según una de las entrevistadas esto se contrapone a la antigua formación de médico/a ultraespecializado, y otra agrega que se trata de un proceso que se va visualizar en años.

En cuanto a la reforma en general en una entrevista se afirma que la misma implicó resistencias de los partidos de derecha y que desarrollaron acciones en su contra. Con respecto a estos elementos generales uno de los actores sociales manifiesta que los cambios han sido significativos pero que lo sustancial no se modificó, no hubo una transformación *estructural* del sistema sanitario, no sólo en su accesibilidad sino en la concepción mercantil de la salud que se encuentra en tensión con la salud como derecho.

Dentro de los aspectos negativos visualizados por el personal de salud y por los actores sociales se menciona la creación del FONASA y el pasaje masivo de sectores de bajos recursos al subsector privado. Entre el personal de salud se afirma que este pasaje masivo, con la consecuente imposibilidad para solventar sus costos, colocó a los/as médicos/as ante dilemas éticos (Ej. solicitud de la población de que se le hagan recetas a nombre de otra persona socia de ASSE) y políticos (Ej. que el dinero por los usuarios se dirija al sector privado y no a ASSE). Asimismo se agrega que las campañas de difusión de los sectores privados de la salud a través de los medios de comunicación, confundió a las personas ya que éstas entendieron que se tenían que afiliar a un establecimiento privado, y ASSE no realizó la suficiente promoción de su oferta pública.

Aunque por uno de los actores sociales es entendido que el FONASA posibilitó de que su familia accediera a asistencia sin un costo extra en su salario, otros entrevistados manifiestan que esto implicó una reducción de los asociados a las policlínicas (principalmente las autogestionadas). Asimismo la posibilidad masiva de acceder al subsector privado significó que este se masificara y se dificultara la atención por parte de los establecimientos que asumieron mayor población a la que podían soportar. Por último se visualiza un regreso a ASSE de personas que transitaron por el subsector privado: por los costos que implica la atención privada, la accesibilidad de los servicios públicos y el trato diferencial que acontece en la asistencia.

De este modo, el procesos político, económico y social que significó la asunción del Frente Amplio al gobierno, generó diferentes efectos en las política sanitaria y una orientación diferencial a la instituida hasta el 2005. Como los analizadores históricos anteriores, este proceso de reformas del sistemas sanitario se sostuvo en imaginarios instituyentes e instituidos en torno a la salud en general y a su promoción en particular. Estos imaginarios tuvieron una expresión particular en el territorio pero gran parte de ellos exceden el espacio geográfico delimitado, en tanto sus alcances fueron nacionales. Es así que la promulgación de diferentes leyes significó un proceso de institucionalización en el ámbito sanitario donde lo instituyente y lo instituido adquirió un diálogo particular. A partir de lo que se pudo apreciar en los analizadores históricos anteriores, tanto en la situación del sistema sanitario como en los otros sectores de la sociedad, se puede afirmar que la Reforma del Sistema de Salud se caracterizó por ser un movimiento principalmente instituyente ante lo que se encontraba establecido. Igualmente como afirma Castoriadis (2010) toda nueva producción de sentido y por ende de acciones, se edifica sobre las *ruinas* de las construcciones simbólicas precedentes y se hace de sus materiales; de ahí que aspectos de lo instituido en salud permanecieran a pesar de la fuerza instituyente de la reforma.

De esta manera, a nivel nacional y en el territorio delimitado se producen

imaginarios instituyentes que pueden resumirse en tres: la participación social de usuarios/as y trabajadores/as en la gestión política del sistema sanitario; la priorización del primer nivel de atención y el énfasis en prácticas de prevención y de promoción de la salud; y la intesectorialidad como modo de abordaje de las problemáticas sociales. Los procesos de cambio de los modelos de atención, de financiamiento y de gestión (MSP, 2009), hicieron posible la creación de los mencionados universos de sentido y los imaginarios sociales subyacentes.

La participación social de usuarios/as y trabajadores/as se sostuvo en un proceso de democratización del ámbito público, específicamente el sanitario, que comienza desde que se inicia el nuevo gobierno con la creación del Consejo Consultivo Nacional de la Salud y los Consejos Consultivos Departamentales (2005). Desde estos espacios se inicia el proceso de reforma y de integración de los actores sociales en la conducción política de la salud, que se instituye progresivamente con su participación en los Directorios de ASSE y de la JUNASA. Asimismo adquiere una expresión particular en el territorio investigado, donde se constituyen las comisiones de usuarios y de obras del Centro Hospitalario Gustavo Saint Bois, las cuales comienzan a participar en la conducción del efector de salud. Por otro lado, el reconocimiento de las comisiones vecinales para la cogestión con la RAP- ASSE de parte de las policlínicas, es otra modalidad de expresión de la participación social en salud. En las entrevistas se menciona que este es uno de los aspectos más novedosos de la reforma, donde se escucha al usuario, se comienzan a contemplar sus derechos, y se establece otro diálogo a nivel institucional.

Por su parte la priorización del primer nivel de atención y el énfasis en prácticas de prevención y de promoción de la salud, es otro de los elementos que constituyen lo instituyente del proceso de reforma. La creación de la RAP- ASSE así como las distintas leyes que establecen que el sistema sanitario debe abordar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, busca establecer una nueva orientación de la salud, donde sus aspectos curativos (De Souza Alves, et al, 2012) no se desconocen, pero se instituye una nueva organización de la salud, tendiente a revertir el modelo hospitalocéntrico (Rabello, et al, 2007). En el territorio esto fue indentificado en tanto aumentó el número de policlínicas del primer nivel de atención, contaron con la dimanización del Centro Hospitalario Saint Bois, se incrementaron los recursos humanos y su remuneración. Lo que se denomina en las entrevistas como mayor accesibilidad al sistema sanitario es lo que caracteriza a la dinamización del primer nivel. Este proceso también se visualiza en las prácticas de promoción de la salud que fueron significadas por el personal sanitario, donde su densidad y amplitud se concentra entre el 2006 y el 2010. Si bien como lo reconoce uno de los entrevistados esto se sostuvo predominantemente en las actividades del personal de salud, a través de las Metas Asistenciales y de los

Programas Integrales de Salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades comienza a formar parte de sus actividades cotidianas. Ambos instrumentos del cambio del modelo de atención, nos permiten comprender la orientación que adquieren las prácticas del personal sanitario en lo que refiere a la promoción de la salud. La priorización por el MSP de las Metas Asistenciales en la salud materno- infantil explica la insistencia de prácticas llevadas adelante en conjunto con los CAIF de la zona, el trabajo con los/as niños/as, con sus padres y madres, y con los técnicos a cargo de las instituciones. Esta tendencia selectiva de la promoción de la salud, enfocada en lo materno- infantil (Haggerty, Yavich & Báscolo, 2009), no significó el abordaje de otras áreas, las cuales eran pautadas por los Programas Integrales de Salud. Así las actividades significadas como de promoción de la salud con adolescentes (Espacio Adolescente, taller en liceos, etc.) y con adultos mayores (grupos ODH, carné del adulto mayor, etc.) se enmarcan dentro de las directrices de dichos programas.

Por último, la intersectorialidad en el abordaje de las problemáticas sociales, se manifestó de diferentes modos entre el personal de salud y los actores sociales. Entre los primeros en el grupo de discusión y en las entrevistas se reconoce que entre el 2005 y el 2010 la estrategia de trabajo en red fue característico de ese período. Las Red de Efectores de Salud, la Comisión de Salud del CCZ 12, los SOCAT, el ya mencionado trabajo con los CAIF, los Nodos Adolescentes y de la Primera Infancia, son muestras de las significaciones tendientes a lo interinstitucional e intersectorial en el abordaje de la salud desde el personal sanitario. El encargo establecido por el SNIS en la generación de redes territoriales de salud explica la intensidad del trabajo articulado entre los efectores de salud y los centros educativos. Entre los actores sociales la construcción de redes, fue predominante social durante el primer quinquenio del siglo XXI, e institucional durante el proceso de reforma (SOCAT, Comisión de Salud del CCZ 12, Comisiones de Salud de las policlínicas cogestionadas). En ambos casos la acción conjunta sobre los condicionantes sociales de la salud entre el personal sanitario y los actores sociales, caracterizó al analizador histórico en análisis.

De este modo los imaginarios instituyentes en salud que se manifiestan en el analizador histórico delimitado, comprenden diversas significaciones y estrategias particulares, que intentaron revertir las relaciones de saber y de poder que hasta entonces eran dominantes en el campo sanitario. Es necesario destacar que los movimientos generados durante la Reforma del Sistema de Salud, se desarrollan durante los últimos años que comprende esta investigación, por ende se encontraban en proceso de institucionalización. De ahí las múltiples referencias en las entrevistas que lo que se desarrolló como promoción de la salud en ese período eran más tendencias y encargos institucionales, que la posibilidad efectiva de su implementación. A pesar de esto no pueden desconocerse los imaginarios

novedosos que se instituyeron en torno a la salud pública desde el 2005 en adelante.

Dichos imaginarios instituyentes se contrapusieron a los imaginarios instituidos y parte de estos últimos perduraron en la Reforma del Sistema de Salud. Muestra de esto es la permanencia de lo privado en el terreno sanitario, la insistencia de la figura usuario-cliente (Martín, et al, 2006) y el interjuego de la oferta y la demanda en la elección del efector de salud. El reconocimiento del sector privado en la construcción del SNIS es planteada desde el inicio del mandato de gobierno del Frente Amplio en la Ley de Presupuesto 2005- 2009, donde se encarga al MSP la construcción del nuevo sistema sanitario a partir de la colaboración mutua entre lo privado y lo público. Esto es visualizado por uno de los entrevistados, quien manifiesta que no hubieron cambios estructurales en el nuevo sistema, elemento que se lo relaciona con el mantenimiento del sector privado y sus lógicas en lo que respecta a la salud (López, et al, 2008). De este modo la tensión manifestada entre la salud como mercancía y la salud como derecho, es parte de este proceso institucional e impacta de diferentes formas en la promoción de la salud. A pesar de que el sistema privado comienza implementar los instrumentos del cambio de modelo de atención, el mercado de la enfermedad (Saforcada, 2012) persiste y de ahí las situaciones de inaccesibilidad que se mencionaba en las entrevistas.

En segundo lugar la figura de usuario- cliente es parte de las significaciones producidas por el subsector privado, donde la usufructuación del servicio de salud está condicionada por la capacidad de pago del sujeto, estableciendo así la ya mencionada mercantilización de la salud y la división social de la atención. En las entrevistas se explicitaba esto en las contradicciones que se generan en la supuesta universalización de la asistencia que habilita el FONASA. Si bien los sectores sociales más empobrecidos pueden acceder al subsector privado, no pueden solventarlo económicamente y quedan en situación de inanición asistencial o recurren al subsector público para resolver sus problemas. Como se puede apreciar en las entrevistas realizadas estas situaciones de inaccesibilidad se fueron revirtiendo con el regreso de dichos sectores al ámbito público. Este último, si bien no se encontraba en la misma situación en la que estaba en la primera parte de la década analizada, sí se constituye como el espacio donde los pobres pueden atenderse, reforzando así la significación que divide socialmente la atención.

Por último el interjuego de la oferta y la demanda en el acceso a la salud estuvo condicionado por los imaginarios que se produjeron desde el sector privado en los medios masivos de comunicación. Los beneficios en prestaciones que ofertaban cada uno de los efectores y la escasa publicidad de ASSE como posibilidad de afiliación, hizo que la población en general concibiera que no había otra opción que el sector privado, o que eligiera a partir de los beneficios económicos que cada uno de ellos posibilitaba. Una de las entrevistadas manifiesta al respecto que se generó confusión en la población, lo que

inhabilitó la comprensión de lo que significaba la reforma. Asimismo el imaginario social instituido de que el subsector privado es de mayor calidad que el público, se sostiene en dichas campañas mediáticas y en los años de deterioro del segundo que ya fue analizado anteriormente.

9. 4. El boicot de la Sociedad Uruguaya de Oftalmología al Hospital de Ojos

Este último analizador se desarrolla durante el año 2007 y 2008 e implicó el conflicto que se establece entre ASSE y la Sociedad Uruguaya de Oftalmología (SUO), en torno a la instalación de un Hospital para intervenciones oftalmológicas en el predio del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois (CHNGSB). A pesar de que este conflicto estuvo presente en la prensa durante el período de tiempo mencionado, y en el territorio se desarrollaron ciertas acciones para apoyar al que fue denominado como Hospital de Ojos, en este analizador histórico no emergieron producciones de sentido con la insistencia que los anteriores. Igualmente se expresaron ciertas significaciones en los actores sociales y en el personal de salud que son analizadas a la luz de los acontecimientos históricos que se produjeron.

El Hospital de Ojos *Centro Oftalmológico José Martí* se inaugura en noviembre del 2007, forma parte de las instalaciones del Centro Hospitalario del Norte, y abarca a toda la población usuaria de ASSE y de bajos recursos del país. El mismo se enmarca en las actividades de cooperación entre los gobiernos de Cuba y Uruguay, que desde años atrás desarrollaban acciones en conjunto a partir de la Misión Milagro. Esta última implicaba que población de bajos recursos de América Latina se operara gratuitamente diferentes problemas de visión en Cuba (CHNGSB, 2012)

De este modo, las instalaciones edilicias, el equipamiento y el personal del Hospital de Ojos es financiado por ASSE, y el gobierno Cubano colaboraba con recursos técnicos para la capacitación de oftalmólogos uruguayos. Asimismo como el Hospital recibe a población de todo el país se crea el ya mencionado Centro Tarará Prado para la residencia de esas personas (CHNGSB, 2012). De este modo el Centro Oftalmológico José Martí, tiene como cometido el mejorar la salud ocular de la población, a partir de una atención integral que integra la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, recuperación y rehabilitación de problemas oculares complejos médicos y quirúrgicos. Asimismo se propone contribuir al desarrollo de investigación científica y de procesos de formación de recursos técnicos del país (CHNGSB, 2012).

Es así que en julio del 2007 ASSE realiza un llamado a 60 oftalmólogos uruguayos para cubrir los cargos necesarios en el Hospital y Cuba dispone de ocho médicos de esa especialidad. Ante este llamado se presentan aproximadamente 20 oftalmólogos, y

comienza un conflicto entre ASSE y la SUO. Esta última organización planteaba que los títulos de los/as médicos/as cubanos/as no estaban revalidados en nuestro país y que eran demasiados los médicos uruguayos que se solicitaban. Este conflicto hizo que en noviembre se inaugurara el Centro Oftalmológico, sólo con la presencia de los oftalmólogos cubanos ya que los uruguayos se negaban a asumir los cargos. Luego de un proceso de negociación, el 30 de enero del 2008 la SUO define que se contemplaron sus pedidos, decide que sí se va a trabajar en el Hospital de Ojos en tanto el MSP cumplió con sus requerimientos: conocer el convenio elaborado con Cuba y el funcionamiento del Hospital, y la reválida de los títulos de los técnicos cubanos (Últimas Noticias, 2008). En cuanto a lo último, que fue lo que generó mayores discrepancias, el MSP, por una normativa aprobada en la región, tenía potestades para habilitar el ejercicio profesional en tanto se había iniciado los procesos de reválida (Últimas Noticias, 2008). Es así que el primero de febrero comienzan las operaciones en el Hospital de Ojos con una lista de espera de 4000 personas (La República, 2008). Las operaciones estaban destinadas principalmente a personas con cataratas que en ese entonces era la primer causa de ceguera reversible en el país (La República, 2008).

Parte de los actores sociales del territorio respaldaron la presencia de los/as médicos/as cubanos/as y desarrollaron distintas estrategias para apoyarlos. Uno de los entrevistados manifiesta que el Hospital *sacudió* al territorio, que es importante la atención de la visión de las personas y que se pasó de no tener ningún servicio público a tener el mejor y con médicos/as cubanos/as. Otro actor social expresa que se trataba de un proyecto de concepción de izquierda de la salud, más humana, y que se contraponía a los procesos de mercantilización de la salud en el país. Asimismo agrega que no es casualidad que ese proyecto haya sido pensado en conjunto con Cuba. En otra entrevista se mencionan las posibilidades que brinda el Hospital de que los sectores empobrecidos de la sociedad tengan acceso a operaciones, cuando la visión es tan importante para la vida.

Por su parte el personal de salud de la zona en una de las entrevistas se explicita que la creación del Hospital de Ojos fue el *despegue* del Centro Hospitalario y que lo dotó de una relevancia singular.

En cuanto a las estrategias implementadas por los actores sociales, un integrante de una radio comunitaria manifiesta que se realizó un audiovisual sobre el Hospital de Ojos, que fue proyectado en un tablado popular del barrio durante el carnaval. Asimismo agrega que desde el medio de comunicación permanentemente se defendió el proyecto, se brindó información sobre el conflicto y sobre el modo de acceder a los servicios del Hospital. Un integrante de la comisión de vecinos que gestionaba el tablado mencionado, expresa que se invitó a los/as médicos/as cubanos/as a uno de los espectáculos y que se

comentó en el público el apoyo a su presencia en el país. Según el entrevistado los/as médicos/as mantuvieron un *perfil bajo* y no solicitaron subir al escenario.

Las explicaciones de los actores sociales al conflicto entre ASSE y la SUO se centran principalmente en los aspectos económicos que implicaba, y en la visión corporativa de la organización de los profesionales. En ninguna de las entrevistas se hace alusión a que la problemática pasara por la validez de la titulación profesional de los/as cubanos/as, como sí lo expresaba la SUO. Entre los aspectos económicos se menciona que las operaciones de la visión tenían en el país un costo de entre 1000 y 2500 dólares, y el hecho de que fueran gratuitas afectaba los intereses de los oftalmólogos y su actividad privada. En cuanto a la asociación profesional de oftalmólogos, uno de los actores sociales expresa indignación con su planteo y la voluntad de que busquen percibir grandes sumas de dinero. Otro entrevistado agrega que las sociedades anestésico quirúrgicas, entre las cuales se encuentra la SUO, son sectores de poder en la sociedad uruguaya.

Es así que este analizador si bien se centra en un efector de salud de alta especialización, expresa los imaginarios instituidos en salud y aquellos de características instituyentes. Este conflicto se desarrolló en el marco de un efector de salud del territorio pero como la población de cobertura lo excede, adquiere dimensiones nacionales similares a la de otros analizadores ya trabajados. Igualmente los procesos que se generaron en el territorio manifiestan que desde los actores sociales se desarrollaron procesos de exigibilidad de derechos (Chapela & Cerda, 2010) relacionados a la promoción de un efector de salud gubernamental. A diferencia del intento de cierre del Hospital Saint por parte del gobierno en el 2001, en este analizador histórico la propuesta es gubernamental y las acciones sociales tienden a respaldar dicha propuesta. De este modo en este analizador se combinaron imaginarios y procesos instituyentes procedentes de establecimientos sanitarios gubernamentales, con la imaginación creadora del entramado social.

Por un lado, la democratización y accesibilidad a la salud ocular a través de la creación de un Centro Oftalmológico público, tiende a transformar las situaciones de inequidad económica y social (Breilh, 2003), en este campo específico de la salud. Por otro lado, las acciones sociales territoriales se orientaron a exigir que dichos derechos se concreten, y fueron desarrolladas por dos organizaciones sociales de la zona. Estas acciones se circunscribieron a la promoción de un efector de salud y a colaborar con las negociaciones que a nivel de ASSE se realizaban en torno al mismo. Es así que los imaginarios de los actores sociales tuvieron una orientación diferencial a lo visualizado en otros procesos que se expresaron en lo histórico social: la solidaridad y el apoyo de las políticas sanitarias gubernamentales. Si bien puede afirmarse cierta tendencia a la institucionalización de lo social; por las características del servicio que se buscaba

implementar y sus objetivos sanitarios, las producciones de sentido de los actores sociales tendieron a lo instituyente, en tanto se solidarizaron con un establecimiento sanitario que sería accesible para toda la población, y orientaron sus prácticas a la reapropiación de lo público. El desarrollo de medidas de difusión de la situación y actividades de apoyo al proyecto, buscó ampliar las estructuras de plausibilidad (Gilabert, 1993), es decir socializar información en el territorio sobre la problemática del Hospital de Ojos, el apoyo a la presencia del personal de salud cubano y la sensibilización de la población en torno al tema.

Por su parte la Sociedad Uruguaya de Oftalmología, se orientó en la generación de una estrategia de mantenimiento de lo establecido en el campo de la salud ocular. El deslizamiento de sentido de que el problema era una situación de competencia desleal o de competencias no acreditadas, buscaba desplazar la discusión política y económica que implicaba la construcción de un Hospital de Ojos público, accesible a todas/os los/as usuarios/as de ASSE, y a la población de bajos recursos. Deslizamiento que tendía a mantener instituidos las relaciones de poder que implicaban que para poder realizarse una operación quirúrgica y evitar una ceguera, eran necesarias importantes sumas de dinero. Este imaginario se sostiene entonces en la ya analizada privatización que el modelo neoliberal promovió durante décadas, donde la salud estaba integrada, como el resto de los aspectos que hacen a la vida cotidiana de las personas (López, et al, 2008). A su vez, este imaginario es el producto del proceso de institucionalización de la Medicina en el país que se inicia a principios del siglo XX, que implicó la centralidad del médico/a en la vida social, los cambios en los sentidos en cuanto al enfermar y al morir, y el protagonismo mayor de este sector en los asuntos gubernamentales. Esta institucionalización se sostuvo en el *poder de curar* que se le asigna a la Medicina en el Uruguay a partir del 1900 (Barrán, 1992). Lo que otros autores denominan como la medicalización de la sociedad (Portillo & Barrán, 2002) o el poder médico hegemónico (Menéndez, 1982), es parte de la relevancia que adquieren los imaginarios producidos por la SUA y las condicionantes de esta organización para la habilitación de un Centro Oftalmológico público. De esta forma, este es otro de los aspectos que la Reforma del Sistema de Salud no abordó, ya que se mantuvieron las relaciones de poder establecidas en el ámbito sanitario, con un modelo diferencial de gestión, financiación y de atención del sistema de salud. Como mencionaban los entrevistados, no se pueden desconocer las modificaciones que adquirió la salud pública durante este período, ni el tiempo que llevan este tipo de procesos, pero es necesario remarcar la permanencia de imaginarios y de construcción simbólicas tendientes a lo establecido en salud, combinadas con imaginarios instituyentes tendientes a lo novedoso.

De esta manera, en este analizador histórico se pueden visualizar las dos

tendencias de lo imaginario: lo instituyente de la creación de un efector de salud ocular público y accesible, y lo instituido de la permanencia de la mercantilización del sector sanitario. En este caso lo instituyente predominó ante lo instituido y el Hospital de Ojos comenzó a funcionar y se institucionalizó en el sistema sanitario. El 28 de setiembre del 2010 el Centro Oftalmológico realiza la operación quirúrgica ocular número 20000.

10. LAS SIGNIFICACIONES IMAGINARIAS SOCIALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, SUS INTERRELACIONES EN EL PERSONAL SANITARIO Y EN LOS ACTORES SOCIALES DEL TERRITORIO

Como se afirmaba en capítulos anteriores, las significaciones imaginarias sociales se sostienen en figuras o formas que hacen que las mismas sean posibles y puedan percibirse como tales (Castoriadis, 2010). La aprehensión de las significaciones se realiza a través de un esfuerzo de interpretación, por lo tanto emergen de un trabajo de simbolización que es posibilitado a través del lenguaje. Estas construcciones de lo social conforman los imaginarios instituyentes e instituidos, los magmas de significaciones como los denomina Castoriadis (2010). Así a lo largo de la investigación se identificaron diferentes producciones de sentido, de las cuales parte de ellas correspondían a lo instituido en salud, que insistían en los relatos y que se expresaba en prácticas concretas. A su vez, fueron identificadas modalidades instituyentes de producción de sentidos, que también se expresaron en las prácticas, en el alojamiento y en la captura de lo inesperado (Fernández, 2007). En tanto los imaginarios se conforman al modo de un magma (Castoriadis, 2010), los límites entre los mismos son difusos, se funden unos con otros y emergen de modo combinado en los diferentes sujetos. Así el personal sanitario y los actores sociales producen significaciones imaginarias sociales en torno a la promoción de la salud, que se expresan a través de formas y figuras particulares. De esta manera, en este apartado se retoman las producciones de sentido elaboradas por cada uno de los actores, se relacionan con las prácticas en promoción de la salud, y con su modalidad de expresión en los analizadores históricos delimitados. A partir de esto se intentan elucidar las significaciones imaginarias sociales instituyentes e instituidas en promoción de la salud, su expresión específica en el personal sanitario del primer nivel de atención y en los actores sociales del territorio, y el modo en que se relacionan ambos universos de significaciones.

Las figuras a través de las cuales se expresaron los imaginarios en promoción de la salud del personal sanitario fueron: como educación para la salud, como orientación en el ámbito clínico, como acción sobre los condicionantes sociales de la salud, y como participación social en salud y organización comunitaria. Entre las prácticas se puede

observar la figura que asocia la promoción de la salud con la prevención de la enfermedad.

En la forma de concebir a la promoción como educación para la salud, una de las significaciones imaginarias sociales en la que se sostiene es: **la educación como el modo de generar transformaciones en los estilos de vida**. Los modos que adquiriera la educación, vertical, bancaria y unidireccional (De Olivera, 2005; Rabello, et al, 2007; Campos & Wendhausen, 2007; Martinez, 2009), o dialógica, horizontal y bidireccional (Martinez, 2009; De Souza Alves, et al, 2012), pauta la orientación de la significaciones imaginarias, es decir que a partir de las prácticas específicas es posible elucidar si dichas significaciones son instituidas o instituyentes. Los dispositivos utilizados y a través de los cuales se expresaron estas significaciones fueron los talleres, las charlas y los juegos. Cada uno de ellos puede adquirir los formatos mencionados, y ser instrumentos para la reflexión crítica, la autodeterminación sobre la salud individual/colectiva, y la ecología de saberes (De Souza Santos, 2010); o pueden ser instrumentos de promoción de la heteronomía en salud, de la adopción pasiva de conocimientos, y de la división social de la educación (médico/a -educador- y sujetos -educandos-). Los límites de la metodología implementada en tanto no contempló la observación directa de dichas prácticas, no posibilita afirmar si las significaciones imaginarias sociales fueron predominante instituidas o instituyentes. Igualmente en los relatos se deslizan producciones de sentido que combinan ambos universos de significaciones, a partir de lo cual puede afirmarse que las mismas se encuentran en tensión y que se entrelazan ambos modos de imaginar la promoción de la salud.

Por otro lado, la transformación de los estilos de vida se relaciona con significaciones imaginarias que ubican la acción de la salud en los modos de vida colectivos o en los estilos de vida individuales. Breilh (2010) plantea que ambos no son divisibles, que los modos de vida grupales condicionan los estilos de vida individuales, y de dicho condicionamiento emergen tendencias destructoras y protectoras para la salud. A pesar de esta delimitación conceptual en el personal de salud converge una orientación colectiva de entender la transformación de los estilos de vida, con una visión individual de la acción sobre los mismos. Del análisis de las prácticas que comprenden a la promoción como educación para la salud, se manifiesta que el abordaje de los estilos de vida fue colectivo. Así se construyen significaciones que los procesos protectores y destructores para la salud que generan los sujetos (Breilh, 2003), son el resultado de prácticas particulares de los diferentes agrupamientos sociales que integran (niños/as, mujeres embarazadas, adultos, etc.). Sin embargo, cuando la promoción de la salud como educación en salud se desarrolla en el ámbito clínico, el cambio de los estilos de vida es a partir de procesos orientados a los individuos y sus familias. De este modo, en las cristalizaciones de sentido de esta forma de promover la salud, se combinan significaciones imaginarias que buscan

generar transformaciones en los estilos de vida a través de la comprensión y acción colectiva (Chapela & Cerda, 2010), y otros que tienden a acciones individualizadas de cambio de los hábitos personales o familiares (De Souza Alves, et al, 2012).

En segundo lugar, la figura de la promoción de la salud como orientación en el ámbito clínico se sostiene en significaciones imaginarias particulares del personal de salud. Aquí la centralidad del dispositivo clínico y el tipo de relación social que en él se instituye, si bien puede enlazarse a significaciones como la autodeterminación y la autonomía en salud, su inscripción en procesos clínico- asistenciales (el/la médico/a asiste y las personas son asistidas) individuales o familiares, es producto de significaciones que **dividen socialmente la atención con centralidad en el saber profesional**. En tanto los/as responsables de las policlínicas y de la RAP- ASSE del territorio eran médicos/as, sus horas de trabajo eran destinadas principalmente a la atención de la salud, y la clínica era el dispositivo privilegiado. En la misma se reproducen las significaciones mencionadas y esto condiciona las acciones que en ella se desarrollan: aconsejar y orientar en salud, brindar herramientas para que las personas opten, etc. Este tipo de significaciones, como se decía, tienden al cambio de los hábitos personales (De Souza Alves, et al, 2012) y a complementar lo que no es posible abordar a partir de estrategias colectivas. Esta significación individual restrictiva de la salud (Saforcada, 2012) es considerada más efectiva, en tanto se sostiene en la confianza construida entre médico/a y usuario/a, y en la posibilidad de un diálogo personalizado. En la medida que el poder médico instituido en la relación clínica y en la sociedad en general pueda ser interpelado, disminuir las asimetrías entre los saberes científicos y populares, y producir procesos horizontales de diálogo, las significaciones imaginarias producidas en la promoción de la salud como orientación clínica, se entrelazan con aquellas significaciones centradas en la **autonomía y autodeterminación de los sujetos**. Es así que la democratización del saber y el reconocimiento de la dialéctica instituciones- subjetividad, es la condición de posibilidad para el desarrollo de procesos democráticos en esta forma de significar la promoción de la salud (Di Leo, 2009). De este modo, en el universo de significaciones que conjunta promoción de salud y ámbito clínico, si bien es predominante la institucionalización de relaciones asimétricas y la división social de la atención, es posible reconocer procesos de transversalidad que generan visibilidad sobre lo instituido y sobre otros posibles modos de construir la relación médico/a- usuario/a. Esto se expresa en el personal de salud cuando se alerta sobre los resguardos éticos necesarios para no imponer patrones culturales a los otros, respetar sus elecciones y opciones de vida.

En ambas figuras de la promoción de la salud, como educación en salud y como orientación clínica, quiénes establecen los patrones saludables (higiénicos, alimenticios, sexuales, etc.) y de qué modo se constituyen los procesos de interrelación entre el

personal sanitario y la población, condicionará la presencia de paradigmas moralistas o democráticos en promoción de la salud (Di Leo, 2009), con sus respectivas construcciones imaginarias. Es decir que las significaciones imaginarias puestas en juego tenderán a una despolitización de las normas y de los saberes existentes en torno a la salud, o a una repolitización de la mirada biomédica hegemónica en el campo sanitario y a una construcción dialéctica (personal de salud- población) de la producción de conocimientos (Di Leo, 2009).

En tercer lugar, la promoción de la salud que se inscribe en la figura de la acción sobre los condicionantes sociales de la salud. A pesar de que no es una de las formas que aparece con insistencia en el personal sanitario, como ya fue trabajado en capítulos anteriores, es una construcción de sentido que emerge y que se sostiene en significaciones imaginarias sociales específicas. Es así que esta forma de concebir la promoción de la salud se sostiene en dos significaciones principales: **la salud es condicionada por múltiples componentes y la intersectorialidad como el modo de abordaje de la misma**. En cuanto a las significaciones relacionadas con la multiplicidad de elementos que condicionan la salud, se trata de una producción imaginaria, que como fue expresado en el marco teórico, procede del siglo XIX y de los primeros estudios de las condiciones de vida de las poblaciones (Terris, 1992; Buss, 2000; Chapela & Cerda, 2010). Luego la OMS en el proceso de institucionalización de la promoción de la salud instituye esta significación imaginaria como parte de este modo de entender la acción sanitaria (OMS, 1986). La búsqueda de las condiciones de producción de los problemas de salud (López, et al, 2008), reconoce las diferentes componentes de los mismos y la necesidad de no remitirse únicamente a lo directamente observable (Breilh, 2003). La insistencia relativa de esta significación imaginaria en salud se corresponde con las escasas prácticas que se desarrollan en este sentido. Aquellas que se sostienen en este tipo de significaciones son principalmente los diagnósticos de situación de la salud y la promoción de la organización comunitaria. En los primeros, si se logran exceder los límites que la mirada biomédica establece, los diagnósticos se orientan en comprender las condiciones sociales que inciden en las situaciones de salud de la población. En la organización comunitaria, la colaboración del personal sanitario en los procesos colectivos de acción sobre el entorno, es parte de este universo de significaciones. Sin embargo, como se puede apreciar en los analizadores históricos, en los principales procesos de movilización social del territorio en torno a garantizar el derecho a la salud y en la acción sobre sus condicionantes, el personal sanitario del primer nivel no participó de estas iniciativas. Este acompañamiento sí se pudo observar en los procesos específicos de una comunidad delimitada, como en las comisiones vecinales y de salud. Así, esta correspondencia entre la escasa insistencia de esta significación y las prácticas que se desarrollaron, comprende lo planteado por

Reygadas (1998) que entre el campo imaginario y el campo de las prácticas acontecen implicaciones recíprocas, en tanto las construcciones imaginarias requieren de prácticas sociales previas, y las prácticas necesitan de imaginarios que operen como movilizadores. Por otro lado, la intersectorialidad como modo de abordaje de la salud también se trata de una significación imaginaria instituida por la OMS desde la Carta de Ottawa en adelante (OMS, 1986). Como es analizado en el marco teórico, la intersectorialidad sin la comprensión de las contradicciones propias de la división social del trabajo y de la política, se trata de una denegación de las contradicciones que acontecen en la sociedad y de los intereses sociales en tensión. En el personal de la salud dichas contradicciones son escasamente expresadas, salvo aquellas generadas entre las comunidades y los responsables de ASSE ante la cogestión de alguna de las policlínicas. Asimismo se puede identificar que las acciones intersectoriales comienzan principalmente a partir de la Reforma del Sistema de Salud, donde se establece el encargo institucional y se encomienda la participación del personal de salud de las redes territoriales. Entre ellos en el que más se insiste en los relatos de los/as médicos/as son los SOCAT. Estos organismos territoriales dependientes del Ministerio de Desarrollo Social, desde el 2005 en adelante constituyen las Mesas del SOCAT, y los Nodos Adolescente y de Primera Infancia. En estos espacios se encuentran establecimientos institucionales y actores sociales del territorio, y tienden a transformar diferentes situaciones de la zona identificadas como problemas (deserción estudiantil, salud infantil, etc.). A pesar de los logros alcanzados a partir de este tipo de espacios y de la posibilidad de un trabajo articulado en red, el accionar sobre los condicionantes sociales de la salud cuenta con los límites que el Estado establece. Esta institución alberga lo universal de lo instituido, lo particular de lo instituyente y lo singular de la institucionalización (Gilabert, 1993), y en dicha universalidad tiende al mantenimiento de lo establecido, lo estático y lo determinado (Lourau, 2008). Es así que la territorialización del Estado a través de este tipo de experiencias, al mismo tiempo que genera las condiciones de posibilidad para la articulación técnica y social sobre problemáticas comunes, se trata de una organización de lo social limitada en cuanto a sus capacidades de transformación radical de las condiciones de vida (De Olivera, 2005). Cuando se aborde el modo en que la significación imaginaria de la intersectorialidad se expresa entre los actores sociales y las prácticas en que se expresa, se puede apreciar con mayor claridad la diferencia entre la intersectorialidad promovida desde lo socialmente organizado y aquella fomentada por establecimientos estatales.

Es así que estas significaciones imaginarias del personal sanitario que construyen a la promoción de la salud como la acción sobre los múltiples condicionantes de la salud y a la intersectorialidad como el modo de abordaje de los mismos, constituyen imaginarios

alternativos (Gilabert, 1993), en la medida que parten de una mirada integral y holística de la salud (Chapela & Cerda, 2010). A su vez, se anudan con imaginarios instituidores (Gilabert, 1993), producidos *desde arriba* y tendientes a transformar las situaciones de inequidad social, pero que no cuestionan al capitalismo como régimen social (Castoriadis, 2005)

Por último, entre el personal sanitario se identifica a la promoción de la salud a través de la figura de la participación social en salud y la organización comunitaria. Al igual que la anterior esta forma de concebir la promoción de la salud emerge con menor insistencia que las dos primeras, y por ende las prácticas que se desarrollaron en este sentido fueron mínimas. Dos significaciones imaginarias sociales crean y hacen posible esta figura: **la democratización del ámbito sanitario y la apropiación del espacio público**. El proceso de democratización del ámbito sanitario comienza a darse a partir del 2005 con el proceso de Reforma Sistema Sanitario (MSP, 2009), el fortalecimiento del primer nivel de atención y la creación de policlínicas cogestionadas entre la comunidad y ASSE. La incorporación de los/as usuarios/as y de los/as trabajadores/as tanto en la Dirección de ASSE como de la JUNASA, analizada en el capítulo anterior, se sostiene en la significación imaginaria mencionada. Estos procesos se expresaron en el territorio a partir de la cogestión de las policlínicas entre las comunidades y el personal de salud, ya sea a través de sus comisiones vecinales o de la creación de comisiones específicas para eso. Sin embargo la orientación instituyente de este tipo de procesos, emerge y se constituye a partir lo establecido hasta el momento, de las *ruinas* simbólicas de momentos precedentes (Castoriadis, 2010). Es así que a pesar de este nuevo universo de significaciones que comenzaba a instituirse en el país, las construcciones imaginarias precedentes hicieron que en las prácticas concretas subsistieran modelos anteriores, donde la división social del trabajo en salud es uno de ellos. Sobre la base de esta significación imaginaria el/la médico/a es quien realiza el trabajo intelectual (orienta, enseña, interviene), y los actores sociales realizan el trabajo manual (limpieza, dar números, mantener la infraestructura de los locales). Es así que esta producción institucional se encuentra ante el equívoco de democratizar la salud pero bajo las posibilidades establecidas por los sistemas instituidos de acreditación de saberes y de habilitación de prácticas. Si bien la población comienza paulatinamente a adquirir mayor protagonismo en el direccionamiento de la salud y a participar de las acciones de promoción de la salud, la división social del trabajo insiste como significación y establece límites a la injerencia de la sociedad en estos asuntos.

Con respecto a las significaciones imaginarias de apropiación del espacio público, el lugar del personal de salud se basó en el acompañamiento y dinamización de procesos enmarcados en dichas significaciones. Este tipo de experiencias aún incipientes en el

territorio se sostienen en imaginarios instituyentes, que conciben a la promoción de la salud como acciones colectivas tendientes a revertir las situaciones de inequidad política, económica y social (Breilh, 2003). Las prácticas en que se expresa son aquellas donde el personal de salud participa de las decisiones cotidianas de la comunidad, tanto en lo que hace al mejoramiento de su entorno, como en elementos específicos vinculados al ámbito sanitario. La ayuda mutua y la promoción de la autonomía son significaciones que se entrelazan a la apropiación social de lo público, la comprensión de los elementos que lo condicionan y el desarrollo de acciones para su transformación. Principalmente bajo el significante *empoderamiento* es a través del cual se expresan estos imaginarios en promoción de la salud en el personal sanitario, que como se afirmaba en los antecedentes puede adquirir múltiples sentidos, pero que bajo el universo de significaciones producidas es concebido como empoderamiento comunitario (Carvalho, 2004).

Una última figura en la que se expresa la promoción de la salud pudo ser elucidada a partir de la indagación de las prácticas y es aquella que la entiende como prevención de la enfermedad. A pesar de que en los relatos producidos en las entrevistas y en el grupo de discusión, se diferenciaban ambos conceptos, a la hora de dar cuenta de las prácticas en promoción de la salud más significativas, emerge la relación entre éstas y las de prevención de la enfermedad. Es así que se puede apreciar una selectividad de este tipo de prácticas, centradas principalmente en la atención materno- infantil y las enfermedades infecciosas, donde las diferentes experiencias desarrolladas en los CAIF, en las Escuelas y Liceos dan cuenta de esto. Esta selectividad es expresada por Haggerty et. al. (2009) en una investigación anterior, y en nuestro país está relacionado con el proceso de Reforma del Sistema Sanitario y el cambio del modelo de atención (MSP, 2009). Las Metas Asistenciales, los Programas Integrales de Prestaciones y el fomento de las redes territoriales de atención integral de la salud, condicionan dicha priorización de las temáticas y de la población seleccionada para prevenir enfermedades. Las construcciones de género asociadas a esta significación, donde la mujer madre es una de las destinatarias principales de dichas prácticas, se vinculan con lo planteado por la OMS (1988) y por el BM (1993) que focalizan en la mujer el desarrollo de políticas en promoción de la salud. Dicha construcción reproduce el lugar instituido de la mujer en el cuidado y protección de la salud, desarrollando así una tendencia a la división sexual de la promoción en salud. Por otro lado, esta indiferenciación entre prevención y promoción que es constada por diferentes autores (De Olivera, 2005; Czeresnia, 2008; De Souza Alves, et al, 2012), se expresa a través de la significaciones imaginarias que denotan la **centralidad de la enfermedad y su atención**. Investigaciones relevadas afirman que este modo de entender la promoción de la salud es propia de los modelos biomédicos instituidos entre el personal de salud (Mazza, et al; 2009; Ibiapina, et al, 2011). En tanto se orientan en la anticipación

de la aparición de patologías o en la detección precoz de las mismas, este universo de significaciones posee características instituyentes ya que no promueven el mercado establecido en torno a la enfermedad (Saforcada, 2012).

En síntesis, en el personal de salud convergen diversas significaciones imaginarias sociales en torno a la promoción de la salud. Entre las mismas se encuentran: la educación en salud como el modo de transformar los estilos de vida; la división social de la atención sanitaria y la centralidad del saber profesional; la centralidad de la enfermedad y de su atención; la autonomía y la autodeterminación de los sujetos en cuanto a su salud, los condicionantes sociales de la salud y la intersectorialidad como su estrategia de abordaje; y la democratización del ámbito sanitario y la apropiación del espacio público. A partir de ellas se expresan modos, cometidos y estrategias particulares en promoción de la salud por parte del personal sanitario en el territorio y tiempo delimitado. Las producciones imaginarias delimitadas se anudan en magmas de significaciones instituidos e instituyentes, así las misma adquieren diferentes orientaciones tanto a su interior como en las interacciones que establecen.

Por otro lado, los actores sociales crearon figuras y formas en torno a la promoción de la salud, que implicaron prácticas particulares, y significaciones imaginarias sociales que las sostuvieron. Entre las figuras mencionadas se identificaron a la promoción de la salud como prevención de la enfermedad, como acción sobre los condicionantes sociales de la salud, como autocuidado, como difusión de información, como mejora de la calidad de vida, y como resistencia al deterioro de la calidad de la asistencia.

En cuanto a la promoción de la prevención de enfermedades, fue una de las formas en que se insistió por parte de los actores sociales, y a partir de la cual se desarrollaron múltiples prácticas. Aunque promoción y prevención son producciones de sentido diferentes, ya fue mencionado que su distinción es dificultosa cuando se operacionalizan (De Olivera, 2005; Czeresnia, 2008; De Souza Alves, et al, 2012). Si dentro del personal de salud, que recibe una formación académica específica en estos aspectos, acontece esta indistinción, se comprende la indiferenciación de los actores sociales en tanto no necesariamente accedieron a la delimitación conceptual de cada una de ellas. Igualmente en estas formaciones de sentido de los actores sociales, que vinculan la promoción de la salud con la prevención de enfermedades, se sostienen en significaciones imaginarias sociales que producen a la promoción de la salud con **centralidad en la enfermedad y su detección precoz**, así como el **derecho a una atención dignificante**. La primera de ellas identifica a la promoción de la salud como la posibilidad de prevenir un proceso destructor de la salud (Breilh, 2003), es decir que busca anticiparse o capturar precozmente el desarrollo de un proceso malicioso. Como se puede apreciar en las prácticas orientadas en esta significación, se abordan una multiplicidad de temáticas, centradas en diferentes

enfermedades o discapacidades, y se utilizan diversos dispositivos creados por los actores sociales y/o en conjunto con el personal sanitario. La centralidad de la enfermedad en estos procesos, si bien responde a modelos biomédicos (Ibiapina, et al, 2011) y a la medicalización de la sociedad (Portillo & Barrán, 2002) ya trabajados, da cuenta de una colectivización de saberes y de un involucramiento de la sociedad en los asuntos de la salud. Así esta significación alberga elementos instituidos, donde lo dominante es lo establecido por la institución Medicina que otorga centralidad a los procesos patógenos; y procesos instituyentes de diálogo de saberes entre actores sociales y personal de salud, donde la complementariedad y la relación horizontal entre ambos es lo característico.

Por otro lado la significación imaginaria de derecho a una atención dignificante, se sostiene, como ya fue analizado, en la exigibilidad de derechos como modalidad de promover la salud (Chapela & Cerda, 2010). La lectura de imaginarios que posibilitó la problematización de los analizadores históricos, en particular la defensa al intento de cierre del Hospital Saint en el 2001 y el apoyo al Hospital de Ojos en el 2007, confirman la insistencia de esta significación entre los actores sociales del territorio. La permanencia del Hospital Saint Bois en la zona como parte del sistema sanitario territorial, que se relaciona con la atención de las policlínicas del primer nivel de atención y con sus prácticas de promoción de la salud, se sostiene en esta significación del derecho a una atención dignificante. Asimismo la defensa del Hospital de Ojos y la posibilidad de una democratización de la atención ocular, también se sostiene en el derecho público a una atención digna, no mercantilizada. En ambos analizadores, la defensa de proyectos públicos se sostuvo en significaciones que promovieron el desarrollo de acciones colectivas instituyentes en salud.

De este modo, en la figura de la promoción como prevención de enfermedades se combinan significaciones imaginarias sociales tendientes a lo instituido y dominante en salud, con significaciones instituyentes, de características transformadoras y orientadas hacia lo inédito viable (Freire, 1999).

En segundo lugar, la figura que adopta la promoción de la salud en los actores sociales es como acción sobre los condicionantes sociales de la salud. Por su relación con las formas que conciben a la promoción como mejora de la calidad de vida y como resistencia al deterioro de la calidad de la asistencia; las tres producciones simbólicas serán abordadas conjuntamente. Las prácticas que se llevan adelante en el marco de estas figuraciones se encaminan en abordar los impactos que el entorno social genera en la salud, y dicho entorno comprende a la vivienda, la alimentación, el trabajo, la educación, la cultura, el ejercicio físico, el saneamiento y la atención sanitaria. Estas figuras comprenden las mismas significaciones imaginarias elucidadas en el personal sanitario: **la multiplicidad de condicionantes de la salud y la intersectorialidad para su abordaje.**

Dichas significaciones se alojan en procesos individuales y colectivos de promover la salud, tendientes a la apropiación social de lo público. A diferencia que en el personal de salud, este universo de significaciones insiste entre los actores sociales y condiciona gran parte de las prácticas identificadas. Como se explicitaba en el Capítulo 8, a la hora de señalar las actividades de promoción de la salud más significativas, aquellas orientadas a la acción en los condicionantes sociales no eran las que se expresaban en primer lugar, sino que emergían del diálogo y la interrogación sobre las mismas. Luego que ingresaban en el registro de la promoción de la salud se reconocían como parte de dicho campo, y se relacionaban con los procesos políticos, económicos y sociales que dichas prácticas implicaban. Es así que estas significaciones imaginarias construyeron actividades en promoción de la salud tendientes al mejoramiento del hábitat y de la alimentación, a la organización comunitaria, a la accesibilidad a la atención sanitaria, a la cultura, a la música y al deporte. En estos procesos se constituyen a partir de la interacción con significaciones imaginarias como **la autonomía, la autodeterminación y la autogestión**. Asimismo se entrelazan con la cogestión y el diálogo con las políticas públicas. A partir del abordaje de los analizadores históricos de intento de cierre del Hospital Saint Bois y la crisis económica y política del 2002, y la expresión de la promoción de la salud en todo el período histórico social que comprende esta investigación, se puede visualizar como la significaciones imaginarias que sostienen la acción sobre los condicionantes sociales, se desarrollaron predominantemente durante el primer quinquenio que comprende la investigación (2000-2005). Las diferentes situaciones límite que se presentaron (Freire, 2006), dinamizaron la producción de imaginarios sociales tendientes a atender las condiciones de inequidad política, económica y cultural (desnutriciones, inaccesibilidad a la vivienda, precariedad de la atención sanitaria, etc.) (Breilh, 2003). Como se mencionaba anteriormente la atención de estas condiciones se realizaron sobre la base de prácticas singulares y colectivas. Entre estas últimas la intersectorialidad y el trabajo en red caracterizó a las diferentes experiencias, que en entre el 2000 y el 2005 se encontraron predominantemente en contraposición a las políticas gubernamentales instituidas (ollas populares, movilizaciones, recolección de firmas). Del 2005 en adelante se observan prácticas de complementariedad en el marco de políticas públicas instituyentes (policlínicas cogestionadas, SOCAT, apoyo al proyecto del Hospital de Ojos). Es así que se puede afirmar que el ascenso del Frente Amplio al gobierno y la generación de diferentes reformas, implicó un proceso de institucionalización de las significaciones imaginarias sociales que formaron parte del período precedente. La particularidad de este proceso y su producción imaginaria marco una nueva orientación en las prácticas de promoción de la salud de los actores sociales, donde la construcción conjunta supera a la resistencia comunidad- gobierno. Como en los análisis precedentes nos referimos a tendencias, lo que no significa la denegación de

conflictos, contradicciones y contraposiciones que acontecieron en el territorio en ese lapso de tiempo, pero no adquirieron la intensidad de los procesos previos. De este modo, en las significaciones imaginarias de los condicionantes sociales de la salud y de la intersectorialidad en su abordaje, se reconocen modalidades instituyentes de promoción de la salud, y un proceso de institucionalización de las mismas durante los últimos años comprendidos por la investigación.

En tercer lugar aparece la figura de la promoción de la salud como autocuidado. En la medida que la misma comprende procesos individuales de cuidado y de fomento del cuidado comunitario, esta formación se relaciona con lo mencionado en torno a la producción imaginaria de la promoción como abordaje de los condicionantes sociales de la salud. Así esta figuración de la promoción se sostiene en la significación social imaginaria del **cuidado singular y colectivo de la salud**. La actitud crítica ante los procesos de salud enfermedad y la apropiación de lo público, es parte de ese reservorio de significaciones. Sin embargo, esta producción de lo imaginario social se encuentra ante la tensión ya analizada como la autorresponsabilización de todo lo que hace a la salud de los sujetos, denegando así las condiciones económicas, políticas y sociales que producen salud y enfermedad (De Olivera, 2005). De esta manera en esta significación imaginaria se combinan orientaciones hacia lo instituyente y a lo instituido en salud, es decir procesos de concientización en cuanto a los condicionantes sociales de la salud, y procesos de reproducción de los paradigmas dominantes que De Olivera (2005) denomina como la vieja salud pública.

Por último, la figuración de la promoción de la salud como difusión de información es el producto de significaciones que centran el trabajo en salud en procesos comunicativos, ya sea autónomos por parte de los actores sociales como en conjunto con el personal sanitario. Esta no es una creación de sentido en la que se insistió, por lo tanto no fueron significativas las prácticas; pero se la asoció a la promoción de la salud y se encuentra en relación con el modo en que la concibe como prevención de la enfermedad. En ella se combinan la significación imaginaria del cuidado de sí y de los otros ya analizada, con la producción imaginaria de la **educación como modo de generar transformaciones en la salud**. El informar e informarse en salud que fue una de las producciones de sentido elaboradas emerge de dichas significaciones, y plantea el lugar del conocimiento en dichos procesos. En la medida que las prácticas en promoción de la salud se sostengan en paradigmas democráticos (Di Leo, 2009) o comunicativos (Martínez, 2009), es la condición de posibilidad para que se posibiliten procesos de socialización e interacción de saberes. En cambio, si el informar e informarse se inscribe en procedimientos bancarios de educación, verticales y de negación de los saberes populares (Focesi & Focesi, 2007), esta figura de la promoción y sus significaciones

tenderán a lo establecido y a la división social de la salud.

En resumen en los actores sociales se combinan diversas significaciones imaginarias sociales, y tanto al *interior* de las mismas como en sus relaciones, se combinan imaginarios instituyentes e instituidos (Fernández, 2007) en torno a la promoción de la salud. Es así que las significaciones imaginarias que condicionaron los relatos y prácticas fueron las siguientes: prevención y detección precoz de enfermedades; derecho a una atención dignificante; los múltiples condicionantes sociales de la salud y la intersectorialidad para su abordaje; la autonomía, autodeterminación y autogestión en salud; el cuidado singular y colectivo de la salud; y la educación como modo de generar transformaciones en la salud.

De este modo, la interrelación de significaciones imaginarias sociales entre el personal sanitario y los actores sociales del territorio, es posibilitado por su inscripción en las diferentes creaciones imaginarias en torno a la promoción de la salud y los diversos magmas de significaciones que la componen. En tanto los imaginarios sociales superan los agrupamientos establecidos para el abordaje de esta investigación, se observan significaciones imaginarias similares en ambos grupos y otras particulares para cada uno de ellos. Entre las significaciones imaginarias sociales comunes se identifican a las siguientes: la educación como el modo de transformar los procesos de salud enfermedad; la prevención y detección precoz de enfermedades; la salud como condicionada por múltiples elementos y el abordaje intersectorial de la misma; y la autodeterminación y autogestión en salud. Por su parte se identificaron significaciones particulares del personal de salud como la división social de la atención y la centralidad del saber profesional; y la democratización del ámbito sanitario y la apropiación del espacio público. Entre los actores sociales emergen también significaciones propias como el derecho a una atención dignificante, y el cuidado singular y colectivo de la salud.

En la significación de la educación como el modo de transformar los procesos de salud enfermedad, en el personal sanitario se expresó a través de la generación de talleres y charlas para la transformación de los estilos de vida; mientras que en los actores sociales se relacionó con la información individual y colectiva sobre diferentes aspectos vinculados a la salud. Esto da cuenta de una significación similar con encargos institucionales diferentes, aquellos establecidos por la organización sanitaria y sus profesionales, y la que le compete a la sociedad y sus integrantes no técnicos. El encargo del personal sanitario es asegurar una atención integral de la salud, que contemple a sus estilos de vida y medio ambiente, que formó parte de todos los años de la investigación y que se institucionaliza a partir de la ley que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (2007). Los actores sociales por su parte se informan en torno a la producción de conocimiento en salud y ofician como intermediarios para la información de otros, pero el encargo institucional no

insiste de igual forma que en el personal sanitario. El lugar de cuidado de la salud como la posibilidad acceder y difundir información, se comienza a institucionalizar a partir de la Reforma del Sistema Sanitario (MSP, 2009) cuando se aprueba la Ley 18.335 (2008), que se establecen los derechos y deberes de los/as usuarios/as, donde se le encomienda a los mismos el cuidado de su salud. A pesar de la aprobación de esta ley, el encargo institucional en este sentido es débil y no se institucionalizaron los mecanismos para que se concrete, como sí acontece en el personal de salud (planillas de asistencia, informes en torno a las Metas Asistenciales, etc.).

En ambos actores la comunicación adquiere relevancia en este universo de significaciones y la modalidad que adopte entre ambos condicionara la presencia de procesos dialógicos o unidireccionales (Martinez, 2009). Ya sea entre los actores sociales relevados como con la población en general, esta comunicación se intensifica a partir del 2006 cuando el personal de salud comienza a realizar actividades en los establecimientos institucionales (Escuelas, Liceos, CAIF, etc.) y en organizaciones sociales del territorio (Comisiones vecinales, Asociaciones de jubilados, etc.). Lo particular de lo instituyente o lo universal de lo instituido está sujeto a las modalidades de comunicación que se establecieron en los diferentes procesos.

En el caso de las significaciones imaginarias que construyen a la promoción de la salud sobre la base de la prevención y la detección precoz de enfermedades, en el personal sanitario y en los actores sociales se encuentra una interrelación, tanto en las producciones simbólicas como en las prácticas que se emprendieron. En su desarrollo conjunto o en la dinamización particular de las mismas por cada uno de los actores, coinciden las producciones imaginarias que sostienen a este modo de entender la promoción de la salud. Esta significación, que como ya fue analizado, es predominante en los modelos biomédicos en torno a la promoción (Ibiapina, et al, 2011), excede al personal sanitario y alcanza a los actores sociales a partir de los procesos de medicalización de la sociedad (Portillo & Barrán, 1993). Sin embargo, su actitud preventiva y los procesos de socialización de conocimientos que en dichas prácticas se desarrollan, encuentran al personal sanitario y a la población abordando problemáticas en salud, lo que se enmarca en imaginarios democratizadores y por ende instituyentes.

En cuanto a las significaciones que conciben a la promoción de la salud como el abordaje intersectorial de los múltiples elementos que la condicionan, interrelacionan entre el personal sanitario y los actores sociales, pero adquieren modalidades de expresión particulares. Entre las interrelaciones se encuentra la perspectiva integral y holística de la salud, pero estas producciones simbólicas se distancian en el plano práctico. Mientras que en los actores sociales esta significación transversalizó todo el período de tiempo estudiado y se sostuvo en la exigibilidad de derechos (Chapela & Cerda, 2010), en el

personal sanitario comienza a institucionalizarse a partir del 2005 y el proceso de territorialización de las políticas públicas. El trabajo intersectorial también adquiere sus particularidades en ambos actores y sus encuentros comienzan a registrarse sobre los últimos años de la investigación. Salvo en la defensa del Hospital Saint Bois, donde la comunidad, los/as médicos/as de dicho efector y los/as trabajadores/as no médicos actuaron de forma interrelacionada, previo al 2005 son escasas las experiencias de encuentro y trabajo conjunto entre actores sociales y el personal sanitario del primer nivel de atención. En este período los actores sociales utilizaron herramientas tales como la movilización, la creación de proyectos autogestionados, y el trabajo intersocial. En el personal sanitario la precarización de la salud pública, sus escasos recursos económicos y financieros, hicieron que el trabajo se haya centrado en la asistencia, en el aislamiento y en la soledad profesional como fue manifestado en el grupo de discusión. Es a partir del proceso de territorialización de las políticas públicas que se inicia con el gobierno del Frente Amplio, donde el personal de salud y los actores sociales comienzan a encontrarse, en particular en las redes intersectoriales e interinstitucionales promovidas desde los SOCAT. Como ya fue analizado la relación comunidad y gobierno modifica su orientación, y las posibilidades de transformación de las condiciones de salud a partir de este proceso se encuentra limitado por la institucionalidad que el Estado establece.

Por otro lado, la significación imaginaria de la promoción de la salud asociada a la autodeterminación y autogestión en salud, interrelaciona entre el personal sanitario y los actores sociales a partir de los encargos particulares de ambos agrupamientos. En el personal de salud las prácticas emprendidas son de colaborar y facilitar la autodeterminación de los sujetos en lo que hace a su salud, mientras que en los actores sociales comprende un ejercicio de poder diferencial al establecido en salud. El modo en que interrelacionan responde a los resguardos éticos del personal de salud, de colaborar en procesos autonómicos, no tecnodependientes (Reballato & Giménez, 1997), y en la no delegación de la salud por parte de los actores sociales. En las prácticas en promoción de salud vinculadas a estas significaciones se observan procesos similares a los acontecidos en cuanto a la acción sobre los condicionantes sociales. Mientras que en el primer quinquenio de la investigación predominaron prácticas autogestionarias en salud, en el segundo se visualizan experiencias cogestionadas entre los actores sociales y el personal sanitario. Estas diferencias están signadas por los cambios en las orientaciones políticas, económicas y sanitarias a nivel de gobierno, y las prácticas en promoción de la salud que desde lo social y desde el personal sanitario se desarrollaron durante los diez años investigados.

Por último, en los universos de significaciones imaginarias propios de cada uno de los actores en torno a la promoción de la salud, se pueden visualizar modalidades de

interrelación entre ambos. En este sentido la división social de la atención y la centralidad del saber profesional expresa prácticas de promoción donde el personal sanitario es el actor principal. Estas producciones imaginarias unidireccionales y bancarias, colocan a los actores sociales como meros receptores de las prácticas de promoción de la salud. Este modo de entender la promoción de la salud fue identificado en diferentes investigaciones (Focesi & Focesi, 2007; Di Leo, 2009; Martínez, 2009; De Souza Alves, et al, 2012), y se aproxima a lo instituido en salud.

En cambio lo que el personal de salud significa como democratización del ámbito sanitario y apropiación del espacio público, se relaciona con las construcciones imaginarias de los actores sociales que conciben a la misma como el derecho a una atención dignificante, y el cuidado de la salud en lo singular y en lo colectivo. Sin embargo, a partir de la indagación de las prácticas del personal sanitario en estos procesos, se visualiza que las mismas comienzan a desarrollarse a partir de la Reforma del Sistema Sanitario y los cambios en los modelos de financiamiento, de gestión y de atención (MSP, 2009); mientras que en los actores sociales forman parte de todo período histórico delimitado. En estos últimos, los procesos de institucionalización ya señalados, que acontecen a partir de la reforma sanitaria y de otras reformas gubernamentales, impactan en sus modalidades particulares de expresión, donde se manifiestan mayores niveles de diálogo con el personal de salud y las autoridades de gobierno.

Es así que los actores sociales y el personal sanitario comparten significaciones imaginarias en torno a la institución de la promoción de la salud en el territorio, pero adquieren modalidades particulares de expresión en cada uno de ellos. Ciertas significaciones se enmarcan en los encargos institucionales y demandas sociales comunes, y otras son propias de cada grupo poblacional. Del análisis de las prácticas emerge que los encuentros entre ambos comienzan a darse a partir del 2005 y de los cambios políticos, económicos y sanitarios del país, por lo que se expresaron de forma incipiente y se encontraban en proceso de institucionalización durante los últimos años que abarcó esta investigación. Antes de este proceso, las distancias entre ambos hacían que el personal sanitario trabajara en un sentido y los actores sociales en otro, con dispositivos y técnicas particulares, acordes a los acontecimientos históricos que impactaron en el territorio y en el país. La confluencia de significaciones imaginarias en ambos actores es la condición de posibilidad para que el proceso de institucionalización sea dialógico y tienda a revertir las diferentes situaciones de inequidad política, económica y social (Breilh, 2003), que aún persisten en la zona delimitada. Los universos de significación comunes en torno a la promoción de la salud permite afirmar que dichas condiciones están dadas y que requieren de prácticas específicas para que las mismas se viabilicen.

11. REFLEXIONES FINALES

En este último capítulo se presentan las reflexiones finales en relación al proceso de investigación transitado, un punto de llegada en cuanto a la problematización de la expresión territorial de la institución de la promoción de la salud, y un punto de partida para futuras indagaciones e intervenciones sobre la misma en el noroeste de Montevideo o en otros espacios. Es así que se trata de una clausura relativa del problema de estudio en la medida que se culmina un recorrido, pero simultáneamente se abre la posibilidad para nuevas búsquedas y creaciones, tanto científicas como de la sociedad en general.

De este modo, un primer elemento de esta clausura relativa de la investigación está constituido por el esquema conceptual, referencial y operativo, elaborado para el abordaje de las significaciones imaginarias en promoción de la salud. El mismo comprende al estado del arte en torno a investigaciones y reflexiones teóricas sobre experiencias en este campo, y a la conceptualización de la promoción de la salud como institución de la sociedad. En cuanto a los antecedentes de investigaciones y producciones teóricas en torno al tema, se logró sistematizar un conjunto de material empírico reciente en relación a estudios similares al planteado. Aunque no se lograron identificar investigaciones relacionadas al análisis de imaginarios sociales en promoción de la salud, las producciones mencionadas posibilitaron identificar los desafíos actuales de este tipo de prácticas, los paradigmas que conviven en las mismas y sus orientaciones particulares. Dichos antecedentes facilitaron el análisis de las significaciones y prácticas en promoción de la salud, en tanto se relacionaron con las tendencias generales en este campo, más allá del territorio comprendido para esta investigación. De esta manera, fueron significativos los aportes principalmente del mundo académico brasilero, que mantiene una producción de conocimientos constante sobre este modo de entender la acción en salud, vinculada a los Programas de Salud Familiar y a sus estrategias de promoción. También se destaca la producción, en menor medida, de la Salud Colectiva argentina, que paulatinamente está generando mayores niveles de problematización sobre los aspectos relacionados a la promoción de la salud.

En lo que respecta a la conceptualización de la promoción de la salud como institución de la sociedad, la operacionalización de las nociones de imaginario y de significaciones sociales, colaboraron en la delimitación teórica del problema de investigación. La utilización de autores Latinoamericanos provenientes de la Psicología Social, que analizaron las dimensiones imaginarias implicadas en distintos procesos colectivos, permitieron hacer operativas nociones emergentes de la reflexión filosófica sobre los individuos y sus producciones de sentido. Por otra parte, el abordaje de las condiciones de posibilidad para la emergencia de la promoción de la salud, permitió reconocer a esta

institución como procedente de un determinado devenir histórico, centrado principalmente en la interrelación de la Medicina con las condiciones de vida de los sectores populares de la sociedad a partir de advenimiento del capitalismo. Este tipo de procesos que a partir del siglo XX se conceptualizan como de promoción de la salud, se institucionalizan a partir de uno de los organismos más importantes en el campo de la salud a nivel internacional: la Organización Mundial de la Salud. La descripción y análisis de sus diferentes conferencias y declaraciones sobre promoción de la salud, permitió comprender las producciones simbólicas institucionalizadas y la sanción social de la misma a lo largo del tiempo. Por último, la contraposición de lo instituido en promoción de la salud a través de las políticas promovidas por el Banco Mundial, con lo instituyente procedente de diferentes autores de la Salud Colectiva Latinoamericana, se trató de una primera aproximación teórica a las dimensiones funcionales e imaginarias en juego en este modo de comprender el trabajo en salud.

Es así que el esquema conceptual, referencial y operativo construido para la investigación, se encamino en colaborar en la elucidación del problema y las preguntas de investigación delimitadas. A partir del trabajo de campo surgieron elementos que no estaban comprendidos dentro de dicho esquema inicial, y fue necesario integrarlos en la medida que colaboraron en la comprensión y explicación del problema. En tanto esquema referencial, fue flexible y respondió al análisis dialéctico entre teoría y práctica, por ende su construcción fue parte de todo el proceso de investigación.

Un segundo elemento que corresponde a estas reflexiones finales está relacionado con el método construido para la indagación de significaciones e imaginarios sociales. La posibilidad de articular diferentes corrientes del análisis institucional y de la investigación sobre procesos colectivos, generó las condiciones para poder abordar el problema de investigación, comprenderlo e intentar explicarlo. La operacionalización de diferentes dispositivos metodológicos permitió indagar las prácticas en promoción de la salud, sus insistencias y cristalizaciones de sentido, y lo imaginario de las producciones subjetivas. La problematización y análisis de la implicación fueron permanentes durante la investigación, lo cual habilitó la generación de condiciones de visibilidad sobre el campo de problemas delimitado. Lo artesanal y lo creativo que constituye la producción de conocimientos desde una perspectiva cualitativa, hicieron que el diseño metodológico implementado se ajustara a la realidad a estudiar y a los criterios de rigurosidad científica que caracterizan a este tipo de investigaciones. Otras metodologías y métodos hubieran permitido un ingreso diferencial a la expresión territorial de la promoción de la salud, con resultados y conclusiones particulares para cada uno de ellos. La búsqueda por indagar las significaciones imaginarias producidas por los actores sociales y el personal sanitario, comprendidas en el espacio y tiempo definido, requirió de una metodología que posibilitara

capturar los sentidos y prácticas en promoción de la salud en lo territorial y en lo histórico social. Bajo este enfoque la entrevista en profundidad y el grupo de discusión fueron las técnicas privilegiadas para la comprensión del universo de significaciones construidos sobre este campo de la salud. Un abordaje etnográfico sobre la temática, con una presencia directa en las prácticas y en diálogo con los actores que las emprenden, si bien no permitiría abordar la dimensión territorial e histórica de la promoción de la salud, sí posibilitaría responder a una serie de interrogantes que a partir del recorte temático y del método seleccionado no se lograron abordar. Entre ellas se destaca el modo de construir la demanda entre el personal sanitario y la comunidad, la dialogicidad de las actividades realizadas, y los desafíos cotidianos de esta forma de producir salud. Un estudio orientado en este método complementaría los resultados recabados a partir de esta investigación y sería otra mirada sobre los procesos colectivos en promoción de la salud.

Por otro lado, una intervención socioanalítica propiamente dicha, con sus referencias metodológicas y técnicas específicas, como fue mencionado en el capítulo metodológico, hubiera permitido generar transformaciones en los procesos colectivos institucionalizados en promoción de la salud. Es decir que la puesta en práctica de dispositivos de intervención institucional, hubiera posibilitado la problematización directa del personal sanitario y de los actores sociales en torno a la conjunción de elementos que hacen a lo instituido y a lo instituyente en salud. Esto en cierta medida se intentó contemplar a partir de la metodología implementada, donde la interpelación e interrogación sobre los resultados preliminares de la investigación se realizó a través de dispositivos grupales, con los sujetos directamente involucrados en la promoción de la salud. La indagación de los analizadores históricos y la transversalidad institucional sobre los mismos, también se orientó en ese sentido. Sin embargo el socioanálisis propiamente dicho, es el método más adecuado para producir transformaciones institucionales, y por esa razón, al igual que la etnografía, es complementario a esta investigación sobre imaginarios sociales en salud.

De este modo, la metodología implementada se ajustó al campo de problemas delimitado, y permitió comprender y analizar las significaciones imaginarias en promoción de la salud. Es así que análisis institucional se constituyó como un método propicio para investigar en aspectos vinculados a la salud colectiva. La forma en que se abordaron las producciones de sentido, las prácticas en salud y la interrelación de ambos en lo histórico social, se inscribe en los procesos de producción de conocimientos dentro del mencionado campo teórico y metodológico. De esta manera, el análisis de las creaciones imaginarias en salud, es una de las vías posibles para comprender los procesos subjetivos implicados en los modos de vida singulares y colectivos que promueven salud.

Por último, los resultados obtenidos se constituyen como un cierre parcial de la temática investigada, pues a partir de estos se pueden desarrollar nuevos estudios y

problematizaciones inéditas sobre las producciones de sentido en promoción de la salud. La elucidación de las actividades más significativas en este terreno y los imaginarios que las movilizaron, cumplieron con el propósito inicial de organizar una conjunción de experiencias que se encontraban dispersas y en el acervo personal de quienes las protagonizaron. Su descripción y análisis permitió visualizar la presencia de imaginarios en promoción de la salud que se aproximan a lo universal de lo instituido, a lo particular de lo instituyente y a lo singular de la institucionalización. La interrelación de estos elementos que hacen a lo institucional, permitió identificar las tendencias y orientaciones predominantes en este modo del hacer social. Como queda manifestado en las diferentes entradas que se realizaron en torno a lo imaginario, en el personal sanitario y en los actores sociales convergen distintas significaciones imaginarias sociales en torno a la promoción de la salud. Las significaciones y prácticas individuales de promoción, centradas en lo curativo y en una mirada biomédica, se aproxima a las modalidades instituidas en este campo; que a su vez interrelacionan con procesos colectivos en salud, ubicados en los condicionantes sociales y en una perspectiva integral de la misma, que conforman lo instituyente. Ambas modalidades de expresión de las significaciones imaginarias se combinaron en el personal sanitario y en los actores sociales. Asimismo se pudo observar que dichas significaciones emprenden prácticas específicas, particulares a los encargos que los actores poseen y sus competencias. Mientras que en el personal sanitario dichas prácticas comienzan a institucionalizarse a partir de la reforma sanitaria, en los actores sociales son anteriores a este proceso y se sostuvieron durante todo el período de tiempo investigado. En estos últimos la intensidad de ciertas prácticas estuvieron condicionadas por acontecimientos históricos que demandaron el trabajo sobre situaciones de urgencia, como queda expresado a partir del recorrido por los analizadores históricos. Lo instituido en salud y en la sociedad en general, impulsado por el gobierno nacional y los organismos multilaterales de crédito entre el 2000 y el 2005, requirió de prácticas novedosas de lo social ante los impactos de dichas producciones imaginarias en la situación de salud de la población. En el personal de salud, las nuevas condiciones laborales, la articulación con diferentes instituciones, y el mandato institucional de promover salud, que estableció la reforma sanitaria, fue lo que condicionó la intensificación de las actividades en promoción de la salud del 2005 en adelante.

A pesar de estas distancias en el campo práctico, se visualizó una interrelación mayor entre el personal sanitario y los actores sociales durante el último período que comprendió la investigación, tanto en las políticas públicas y sanitarias que se implementaron, como en las experiencias cotidianas en establecimientos institucionales y en espacios comunitarios. De este modo, si bien se pudieron comprender las significaciones imaginarias sociales presentes en ambos agrupamientos y sus interrelaciones, fue dificultoso establecer límites

precisos entre aquellas instituidas o instituyentes, debido a que se combinaban ambas orientaciones en los sujetos. A pesar de dicha dificultad sí se puede concluir que durante el tiempo comprendido por la investigación, la promoción de la salud se encontraba en proceso instituyente entre el personal de salud, y en los actores sociales tendía a su institucionalización. En los primeros, como ya fue mencionado, el desarrollo de diferentes actividades de promoción fueron fomentados y promovidos desde políticas centrales a partir de la reforma sanitaria del país. En los actores sociales la promoción de la salud cambia de sentido en ese momento, en tanto antes provenía únicamente de lo social organizado y a partir de ese período comienza a adquirir una tendencia cercana a los procesos institucionales provenientes de lo estatal. Como fue abordado en capítulos precedentes, se trata de tendencias y de orientaciones generales en promoción de la salud; lejos se está de generar explicaciones totalizadoras que nieguen las diferentes apuestas transformadoras, equívocos y contradicciones, que se desarrollan en los complejos procesos institucionales.

Es así que como las significaciones imaginarias y las prácticas en promoción de la salud comprendieron al personal sanitario y a los actores sociales, la producción de conocimientos emergente se dirige en diferentes sentidos. Se trata de aporte en lo académico, que busca colaborar en el desarrollo de este modo de entender la acción en salud en el campo científico; un aporte a lo social organizado, que cotidianamente, en mayor o en menor medida, desarrolla prácticas para mejorar sus condiciones de vida; y un aporte en lo político, ya que el país se encuentra en pleno proceso de reforma sanitaria, donde el cambio de modelo de atención es uno de sus componentes.

En lo académico, el desarrollo de un dispositivo metodológico de análisis institucional para la comprensión de las significaciones que sostienen los sentidos y prácticas en promoción de la salud, puede ser una colaboración para futuras investigaciones en salud colectiva que pretendan entender las construcciones subjetivas relacionadas al proceso de salud enfermedad.

Asimismo, la delimitación de los imaginarios instituidos e instituyentes en este campo, posibilita problematizar los primeros y profundizar los segundos. Como se explicitaba en el segundo capítulo, la producción de conocimientos no es neutral y responde a la implicación del investigador en los procesos institucionales que lo transversalizan. En este marco la búsqueda de una ciencia comprometida con su tiempo y con los retos que se presentan, hace que la producción de conocimientos no sea ingenua y tienda a colaborar en superar las diferentes situaciones de inequidad que aún persisten en la sociedad. Así la problematización de lo instituido y la profundización de lo instituyente en promoción de la salud, es uno de los propósitos académicos de esta investigación. Esto se dinamizará a partir la discusión de los resultados finales con el personal sanitario involucrado, la

producción de diversos materiales de divulgación científica, y la formación de recursos humanos en salud.

En lo social organizado los aportes sobre sus prácticas y significaciones en torno a este modo de entender la acción en salud, también buscó generar condiciones de visibilidad sobre lo instituido e instituyente en este campo. Sin embargo, la ausencia actual de espacios de articulación social en la zona, dificulta las posibilidades para una devolución de los resultados y su reflexión colectiva. Esto hace que para la divulgación final de los resultados, sea necesario el diálogo directo con los/as referentes comunitarios/as con los cuales se realizó la investigación. La producción de un material escrito específico intentará documentar las principales conclusiones de la investigación, con el cometido de que puedan ser socializadas en sus respectivas organizaciones sociales. Esta alternativa para la colectivización de los aportes más significativos de la investigación, se orienta en superar los modelos extractivistas de producción científica, que olvidan que las investigaciones son posibles a partir de un otro, que brinda su tiempo, saberes y prácticas sobre lo que hace, por ende tiene derecho a conocer lo producido desde el ámbito académico.

Por otro lado, la colaboración con lo social está constituida por la recopilación de un conjunto de datos secundarios y de relatos relacionados con diferentes acontecimientos históricos, de los que formaron parte los actores sociales pero no se contaba con un registro organizado de los mismos. Los diferentes procesos sociales que se objetivaron a partir de los analizadores históricos, son una aporte en la construcción del pasado reciente del territorio, las movilizaciones emprendidas, sus victorias y derrotas. Asimismo la observación de los procesos de institucionalización en promoción de la salud en lo histórico social, genera las condiciones de posibilidad para la problematización sobre dichos procesos, y el reconocimiento de lo instituyente que caracterizó a sus prácticas ante lo establecido en el primer quinquenio que comprendió la investigación.

Por último, el aporte en lo político se sostiene en la colaboración con el proceso de reforma sanitaria que se encuentra en curso en el país. El cambio de modelo de atención que otorga prioridad al abordaje de ciertas problemáticas en salud y a la promoción de la misma, está siendo institucionalizado en el ámbito sanitario. Dicho procesos se inició durante el período de tiempo de esta investigación y se mantiene hasta la actualidad. La posibilidad de un abordaje cualitativo sobre las producciones de sentido en promoción de la salud y los imaginarios en las que se sostienen, intenta complementar la mirada cuantitativa que predominantemente se realiza desde los espacios gubernamentales. En particular el aporte se centra en el subsector público donde su democratización y accesibilidad está siendo fomentada a través de diferentes políticas, que ubican a la promoción de la salud como uno de los caminos en dicha orientación.

La observación en torno a la vigencia de la mercantilización del ámbito sanitario, de sus lógicas y significaciones particulares, intenta dar cuenta de la necesidad de otras transformaciones políticas que hagan de la salud un derecho público no privatizado. Esto posibilitaría un acceso universal e igualitario de la población a una salud integral, de calidad y humanitaria. Las prácticas sujetas a las leyes del mercado no promueven salud, sino que consolidan lo establecido, las relaciones sociales desiguales y la heteronomía. De ahí la importancia de reconocer los procesos instituyentes en promoción de la salud, para poder promoverlos y contribuir así a revertir las tendencias privatizadoras y restrictivas de la salud.

De este modo, los aportes en lo político institucional no sólo comprende a las autoridades gubernamentales nacionales y departamentales, sino que el personal de salud y los actores sociales también son parte de esos procesos. Las consideraciones sobre el proceso de reforma sanitaria, sus límites y potencialidades, así como propuestas específicas para su dinamización, pudieron ser capturadas en las entrevistas, los grupos de discusión y en la revisión de documentos gubernamentales. La democratización de la conducción política de ASSE, con la integración de usuarios/as y trabajadores/as, es la condición de posibilidad para que dichas consideraciones y propuestas puedan instituirse.

En resumen la clausura relativa de esta investigación se fundamenta en lo anteriormente expuesto, en los desafíos planteados en torno a la investigación y al fomento de la promoción de la salud. El acumulado conceptual, metodológico y empírico procedente de esta investigación constituye el punto de llegada arribado. Así los aprendizajes extraídos del tránsito realizado son significativos y posibilitan continuar investigando esta dimensión del campo de la salud, tanto en su expresión comunitaria como en el mundo del trabajo. De este modo, se espera haber podido colaborar en la producción de conocimientos en torno a la democratización y construcción colectiva de la salud; tarea cotidiana y permanente en las sociedades contemporáneas.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁶

- Ardoino, J. (1988). Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación. *Conferencia dictada en la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco (Noviembre, 1988)*. Recuperado de <http://dcsh.xoc.uam.mx/psicologiagrupos/Textos.pdf>
- Arenas, L. (1998). Reseña de “La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina” de Hiram & Cerqueira. *Salud Pública de México*, 40(03), 304-306. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10640313.pdf>
- Barrán, J. (1993). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo II *El Disciplinamiento*.

¹⁶ Para las referencias bibliográficas se utilizó la 6ta edición de las guías APA.

Montevideo: Banda Oriental.

- Barrán, J. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo I *El poder de curar*. Montevideo: Banda Oriental.
- Baz, M. (1996). *Intervención grupal e investigación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bleger, J. (1980). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bonal, R. (2007). De la Promoción de Salud Clínica a la Promoción de Salud Comunitaria: un desafío para la Medicina Familiar Contemporánea. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4), 182-186. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/507/50712865006.pdf>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n1/v6n1a07.pdf>
- Buss, I., Puntel, M., Eggert, A., Monticelli, M. & de Miranda A. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto y Contexto Enfermagem*, 15(2), 352-358. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 5(1), 163-177. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087>
- Caetano, G. & Rila, J. (2005). *Historia Contemporánea del Uruguay de la Colonia al Siglo XXI*. Montevideo: Fin de Siglo, CLAEH.
- Campos, L. & Wendhausen, A. (2007). Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(2), 271-279. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>
- Carmona, L., Rozo, C. & Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), 62-77. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/562/56230108.pdf>
- Carta de Ottawa. *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986*. Ottawa: Canadá. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Carvalho, S. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>
- Castoriadis, C. (1998). *Hecho y por hacer. Pensar la imaginación*. Buenos Aires: Eudeba.
- Castoriadis, C. (2005). *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*.

Barcelona: Gedisa.

- Castoriadis, C. (2010). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets.
- Chapela, C. & Cerda, A. (2010). *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo- territorio y la exhibición de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- CLACSO (2002). *Observatorio Social de América Latina*. Recuperado de <http://www.clacso.org.ar/institucional/1h.php>
- Cohen, E. (2006). Population health as a framework for public health practice: a canadian perspective. *American Journal of Public Health*, 96(9), 1574-1576. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1551956/pdf/0961574.pdf>
- Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Czeresnia, D. & Machado, C. (Ed), *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (47-64). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Da Cruz, J. (2009). *Formação do agente comunitário de saúde na reorganização da atenção primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção* (Tesis de maestría, FIOCRUZ). Recuperado de http://bvssp.ict.fiocruz.br/pdf/25664_schmideljpcm.pdf
- Dávila, O. (1993). Los dilemas de la constitución de actores sociales. *Última Década*, 001, 1-11. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=19500102>
- De Faria, C. & Messias, I. (2005). Concepção de promoção da saúde de Psicólogos no Serviço Público. *Paidéia*, 15(31), 269-276. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n31/14.pdf>
- De Oliveira, D. (2005). A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(3), 423-431. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>
- De Souza, E. & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>
- De Souza Alves, L., Eggert, A., Schülter, I., (2012). A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(2), 401-408. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a19v21n2.pdf>
- De Souza Minayo, C. (2004). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. San Pablo: Hucitec.
- De Souza Minayo, C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- De Souza Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Extensión Universitaria- Trilce.
- Declaración de Adelaide. *Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1988*. Adelaide: Australia. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Declaración de Alma Ata. *Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978*. Alma Ata: URSS. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/.../alma-ata_declaracion.htm
- Declaración de Bangkok. *Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 2005*. Bangkok: Tailandia. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.whomakesthenews.org/bangkok%20dec%20sp.pdf>
- Declaración Sundsvall. *Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1991*. Sundsvall: Suecia. Organización Mundial de la salud. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf
- Declaración de Yakarta. *Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1997*. Yakarta: Indonesia. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
- Delgado, M., Vázquez, M., Zapata, Y. & García, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 697-707. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17079609>
- Devereux, G. (2003). *De la ansiedad al método en la ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- Di Leo, P. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Revista de Salud Colectiva*, 5(3), 377-389. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n3/v5n3a06.pdf>
- Errandonea, A. (1998). *La Universidad en la encrucijada. Hacia otro modelo de Universidad*. Montevideo: Nordan.
- Fals Borda, O. (1999). Orígenes universales y los retos actuales de la IAP. *Análisis Político*, 38, 71-88. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/colombia/assets/own/analisis%20politico%2038.pdf>
- Fernandes, R., Eulalio, M. & Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=229019248009>

- Fernández, A. (2007). *Las lógicas colectivas*. Buenos Aires: Biblos.
- Ferreira, J. & Faria, M. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avancados*, 13(35), 71-88. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a07.pdf>
- Findlay, G. & Palmer, J. (1994). Reorientating health promotion in primary care to participative approaches. *Royal College of General Practitioners*, 5(64), 29-32. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2560351&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Focesi, M. & Focesi, A. (2007). Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo saúde*, 31(3), 320-328. Recuperado de http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1999). *Pedagogía de la esperanza*. México: Siglo XXI.
- Freire, P. (2006). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fuentes, G. (2010). El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 9(1), 119-142. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rucp/v19n1/v19n1a05.pdf>
- Gilabert, C. (1993). *El Hábito de la utopía. Análisis del imaginario sociopolítico en el movimiento estudiantil de México, 1968*. México: Instituto Mora- Porrúa.
- González, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: Internacional Thomson.
- Healthy People. *The Surgeon General's Report On Health Promotion And Disease Prevention, 1979*. Washington DC: Estados Unidos. Departament of Health, Education, and Welfare. Recuperado de <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>
- Haggerty, J., Yavich, N. & Báscolo, E. (2009). Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(5), 377-384. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n5/01.pdf>
- Heisecke, V. (2011). *O agente comunitário de saúde da equipe de saúde da família do bañado sur, Assunção – Paraguai* (Tesis de maestría, FIOCRUZ). Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/sde/resources/lil-609665>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*.

Madrid: Siglo XXI.

- Ibáñez, J. (1993). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En Alvira, F., Ibáñez, J. & García, M. (Ed), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (489-501). Madrid: Alianza Editorial.
- Ibiapina, M., Santos, M., Ferreira, E., da Costa, N., Viana, R. & Lima, M. (2011). Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. *Escola Ana Nery*, 15(3), 610-615. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a24v15n3.pdf>
- Iglesias, A., Costa, B., Soares, J. & Dalbello, M. (2009). Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 110-127. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v11n1/v11n1a10.pdf>
- Invertir en salud. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*. Washington DC: Estados Unidos. Banco Mundial. Recuperado de <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Invertir-en-Salud-Resumen.pdf>
- Iñiguez, L. (2004). El debate sobre metodología cualitativa versus cuantitativa. *Curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos (Junio, 2004)*. Recuperado de http://aborges.webs.ull.es/ic_METODOLOGIA_CUALITATIVA.pdf
- Iñiguez, L., Monreal, P., Sanz, J., del Valle, A. & Fusté, F. (2009). Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya. *Forum*, 10(2), 1-35. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1313/2793>
- Jústiz, L., Jústiz, I. & Peña, C. (2009). Aspectos teóricos y aplicación práctica en la promoción y educación para la salud. *MEDISAN*, 13(5). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san19509.htm
- Kermodé, M., Herrman, H., Arole, R., White, J., Premkumar, R. & Patel, V. (2007). Empowerment of women and mental health promotion: a qualitative study in rural maharashtra, India. *BMC Public Health*, 7(225), 1-10. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-225.pdf>
- Kornblit, A., Mendes, A., Di Leo, P. & Camarotti, A. (2007). Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), 9-25. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v5n8/v5n8a02.pdf>
- Kumar, K. (2004). Health promotion through self- care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health*, 4(11), 1-12. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-4-11.pdf>
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Canada: Minister of

Supply and Service Canada.

- Lapassade, G. (1977). *Grupos, organizaciones e instituciones*. Barcelona: Granica.
- Leavell, H. & Clark, E. (1976). *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill.
- León, I. & Herrera, M. (2008). Atención médica y niveles de atención. En Wilson, B. & Reyes, I. (Coord.), *Temas de salud Pública Tomo I* (19- 27). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Laurell, A. (1982). La Salud- Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1-11. Recuperado de <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Llamada a la Acción de Nairobi. *Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 2009*. Nairobi: Kenya. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/GlobalConference09.pdf>
- Lopes, K., Ceruti, B. & Dalbello, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 181-196. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n1/v12n1a15.pdf>
- López, O., Escudero, J. & Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 5(4), 323-335. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
- Lourau, R. (1991). Implicación y sobreimplicación. *Conferencia dictada en "El Espacio Institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales" (Noviembre, 1991)*. Recuperado de <http://catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/rl%20iys.pdf>
- Lourau, R. (2007). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lourau, R. (2008). *El Estado y el inconsciente*. La Plata: Caronte Ensayos.
- Mancebo, M. & Narbono, P. (2010). *Reforma del Estado y políticas públicas en la administración Vázquez. Acumulaciones, conflictos, desafíos*. Montevideo: Fin de Siglo.
- Manero, R. (1990). Introducción al análisis institucional. *Tramas*, 1(1), 121-157. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=5&tipo=ARTICULO&id=966&archivo=6-74-966vuj.pdf&titulo=Introducci%C3%B3n%20al%20an%C3%A1lisis%20institucional
- Manero, R. (1995). El análisis de las implicaciones. *III Foro Departamental de Educación y Comunicación. Universidad Autónoma Metropolitana*. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=CAPITULO&id=1167&archivo=34-1167pfd.pdf&titulo=El%20an%C3%A1lisis%20de%20las%20implicaciones
- Martín, M., Ponte, C. & Sánchez, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 192-202. Recuperado de

<http://www.sespas.es/informe2006/p4-4.pdf>

- Martínez, A. (2009). Dialógica, etnografía e educação em saúde. *Revista Saúde Pública*, 44(3), 1-7. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/1336.pdf>

- Mattioni, F. (2010). *As redes sociais no fortalecimento da ação comunitária: possibilidades e desafios para a promoção da saúde* (Tesis de maestría, FIOCRUZ). Recuperado de [http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586436&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586436&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586436&indexSearch=ID)

- Mazza, J., Lima, A., Bastos, M., Alves, A., Carvalho, A. & Cunha, N. (2009). Promoção da saúde no hospital sob a ótica do enfermeiro: estudo descritivo- exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(3), 1-10. Recuperado de [http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586414&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586414&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586414&indexSearch=ID)

- Menéndez, E. (1982). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 21, 1-13. Recuperado de <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n21a071.pdf>

- Milio, N. (1996). Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. En Organización Panamericana de la Salud (Ed), *Promoción de la salud: una antología* (47-59). Washington DC: OPS.

- Ministerio de Salud Pública (2009). *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP.

- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.

- Moura, C., Magalhães, T., Tavares, M., Matos, V. & de Oliveira, C. (2010). "O ACS ensina a gente a ter amor pela vida": percepções de usuários assistidos na Estratégia Saúde da Família no Ceará. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(4), 935-950. Recuperado de <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/84/90>

- Nahum, B., Greising, C., Pérez, C., Rostan, E. & Silva, M. (2011). *Historia Uruguay 12. La restauración democrática 1985-2005*. Montevideo: Banda Oriental.

- Olesker, D. (1996). *Estudio comparado de los Sistemas de Salud de MERCOSUR y Chile*. Recuperado de <http://white.oit.org.pe/proyectoactrav/pdf/anexo2.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (1996). *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC: OPS.

- Paim, J. (2008). Vigilancia de la salud: de los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En Czeresnia, D. & Machado, C. (Ed), *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (185-199). Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Peña, A., Hernández, R. & Pubiano, Y. (2004). Necesidades de un modelo de atención en salud con enfoque familiar en el primer nivel de atención en el departamento de Meta. *Orinoquia*, 8(2), 6-31. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/896/89680202.pdf>
- Pérez, M. (2009). *La Reforma del Sistema de Salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay*. (Tesis inédita de grado). Universidad la República, Montevideo.
- Pichon-Riviere, E. (2007). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1)*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Portillo, J. & Barrán, J. (Ed) (2002). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan.
- Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. *Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, 2000*. México DF: México. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
- Rabello, E., Barros, K., Magalhães, R., Freitas, R. & de Carvalho, N. (2007). Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciencia & Saude Colectiva*, 12(2), 501-509. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a26v12n2.pdf>
- Rebellato, J. (2008). *La encrucijada de la ética*. Montevideo: Nordan.
- Rebellato, J. (2009). El aporte de la educación popular a los procesos de construcción de poder local. En Brenes, A., Bagueño, M., Casas, A. & Pérez, E. (comp), *José Luis Rebellato. Intelectual Radical* (93- 106). Montevideo: Extensión libros, Nordan, EPPAL.
- Rebellato, J. & Giménez, L. (1997). *Ética de la autonomía*. Montevideo: Roca Viva
- Resnik, D. (2006). Responsibility for health: personal, social, and environmental. *Journal of Medical Ethics*, 33(8), 444-445. Recuperado de <http://jme.bmj.com/content/33/8/444.full.pdf+html>
- Restrepo, H. & Malaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Colombia: Médica Panamericana.
- Reygadas, R. (1998). *Abriendo Veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*. México: UAM, UNAM, UIA, Convergencia.
- Ricoeur, P. (2008). *Hermenéutica y acción*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- Ricoeur, P. (2006). *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*. Madrid: Siglo XXI.
- Robledo, R. & Agudelo, C. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 1031-1050. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n6/v13n6a15.pdf>

- Rocha, T., Ferreira, E., Torres, V. & Modena, M. (2009). Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Revista Saúde Pública*, 49(6), 937-943. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/04.pdf>
- Rodríguez, A., Giménez, L., Netto, C. & Bagnato, M. (2001). De Ofertas y Demandas: Una Propuesta de Intervención en Psicología Comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2), 101-109. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/264/26410209.pdf>
- Romeo, D. (2007). *Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad* (Tesis de maestría, FIOCRUZ). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi13307.htm
- Sabarots, H. & Sarlingo, M. (1995). *Los caminos de la organización popular: límites y potencialidades de una experiencia en la ciudad de Olavaria*. En Gravano, A. (comp), *Miradas urbanas. Visiones barriales*. Montevideo: Nordan.
- Saforcada, E. (2012). Mercado de la enfermedad, medicina social y salud colectiva. *Entrevista realizada por el Colegio de Psicólogos de Córdoba (Mayo, 2012)*. Recuperado de <http://www.cppc.org.ar/noticia.asp?nrc=2568&nprt=1>
- Saforcada, E., De Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Schlindwein, B. & Lorenzini, M. (2005). A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. *Texto y Contexto Enfermagem*, 14(3), 411-418. Recuperado de <http://www.redalyc.com/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71414313>
- Servicios para los pobres. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004*. Washington DC: Estados Unidos. Banco Mundial. Recuperado de http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2004/03/23/000160016_20040323133808/Rendered/PDF/26895010spanish10paper.pdf
- Sigerist, H. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud Colectiva*, 2(3), 269-279. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n3/v2n3a05.pdf>
- Soares, L. & Fracolli, L. (2009). El agente comunitario de salud: posibilidades y límites para la promoción de la salud. *Revista Escuela de Enfermagem USP*, 44(1), 76-83. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a11v44n1.pdf>
- Soares, M., Van Stralen, C. & Friche, I. (2011). Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. *Interface*, 15(37), 529-537. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1111.pdf>
- Soneira, A. (2007). La <Teoría fundamentada en los datos> (Grunded Theory) de Glaser y Strauss. En Vasilachis, I (coord), *Estrategias de investigación cualitativa* (153-174). Buenos Aires: Gedisa.
- Starfield, B. (2001). *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y*

tecnología. Barcelona: Ed. Masson, Fundación Jordi Goli Gurina, SCMFIC.

- Taylor, S. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós.
- Terris, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la Salud Pública. En Organización Panamericana de la Salud (Ed), *Promoción de la salud: una antología* (37-44). Washington DC: OPS.
- Vasilachis, I. (coord) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
- Vásquez, M., Siquiera, E., Kruze, I., Da Silva, A. & Leite, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 30-38. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gsv16n1/v16n1a03.pdf>
- Vázquez, M., Ferreira, M., Siquiera, E., Campo, A., Da Silva, A., Leite, I. & Kruze, I. (2002). Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 585-594. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/original8.pdf>
- Villanueva, L. (2002). Gestión del conocimiento en el primer nivel atención de salud, en Heredia (Costa Rica). *Revista Latina de Comunicación Social*, 5(52), 1-6. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81952506>
- Wacquant, L. (2006). Castigar a los parias urbanos. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, 2, 59-66. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81400205>
- Zibechi, R. (2010). *Progre-sismo. La domesticación de los conflictos sociales*. Santiago de Chile: Quimantú.

Páginas web consultadas

- Administración de los Servicios de Salud del Estado: <http://www.asse.com.uy>
- Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois: <http://www.saintbois.com.uy>
- Intendencia Municipal de Montevideo: <http://www.montevideo.gub.uy>
- Instituto Nacional de Estadísticas: <http://www.ine.gub.uy>
- Ministerio de Salud Pública: <http://www.msp.gub.uy>
- Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es>
- Parlamento de la República Oriental del Uruguay: <http://www.parlamento.gub.uy>
- Periódico La Diaria: <http://ladiaria.com.uy>
- Periódico La República: <http://www.lr21.com.uy>
- Periódico El País: <http://www.elpais.com.uy>
- Periódico Últimas Noticias: <http://www.unoticias.com.uy>