



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**



**CONCEPCIONES SOBRE PARTICIPACIÓN
DE LA COMUNIDAD. ESTUDIO DE CASO:
COORDINACIÓN INTERSECTORIAL DE
SALUD DE ZONA 13 Y ADYACENTES
ENTRE LOS AÑOS 1995 Y 2004**

Autor:
Cecilia Sapriza Arias

Tutor:
Prof. Clara Netto

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2015

"...y los pedacitos rotos del sueño/¿se juntarán alguna vez?

¿se juntarán algún día/pedacitos?

¿están diciendo que los enganchemos al tejido del sueño general?

¿están diciendo que soñemos mejor?"

Juan Gelman

A mi padre y hermanos

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, por abrir las puertas de su Maestría en Salud Comunitaria a otras profesiones, y en especial por haberme permitido en forma gratuita desarrollar la misma, aprender y ser valorada. A los docentes uruguayos y extranjeros, que enriquecieron con sus conocimientos mi quehacer docente y profesional.

A mi tatarra, por sus conocimientos y tiempo dedicada.

A mis compañeras de la maestría, por sus conocimientos, su generosa apertura, sus debates y para algunas -ellas saben quiénes- su amistad duradera hasta hoy.

A los facilitadores anónimos de la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias que abrieron sus corazones, sus bitáculas y compartieron sus saberes y repensaron su quehacer cotidiano en salud comunitaria.

A mis compañeras y compañeros de trabajo -profesional y docente- por sus aportes y su ánimo permanente.

A Natalia, por sus conocimientos, su paciencia en este desafío que compartimos del placer de enseñar.

A mis familiares, por estar siempre -en las buenas y en las malas-, por apoyar con su cariño y saberes que me han fortalecido y permitido llegar hasta aquí. Sin ellos es imposible imaginar este camino.

A mi padre y hermanos

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, por abrir las puertas de su Maestría en Salud Comunitaria a otras profesiones, y en especial por haberme permitido en forma gratuita desarrollar la misma, aprender y ser valorada. A los docentes uruguayos y extranjeros, que enriquecieron con sus conocimientos mi quehacer docente y profesional.

A mi tutora, por sus conocimientos y tiempo dedicado.

A mis compañeras de la maestría, por sus conocimientos, su generosa apertura, sus debates y para algunas -ellas saben quiénes- su amistad duradera hasta hoy.

A los hacedores anónimos de la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias que abrieron sus corazones, sus bitácoras y compartieron sus saberes y repensaron su quehacer cotidiano en salud comunitaria.

A mis compañeras y compañeros de trabajo -profesional y docente- por sus aportes y su ánimo permanente.

A Natalia, por sus conocimientos, su paciencia en este desafío que compartimos del placer de enseñar.

A mis familiares, por estar siempre -en las buenas y en las malas-, por apoyar con su cariño y saberes que me han fortalecido y permitido llegar hasta aquí. Sin ellos es imposible imaginar este camino.

INDICE

Resumen	6
Introducción	8
1. Presentación del caso seleccionado. La Coordinación Intersectorial de Zona 13 y Adyacencias	11
2. Marco Teórico	19
3. Metodología	28
4. Presentación y análisis de resultados	31
4.1 La participación de la comunidad en modalidad de red	31
4.1.1 Características generales de la Red	
4.1.2 El aprendizaje en la participación en red	
4.1.3 La Red como experiencia de salud comunitaria	
4.2 Acciones desarrolladas por la Red	47
4.2.1 Aspectos organizativos	
4.2.2 Tipos de acciones	
4.2.3 Acciones en el tiempo	
4.3 Relacionamiento de los actores	57
4.3.1 Sus relaciones entre sí	
4.3.2 Sus relaciones con otras organizaciones de la sociedad civil	
4.3.3 Sus relaciones con autoridades de la salud y con representantes políticos.	
Reflexiones finales	66
Bibliografía	
Anexos	

RESUMEN

La participación de la comunidad es el principio fundamental del Primer Nivel de Atención en el que, según las estadísticas, se resuelve entre el 80 y el 85% de los problemas de salud de la población.

Esta investigación se enmarca en la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, y apunta a reconocer e interpretar las concepciones sobre participación de la comunidad que sostuvieron las acciones de la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias entre 1995 y 2004. En tal sentido, se plantea, como pregunta-problema de investigación: ¿Cuáles son las concepciones sobre participación de la comunidad de los diversos actores de la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias desde su creación en 1995 hasta 2004?

En cuanto al marco teórico que guió el trabajo, se retomaron planteos de varios autores: Capra (1998), Morin (1994), Bauman (2000), Rebellato (2008) Boaventura de Souza Santos (2010), San Martín (1998), Dabas (2011), Netto (2003), Pérez (1998), Rovère (2006), Testa (1997), Villasante (2002), en virtud de que profundizan las dimensiones a estudiar: participación, comunidad y redes sociales. Estos autores ofrecen aportes diversos y complementarios a la vez.

Palabras Clave: participación de la comunidad, red social, salud comunitaria.

La estrategia metodológica empleada para la investigación es de corte cualitativo. Se trata de un estudio de caso, en el cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a los actores que participaron de este colectivo en el período estudiado. La muestra es deliberada, eligiendo actores que representen a las organizaciones tanto públicas como privadas. Para esta investigación se realizó además una revisión en sistematizaciones de experiencias de participación de la comunidad. En este documento se retoman publicaciones del Centro de Atención Primaria de Salud de las Villas, del Equipo de Salud del Grupo

Aportes de Emaús, sistematizaciones de Encuentros Nacionales de Trabajadores Comunitarios de Salud, documentos, folletos, así como publicaciones realizadas por la red estudiada y /o por las organizaciones que participaron de la misma.

Dentro de los principales hallazgos, se destacan:

Participación de la comunidad. Se partió de reconocer las potencialidades de las organizaciones de la zona con la convicción de la importancia de aunar esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de la población. Más que una concepción sobre participación, lo que surge es que la comunidad enseña y por esto la importancia de salir de las instituciones al encuentro de otros saberes que los aportan los vecinos y que permite aprendizajes múltiples para todos los actores. Subyace una concepción integral de la salud (no solamente como ausencia de enfermedad).

Acciones realizadas. Se centraron más en la promoción de la salud que en la asistencia, la información sobre recursos de la zona (públicos y privados) y el acceso a la atención de salud en zonas alejadas. Se realizaron talleres sobre diferentes temáticas.

Diferentes modos de relacionarse. Se potenció el conocimiento de cada uno (saber académico, saber acerca de la zona, saberes vinculados con la gestión).

Palabras Clave: participación de la comunidad, red social, salud comunitaria

INTRODUCCION

¿Cuáles son las concepciones sobre participación de la comunidad de los

La *Coordinación Intersectorial de Salud de zona 13 y Adyacencias* constituyó una experiencia de participación comunitaria en salud que se caracterizó por la búsqueda de soluciones a los problemas que afectaban a la población, por el abordaje de temáticas innovadoras, por la sostenibilidad de sus acciones de promoción en salud, por la sinergia en el empleo de recursos públicos y privados, por la articulación de formas tradicionales de organización con otras modalidades más emergentes y por su permanencia en el tiempo. En relación con esto, esta tesis se propone realizar un acercamiento a las concepciones de los actores involucrados en esa red, acerca de la participación de la comunidad, en el entendido de que esas concepciones guiaron sus acciones.

Esta investigación, si bien fue acotada al período 1995 a 2004, se relaciona con las prioridades de nuestro país hoy, ya que desde el año 2005 está en proceso de instalación el Sistema Nacional Integrado de Salud, que consagra la salud como derecho humano fundamental y que propone un cambio de paradigma hacia un modelo con énfasis en la promoción y educación en salud. En tal sentido, podría pensarse que esta y otras experiencias anteriores "cimentaron" el sistema actual.

Desde el despliegue de mi práctica profesional como Licenciada en Trabajo Social en el campo de la salud entiendo que las organizaciones sociales de Uruguay han mostrado una gama de modalidades, formas organizativas y estilos de participación, en las que convivían las tradicionales comisiones de fomento, comisiones temáticas, etarias, de género, con otras de modalidades más amplias, más recientes, con participación de actores diversos. Algunas han sido institucionalizadas, como los Concejos Vecinales; otras han asumido la modalidad de red, habilitando diversas formas de participación social.

Desde lo antes expuesto, surge la interrogante que guía la presente investigación:

explicar algunos de los elementos que confluyeron en esta Red.

¿Cuáles son las concepciones sobre participación de la comunidad de los diversos actores de la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias desde su creación en 1995 hasta 2004?

Objetivos generales:

- Profundizar en la problematización sobre la estrategia de Atención Primaria de la Salud desarrollada por la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias, durante el período 1995-2004.
- Aportar en el conocimiento acerca de la participación comunitaria en salud en modalidad de red, a través del análisis de la experiencia mencionada.

Objetivos específicos:

- Conocer las concepciones sobre participación de la comunidad de los actores de esta red, identificar las diferentes acciones realizadas por esta red, desde el discurso de los actores involucrados.
- Identificar los diferentes modos de relacionarse de estos actores entre sí, con la comunidad y con los representantes políticos y autoridades de la salud.

Para el cumplimiento de los objetivos, se empleó un diseño de corte cualitativo. Concretamente, se realizó un estudio de carácter analítico descriptivo en el cual se exploró, a través de los relatos de algunos de los sujetos implicados en esta red, sus concepciones sobre participación de la comunidad. También se compilaron, describieron y analizaron documentos y producciones de este colectivo.

Los diferentes capítulos del trabajo están organizados de acuerdo al siguiente orden:

En el primero, se presenta el caso seleccionado: la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias, así como antecedentes que permiten

explicar algunos de los elementos que confluyeron en esta Red.

En el segundo, se desarrolla el marco teórico-conceptual que guió el trabajo con aportes de autores que ofrecen aportes diversos y complementarios a la vez sobre las dimensiones a estudiar: participación, comunidad y redes sociales.

En el tercero, se explicita la estrategia metodológica empleada para la investigación de corte cualitativo. Se trata de un estudio de caso, en el cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores que participaron de este colectivo en el período estudiado.

En el cuarto, se presentan y analizan los resultados, articulando y profundizando con el marco teórico.

A modo de cierre, se expresan reflexiones finales que también abren nuevas preguntas para seguir investigando.

CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN DEL CASO SELECCIONADO. LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL DE SALUD DE ZONA 13 Y ADYACENCIAS

En Uruguay ya desde la década del 70 se realizaron investigaciones, sistematizaciones de prácticas, que debatieron sobre participación de la comunidad, educación en salud, que muestran la relevancia de este tema. En esta instancia se retomarán fundamentalmente las realizadas por el Grupo Aportes de Emaús, por el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), y por el Centro de Atención Primaria de Salud Las Villas (Las Piedras). De ellas, cabe destacar una publicación del Grupo Aportes de Emaús, donde se plantea que el primer antecedente de experiencia de coordinación de policlínicas data de 1976, "en el que el IPRU (Instituto de Promoción Rural del Uruguay) luego de hacer un relevamiento de las policlínicas las convoca a una reunión". Esta primera iniciativa no prospera y en 1979 la Pastoral Social de la Iglesia Católica promueve la Coordinación de policlínicas eclesiales.

Otro antecedente son las actividades que el Equipo de Salud del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) realiza en el área de la salud desde 1981. A nivel de base, en ese año realizaban tareas de apoyo, de asesoramiento y de promoción en salud en barrios de Montevideo. Entre otros barrios: La Tablada, Piedras Blancas y Peñarol. En el barrio Peñarol en 1981 hacían tareas de apoyo a una Comisión de Salud que, sin tener policlínica, desarrollaba acciones en el área de la salud vinculadas a las problemáticas locales. Este Equipo de Salud se interesó en que todos estos grupos barriales comenzaran a tener un mismo marco de referencia y un lugar de coordinación, de encuentro. Producto de este proceso, en 1984, se crea la Coordinadora de Policlínicas Populares Privadas. Esta coordinadora realizó encuentros de policlínicas y comisiones barriales de salud, en los que participaron además de estas policlínicas barriales privadas, las policlínicas de las cooperativas de viviendas por ayuda mutua y contaron con el apoyo del CLAEH y del Grupo Aportes de Emaús.

Unos años después, en 1987 se inicia la experiencia del Centro de Atención Primaria de Salud de las Piedras (CAPS) que se desarrolla en la zona de las villas de las Piedras. En la publicación del primer resumen de la sistematización de esta experiencia se plantea: "La participación comunitaria influye en el desarrollo de un programa de salud, modificando sus prioridades, aportando la información, transmitiendo las necesidades más sentidas de esta población. Existen formas diferentes de participación, desde las más puntuales a las más complejas llegando a ser parte de la cogestión del programa. El encontrar diferentes alternativas, contemplar diferentes cualidades para dar espacio a las distintas formas de participar es uno de los desafíos que enfrenta todo programa que pretenda abrir el juego a la comunidad" (CAPS, 1987).

En 1991 se realizó en el CAPS un encuentro de Trabajadores de Salud de Canelones y de Montevideo. En este encuentro surge la idea de realizar un encuentro a nivel nacional que se concreta en setiembre de 1992. En la síntesis de este encuentro se expresa que uno de los objetivos es "jerarquizar el rol del Trabajador Comunitario, o sea de aquella persona de la comunidad que asume el compromiso de promover la salud en su comunidad, en busca de una mejor calidad de vida"¹. En este encuentro participaron varias organizaciones públicas y privadas, vecinos y profesionales. Entre ellos participaron vecinos integrantes de la Comisión de Apoyo al Centro de Salud Sayago, así como vecinos de la Policlínica Jardines de Peñarol. Estas personas años después tienen una participación activa en la creación de la Coordinación Intersectorial de Salud, por lo que es pertinente detenerse en este recorrido histórico.

En una publicación del Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) se sistematiza esta experiencia desde 1987 a 1992, se la nombra como una experiencia de participación en salud e incluye una conceptualización de

¹ Folleto del Centro de Atención Primaria de Salud de las Villas Una experiencia de Participación en la Sistematización del Primer Encuentro Nacional de Trabajadores Comunitarios en Salud. Capacitación, Intercambio de Experiencias, Encuentro, Educación Parque 17 de febrero - Playa Fomento - Dpto. de Colonia - Uruguay- 25 al 27 setiembre 1992 (mimeo).

participación comunitaria, "fue un medio para conseguir mejorar las condiciones de vida pero fue también un fin en sí mismo, ya que partimos de esa idea de que la participación comunitaria es la expresión de esa capacidad de actuar, de identificar necesidades en los terrenos biológico, psicológico y social y buscar superar los obstáculos para satisfacerlas"².

En 1987 comienzan las primeras reuniones de vecinos de la zona de Sayago para crear lo que se concreta registrándose en el Ministerio de Salud Pública en 1989 como Comisión de Apoyo al Centro Zonal de Salud Pública. Esta comisión funciona hasta 1996, fecha en que resuelven rechazar la reglamentación resuelta desde la jerarquía del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) para las comisiones de apoyo y no aceptan que sus nombres se incluyan en la nómina de la nueva comisión de apoyo. En la carta dirigida al Director del SSAE, Dr. Miguel Dicancro, plantean "Como somos conscientes de que nuestro compromiso es con la Salud y la Comunidad y no con el Ministerio de Salud Pública, de ningún modo abandonamos nuestros objetivos fundacionales de Trabajar comunitariamente para preservar la salud de la población y asegurar una mejor asistencia"³. Es destacable que siguieron trabajando por la salud de su comunidad y conformaron un grupo llamado "Trabajadores Comunitarios en Salud – Sayago" y continuaron integrados a la Coordinación Intersectorial y algunos vecinos se integraron trabajar voluntariamente en policlínicas comunitarias de la zona.

Este grupo, participó activamente en la planificación y concreción de la Red Nacional de Trabajadores Comunitarios en Salud. En el marco del problema a investigar es pertinente retomar la definición de salud realizada por Trabajadores Comunitarios en Salud, participantes de un Taller en 1993, que se realiza a continuación del Primer Encuentro Nacional de Trabajadores Comunitarios en Salud, en la que plantean: "La Salud no es simplemente

² Folleto del Centro de Atención Primaria de Salud de las Villas Una experiencia de Participación en Salud. Las Piedras Canelones 1987-1992 (mimeo).

³ Fotocopia de carta fechada el 5/11/96 aportada por integrante de la Comisión de Apoyo al Centro de Salud Sayago

ausencia de enfermedad. Comprende entre otras cosas el tener acceso a una vivienda digna, una alimentación adecuada, educación, espacios recreativos, etc. La salud es responsabilidad de todos. No solamente de los técnicos especializados en el tema. Cada uno de nosotros puede jugar un rol importante en la promoción de la misma. Solo los vecinos organizados podemos ir modificando la realidad y logrando hacer efectivo este derecho fundamental"⁴. Se entiende que en esta definición hay un claro posicionamiento de este colectivo en relación a la importancia de su rol en la defensa de la salud como derecho fundamental, con un concepto de salud integral.

La Red Nacional de Trabajadores Comunitarios de Salud, junto con el CAPS y el Grupo Aportes, en 1997 programan en conjunto y realizan un curso de educación a distancia sobre salud comunitaria. En la presentación del mismo se explicita:

"Que los temas que vayamos viendo tengan que ver con lo que estamos haciendo y con nuestra realidad. Que nos ayude a conocerla mejor, a generar nuevas propuestas, acercarnos más como grupo y con nuestra comunidad. Que sea algo útil y placentero. Que esté pautado, pero que cada uno lo pueda adaptar con flexibilidad de acuerdo a su realidad. Para trabajar en grupo pero permitiendo también que salgan las ideas de cada uno. Poniéndole cabeza y también corazón" (Sollazo, A. et al, 1997:8).

Los temas de este curso: diagnóstico, salud mental, comunicación y planificación fueron definidos por los participantes de la Red Nacional de Trabajadores Comunitarios de Salud, muchos de ellos participantes activos en la creación y desarrollo de la Red estudiada en esta investigación. La Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias se crea en 1995 y funcionó como una red de organizaciones e instituciones, con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la zona de Sayago y sus alrededores. Se planteaba coordinar las actividades en el área asistencial, de promoción y prevención, así como en educación para la salud; coordinar los recursos humanos y materiales disponibles de manera de optimizarlos y lograr eficiencia en las acciones; dar difusión a los principales problemas de salud de la zona y realizar, en caso necesario, las gestiones que correspondan frente a

⁴ Folleto 3er. Encuentro Nacional de Trabajadores Comunitarios de Salud – Febrero 1994 – Parque 17 de Febrero – Playa Fomento – Colonia (mimeo).

organismos estatales. En el período estudiado se ocuparon de diversos ejes temáticos: salud, medio ambiente, consumo problemático de drogas, capacitación de Agentes Comunitarios, así como dirigieron sus acciones a diferentes poblaciones objetivo: mujer y jóvenes, entre otros.

La Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias despliega sus actividades en una amplia zona de Montevideo, integrada por varios barrios entre los que se encuentran: Sayago, Peñarol, Conciliación, Jardines de Peñarol, Lavalleja. En diferentes momentos, trabajaron en forma conjunta: Policlínicas Comunitarias, Policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo y del Ministerio de Salud Pública, Órganos Descentralizados Locales (Concejo Vecinal, Junta Local, Centro Comunal Zonal), Instituciones Educativas, Comisiones de Fomento y Barriales, Grupos de Autoayuda, de Adultos Mayores, Organizaciones no Gubernamentales y otras. Se autodefinían como una red en movimiento con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la zona. Se planteaban coordinar las actividades en el área asistencial, de promoción y prevención, así como en educación para la salud; coordinar los recursos humanos y materiales disponibles de manera de optimizarlos y lograr eficiencia en las acciones; dar difusión a los principales problemas de salud de la zona y realizar, en caso necesario, las gestiones que correspondan frente a organismos estatales.

En esta zona existían desde la década del 80 experiencias de promoción con organizaciones sociales vinculadas a la salud, fundamentalmente diversas policlínicas populares que contaron con el apoyo de organizaciones no gubernamentales que tenían como marco de referencia la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), y a la participación comunitaria como elemento central de dicha estrategia. Estas primeras experiencias dieron elementos para la creación y el mantenimiento de esta red, que se constituye como un espacio donde se han articulado viejas y nuevas formas de participación social.

En este análisis histórico es relevante plantear que en 1990, al inicio del primer gobierno municipal del Frente Amplio, se comienza a implementar el Plan de Atención Zonal (PAZ) que plantea un cambio de paradigma en la atención a la salud con un fuerte énfasis en la APS y se dan los primeros pasos del proceso de descentralización con el objetivo de profundizar la participación ciudadana.

"Especialmente desde 1990 en Montevideo se fortaleció y extendió la red de Policlínicas Municipales (actualmente veinte) en el primer nivel de atención, articulando sus programas y actividades en torno del **"Plan de Atención Zonal"** (PAZ)⁵ que tiene, como *Propósito General: Contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones integradas y coordinadas dirigidas a las personas y el ambiente contando con la participación protagónica de la comunidad organizada y como Objetivo General: desarrollar un Plan de Atención Zonal a la salud, que a partir de las Policlínicas Municipales y en coordinación con otras Instituciones de Salud, contribuya a conformar la base de los Sistemas Locales de Salud. Esto supone profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y de gestión de los servicios, en el marco de la descentralización político-administrativa y la participación social articulada por los órganos de gobierno local*" (Sosa, 2003: 11).

En todo el período a estudiar el Frente Amplio se mantiene en la Intendencia Municipal de Montevideo, en 1995 el Intendente es el Arq. Mariano Arana. En el 2000 es reelecto, lo que permite la profundización del proceso de descentralización en general y en particular la continuidad de las acciones en el campo de la salud. Si bien esto no es tema de este trabajo, se entiende como plantea Veneciano que,

"...los componentes que definen la descentralización son básicamente dos: (1) la relación de los actores político-institucionales periféricos con los actores de la misma índole a nivel subnacional o nacional. ... (2) relación entre estos actores institucionales con actores socio-territoriales y políticos-partidarios en el diseño e implementación de políticas públicas, que se relaciona con la creación de redes de enraizamiento o de *participación*"⁶.

⁵ Las negritas son del autor.

⁶ Las cursivas son del autor.

Por lo cual, es un tema que está presente en esta investigación pues en esta Red que se estudia, confluyen diferentes formas de participación, la de los vecinos interesados por su comunidad y también los que se integran a los órganos locales por compartir la orientación política. Y en la Red estudiada confluyen Comisiones de Salud Zonales (en adelante CSZ) que ya tenían trayectoria de trabajo en la zona. Las CSZ se definen como grupos que abordan los temas de salud de su zona municipal integrados por vecinos y técnicos, estableciendo coordinaciones con características particulares en cada zona (Perez, A., Sapriza C. 1992). En una investigación realizada en 1991 sobre las CSZ y la descentralización municipal se plantea su concepción de salud en la que se observa que se jerarquiza lo preventivo y lo educativo por sobre lo asistencial y lo curativo (Perez A., Sapriza C. 1992).

Esto es relevante para esta investigación pues dos de estas CSZ se integran a la red estudiada.

En 1993 el Banco Mundial elabora un informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud. En este documento se promueve un triple enfoque de la política de salud para los gobiernos de países en desarrollo: fomentar un desarrollo económico que permita a los hogares mejorar su propia salud, reorientar el gasto público hacia un tipo de actividades de bajo costo y con alta eficacia (ej. Inmunizaciones) y fomentar una mayor diversidad en la prestación de los servicios públicos, el fomento de mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones privadas (Banco Mundial, 1993). En este documento se basan las políticas neoliberales de repliegue del estado y sus recomendaciones han generado amplios debates. Si bien no se profundizará en esto en esta tesis, se entiende relevante en el contexto histórico en el que se realiza esta investigación.

En 1995 se produce un cambio en el gobierno nacional que impacta en las políticas sanitarias del país. Del 90 al 95 el presidente fue el Dr. Luis Alberto Lacalle del Partido Nacional. En las elecciones de 1995 es elegido presidente el Dr. Julio María Sanguinetti del Partido Colorado. El área del Primer Nivel de

Atención se reestructura, cambia de nombre y se crea el Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE). Se continúa con la implementación de acciones en el Primer Nivel de Atención con orientaciones hacia la realización de programas preventivo-asistenciales, en los discursos, liderados por médicos nombrados como "médicos de familia" (es importante decir que en Uruguay no existía en ese momento esta especialidad). En las elecciones del 2000 es electo presidente del Uruguay el Dr. Jorge Batlle también del Partido Colorado por lo cual se profundizan en general estas mismas orientaciones.

En esta coyuntura política en junio de 1995 se crea la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias. Entre sus antecedentes se destacan: la convocatoria del gobierno municipal (1990) para trabajar el tema inmunizaciones y la creación de la Comisión de Salud de Zona 13. En 1995, la Comisión de Salud del Concejo Vecinal se plantea como problema la falta de coordinación entre las instituciones y organizaciones que trabajan o tienen acciones en el área de la salud. Se prioriza este problema y se propone crear instancias estables de coordinación. A su vez, en el mismo año el Centro de Salud de Sayago del Ministerio de Salud Pública convoca a diferentes efectores de salud de su área de influencia para participar en una Jornada de Educación para la Salud, en la que se plantea y se acuerda comenzar las coordinaciones que confluyen en la creación de la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentará el marco teórico que guió la investigación. En una primera parte, se desarrollan algunos conceptos epistemológicos centrales, y en una segunda parte se plantean algunas nociones más específicas, relativas a los temas estudiados.

El trabajo se sustenta en una concepción holística, a partir de los aportes de Capra, quien concibe al mundo como un todo integrado más que como una discontinua colección de partes. El autor plantea que esto también podría denominarse como una visión ecológica, utilizando ese término en un sentido mucho más amplio y profundo de lo habitual. De esta manera, plantea que "la percepción desde la ecología profunda reconoce la interdependencia fundamental entre todos los fenómenos y el hecho de que, como individuos y como sociedades, estamos todos inmersos en (y finalmente dependientes de) los procesos de la naturaleza" (Capra,1996:35). Desde esta perspectiva, se podría considerar a la red estudiada como una trama donde la interdependencia de los fenómenos dio lugar a una serie de ideas y acciones que -desde distintas lógicas- se conjugaron en una zona determinada.

A su vez, el trabajo se sustenta en la idea de Morin acerca de la necesidad de una reforma del pensamiento. El autor parte de la afirmación de que uno de los problemas de la ciencia actual es la compartimentación, es decir, una suerte de reduccionismo que hace que perdamos de vista el todo. Es a esa reforma del pensamiento que denomina "pensamiento complejo". "Legítimamente -dice el autor- le pedimos al pensamiento que disípe las brumas y las oscuridades, que ponga orden y claridad en lo real, que revele las leyes que lo gobiernan. El término complejidad no puede más que expresar nuestra turbación, nuestra confusión, nuestra incapacidad para definir de manera simple, para nombrar de manera clara, para poner orden en nuestras ideas" (Morin, 1994:21). Lo que el pensamiento complejo plantea es la recomposición del todo sin perder jamás de vista el aspecto humano. Para el autor, todo hecho importante debe ser

analizado en su contexto social, político, humano, ecológico.

Lo anterior se vincula con el concepto de transdisciplinariedad y, más precisamente, de "conocimiento pluriuniversitario". Boaventura de Souza Santos habla de este tipo de conocimiento y lo define como "un conocimiento contextual en la medida en que el principio organizador de su producción es la aplicación que se le puede dar" (2010:31).

A su vez, vincula este concepto con el de transdisciplina: "es un conocimiento transdisciplinar que por su propia contextualización obliga a un diálogo o confrontación con otros tipos de conocimiento, lo que lo convierte internamente en más heterogéneo y más adecuado para ser producido en sistemas abiertos menos perennes y de organización menos rígida y jerárquica" (2010:31). En relación con esto, más adelante se analizará -retomando estas nociones- los modos en que en la red estudiada se conjugaron distintas disciplinas y saberes de diferentes campos. Estos procesos, que no estuvieron exentos de contradicciones y conflictos, lograron sostenerse en el tiempo y, como plantea Capra, ser mucho más que una "colección de partes".

En lo que sigue, se complementarán los aportes de estos autores con los de otros que profundizan sobre los modos en que los integrantes de determinada comunidad se vinculan entre sí y con su territorio, en un proceso en el que van entretejiendo sus identidades individuales y colectivas. En relación con esto, una de las formas de participar en el territorio es la que se configura como una red, y es esta forma la que se profundizará en el siguiente apartado.

Las redes sociales

Dabas (2011:42) sostiene que,

...la red social implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de

alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

Por otra parte, Villasante menciona diversos aspectos de la acción de sujetos en movimiento y plantea que "lo holístico de base es (nequentrópico) creativo, porque genera información cruzada y múltiple". Más adelante se volverá sobre esto, cuando se analicen los modos en que -a juicio de los entrevistados- la red se desarrolló, logrando conjugar el abordaje de estos distintos tipos de asuntos.

Esta modalidad de participación es entendida por Rovère como "*redes de personas*, se conectan o vinculan personas, aunque esta persona sea el director de la institución y se relacione con su cargo incluido, pero no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, se conectan personas. Por eso es que se dice que *redes es el lenguaje de los vínculos*, es fundamentalmente un concepto vincular". Su planteo asume la lógica de la heterogeneidad: "Redes no homogeniza, redes asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas" (Rovère, 2006:34). Más adelante se profundizará sobre este tema, cuando se retomen los planteos de los integrantes de la red estudiada. Como se verá, no se trata de lo que Rovère denomina una "red en sí", sino de "redes para", o como dice el autor, "redes como medio, redes como forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente" (2006:31).

Según Rovère, "una de las bases de la lógica de redes es la autonomía, en consecuencia es muy claro que esta construcción es voluntaria" (Rovère, 2006:42). Así, las personas que tienen un comportamiento burocrático, que sienten que no controlan sus propios servicios, no están predispuestas a trabajar en red, porque tienen la sensación de que nada pueden decidir. El autor hace referencia, también, a la existencia de diferentes niveles en la construcción de redes, que se desarrollarán a continuación:

El primer nivel es el de *reconocimiento*, que expresa la aceptación del otro. En otras palabras, para empezar a construir hay que reconocer que el otro existe, o más precisamente que el otro tiene derecho a existir. "No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a opinar, su derecho a existir como interlocutor" (Rovère, 2006:41).

El segundo nivel es el de *conocimiento*. "Luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido en nuestra percepción, empezamos a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés, queremos saber quién es el otro, queremos entender cómo se ve el mundo desde ahí" (Rovère, 2006:41).

El tercer nivel es el de *colaboración*, "a partir del interés y del conocimiento, empiezan a existir algunas circunstancias y algunos eventos que nos conducen a la colaboración (co-laborar en el sentido de *trabajar con*). No es una ayuda sistemática, no es una ayuda organizada sino espontánea" (Rovère, 2006:41).

El cuarto nivel es el de *cooperación*. Aquí existen, según el autor, formas de "co-operación" u operación conjunta. "Es un proceso más complejo porque parte del supuesto que existe un problema común, por lo tanto hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades" (Rovère, 2006:41).

Existe un quinto nivel donde hay *asociación*, "donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos".

Por último, Rovère habla de que se podría hablar de un sexto nivel de *fusión*, "pero rara vez los niveles de fusión se dan por este mecanismo espontáneo. Es más fácil que las fusiones se den por mecanismos externos, más parecidos a las pirámides que a la red". Por esto, entiende que se pueden representar estos niveles en una figura, en la cual el reconocimiento es la base, el cimiento

sobre el cual se basa el conocimiento y así sucesivamente los otros niveles. Estos planteos se retomarán más adelante, al estudiar los diferentes momentos de la red, según los relatos de los sujetos involucrados.

Sujetos y territorio

La relación de las personas con su territorio, se desarrolla en un nivel profundo de la conciencia, es en ese nivel que quedan registrados los aspectos más permanentes de la personalidad individual y colectiva. Esta relación generadora de identidad está compuesta de permanencias y ausencias, de continuidades y rupturas. Aquí, cobra relevancia -como dice Rebellato- la necesidad de "repensar las teorías de la complejidad introduciendo la categoría de subjetividad, pues no hay sistemas ni auto-organizaciones sin sujetos" (2008:38). El autor hace referencia a diferentes dimensiones de la subjetividad: "poder elegir", "no ser solitario", "poder ser autónomo", "formar parte de comunidades y tradiciones dialógicas", y "vivir la experiencia de la contradicción" (2008: 39-41).

Las relaciones que el propio Rebellato (2008) establece entre estas dimensiones y la teoría de la complejidad, así como el reconocimiento de la relevancia de la categoría de red para la comprensión de las dinámicas y procesos sociales, confirman la imbricación de estas nociones relativas al sujeto, con los aspectos planteados al inicio de este marco teórico.

Participación de la comunidad

Como se planteó en el apartado anterior, los sujetos forman parte de comunidades y tradiciones, donde "las redes de relaciones constituyen un factor esencial en la producción de la subjetividad y en las posibilidades de transformación social" (Dabas 2007 prólogo: 11). De esta manera, como sostiene Netto (2003:40) "para el campo comunitario, pensar en términos de redes implica poder intervenir en términos de redes". En tal sentido se entiende

—junto con Rovére— que la participación es uno de los elementos estratégicos de la atención primaria que deben ser hoy resignificados.

En relación con esto, Dabas (2011: 11) afirma que “la noción de “comunitario” no soslaya la tensión entre autonomía y dependencia, entre libertad y seguridad, sino que despliega un campo humanizado y humanizante de recuperación de modos de sostén, acompañamiento y resolución de conflictos, quebrando así el intento de la modernidad de desvincular a hombres y mujeres de la red de los lazos comunales”. Y profundizando compartimos con Bauman: “Para que el poder fluya, el mundo debe estar libre de trabas, barreras, fronteras fortificadas y controles. Cualquier trama densa de nexos sociales, particularmente una red estrecha con base territorial, implica un obstáculo que debe ser eliminado” (2010:19). Pero como tensión, este autor retomando a Hobsbawm (1998), plantea: “Hombres y mujeres buscan grupos a los cuales pertenecer, con seguridad y para siempre, en un mundo en el que todo lo demás se mueve y se desplaza, donde ninguna otra cosa es segura” (Bauman, 2010: 40).

En el periodo estudiado se desarrollaron procesos de revalorización y reconceptualización de los ámbitos locales, espacios que generan eficacia social y donde se reapropian y recrean nuevas identidades. Estos espacios bien delimitados en los que las personas desarrollan sus actividades, se vuelven significativos para el grupo que los habita; se cargan de sentido porque por ellos transitaban generaciones que fueron dejando sus huellas, las trazas de su trabajo, los efectos de su acción, de transformación de la naturaleza. En estos territorios emergen las inequívocas señales de destrucción y de construcción propias de la especie humana. Son espacios penetrados por las formas de vida de las personas que los habitan, por sus ritos, sus costumbres, sus valores, sus creencias.

Se trata, en definitiva, de ámbitos que aportan a la construcción de ciudadanía y, por ende, a la consolidación de procesos reales de desarrollo democrático.

Como ya se mencionó en los objetivos, lo que interesa aquí es analizar los modos de relacionarse de los actores de una red determinada -que desplegó sus acciones en marco de una estrategia de atención primaria de salud- tanto con la comunidad como con los representantes políticos y autoridades. La participación de la comunidad es uno de los elementos esenciales de esa estrategia, en virtud de que contribuye a la mejoría de la calidad de la atención y de la satisfacción de los usuarios y trabajadores de los servicios de salud, ya que la atención se organiza teniendo en cuenta los aportes y opiniones de los usuarios, permitiendo centrar las acciones para responder a las necesidades, expectativas y problemas de la población.

Atención Primaria de Salud

La Conferencia Internacional realizada en Alma-Ata URSS, en 1978 define a la Atención Primaria de Salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. Estrictamente, no consiste en la atención local para pobres, sino que se trata de una estrategia global con criterios para abordar los determinantes fundamentales de la salud. Al respecto, Testa (1997) plantea que en los países en que no se ha logrado conformar un sistema de atención a la salud, con un buen sistema de referencia, la atención primaria se transforma en atención primitiva de salud. Es necesario no confundir la APS con la política de desconcentración que promueve acciones locales, pero no da los recursos necesarios para la autonomía, ejerciendo control financiero desde el sector central.

El enfoque de APS es un modelo deseado, ideal, preventivo, de protección a la salud, por lo tanto, a la vida; sin embargo, en la realidad, la salud es una mercancía inserta en un modelo de atención curativo -a pesar de que en los discursos de los responsables de la política de salud del período estudiado se hablaba de cambio de paradigma a un modelo con énfasis en la prevención.

En la red estudiada se intentaba aplicar esa estrategia, promoviendo la participación en el desarrollo comunitario, es decir, involucrando a la población en la toma de decisiones que afecta su vida. Esto supuso, necesariamente, incorporar la heterogeneidad y la diversidad. Esto es particularmente sensible en el área de la salud donde se producen conflictos de tipo cultural, coexisten las diferencias de lenguaje, significaciones, actitudes y representaciones que ponen en juego los diferentes actores intervinientes en la comunidad.

A partir de San Martín (1985) se habla de salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad conscientes de constituir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud que los afectan, expresan sus aspiraciones y necesidades y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas a través de los programas locales de salud.

Es significativo y relevante que en agosto de 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su documento del 46º Congreso Directivo, realice dos planteos fundamentales: por un lado, que la renovación de la APS es parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y, por otro, que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas, es basar los sistemas de salud en la APS (OPS: 2005).

Benia, Macri y Berthier (2008) plantean que si bien la esencia de la renovación de la APS sigue siendo la Declaración de Alma Ata, tiene algunos aspectos relevantes entre los que destaco el hecho de que se enfoca sobre el conjunto del Sistema de Salud, incluyendo los sectores públicos, privados y sin fines de lucro; distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y la solidaridad; incorpora principios nuevos como sustentabilidad y orientación hacia la calidad; reconoce que la APS es más que prestación de servicios de salud en sentido estricto, y que su éxito depende de otras funciones del sistema de salud, y de otros procesos sociales; y descarta dos ideas

reduccionistas de la APS. Respecto a esto último, cuando hace referencia a las ideas reduccionistas refiere a que la APS sea un conjunto de servicios definidos de antemano y que se sostenga con tipos específicos de personal de salud.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

El enfoque no pretende definir todos los elementos que se necesitarían para constituir un sistema de salud y plantea que cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS. Estos aspectos fundamentan la pertinencia de esta tesis, pues aportan elementos desde el análisis de una red que, como plantea Gopar (2004) fue una experiencia de construcción de ciudadanía y aporta a la reformulación de un Sistema Nacional de Salud basado en la APS.

Hasta aquí se han planteado conceptualizaciones sobre redes sociales, sujetos y territorio, participación de la comunidad dentro de un enfoque de atención primaria en salud.

El caso fue seleccionado por entender que la *Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias* constituyó una experiencia de participación comunitaria, de construcción de ciudadanía que por su carácter innovador puede aportar al proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay. De esta manera, la red se considera significativa pues logró mantenerse en el tiempo y dar respuestas a los problemas de salud en una determinada zona, a través del trabajo mancomunado de vecinos, profesionales, y organizaciones públicas y privadas. En este sentido, fue una experiencia de vanguardia, en un contexto histórico en el que no estaban presentes como lo están hoy los temas que esa red trabajó: drogas, discapacidad y violencia, entre otros. También se ocupó de sectores de la población que tampoco estaban en ese momento en la agenda pública, entre los que se destacan las mujeres y los jóvenes. Además, encaró sus actividades con una concepción de salud integral, en forma intersectorial e interdisciplinariamente. Stake (1995) plantea que el estudio de caso es el

estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular. O sea, el conocimiento de lo particular sin desconocer su contexto. Según la conceptualización realizada por este autor, se puede decir que se trata de un

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

Se empleó una metodología de corte cualitativo y se realizó un estudio de caso. Se consideró que el abordaje cualitativo era el más pertinente debido a que permite analizar las concepciones de los entrevistados a través de sus discursos. Al respecto, se entiende que "La distinción fundamental entre investigación cuantitativa e investigación cualitativa estriba en el tipo de conocimiento que se pretende. Aunque parezca extraño, la distinción no está relacionada directamente con la diferencia entre datos cuantitativos y datos cualitativos, sino como una diferencia entre búsqueda de causas frente a búsqueda de acontecimientos. Los investigadores cuantitativos destacan la explicación y el control; los investigadores cualitativos destacan la comprensión de las complejas relaciones entre todo lo que existe" (Stake, 1999:42).

El caso fue seleccionado por entender que la *Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias* constituyó una experiencia de participación comunitaria, de construcción de ciudadanía que por su carácter innovador puede aportar al proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay. De esta manera, la red se considera significativa pues logró mantenerse en el tiempo y dar respuestas a los problemas de salud en una determinada zona, a través del trabajo mancomunado de vecinos, profesionales, y organizaciones públicas y privadas. En este sentido, fue una experiencia de vanguardia, en un contexto histórico en el que no estaban presentes -como lo están hoy- los temas que esa red trabajó: drogas, discapacidad y violencia, entre otros. También se ocupó de sectores de la población que tampoco estaban en ese momento en la agenda pública, entre los que se destacan las mujeres y los jóvenes. Además, encaró sus actividades con una concepción de salud integral, en forma intersectorial e interdisciplinariamente. Stake (1999) plantea que el estudio de caso es el

* La nota de copyright puede ser consultada en los Anexos

estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular. O sea, el conocimiento de lo particular sin desconocer su contexto. Según la conceptualización realizada por este autor, se puede decir que se trata de un estudio de caso intrínseco, o sea se elige el caso por ser de interés y se pretende alcanzar una mejor comprensión del mismo.

De acuerdo a este diseño cualitativo se optó por las siguientes técnicas: entrevistas semiestructuradas y análisis de documentos.

Para la realización de las entrevistas se tomó el criterio de muestreo deliberado (Gil Pascual, 2011), es decir, se seleccionaron los informantes intencionalmente. Para ello, se consideró que hubieran participado activamente en la red en el período estudiado, y a la vez, se procuró conformar un grupo que representara la diversidad de actores y roles que participaron en ella.

Se diseñó una pauta de entrevista semiestructurada⁷, en la cual están presentes las diferentes dimensiones abordadas en el marco teórico. Se trató de un total de diez entrevistas. La información obtenida ha sido estudiada teniendo en cuenta el criterio de confidencialidad⁸. A continuación se presenta la lista de entrevistados, omitiéndose los nombres.

En cuenta a los detalles sobre el procesamiento de la información, se realizó un análisis en profundidad del discurso de los entrevistados y de los contenidos de los documentos. Este análisis se nutrió de los aportes provenientes de las ciencias sociales y humanas, desde una visión transdisciplinaria y capaz de analizar la dinámica que se produce entre los actores involucrados: el Estado, organizaciones sociales, culturales, deportivas, religiosas, sindicales, educativas, de salud, y organizaciones no gubernamentales.

El plan de análisis de los resultados ha sido flexible y se fue adaptando a los hallazgos que surgieron de las entrevistas; en permanente integración con los

⁷ La misma puede ser consultada en los Anexos.

⁸ La nota de consentimiento puede ser consultada en los Anexos

Sexo	Edad	Filiación Institucional	Rol
Masculino	89	Promotores Comunitarios de Salud	Militante social
Femenino	77	Policlínica Barrial	Promotora de salud
Femenino	60	Escuela Pública	Maestra y vecina de Sayago
Femenino	66	Policlínica Barrial	Promotora de Salud
Femenino	48	Grupo Aportes de Emaús	Médica
Femenino	62	Intendencia Municipal de Montevideo	Trabajadora Social
Femenino	60	Intendencia Municipal de Montevideo	Trabajadora Social
Masculino	58	Intendencia Municipal de Montevideo	Lic. en Enfermería
Masculino	57	Universidad de la República	Médico
Femenino	47	ASSE	Trabajadora Social

Cuadro 1. Detalle de las entrevistas realizadas.

Por otra parte, para la recolección y análisis de documentos, se tomaron reglamentaciones y normativa del periodo, relativas a la atención primaria de salud. También se estudiaron distintas producciones escritas de la red en diferentes formatos: informes, folletos, actas, afiches y comunicados. La mayoría de los materiales fueron aportados por los entrevistados.

En cuanto a los detalles sobre el procesamiento de la información, se realizó un análisis en profundidad del discurso de los entrevistados y de los contenidos de los documentos. Este análisis se nutrió de los aportes provenientes de las ciencias sociales y humanas, desde una visión transdisciplinaria y capaz de analizar la dinámica que se produce entre los actores involucrados: el Estado, organizaciones sociales, culturales, deportivas, religiosas, sindicales, educativas, de salud, y organizaciones no gubernamentales.

El plan de análisis de los resultados ha sido flexible y se fue adaptando a los hallazgos que surgieron de las entrevistas, en permanente integración con los aportes teóricos.

la comunidad como con los representantes políticos y autoridades. La participación de la comunidad es uno de los elementos esenciales de esa estrategia, en virtud de que contribuye a la mejora de la calidad de la atención y

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los principales aspectos de las entrevistas realizadas, articulándose los fragmentos de los discursos de los informantes con los distintos conceptos estudiados en el marco teórico-conceptual. Como se mencionó en el capítulo correspondiente a la metodología, el *corpus* está compuesto por un total de diez entrevistas, realizadas a informantes calificados que integraron la Red.

Como se señaló en el marco teórico, la red social es, para Dabas (2011) un Para el análisis, se tomarán las siguientes dimensiones: participación de la comunidad, acciones desarrolladas por la red y relacionamiento de los actores. En cuanto a la participación de la comunidad, se pondrá énfasis en la participación en red y en la concepción de salud que surgen en el discurso de los diferentes actores. En lo que refiere a las acciones desarrolladas por la red, se hará hincapié en las modalidades de abordaje de temas que no formaban parte -en ese momento- de la agenda tradicional, en la concepción de salud integral defendida por los actores, y en la continuidad en el tiempo de las acciones desarrolladas. Por último, en lo que atañe al relacionamiento de los actores, se abordarán las relaciones internas, con la comunidad y con otros actores de la sociedad civil. Del mismo modo se hará referencia a las relaciones con los representantes políticos y autoridades de la salud.

4. 1 Participación de la comunidad en modalidad de red

En los relatos de los "...toda la gente se creaba y se recreaba en ese colectivo (E7).

en los años en que se estudia la red (1995-2004) como uno de los elementos

Como ya se mencionó, lo que interesa analizar aquí son los modos de relacionarse de los actores de una red determinada -que desplegó sus acciones en marco de una estrategia de atención primaria de salud- tanto con

factores que están incluidos sin duda. En esa época era una efervescencia por

la comunidad como con los representantes políticos y autoridades. La participación de la comunidad es uno de los elementos esenciales de esa estrategia, en virtud de que contribuye a la mejora de la calidad de la atención y a la satisfacción de los usuarios y trabajadores de los servicios de salud, ya que la atención se organiza teniendo en cuenta los aportes y opiniones de los usuarios, permitiendo centrar las acciones para responder a las necesidades, expectativas y problemas de la población.

Una de las formas de participación de la comunidad, es la que se profundizará a continuación: la participación en red.

Como se señaló en el marco teórico, la red social es, para Dabas (2011) un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo. En este proceso como plantea Rovère (2006) en la red se conectan personas. En la Red estudiada se vincularon personas diversas: vecinos de la zona, profesionales provenientes de distintos campos disciplinares: trabajadores sociales, licenciados en enfermería, médicos, estudiantes de trabajo social, enfermería, ciencias de la comunicación. Se entiende, en palabras de Dabas (2011) la Red como sostén, acompañamiento, resolución de conflictos, quebrando así el intento de la modernidad de desvincular a hombres y mujeres de la red de lazos comunales.

Porque la definición de red, de los distintos nodos que se conectan, con cierta horizontalidad, estaba muy claro. Era exactamente lo mismo, la misma opinión, el mismo hacer, digamos, con alguna cosita, algún matiz, que el técnico, que el vecino, que el estudiante de trabajo social que pudiera haber en el comunal. Me acuerdo de unas comisiones de fomento que venían, de una escuela. Eso de la horizontalidad, ¿no?... el de sostenerse, que no hay un nodo más importante que otro, que es amplio, que es abarcativa. Yo creo que era una gran red, naturalmente (E7).

En los relatos de los entrevistados surge el momento socio-político que se vivía en los años en que se estudia la red (1995-2004) como uno de los elementos que explica la efervescencia por participar.

Porque yo lo que recuerdo –porque son muchísimos años- es que había un poder de convocatoria y de respuesta que no sé si ahora lo hay. Hay otros factores que están incluidos sin duda. En esa época era una efervescencia por

participar. Si había factores socio políticos, de una coyuntura que salíamos de una dictadura a la instalación de un nuevo gobierno departamental. Yo creo que todas esas cosas influyeron en el ánimo, en la animosidad, en la esperanza de poder realmente hacer y participar. Eso me parece importante "participar". Yo creo que tanto las instituciones –los trabajadores- como los vecinos, toda la gente que participaba realmente se creaba y se recreaba en ese colectivo (E7).

Así como, la entrevistada hace referencia a la potencia de lo colectivo, lo que retomando nuevamente a Dabas (2011) se traduce en que cada miembro de un colectivo -en este caso la Red- se enriquece a través de múltiples relaciones que cada uno desarrolla y se produce una optimización de los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos

En uno de los folletos que elaboraron sobre los Servicios de Salud (editado en agosto de 1996 por el Grupo Aportes), aportado por una de las entrevistadas se

4.1.1 Características generales de la Red

En todas las entrevistas realizadas se plantea que la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias se constituyó en una red, aunque no le pusieron ese nombre. Se explica que la decisión del nombre, llevó muchos intercambios, incluso algunos recuerdan algunas discusiones.

Ese nombre fue discutido, de cómo llegamos nosotros a esa... Y de ahí fue que Beatriz empezó a ir a la policlínica Barrio Unido y empezamos a trabajar en el tema de la red intersectorial. Que lo empezamos a trabajar en conjunto con el Centro de salud Sayago, con Unidad de Salud Mental de UDAI 2, con las policlínicas comunitarias vinculadas con salud de la zona, como decía el folleto con el molinillo⁹ coordinación intersectorial de zona 13 y adyacencias (E4).

Era una red natural, independientemente del nombre que le hubiéramos puesto (E7).

Un trabajo en red de verdad. Fue totalmente innovador. Para mí fue una experiencia hiper rica en ese sentido. Para mí era una red, porque esa cosa que yo te digo horizontal, hace como al manejo del poder, por eso, que no había "el poder" de lo técnico, o "el poder" de la gente, o del Estado o de la ONG, sino que la horizontalidad y eso de red y de la circulación de los roles se hacía desde ese reconocimiento de cada individualidad, de cada organización, pero en una horizontalidad desde mi punto de vista (E1).

Es que fue un trabajo en red porque las acciones lo demuestran de todo lo que

⁹ Se refiere a un Folleto de la Red (1997) diseñado por el Grupo Aportes como un molinillo de diferentes colores con la siguiente presentación: Coordinación Intersectorial de Salud Zona 13 y Adyacencias "Una red en movimiento", adentro fotos y al dorso los nombres de los grupos que la integraban.

se hacía. Lo que se hacía, lo que se conocía, lo que se apoyaba, porque había actividades que eran apoyadas entre los diferentes integrantes de la red. Las actividades del GAP fueron apoyadas siempre por todos porque venía gente de la Policlínica Zully Sánchez, de la Inter de salud, de la Interbarrial Lavalleja (E10).

Era una red, que surge yo creo que por la necesidad de la zona. Y por la necesidad que tenían ciertos lugares de informarse sobre muchas cosas de la salud, como por ejemplo las escuelas. Toda la zona de Sayago, porque era grande la zona de Sayago para trabajar. Siempre se hacían charlas sobre distintos temas de salud (E8).

En la explicación sobre el nombre surge con fuerza la importancia de la participación de todos los efectores de salud de la zona: Y adyacencias, le pusimos para ser inclusivos, para que una calle no te dijera "no puedo participar"... para eso... (E7).

En uno de los folletos que elaboraron sobre los Servicios de Salud (editado en agosto de 1996 por el Grupo Aportes), aportado por uno de los entrevistados se nombran todos los grupos que integran la Red:

"Centro de Salud Sayago MSP, Grupo Plenitud Adultos Mayores, Comisión de Apoyo Centro de Salud Sayago, Comisión de Salud del Concejo Vecinal Zona 13, Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales Universitarios de la Salud (ACUPS), Grupo Aportes, Centro de Salud Giordano MSP, Comisión Fomento "12 de Diciembre", Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis, Policlínica Barrio Unido y Policlínica Lavalleja IMM, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Policlínica Uruguay Peñarol, Comisión Fomento Sayago Norte 2, Asociación de Mujeres Uruguayas Lourdes Pintos (AMULP), Equipo de Salud del CCZ 13, Policlínica Jardines de Peñarol, Policlínica Conciliación, Grupo de Amas de Casa la Cabaña, Grupo de Apoyo Policlínica UDAI 2, Policlínica Verdisol, Club de Leones Peñarol, Oratorio San Andrés, Obra Morel, Comisión de Fomento Barrio Brandi, Interbarrial Lavalleja, COVINT 9, Policlínica Peñarol MIRPA, Barrio Maldonado, Comisión de Fomento Las Retamas, Comisión de Fomento Oriental Colón, 19 de Abril, Comisión Fomento Sayago 1, Luna Nueva."

La forma de presentar a los 34 grupos en el folleto expresa lo relatado por los entrevistados, pues no se resalta a ninguno en particular, todos juntos en torno a la consigna "Vive en salud con alegría". Dentro del folleto hay un detalle de los 21 servicios de salud de la zona que en ese momento existían en la zona, con direcciones (con mapa explicativo), teléfonos, dependencia del servicio. En este sentido, se enumeran los servicios públicos y privados:

Policlínica Municipal Lavalleja, Policlínica Barrio Unido-IMM, Centro de Salud Sayago, Policlínica Barrio 14 –UDAI 2, Policlínica Uruguay-Peñarol, Consultorio de Asignaciones Familiares, Policlínica Santa Cruz, Policlínica Verdisol, Policlínica Mesa 2, Centro de Salud Dr. Antonio Giordano, Policlínica Cooperativa Mesa 3, Policlínica Paso de las Duranas, Consultorio Médico Psicológico de la Asociación Cristiana de Profesionales de la Salud, Obra Morell, Policlínica Millán y Lecocq, Hospital Saint Bois – Policlínicas, Jardines de Peñarol, Policlínica Peñarol, Policlínica Santa Mónica, Policlínica Conciliación, Policlínica Odontológica Mesa 2.

Los entrevistados nombran en sus discursos a varios de estos grupos y servicios. Es de destacar que integraban la Red en ese año treinta y cuatro grupos muy diversos: comisiones de fomento de barrios, policlínicas, organizaciones barriales y comisiones de apoyo, organizaciones no gubernamentales, órganos de la descentralización municipal, servicios de salud del MSP y de la IMM. En el folleto se difunde a los veintiún servicios de la zona que habían previamente conocido, algunos de los cuales no participa aún de la Red, pero se considera pertinente difundir a la población, como por ejemplo el Consultorio de Asignaciones Familiares del Banco de Previsión Social. En este sentido, los actores de esta Red desplegaron estrategias para cumplir con su objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población.

Es pertinente plantear que los límites geográficos definidos en ese momento por la Intendencia Municipal de Montevideo para el Centro Comunal N° 13, no coincidían con los límites definidos por el Ministerio de Salud Pública para sus Centros de Salud. Así como, en determinados momentos se rearmaron los límites de los comunales y policlínicas barriales gestoras de la Red, como por ejemplo la Policlínica de Jardines de Peñarol ya no formaba parte de ese comunal.

En palabras de Rovère (2006) se puede hablar de la existencia en esta Red, de un primer nivel, llamado de reconocimiento, que expresa la aceptación del otro, su derecho a opinar a existir como interlocutor. Así como, los integrantes de la Red partieron de sus recursos articulándolos.

Yo creo que el diagnóstico que se hizo... que faltaba coordinación. Creo que el primer diagnóstico que se hizo fue: hay tantas instituciones, que están haciendo tantas cosas y ni se conocen. Creo que los vecinos fueron muy claros en el diagnóstico que hicieron; "empecemos por potenciar los recursos", dicen, "empecemos por coordinar lo que tenemos". Nadie dijo "somos pobres y nos falta tal cosa", dijeron "vamos a potenciar lo que tenemos"... Bien concreto. A mí me parece que es una cosa brillante. Porque el que no tiene, espera tener y éstos partieron de la realidad, "esto es lo que tenemos, tenemos el club ciclista en frente, tenemos el centro de salud allá, la policlínica allá, vamos a coordinar lo que tenemos (E7).

Me parece que fue una cosa realmente –ahora que lo estoy pensando– maravillosa. Que fue realmente una... que había unas ganas de participar, un compromiso, desde lo personal, desde lo social, de las instituciones, de los colectivos, porque había compromiso, había compromiso. Nunca se suspendieron esas reuniones de los últimos viernes de mes, iba uno, iba otro, pero siempre había. ¿Eso qué es? Eso es compromiso, compromiso de un proyecto, que me parece que de alguna manera no era el proyecto por sí mismo ni la participación por sí misma, sino en lo que conllevaba todo eso. El trabajo tenía que ver, para mí era eso. Me parece que era mucho más fácil... No sé si ahora la coyuntura de participación... Yo tengo ahora, no sé... tengo la impresión de que a nosotros nos fue más fácil eso. Que la gente estaba muy entusiasmada con el tema de la participación. Y no te olvides, que también había un compromiso político partidario. Más allá de que uno fuera funcionario, uno sabía –porque estaba vinculado al partido por otro lado– que había mandatos –de alguna manera– de participar (E3).

Por otro lado, se entiende que en la Red confluyeron y convivieron diversas formas de participar y distintos intereses. Para unos, respondía a mandatos políticos partidarios, para otros primaba el interés de mejorar las condiciones de salud de la población, pero todos tenían un genuino compromiso con un proyecto que compartían en lo conceptual y en el hacer.

4.1. 2 El aprendizaje en la participación en red

Uno de los entrevistados une esta idea de ir construyendo la red con la concepción de participación:

Para mí era con la cabeza de la participación. Era ir construyendo... Yo me acuerdo una vez que trabajamos con el Grupo Aportes -que en ese sentido el Grupo Aportes siempre trabajó en esa línea-, de la participación comunitaria y fueron de esas instituciones que trabajaron- y nosotros como estábamos afines también con eso, trabajábamos por eso. Yo creo que es la cabeza de la participación que de alguna manera, de abrir las instituciones "bajar los muros de las instituciones" y dar la participación en la gestión, en la cogestión, que para mí fue de vanguardia eso realmente que uno lo ve tan natural ahora (E3).

Villasante (1999) menciona diversos aspectos de la acción de sujetos en movimiento y plantea que la misma es creativa, porque genera información cruzada y múltiple. Estas ideas surgen en las entrevistas,

Pero claro, porque había gente que era tan creativa, porque hay que ser muy creativo en esas instancias, cuando vos vas creando algo, inventando algo. Estás iniciando el bizcochuelo por así decirlo "pon un poquito de vainilla que va a quedar lindo", es eso, estás cocinando, y todo el mundo ponía cosas, hacía aportes y entre todos se construía (E3).

Por eso yo te digo, yo creo que lo más novedoso -que éramos unos kamikaze en ese sentido- porque, ¿qué teníamos? Libros de otros lugares, experiencias de otros lugares, pero de alguna manera se fue creando entre todos, eso. Que a mí me parece fabuloso, me parece fantástico (E3).

Desde la perspectiva de ahora me parece que tenía bien esa cosa de red, en el sentido de que había esa especie de horizontalidad en todas las organizaciones vecinales, barriales, de salud, la Intendencia, nosotros como ONG (E1).

Si bien se valoran estos procesos creativos, también a distancia se los visualizan como una tensión entre creatividad y desorganización.

En torno a las dificultades me parece que nosotros estuvimos en una época en que nos tocó construir y crear todo eso porque no había jurisprudencia al respecto de actuaciones a nivel departamental. Fuimos haciendo como pudimos, como nos parecía, porque no había antecedentes de ese tipo en el departamento de Montevideo, algo que hoy parece tan normal y tan natural, en la realidad, no lo había. Entonces yo creo que fue muy desgastante por así decirlo, muy desorganizado incluso, porque viste que trabajábamos a impulso y

trabajábamos en esto y en lo otro, como muy desordenado... Porque viste que el trabajo de la Intendencia cuando recién empezaba estabas en mil cosas... Creo que fue por momentos no muy bien sistematizado (E3).

Ilya Prigogine(1983) propone el concepto de *estructuras disipativas*. La vida no puede definirse por la tendencia al equilibrio. Por el contrario, la vida se aprehende en términos de tensión entre estabilidad y transformaciones permanentes. La imagen física más cercana puede ser la del *remolino*, éste tiene una intensidad enorme de desplazamientos, movimientos, caos en una palabra. Sin embargo, ese movimiento y ese desorden, no le hacen perder su estructura organizativa. Es, pues, una estructura disipativa (Pouse, Umpierrez, Sapriza, 2003). En uno de los folletos de la red estudiada, crean un logo que es un *molinillo*, entiendo que en términos de Prigogine la Red se configura como una estructura disipativa y esto la potenció, le permitió superar problemas, realizar acciones que se mantuvieron en el tiempo.

En todas las entrevistas realizadas surgen similares concepciones sobre la red, entendiendo la misma como los lazos que se entretajan entre los diferentes actores. Además, comparten que la red estudiada se gestó desde la comunidad:

Lo que me parece que se entendía y me parece que se dijo, que fue real, es que se gestó desde la comunidad. De que no fue algo digitado por pensantes en el área de la planificación estratégica en salud dentro del primer nivel de atención. Sino que se gestó en ese espacio de la Intersectorial con personas de la comunidad, del barrio, que venían los delegados de los barrios (E4).

El trabajo en esta coordinación a mí personalmente me gustó por lo integrador con los vecinos de los barrios, porque de alguna manera se escuchaba la voz de alguien que no estaba dentro de salud, qué es lo que le preocupaba (E4).

Yo creo que realmente tejió en la zona, organizaciones, intereses, recursos. Para mí, realmente fue un trabajo de tejido. Nosotros desde "la Inter" íbamos y trabajábamos desde la red del barrio Lavalleja, que venían también creo del Centro de Salud Giordano. Ahí encima nos metimos con el tema de los jóvenes por la preocupación de los jóvenes en la calle, y salió el proyecto, Aportes ganó un llamado para desarrollar en ese barrio un proyecto (E2).

En este sentido, tal como afirma Pérez García (2008:95), "las identidades colectivas son relatos circulantes en las redes de comunicación, obedeciendo a

sus propias formas de composición y que dan cuenta de qué es, cómo es, por qué ha llegado a ser lo que es, qué pretende llegar a ser el colectivo en cuestión (...). Las identidades colectivas intervienen, sin necesidad de llamarlas, en la construcción de las identidades personales”.

Otro hallazgo a destacar es que la comunidad enseña, o sea que el vínculo entre la comunidad y las instituciones es beneficioso, enriquecedor para ambos. Los actores vinculados a la educación lo plantean con claridad:

Es interesante destacar la participación de maestros y directores de las escuelas de la zona en la Red. Fue una camada de docentes que estábamos con un paradigma de salir de las aulas, de que la escuela no puede estar cerrada. Que la comunidad enseña, que el saber no está metido adentro del aula y por esa razón el aula se extiende. Y se extiende a todo lo que sirve para poder aprender cosas nuevas. Y nosotros estábamos con toda esa bibliografía nueva. En 1998 se planteaba la importancia de la apertura de la escuela en la comunidad, que la escuela no puede estar separada de la comunidad, ni tampoco la comunidad la puede absorber a la escuela. En realidad lo que tiene que haber es un conjunto, intersección. La escuela tiene su rol y su función, la comunidad tiene su rol y su función, pero hay cosas que son comunes en las cuales pueden enriquecerse las dos. Esta idea explica, en parte, la permanencia de estos actores en la Red, la convicción teórica del beneficio que para las escuelas significaba la participación en las acciones de la misma (E10).

Ellos estaban al tanto de todo lo que pasaba, venían inspectores y se ponían a conversar porque además la inspectora que teníamos ese tiempo, una persona muy participativa y entonces aprobó todo lo que estábamos haciendo, porque era salir a la comunidad a trabajar no encerrarte dentro de los muros (E10).

De este modo, algunos de los actores vinculados a la salud relatan su participación en la Red como una oportunidad de trabajar en la salud, no al interior de las policlínicas, sino en contacto con la comunidad. En el mismo sentido que los actores de la educación, los vinculados a la salud ven como beneficio salir de la rutina de la asistencia directa y valoran la posibilidad de la construcción de otras formas de atención a la salud.

Porque muchas veces no era estrictamente lo que... más allá de tener vivienda, vivir en un barrio que tenga calles, que tenga luz, que tenga agua, pero a veces te encontrabas con estas situaciones que no... no podías ayudar a resolver, pero tenías que ver cómo. Que eso estaba bueno, porque salía un poco de la rutina de la asistencia directa, que esa fue una concepción que lo dio la

División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo en diferentes épocas, de cómo trabajar la salud, no hacia adentro, sino hacia afuera de la policlínica. Y que ese es un aspecto que a mí me gustó trabajar, me gustó y me gusta, y que creo que en eso sí tenemos experiencia de trabajo en la Intendencia y trabajo social y nosotros (los licenciados en enfermería) que creo que somos los que más estamos en la cancha del trabajo comunitario. Hay algunos médicos que también. Digo, no es que sea exclusividad de algunas profesiones... sino que... tenemos más trabajo hecho y como que tenemos más facilidad para esa tarea. Y que se da mejor, por formación universitaria (E4).

Otros ponen el centro en la importancia de los intercambios que se hacían, en la tolerancia, en la humildad, en el respeto a la diversidad de opiniones y sentires:

A que lo sientas como algo tuyo, pero lo sentíamos como propio y lo peleábamos, lo defendíamos. era como tu hijo (E2).

Yo en el 98 me vinculo a la Inter porque había actividades y allá íbamos con la Inter ya fuera de festejos, ya fuera de actividades de trabajo conocíamos a nivel de la zona, -porque era el Zonal 13 y adyacencias-, entonces abarcaba mucho, no solamente era la zona del Comunal 13, Sayago, Peñarol, Conciliación sino más allá también y lo lindo eran los intercambios que se hacían (E10).

Es la humildad y el dejar que el proceso fluya. Porque en definitiva uno les va dando las herramientas y el proceso tiene que fluir... si es sólido, ¿no?. Si es serio y sólido... y uno lo tiene que acompañar (E7).

Todos coinciden en que fue una experiencia de mucho aprendizaje, tanto para los vecinos como para los profesionales.

Yo creo que ahí había gente con mucha participación y yo creo que yo aprendí como profesional. Yo aprendí pila de esa gente, pila, pila, aprendí pila. Y en este momento se quiere decretar esas cosas y ahí es donde tenemos dificultades (E7).

Yo tengo esa sensación. De que realmente uno aprendía, aprendían los vecinos. Vos te dabas cuenta cuando venía gente que tenía una formación de repente política o de participación en otros ámbitos políticos y cuando - que era lo bueno- uno captaba otra gente que no tenía esa participación, pero sí, y se integraba a esas instancias de capacitación y veías el fogueo de lo que era un trabajo en grupo: en esperar que le cediera la palabra, en no hablar todos al mismo tiempo, en tratar de escuchar realmente con orejas y cabeza abierta al otro, en esas discusiones... creando cosas y agarrando de todos para hacer algo en común y muchos vecinos se formaron en esas comisiones (E3).

En una publicación de la zona norte: La Bicicleta (2003)¹⁰ se difunde una entrevista a raíz de los festejos de los 25 años de la Policlínica Jardines de Peñarol (integrante fundadora de la Red) de la cual se transcribe palabras del Dr. Tomasina (decano de la Facultad de Medicina), participante de esta policlínica como vecino siendo estudiante de medicina *"Esto fue central para mi formación. Lo digo en todos los espacios académicos donde participo. Mi formación en medicina social, no fue en la facultad, sino que fue en la comunidad. Aprendí y aprendí realmente de la comunidad, lo cual me obliga a que no pueda dejar nunca la participación. La salud colectiva o comunitaria es encuentro de saberes"*(Tomasina, 2003:6).

En los relatos de los actores entrevistados de la Red se resalta el aprendizaje resultante de salir de las instituciones y vincularse con la comunidad. Los profesionales de la salud lo ven como una oportunidad de salir de la asistencia rutinaria y los profesionales de la educación entienden que el aprendizaje no solo está en las aulas, sino en el vínculo con la comunidad. También los vecinos valoran las experiencias de capacitación y ambos entienden como productivo el trabajo en grupo.

4.1.3 La red como experiencia de salud comunitaria

Fue una experiencia de salud comunitaria fantástica (E5).

La concepción de salud subyacente

En unanimidad los actores de la red entrevistados afirman que esta se sustentaba en una concepción de salud integral, que privilegiaba la promoción de la salud y la prevención de enfermedades sobre la asistencia. Se retoman una y otra vez uno de los objetivos de la red: coordinar recursos para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de quienes viven en la zona.

¹⁰ La Bicicleta N°66 (2da. Época – N° 24) – Junio 2013: pag. 6

Yo venía no sé... pero con aquel concepto famoso de Alma Ata y estaba no sé si le llamábamos Alma Ata o qué, pero estábamos con aquel concepto amplio de salud como prevención. Y entonces por eso ese paraguas nos permitió que dentro de la inter se generaran pila de espacios, que podías verlo como que no eran de salud y nosotros lo teníamos como sí. Como el de adicciones, que era prevención de adicciones -uso indebido de drogas-, el de mujer, el de discapacidad, el grupo ambiental Peñarol (E2).

Porque en realidad lo que pensamos nosotros era, de qué manera integrar -no solo salud- sino educación, vivienda, medio ambiente, porque en realidad después había integrantes de otras áreas que venían a la intersectorial. Por ejemplo, de la intersectorial surge el Grupo Ambientalista Peñarol (GAP), y viene a trabajar la Maestra que fue directora de la Escuela de Verdisol (E4).

Más bien para prevenir que para asistir (E5).

Es que uno sabía que lo mejor que se puede hacer en salud es prevenir. Y justamente, el proyecto ese que yo presentaba era la prevención. Esto fue en el año '96, porque a fines del '96 elaboré el proyecto, se presentó en el '97 y recién en el '98 yo tuve la respuesta de que había ganado el primer premio de educación. Y después tuvimos que ir, porque yo lo empecé a aplicar en mi clase, porque a la directora le dio cosa hacerlo a nivel de institución, y lo empecé a aplicar yo en mi clase en el '98. Ese proyecto tiene todos los ítems y los fuimos haciendo tal cual estaba escrito, con las modificaciones y adaptaciones de acuerdo a las realidades. Y yo cuando me reunía con la Inter iba contando más o menos cómo avanzaba, porque era el trabajo con los padres, con los niños y con la comunidad toda (E10).

Y después toda la parte de educación que hacíamos en las escuelas. Con el juego sobre pediculosis hicimos millones de actividades, hacíamos actividades coordinadas con las escuelas. Que en realidad ahí va el tema de la concepción y con todo el tema de promoción y prevención que eso era como una de las cosas más distintivas en lo más específico y también en la parte más amplia como toda la parte recreativa y de actividades (E1).

El tema era la educación ambiental, y la educación ambiental está relacionada íntimamente con la salud, con prevenir problemas de enfermedad, la contaminación aérea, sonora, de residuos, porque en el 2002 cuando apareció el anta virus, que nosotros hicimos con el GAP reuniones con los médicos informando, en el Sesopé y en Mesa 2. Dos instancias de charlas, porque fue el año de la crisis que apareció mal alimentación, problemas de higiene, que desembocaba todo en que hubiera casos de hanta virus (E10).

En algunos actores se rescata la permanente escucha de las opiniones de los vecinos, como llave heurística para entender su concepción de salud y trabajar con los problemas que ellos traían.

Porque la concepción de salud desde nosotros (los profesionales de la salud),

no es la misma concepción que tiene la propia gente en su vida cotidiana. Para mí tienen otra concepción. Y ahí lo que se trabajaban eran los problemas de la gente que traían ellos, por eso me parece que era importante el tema de cómo nosotros escuchamos desde la salud los problemas que nos traen y no con nuestra impronta (E4).

En este sentido, es pertinente lo planteado por Boaventura de Souza Santos (2010) a través de su concepto de conocimiento pluriuniversitario, que se produce en la medida que se puede aplicar en un determinado contexto. Estos profesionales construyeron este tipo de conocimiento escuchando los problemas de salud que la población les acercaba con una concepción integral de la salud.

Y también creo que los técnicos que estaban en el momento, acompañando ese proceso, tuvieron esa cabeza amplia, y esa metodología que tiene que tener un profesional a la hora de trabajar con la comunidad (E3).

Creo que de los actores más sociales y vecinales, tenían una concepción de salud bien amplia, y por eso también el nombre de intersectorial también de alguna forma refleja esa concepción. La concepción era amplia, en el sentido si te pones a hablar de los determinantes, en el sentido ese de los determinantes más sociales, y no solo con una concepción más biomédica (E1).

De este modo, actores de la red partían de una concepción de salud integral, en la que se tenía presente la importancia de los temas ambientales y de estilos de vida, con la convicción de la importancia de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Les interesaba enfocar sus acciones en forma intersectorial, vinculando actores de la educación con actores del campo de la salud. Si bien no descuidaban la asistencia, preferían enfocar y articular sus recursos en torno a la prevención y a la educación en salud.

La concepción de salud comunitaria

En los discursos de varios de los entrevistados se expresa a la Red como una experiencia de salud comunitaria, pues se planteaba como uno de sus objetivos contribuir a mejorar la salud de la población. En todo momento, rescatan el permanente contacto con todos los efectores de salud, y también

recuerdan como novedoso –para ese momento- la convocatoria a jóvenes liceales para el despliegue de acciones de prevención.

Además recorriamos todas las policlínicas. Por eso, era un sentir que es la "comunidad", es los lazos... no solo que fuera la salud sino... Como hicimos cuando se hizo el censo de perros y se convocó a los muchachos del liceo. Normalmente no se toman en cuenta, y locos de la vida quedaron con haber participado. Después salió el nombre de ellos en una publicación y se mandó carta de agradecimiento a los directores del liceo (E5).

Se destaca, en este sentido, dentro de los diversos efectores de salud que participaron en la Red la experiencia de la Policlínica Zully Sánchez:

En el caso de salud comunitaria, es un ejemplo la Policlínica Zully Sánchez, que surgió de un grupo de personas que tenían la necesidad de que para esa zona hubiese una atención de salud porque el barrio estaba un tanto alejado de otras atenciones y surgió esa policlínica que era comunitaria porque había surgido de la comunidad, de los vecinos, se atendió la necesidad de la comunidad con aportes de la Intendencia y los médicos eran de Salud Pública (E 10).

En general los entrevistados plantean que la red contribuyó a generar estrategias de salud en la zona.

Contribuyó a generar estrategias de salud en la zona. Contribuyó en el sentido de que generó el espacio de participación del vecino en su propio lugar de vida y los problemas que estaban vinculados con su salud. Creo que contribuyó. No puedo decir que solucionó, porque sería muy...pero contribuyó (E4).

Y salud comunitaria desde los centros educativos porque nosotros tratamos siempre de por ejemplo, la vacunación, cuando nosotros hacíamos el chequeo de que había niños que les faltaban vacunas, coordinábamos con el vacunador de la Zully Sánchez y venía él con una enfermera y una persona representando a las vecinas y teníamos una lista de los niños que no tenían las vacunas y se les daba las vacunas en el Jardín. Eso es un trabajo que tanto la policlínica abrió las puertas como la escuela abrió las puertas. Y logramos algo, porque sino los padres no los llevaban a los chiquilines a vacunar. Muchísimas charlas se hicieron. Es más, el GAP ya estaba decadente pero trabajamos con un Jardín, que integraba la necesidad de la estimulación oportuna de los niños y ahí trabajábamos con médicos, con enfermeros, psicólogos, todo con la Zully Sánchez. Y se hizo una serie de cuatro o cinco charlas de diferentes temas. Con talleres de integrar a los padres, compartiendo con otros padres de otras clases, el nivel 3 estaba con el nivel 4 y 5, todos mezclados y ahí hacían sus intercambios y las propuestas. Se trataba de promover en los padres también el aprendizaje, y el aprendizaje por la salud entra, porque son temas que a los papás les interesa, el tema sexualidad es un tema que se toca siempre porque es un tema que a los papás les interesa y más en los niveles tan pequeños

(E10). *vecinos del Uruguay, vivieron de muchos lugares (E8)*

Esta forma de hacer en forma comunitaria de la Red, potenció actividades de promoción en salud que ya se realizaban en la zona antes de la creación de la misma.

De antes de la Coordinación porque nosotros participábamos de la Comisión de Apoyo al Centro de Salud Sayago, que todavía no era centro, era policlínica de Sayago. Centro fue denominado más tarde, hay documentación en cuanto a eso (E5).

Seguimos haciendo charlas de prevención... Después empezamos a funcionar en el Centro salesiano y muchas veces, como había una de las monjas que se integró a la comisión, hacíamos reuniones en el colegio de las hermanas en Sayago -que tiene un salón muy grande en el primer piso-, y ahí hicimos dos charlas de reanimación cardio respiratoria con gente del Hospital de Clínicas, coordinado con la dirección de la policlínica (E5).

Los vecinos son los que más rescatan en sus relatos experiencias individuales y colectivas de actividades de promoción en salud realizadas antes que se creara la Red. Ya esas acciones se realizaban en coordinación con otros efectores de salud, por ejemplo el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Recuerdo que todavía estábamos en la Comisión de apoyo al Centro de Salud Sayago y organizamos "el día sin humo de tabaco", en conjunto con los compañeros de la Unión Ferroviaria -teníamos relación con todas las organizaciones- porque el quid de una organización es vincularse con su zona, estar ahí, hacer un lazo para evitar la superposición de tareas y al mismo tiempo, mancomunarse en un esfuerzo (E5).

Es interesante el vínculo con otras redes, entre las nombradas en esta investigación se encuentra la Red de Trabajadores Comunitarios de Salud. Como se expresó anteriormente, esta red, tuvo un posicionamiento claro de defensa de la salud como un derecho y de la responsabilidad de todos, no solo de los profesionales y técnicos de la salud. Una de las entrevistadas recuerda su participación en esta red,

Yo también iba a eso que íbamos con Hucho, al Encuentro de la Red de trabajadores comunitarios de la salud. Era muy bueno, de mucho aprendizaje. Y se hacía sketch sobre el tema de la salud, muy bueno era eso. Venía gente de todos lados, venía gente de Buenos Aires, de Chile, vinieron hasta de México, trabajadores comunitarios de salud. Y después venían de acá, de los

departamentos del Uruguay, vinieron de muchos lugares (E8).

Otros entrevistados hacen referencia al vínculo de la Red con la Interbarrial Lavalleja. En un boletín¹¹ aportado por uno de los entrevistados se plantea como objetivo de la Interbarrial: "Buscando mejorar cosas y seguir adelante, varios vecinos hemos decidido ya hace muchos años juntarnos en la Interbarrial Lavalleja. Somos vecinos de distintos barrios que componen el Lavalleja, que nos reunimos cada 15 días para plantear problemas, buscar soluciones, presentar demandas. Varios de nosotros participamos también de otras organizaciones fuera del barrio, como el Concejo Vecinal".

Así como, plantean con fuerza que la Red, contribuyó, apoyó la creación de otras redes, entre la que se destaca el Grupo Ambientalista Peñarol (GAP).

Fue una experiencia fantástica el apoyo en la creación del Grupo Ambientalista Peñarol y la conexión con el mismo, fue muy bueno (E5).

Porque ella era maestra, luego Directora de una Escuela, trabajó en el Grupo Ambiental Peñarol, pero era integrante de la Inter y después siguió yendo a la Intersectorial, pero ella traía todo el trabajo que venían haciendo en el Grupo Ambiental Peñarol, y siempre se rescataba que había nacido de la Intersectorial. Por eso, el nombre: coordinación intersectorial de salud (E4).

Otro hallazgo importante es que en los relatos de los entrevistados que se incorporan a la red luego de su creación, surge la historia de la red previa a su integración. Esto habla del valor que se le daba al camino, al proceso que se iba gestando.

4.2.1 Aspectos organizativos

Y yo sé porque René contaba que ella como integrante de la Inter de salud, antes que nosotros nos integráramos, ellos hacían talleres sobre el cólera en aquel momento. Ellos llevaban carteleras, folletos y los llevaban a las escuelas y visitaban las clases, vecinas comunes y corrientes interesadas por un tema en especial. Eso es hacer en forma comunitaria, porque la salud ¿qué es? No es ausencia de enfermedad, vos podés hacer salud estando sano y prevenir un montón de cosas, prevenir para curar, para evitar la enfermedad (E10).

En los relatos de los entrevistados surge continuamente la Red y sus acciones como novedosas, de vanguardia para su tiempo. Para Amparo Menéndez

¹¹ Entre Barrios 2da Época N°1 Julio 2000

"Las vanguardias potenciales de la polis son aquellas que se preocupan por algo que no pueden entender plenamente, y que sin embargo notan que algo serio y grave está pasando en relación a lo público, y están dispuestas a reconocer la importancia de algo que este país tuvo, que es la militancia en la ciudadanía, una militancia por lo público".

Los entrevistados entienden a la Red como una experiencia de salud comunitaria novedosa, creativa, de vanguardia, apoyó la creación de otras redes y se mantuvo en constante vínculo con otras redes nacionales y locales. Y valoran esta experiencia como precursora del sistema de salud que se está instrumentando en el Uruguay a partir del 2005.

La Inter fue un precursor de lo que puede ser el sistema de salud que se está instrumentando en el Uruguay hoy. En este momento se está pensando en el sistema de salud de las rondas rurales. Éste municipio tiene el 60% del territorio rural y se está pensando en rondas rurales que se instaurarán para el año que viene calculo. La Inter fue la primer precursora de ésta zona, porque contábamos con un móvil de una ONG, AMULP. Y la Inter, con recursos de Sayago, de la Intendencia y de esa ONG salió a algunos barrios a dar vacunación y abordaje odontológico, porque se hacía por lo menos un despistaje y demás... Charlas de violencia, que las dábamos ahí en la puerta del móvil. Y después a esa experiencia la retomó la Intendencia con móviles de la Intendencia. Ahora eso se eliminó. Pero por muchos años, eso fue un fermento (E7).

4. 2 Acciones desarrolladas por la red

4.2.1 Aspectos organizativos

En los relatos surge con fuerza la importancia de los aspectos organizativos de la Red: se reunía una vez al mes en día fijo, que no se cambiaba. En esas reuniones se informaba sobre las actividades de cada uno de los grupos, así como se planificaban y organizaban las acciones a desarrollar en conjunto. Además existía una secretaría que se convocaba en el mes, de acuerdo a las actividades y que era rotativa.

El último viernes de cada mes se reunía la intersectorial de salud a las 19hs. Y eso para mí fue una de las virtudes, porque ese no se cambiaba. Era el último

viernes de cada mes en ese local salesiano (E2).

Había una relación horizontal, no había nadie que mandara a nadie. Estábamos todos, nos sentábamos alrededor de aquella mesa y esperábamos... claro que había alguien que organizaba para poder hacer el orden del día, pero después, los demás nos explayábamos en lo que realmente queríamos comunicar. Pasábamos precioso. Sabés lo que noto, gente que iba por el solo hecho de participar y de lograr cambios en la comunidad. Nosotros queríamos trabajar por los centros educativos y por la comunidad a nivel de medio ambiente. Era la comisión de medio ambiente, ese era el tema que nos convocaba. Nos reuníamos todos los viernes, yo además recuerdo que íbamos con una alegría a las reuniones, llevábamos mate y algo para compartir. Mi hija, que era adolescente, ella iba contenta (E10).

En esas reuniones, había informes. O sea, cada lugar, cada centro o cada organización que estaba vinculada a la Intersectorial de salud, daba su informe de lo que estaban haciendo, de lo que iban a hacer, de las cosas que habían salido bien, las cosas que no habían salido tan bien. Y el GAP daba su informe de las reuniones mensuales que también teníamos nosotros. Las policlínicas de la zona del asentamiento 25 de Agosto donde estaba la Policlínica Lavalleja, pero había otras policlínicas...venían del Centro Salud Giordano, venían de Sayago, la Zully Sánchez, no me acuerdo de todos (E10).

Yo tengo documentos en que participaba de la Secretaría. La Secretaría era una reunión mensual de la que se desprendían actividades y quedaban dos o tres personas en la Secretaría, que se reunían aparte de esa reunión mensual algún otro día más por si había que hacer una nota, si había que llevársela a alguien. Por ejemplo las invitaciones a BPS, que era una de nuestras grandes inquietudes en ese momento, que la invitamos muchas veces, la hacíamos a través de la Secretaría, porque era un día de semana, entre tal horario y tal horario, que se podía hacer. Entonces hacíamos la nota y la llevábamos a BPS para invitarlos a participar (E7).

En "la Inter" (sic) lo que lo que funcionaba bien era eso, de que de alguna manera todas las organizaciones estaban en un plano horizontal y en distintos momentos hubo distintas organizaciones que sostuvieron la red. Eso en ese enfoque de red me parece que eso... justamente lo que está escrito en la parte teórica se cumplió en cuanto a funcionamiento. Que en algún momento nosotros como Aportes tuvimos un papel más de sostén o de empujar, que en otro momento fue la intendencia. Creo que retomando era eso, que había una relación de horizontalidad entre las distintas partes integrantes, instituciones, vecinos, policlínica, intendencia, nosotros. Y que creo que a lo largo de ese tiempo que yo estuve había como distintas partes que sostenían más... como que había un cambio de roles. En un momento fue más la intendencia, en un momento más nosotros y después hubo organizaciones vecinales que eran como medio de punta en la zona: la gente de Peñarol, la policlínica de Jardines de Peñarol (E1).

Los diversos actores identifican distintos roles desempeñados en diversos momentos en la Red. Y los caracterizan como roles que se iban modificando y

que no eran hijos. entrevistados, funcionarios municipales, entienden su rol, en

parte, inculcado a los lineamientos que parten de las autoridades que

planteo Yo creo que el rol fue de favorecer la gestación de la Coordinación y después de favorecer la coordinación a nivel de los efectores. Porque nosotros que trabajábamos con Beatriz muy bien, como que ella se encargaba de la citación, yo me encargaba de otra cosa, hacíamos juntos las visitas a nivel del efector para que se integrara. Por ejemplo, íbamos a Mesa 3 que ahí había una policlínica, entonces lo que queríamos era que saliera también el libro de Servicio de Atención a la Salud de la zona, que tenía en la tapa el logo de la Intersectorial de Salud y adentro tenía hojitas con cada policlínica y cada horario de atención. Entonces, ese librito lo dábamos a cada integrante del efector, tanto público como privado (E4).

Los e Rotaban los miembros en la secretaría, pero en general siempre había como un asistente social del comunal en su momento, y yo, desde ASSE. También en esa Secretaría, estuvo un licenciado en enfermería que trabajaba en una policlínica municipal. Lo más complicado era mantener vecinos en la Secretaría, porque había acciones que podíamos hacer todos, no era que había que ser técnico para hacerla. Es difícil, esa concepción en el vecino es difícil, hay que reforzarla constantemente (E7).

reunio El funcionamiento de la secretaria de la Red que era sostenida por

diversos Yo creo que porque tenía una capacidad horaria, porque venía a buscar un espacio a desarrollar en salud desde la zona, y no desde las policlínicas que había sido la anterior... coincidieron varias cosas para que yo realmente pudiera ser la articuladora y le pudiera poner la carga horaria y la disponibilidad. Cuando fue necesaria la camioneta, el teléfono, la libertad horaria que podía reunirme sin problema con el equipo de Aportes. Sí, yo creo que fui un poco, no cabeza, sino la que articulaba, un poco la secretaría, que no la hice sola la secretaría y que no sé si le llamábamos secretaría pero un poco eso, articulando. Yo me veo así (E2).

Entre salud y prevención de enfermedades. Se acuerdan inmunizaciones.

Una de las entrevistadas, integrante de una organización no gubernamental: Grupo Aportes plantea sus diferentes roles en la Red, por un lado el desarrollo de actividades de educación popular en salud y por otro la asunción de distintas tareas en la secretaría de la Red.

los centros de salud. En zonas alejadas de las policlínicas y

promocional Nosotros el rol que teníamos desde la ONG era desarrollar actividades de educación popular en salud y eso había sido lo que habíamos desarrollado siempre. O sea, desde el punto de vista institucional, ese era el rol. Después, desde ese rol tuvimos distintos... asumimos distintas tareas. Lo que creo que la coordinación era en red porque creo que circulaba bastante... O sea, coordinaba gente de la intendencia en algún momento era esa red, esas reuniones... en otro momento coordinamos nosotros. También hacíamos toda la parte de tareas educativas, de educación en salud, y la parte de promoción y organización de eventos(E1).

Esto estaba bueno (E4).

Los profesionales entrevistados, funcionarios municipales, entienden su rol, en parte, vinculado a los lineamientos que partían de las autoridades que plantearon la importancia de reforzar los procesos de descentralización iniciados unos años antes de la creación de la Red.

Es decir, las compañeras que se pusieron la camiseta y llevaron la descentralización, no soy yo. Es decir, esas son las que empiezan cuando concursamos e iban a los comunales y tenían muy claro hacia dónde querían ir. Yo llego en el año '95, es decir con ya cuatro o cinco años trabajando en territorio las compañeras y con una propuesta desde central de reforzar más la descentralización – lo entendí así yo- salir más de las que estaban trabajando en salud, salir más de las policlínicas e ir más al comunal. Como yo no había trabajado en policlínica, para mí fue muy fácil no pararme en la policlínica y sí en el comunal, que sin embargo, para mis compañeras que tenían toda la historia de salud desde la policlínica, eso era como otra historia (E2).

Los entrevistados rescatan la importancia de estos aspectos organizativos, las reuniones mensuales periódicas, realizadas siempre un determinado día al mes. El funcionamiento de la secretaría de la Red, que era sostenida por diversos actores, en la que se rotaban los roles y primaba la horizontalidad en las relaciones.

4.2.2 Tipo de acciones

Entre las acciones desarrolladas por la Red se destacan las de promoción de salud y prevención de enfermedades. Se recuerdan: inmunizaciones, información sobre diversos temas, enlazadas en algunos casos con acciones de asistencia desarrolladas en conjunto con una organización no gubernamental Asociación de Mujeres Lourdes Pintos (AMULP) que tenía un móvil con lo cual se realizaba acciones en zonas alejadas de las policlínicas y los centros de salud. En la planificación y ejecución de estas actividades siempre hubo un trabajo previo de los vecinos en la preparación de esas jornadas.

Entonces, qué hacíamos: íbamos con el móvil de AMULP, se instalaba –ya previo acuerdo con el barrio, se había hecho folletería, volantes- los vecinos que venían a esta comisión se encargaban de la difusión, y el día que estaba el móvil, venía la gente a atenderse por vacunas o por medicina, o pediatría... Eso estaba bueno (E4).

Pero creo que con el móvil de la intendencia hacíamos actividades barriales, de prevención y promoción. Que todo el tema de la prevención y promoción que hace a la concepción había muchísimas actividades. Yo creo que eso fue lo que más predominaba. Me acuerdo que... vacunaciones con el móvil, toda la parte de educación y juegos. Hay un juego que yo tengo un original que diseñó... que los creábamos, en realidad los juegos los inventábamos nosotros, digo, la coordinación. Yo tengo un juego con la pediculosis que íbamos a una escuela en el barrio Lavalleja (E1).

Otro... En la Inter era eso también. De ocuparnos de ver en las escuelas, de ayudar a un lado, una cosa, la otra, se hacían charlas sobre las enfermedades diversas.

de est... También me acuerdo que venían especialistas, que una vez se hizo con diapositivas (E8).

La Intendencia sacaba un móvil, que era de AMULP. Que salíamos a hacer actividades de promoción y prevención y había otros médicos que estaban vinculados a alguna cosa medio religiosa con los que también coordinábamos (E1).

Fijate ahora la cuestión del dengue también, y yo me acuerdo que fui a hablar a la escuela y repartía los folletines y todo (E8).

Fue algo bastante... En el barrio 25 de agosto, había también problemas con niños que tenían muchos parásitos allí, se hizo una reunión con eso, para prevenir, se hacían charlas, un día se hizo una cosa para higiene bucal, para todas las enfermedades primarias que pudieran tener los chicos. En fin, siempre se trató eso (E8).

En los relatos sobre las acciones desarrolladas por la Red, se vuelve a profundizar sobre ideas ya planteadas. Una de ellas es que se partió de los recursos que existían y también se buscó recaudar fondos cuando fue necesario.

Las reuniones que hacíamos, algunas eran para recaudar fondos, otras eran para información. Yo la que me acuerdo que fue grandiosa y que repercutió porque visitaron el barrio y la comunidad y las instituciones de la zona –por lo menos las de Sayago- fue cuando nos reunimos en la plaza. Eso fue una de las actividades que fue más que nada informativa: mostrar a la gente que había un grupo que desarrollaba eso. Eso fue en el 2000. Estábamos en pleno auge con todo, con el Grupo ambiental, la Inter, fue un año de mucha actividad (E10).

Al recordar las distintas acciones que se hicieron, los entrevistados vuelven sobre la importancia del conocimiento que existía sobre lo que estaba realizando cada actor de la Red.

Toda la zona estaba trabajando en forma coordinada, y cada uno de los componentes estaba enterado de lo que estaba haciendo el otro. Eso es muy importante. Porque todos sabíamos que el Centro de Salud Giordano estaba haciendo campaña para tal cosa, lo mismo que en Lavalleja con Margarita, René que les entregaban a las madres información y preservativos para que no quedaran embarazadas sino lo querían, siempre: la prevención, Hilda en la Policlínica de Jardines de Peñarol, estábamos al tanto de todo lo que se hacía (E 10).

Otro tipo de acciones, que son muy recordadas por los participantes son los festejos de la Red, se recuerdan detalles en lo que siempre aparece la alegría de estar juntos, de encontrarse.

El logo del festejo del primer año de la Inter fue "Vive en salud con alegría" Con suelta de palomas. Conseguimos las palomas en el centro colombófilo, y después hubo una murga de la Intersectorial. La suelta de palomas, tuve que ir dos veces al centro colombófilo que era cerca del Buceo por la placita Viera. Fui, conseguimos, ta. Después se las devolvimos, fuimos en un coche de la intendencia a devolverle... Las palomas simbolizaban la libertad, salir de la jaula y volar, sacaban fotografías y todo. Un compañero llevó luces de bengala y en el momento de salir las palomas se prendieron las bengalas de colores. Fue algo apoteótico. (E5)

Que incluso a fin de Diciembre hacíamos una fiesta que íbamos a... -se conseguía un ómnibus de la Intendencia- e íbamos al Cerro, a Punta Colorada, Punta Espinillo (E4).

Dimos toda la vuelta recorriendo las policlínicas con tamboriles, marcha y música y terminamos con una actuación de teatro con los gurises del grupo de teatro del Liceo 23, que dirigía Otero (E5).

Además, en el 2000 se hizo el festejo del 5º año, en la plaza 25 de Agosto, en Sayago, se hizo una exposición con todos los centros de salud, los centros educativos, el GAP tuvo su stand... No me voy a olvidar nunca más porque habían puesto la piedrita con el alquitrán hacía muy poquito en la plaza y cuando fuimos se nos pegaban todas las piedritas. Un día lo tuvimos que suspender porque llovió y nos reunimos en la casa de un vecino, y después se volvió a hacer en un día precioso, una tarde, que armamos los stands, pusimos toda la información a la comunidad (E10).

Después hicimos una caminata saludable el 2º año y el 3er año lo festejamos en Punta Espinillo en coordinación con la gente del Cerro y Paso de la Arena (E5).

Después hay otra, que tiene que ver con la actividad de fin de año de ir a Punta Espinillo. La integración, que se evaluaba lo que se había hecho, la importancia que fueran de... iban otros vecinos que trabajaban en otras áreas y de alguna manera reforzaba el trabajo en equipo más allá de lo disciplinar que eso estaba

bueno. Porque en realidad yo me veía –ahora con el paso del tiempo- que hacíamos con Beatriz o con alguien que se integraba –con la Maestra por ejemplo o con un odontólogo que participaba también de Mesa 2- pero como el ejercicio de lo trans- disciplinario, que se daba me parece (E4).

Que eso fue una actividad también como de promoción, en el marco de una actividad recreativa organizábamos cuestiones de promoción y prevención de salud (E1).

A medida que se relatan las acciones desarrolladas, surgen los más variados temas, que eran traídos por las diferentes policlínicas y por los vecinos. Y nuevamente surge lo innovador, no sólo por el tratamiento de temas que no eran agenda pública en ese momento, como por ejemplo consumo problemático de drogas, sino también por las concepciones desde la que se trabajó, problematizando sobre las adicciones en general y no dirigido a un solo tramo etario, sino haciendo talleres informativos entre todos los actores con el apoyo de una organización no gubernamental que trabajaba el tema con enfoque comunitario.

Entre los temas surgen: violencia, consumo problemático de drogas, salud bucal, parasitosis, entre otros. Se recuerda también la elaboración de instrumentos: guía de recursos, folletos, juegos para educar sobre distintos temas.

Los temas que se priorizaban en el espacio de la coordinación intersectorial eran los que traían las diferentes policlínicas... Por ejemplo, me acuerdo que en Verdisol planteaban el tema de la parasitosis y fue un tema que se abordó con la médica de familia de Verdisol. Era como que participaba siempre a nivel local alguien vinculado por la cercanía al lugar donde se había traído el problema, y participaba alguien –uno o más- de la intersectorial (E4).

Adicciones en general, y no focalizarlo en el tema adolescente problemático, que era la línea que venía. Y Encare hace unos talleres, trabaja con la gente de la Inter en una convocatoria un poco más amplia que se hizo, y Encare hace, saca un folleto sobre adicciones, que lo que hizo fue terminar de pulir el insumo que dieron esos talleres. Por supuesto que había una remuneración a Encare por parte de la Intendencia, pero el fermento estaba en la Inter. Encare nos dio determinada herramienta, que después, años después volvió Encare y dijo que sí, que en la zona había editado... Por supuesto que creo que en el librito no dice "surgido de..." (E7).

Y por ejemplo, ya te digo, se trataban los temas de salud más diversos, de

todo, entonces... pero muchos aprendían porque muchos no habían ido como nosotros que íbamos todos los años al encuentro, pero les interesaba mucho (E8).

No había cabeza. Uno se olvida, pero en realidad, ha sido un honor poder trabajar en eso -porque ahora me estoy dando cuenta- que no había esa cabeza que ahora parece natural. De coordinar todas esas instituciones, de hacer una red, esas cosas que ahora están desde el principio. Una actividad que hicimos en Conciliación, que era de vacunas, que la hicimos conjuntamente con el Centro de Salud de Sayago, que nos pintábamos la cara (E3).

Y sí, se hacían jornadas barriales, se hacía comunicación, en las policlínicas se llegó a la modalidad de hacer charlas preventivas en la sala de espera -en la época en que las policlínicas ya contaban con televisión- (E5).

Porque nosotros hacíamos las coordinaciones se hicieron los cursos, en el Cerro, en el APEX del Cerro hicieron cursos, y después otro, una tanda que lo hacía en una cooperativa pero fuera de la zona. Y después lo trajimos a la zona para que la gente no tuviera que trasladarse. Y después, mismo en la zona Colón hicimos dos veces. La gente de Jardines siempre fue. Con decirte que Zulema que tenía más cursos que yo, fue al último que hicimos en el 2010-2011, volvió a ir porque se quería actualizar (E3).

El tema salud bucal, vacunas, papanicolau, todo, de todo. Me acuerdo que tenían ellos la pasta de dientes, cepillitos que conseguía AMULP (E3).

Con las escuelas se trabajó montones. Creamos un juego para trabajar sobre la pediculosis ; después se trabajó con la gente de Luna Nueva, el tema de la violencia. Incluso la guía de recursos, incluso el tema de adicciones lo trabajamos con el Giordano. Tengo idea que hicimos alguna actividad (E2).

4.2.3 Acciones en el tiempo

Los entrevistados explican el mantenimiento y potenciación de las actividades en el tiempo, en la forma de organización, en la utilización de los recursos que existían, en la invitación a participar, en su permanente búsqueda de nuevas estrategias.

Para mí una de las virtudes de la inter, fue que nunca se quedó. Bueno, hoy podíamos salir en el móvil, que teníamos el móvil de AMULP y que el Ministerio de Salud Pública nos apoyaba y salíamos. Mañana no tuvimos más el móvil -porque se les cantó que no más- y bueno y se nos ocurrió que entonces la intendencia nos ofreció aquellas charlas con la gente de la ONG Encare y fuimos. Fuimos al Zonal 15 a las charlas esas desde la zona y un vecino dijo:

-“no, pero esto lo tenemos que traer a la zona”, y agarrabas eso y siempre estabas tratando de agarrar algo que llegara a otro vecino, que alguien más se apropiara (E2).

Aparte de repente se hacía algo de comer también. Yo pedía en la panadería para la Inter de salud porque hacíamos una reunión sobre esto o lo otro y a mí me daban gratis los sándwiches de repente. O nos daban los panes para panchos gratis. Todas esas cosas, porque siempre hacíamos algo viste. Siempre se hacían cosas para que la gente viniera y participara y se enterara de lo que hacíamos sobre la salud (E8).

Se trabajó mucho en las escuelas... estoy viendo como fotos, porque sacábamos fotos hasta decir basta, pero veo rostros y cosas (E2).

Todos hacen hincapié en la zona, en las experiencias de participación de las organizaciones sociales, de las cooperativas de vivienda en la zona. Los vecinos que se vincularon a la Red, en su mayoría, que ya tenían experiencia de participación en otros grupos.

Para mí lo increíble es la zona, lo fermental que es esa zona, con mucha experiencia de apoyos. Uno sin lugar a dudas fue el Grupo Aportes. Y lo que había significado el MIRPA, ellos tenían mucha experiencia, una zona de cooperativas, Delia en la zona del 25 de Agosto (E2).

No sé si sirvió tanto porque... no sé, tendría que pensarlo. Yo me acuerdo que con el tema vacunas que con la investigación que fue una cosa muy puntual pero con movidas, con todo un trabajo...ahí nosotros habíamos visto que ese trabajo había servido, pero habíamos hecho trabajo en escuelas, con la Lucha, con móviles, con actividades, con encuestas, con no sé qué, con sensibilización con el tema. Estoy pensando en algunos temas puntuales, por ejemplo con el tema de las drogas, de las enfermedades. Bueno, con el tema de las enfermedades de transmisión hídrica me acuerdo que el trabajo que hicimos contra -y ahí sí todo el comité- de cólera, teníamos todos los puestos de cólera, bueno eso lo que vimos -eso lo estudiamos en el 12-eso algunas cosas sirvieron. Y eso lo pudimos comprobar, por ejemplo un asentamiento El Apero en Colón, teníamos un número de niños que era por consultas por enfermedades de transmisión hídrica gastro intestinales y después que hicimos toda la movida del cólera, que hicimos talleres, que hicimos esto, que teníamos el comité, que teníamos en el Saint Bois estaba la sala colérica, teníamos puestos, habíamos hecho todo un protocolo de actuaciones en los barrios, que había puestos de suero oral para que si alguien empezaba con diarrea se le diera, había talleres. Después vimos que a raíz de eso había disminuido el número de consultas al otro verano por eso. Yo creo que en algunas cosas creo que sí. En otras, vos sabes que no estoy tan segura (E3).

La que trabajó mucho que tuvo mucha participación que sabía mucho de artes gráficas, Noemí, que iba con los gurises de las escuelas, iban a una escuela y a otra privada en Edinson al lado de la vía. Pintaban murales donde había

basurales endémicos (E5).

Se destaca y se fundamenta que la Red comenzó a trabajar en conjunto con efectores públicos y privados, así como intersectorialmente, antes de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay.

En realidad, yo personalmente creo que lo que hizo la intersectorial, fue comenzar a trabajar antes que saliera el SNIS - sistema nacional integrado de salud-, en esto de cómo se prioriza el trabajo en la coordinación, intersectorial e interinstitucional con los efectores públicos y privados. O sea que fue una propuesta quizás más teórica, llevada al plano de lo concreto en esta coordinación. Creo que eso fue previo, el tema que después se oficializa por un tema estratégico - político la propuesta del sistema nacional integrado de salud, es que como que se desdibuja el tema de la intersectorial porque de hecho las instituciones tenían que cumplir con esa meta de llegar a coordinar a nivel local y a nivel de los efectores de salud locales, que se da de hecho cuando se hace muchos años después el planteo político (E4).

Las organizaciones públicas y privadas del campo de la salud y los vecinos trabajaron con un objetivo mejorar las condiciones de salud de la población, se reconocieron, valoraron el aporte diverso de cada uno. Si bien este proceso, mirado a la distancia, para algunos por momentos fue desorganizado, logró hacer sinergia y aportar a la salud de la población.

A pesar de todas las acciones que se realizaron, que todos los entrevistados recuerdan con detalles, sólo uno de ellos realizó y aportó un documento¹² realizado por él sobre control de embarazos (período 1991-1995). Este trabajo muestra la evolución del control de embarazos y en el año 1995 existió un aumento de los controles en relación a los años anteriores. . Es destacable que la Comisión de Apoyo al Centro de Salud participó activamente en este proyecto desde el año 1993 y con la creación de la Red en 1995 se continuó trabajando en este tema.

Cuando básicamente ese año que yo estuve ahí, si tuviera que resumir digamos de las cosas que recogí ahí fue todo el tema de ver el aspecto organizacional y de funcionamiento de un centro de salud de primer nivel, que no solamente que puse mucho la lupa en registros médicos sino que después

¹² Control de embarazos. Centro de Salud Sayago. Período 1991-1995. Dr: Gilberto Ríos Ferreira. Médico Residente Administración de Servicios de Salud. Pasantía por Servicios de Salud de Asistencia Externa (SSAE) Año 1995 (mimeo).

dispensación de medicamentos, todo ese tipo de cosas... Lo segundo fue el poder haber hecho un pequeño monitoreo como éste sobre el control de embarazos para tener un resultado de esas cosas, y lo tercero este tema del centro de salud y su influencia en territorio que permitió tener conocimiento de las peculiaridades de las policlínicas autogestionadas, de autogestión comunitarias, la realidad más fina del sistema médico de familia que había en ese momento, y las tensiones que había con el desarrollo de las policlínicas municipales también en ese momento (E6).

En palabras de Benía y Medina,

Para mantener su capacidad transformadora e incluir en su organización la dinámica de redes la institución debe sostener una tensión inherente a su esencia: Si la diversidad ahoga la estructura, las redes se debilitan y se disipan; si se ahoga la diversidad, las redes se cristalizan y se paralizan. Lo que pareciera una contradicción insoluble entre una lógica jerárquica y una lógica heterárquica, puede concebirse como un movimiento dialéctico hacia nuevas síntesis enriquecedoras de la institución y beneficiosas para los servicios y la salud de la población (Benía y Medina, 2011:109).

En ese sentido, se entiende que esta Red puso en práctica algunos de los elementos que luego se conceptualizaron como Atención Primaria de Salud renovada, fundamentalmente la Red creó y potenció los servicios que la zona necesitaba y no definió de antemano qué personal de salud se requeriría para los mismos. Por el contrario, se iban buscando recursos diversos de las distintas organizaciones tanto públicas como privadas, de acuerdo a las necesidades que se detectaban, así como, se conceptualizaba sobre los temas sin dejarse presionar por las líneas definidas por las autoridades de la salud del momento.

4. 3 Relacionamiento de los actores

4.3.1 Sus relaciones entre sí

En la Red convivían diversas organizaciones públicas y privadas, comisiones de salud municipales, organizaciones no gubernamentales, religiosas, grupos de autoayuda, etc. Estos grupos tenían a la interna diversas formas de organizarse, relaciones de jerarquía entre ellos. Se valora que se convivía con las diferencias.

Se convivía con las diferencias de alguna manera. Me parece que eso era bien interesante. Hoy hay mucho menos tolerancia me parece. Porque para convivir organizaciones con muy distinto perfil y orientación, por ejemplo con los del MIRPA, necesitas desarrollar grados de tolerancia a lo distinto. También quizás en ese momento y con el tema de la salida de la dictadura también eso tuvo que ver, porque eran como momentos históricos bien distintos (E1).

Como se planteó en el marco teórico, Rovère (2006) conceptualiza sobre los niveles de las redes y habla de un segundo nivel que es el de conocimiento. Luego que se vive la etapa de reconocer al otro como interlocutor válido, se empieza a necesitar conocimiento del otro. En palabras de uno de los actores,

Entonces esas cosas, que estábamos con otras ganas, no sé si nuestra mentalidad era más idealista, no sé. Porque además conocía gente nueva, acciones que realizaban los diferentes actores de esa Inter que se enriquecían, incluso se tomaban ideas de unos a otros, se replicaban (E10).

Yo no sé si es la forma de organización que presentó las nuevas Intendencias, la descentralización, el darle al vecino la participación para poder... que para mí fue trascendental. En ese momento fue como mágico, que las personas que querían hacer algo tenían un espacio para hacerlo. Y que estábamos en un momento histórico diferente al actual. Trabajábamos codo a codo. Porque la gente del centro comunal, las Asistentes sociales que estaban en ese momento... y vamos no solamente a esa situación histórica que se vivía en ese momento de nuestra Intendencia municipal de ese momento que nos daba esa apertura, sino que la gente que incluía ese centro comunal, metía para adelante como loca (E7).

Así como, en uno de los folletos (aportado por uno de los entrevistados) se plantea la Red como un grupo abierto, de gente comprometida con los demás, donde cada uno tiene un lugar propio y diferente, un aporte insustituible. El compromiso, como valor, aparece reiteradamente en las entrevistas, así como la solidaridad y el respeto por el otro. En una relación horizontal, se ve al otro como ser humano, como ciudadano con derechos.

Hay dos aspectos, el personal y el colectivo. En el personal, la madurez te hace pensar que estás por llegar a la plenitud de la realización de tu vida como ser humano pudiendo ayudar a los demás, y lo otro es que la gente sepa -es decir la gente sabe- a través de la Coordinación que no todos están en contra de todos. Creo que hay mucha gente que se preocupa por los demás y que, hacer sentir al otro que es asistido como ser humano, que muchas veces a través de determinadas acciones, se cosifica al otro, "Yo estoy ayudando al pobre porque está abajo, está hundido, blablablá..." No. Porque es un ser humano semejante a mí. Y en la interrelación, él es mi semejante y él me ve a mí como semejante a él, no ve a un tipo que hace alharaca, que está perdiendo su tiempo para

ayudar a los demás. No, no. Es alguien que está. Además son los valores fundamentales del ser humano que es la solidaridad, que eso no te lo enseñan en las escuelas, es el contacto permanente con el otro, y por eso todavía hay rechazo y discriminación desde todo punto de vista. Que Uruguay no es discriminatorio es una mentira que nos fabricamos nosotros. (E5).

Cuando estábamos metidos ahí, sentías que estabas moviendo. Hoy en perspectiva digo: era un granito de arena, yo hoy no me entero lo que pasa alrededor mío y los que están involucrados en eso les parece que están moviendo montañas, es lo que yo viví cuando estuve en el 13. Creo que la gente que estuvo vinculada, le quedó mucha cosa, pero no sé qué hayamos podido... Mucha cosa afectiva, experiencias positivas (E2).

En este sentido, Rebellato (2008) plantea "Por otra parte, una red es un conjunto de procesos de producción en la que cada componente actúa transformando a los demás. La red se hace a sí misma, es producida por sus componentes a los cuales también produce. Es un sistema vivo: las redes son patrones de la vida" (2008:37).

En la explicación sobre los facilitadores en las relaciones, se vuelve a plantear la importancia de compartir una concepción integral sobre los problemas, donde conflúan los diferentes saberes disciplinares. En palabras de De Souza Santos (2010) existía un conocimiento pluriuniversitario, que es un conocimiento contextual en la medida que su principio organizador de su producción es la aplicación que se le puede dar.

Se daba porque nadie decía "porque yo en mi rol de Trabajador Social me parece que tal cosa", o el médico que venía no hablaba desde su visión médica o yo desde mi visión de enfermería. Como que veíamos el problema o lo que se planteaba, de una visión más integral, no se hablaba desde el punto de vista de cada profesión más allá de que a veces uno metodológicamente lo aterrizará. Porque por ejemplo, si había que hacer un objetivo o algo, capaz que nos salía más fácil entre Beatriz y yo que a otro. Yo con Beatriz trabajé muy bien, yo la extrañé pila cuando se jubiló (E4).

Se marcan tensiones en las relaciones de diversa índole: tensión vecinos/técnicos, protagonismos que dificultaban y limitaban, así como tensiones entre la participación vecinal y la participación político-partidaria.

Los protagonismos no me cabe duda que existen, dificultan y limitan. Algunos protagonismos que ni siquiera son políticos, que son vecinales, eso del feudo... El que a veces te tildan -yo no me olvido más- de tecnócrata, de que después también cuando la cosa creció hubo vecinos que también les molestaba, que sentíamos que éramos los de afuera, debe haber también posturas de uno que

favorecían eso, que te sentirías medio la madre del borrego, yo qué sé... Que podías creerte que te las sabías todas, y no sé, porque por otro lado era genial porque venían muchas organizaciones, porque fue la Facultad de Psicología que tenía más de un proyecto, fue el Centro Cooperativista Uruguayo (CCU) y a mí me parecía que todos teníamos que ser acogidos pero sin embargo no éramos todos acogidos (E2).

Sería muy importante destacar ahí entonces la situación de la apertura de los centros comunales con la descentralización, las personas que tenían en ese momento ganas de hacer cosas y que encontraron eco en esa institución -en aquel entonces era la institución centro comunal-, y que dentro del personal que ese centro comunal tenía, había personas que se destacaban como Beatriz, porque están las virtudes personales aparte de las virtudes profesionales que tenía. Porque además las ganas de hacer, y de que las cosas salieran y se logran. Y se lograban porque el trabajo era excelente. Y de parte de los centros educativos, de los centros de salud que pertenecíamos también nos sentíamos motivados, porque se nos escuchaba. Todas las actividades del GAP no se dieron por obra y gracias del grupo GAP solamente, sino por todos los que pertenecían al grupo GAP. Y hay que integrar también al personal del centro comunal desde lo instrumental, o sea, toda la maquinaria de mantenimiento, había cuadrillas que estaban dispuestas -estaba Toti en aquel momento- y él estaba muy interesado en que el lugar luciera limpio, higiénico... entonces se movilizaba él por su lado, Beatriz por el otro, nosotros por el otro (E10).

En todo el período estudiado (1995-2004) el gobierno departamental lo tuvo el Frente Amplio y el gobierno nacional el Partido Colorado, esto provocaba tensiones a nivel local. Estas tensiones se marcan a la hora de dificultades para los ciudadanos que utilizaban los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y/o municipales.

También había un componente más político y que tiene que ver con que el centro de salud está en un territorio y tenía en su área de influencia una vinculación con varias estructuras muy heterogéneas, que tienen otros mandatos digamos, que dependen de otra jerarquía y más allá que había una coordinación y uno pueda describir que el centro de salud Sayago es esto, tiene tantas policlínicas comunitarias, tantas de la Intendencia, tantos médicos de familia, el sistema de relacionamiento digamos, no era bueno ahí. Había mucha autonomía, había poca transmisión de información entre todos, e incluso por el componente político había directivas de no... en el caso de las intendencias municipales de no aceptar la receta que le hizo (E6).

También existieron conflictos con los médicos de familia de esa época, que en general, no les interesaba coordinar con los diferentes efectores de salud y en casos excepcionales trabajaron en conjunto con la Red.

En el caso de los médicos de familia ya había empezado a existir conflicto del rol que jugaban, el valor que tiene el médico de familia pero integrado a una red -no el médico de familia él solo en un consultorio- que puede haber 1000, 2000 familias, pero si no sabemos lo que hacen es muy difícil que eso sea un elemento que ayude, porque después se perdía la idea del seguimiento (E6).

Habíamos logrado un vínculo entre lo público, lo privado, el Ministerio de Salud Pública, aunque teníamos al famoso Dicancro -que no comulgaba con la intendencia precisamente- y sin embargo, nosotros lográbamos hacer operativas cosas donde nos sumábamos, articulábamos realmente. Entonces para mí, respondía coordinación por eso. Nosotros nos considerábamos que éramos pioneros. Es que fue para mí la época de ejercicio profesional más linda. Fue como realmente "se puede"(E2).

4.3.2 Sus relaciones con otras organizaciones de la sociedad civil

La Red integró a diversas organizaciones de la sociedad civil, algunas se mantuvieron en el tiempo: Grupo Aportes, Asociación de Mujeres Lourdes Pintos (AMULP) y Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud (ACUPS). Otras, realizaron aportes puntuales, en temas específicos, como por ejemplo Encare, en la temática consumo problemático de drogas, el Taller Uruguayo de Música Popular (TUMP) realizó talleres de música con niños en escuelas y liceos de la zona.

El Grupo Aportes fue por años. Trabajó muchísimos años y se trabajaba muy bien con Aportes. Me acuerdo que ellos daban toda la parte - que nosotros no teníamos, porque después hubo- pero ellos daban toda la parte para hacer los folletitos, que los calcábamos (E3).

Y nosotros participábamos en la Red apoyando el trabajo comunitario. En realidad por eso, nosotros trabajábamos desde la ONG, en el área de salud específicamente, y empezamos a trabajar en la zona, - ya habíamos trabajado en otras zonas, teníamos una experiencia de trabajo en otras zonas, y en el área de salud específicamente también (E1).

Se integraron a la Red diferentes organizaciones, comisiones de fomento de barrios, las policlínicas comunitarias, comisiones de apoyo a policlínicas comunitarias, grupos de autoayuda y organizaciones no gubernamentales. Así como, vecinos interesados en los temas de salud de su zona.

Coordinamos también con Alcohólicos Anónimos. Todo lo que había en la zona, lo tratábamos de traer. En un momento coordinamos hasta con el Gimnasio Sayago, le publicábamos las actividades y todo (E2).

Desde el 2001 al 2003 el TUMP realizaba talleres en la escuela de Verdisol. Ellos venían y elaboraban instrumentos con los niños con materiales reciclados. Con tachos, con chapitas, con cosas de plástico, piedritas, elaboraban diferentes instrumentos, aprendían diferentes ritmos musicales, y después Julio Brum venía y hacía talleres con los niños para que ellos le dieran elementos -que se hizo a nivel de todas las escuelas de Montevideo- para que él pudiera elaborar la canción de la escuela. Y ellos después acompañaban la música con los instrumentos que habían elaborado los muchachos. Había una Asistente social... y ellos después con todo esto, la movida y el grupo ambiental, se integraron al grupo ambiental de una forma impresionante. Tanto es así que en una año -2000 o 2001- este muchacho vino a trabajar con el Liceo N°40, se integró el Liceo 40 e hicimos la exposición que se hace todos los años en la Intendencia, con todo lo medio ambiental de las zonas de Montevideo, con material informativo, de saneamiento, lo trajeron acá, a salesianos (E10).

En ese momento -que igual la inter siguió para adelante- y entonces también ahí fue cuando fue abarcando más temas... bueno ACUPS, que nos mandaba su delegado para discapacidad (E2).

4.3.3 Sus relaciones con autoridades de la salud y con representantes políticos

Una de las entrevistadas considera que ayudó, en algunos casos, las concepciones de los directores, que si bien no existía una política institucional que apoyara acciones en coordinación, impulsaban la misma por considerarla valiosa, más allá de la inexistencia de una política institucional que lo mandatara.

Yo tengo la impresión que uno con sus pares trabajadores todo lo consigue. En realidad siempre sos bien recibido, vos recibís a tus pares bien, les abrís tus puertas o los vecinos te la abren, las cosas empiezan por los mandos medios... Pero con los que trabajamos en el llano -viste con los indios- con los soldados de trinchera que estaban en la primera línea, creo que la cooperación, la cabeza que yo creo que había en esa época -con todas las instituciones, cuando no había una política institucional dirigida hacia esos trabajos porque no lo había...El Centro de salud Sayago no lo tenía, los profesionales participaban, pero ¿por qué participaban? Porque la directora estaba afín, porque el profesional puede estar afín, pero si tienen una directora que les decía que no, no podían salir (E3).

Una de las profesionales entrevistadas recuerda que en determinada etapa de su participación en la Red resuelve desconocer a la autoridad de ese momento y continuar participando por considerarlo oportuno.

Entiendo que esta coordinación era oportuna, entonces empiezo a participar. Desconozco la autoridad del Centro de Salud y me quedo más con la orientación técnica de Salud Mental, y empiezo a participar por Salud Mental. O sea que yo fui muy poco tiempo como vecina, digamos, en realidad no vivía en la zona, tan vecina no era, pero bueno... y paso a Salud Mental y empiezo a participar por Salud Mental (E7).

En este sentido, interesa destacar el hallazgo de que en la relación con las autoridades del momento se vivieron en el período estudiado momentos distintos. Lo que permite reafirmar que lo que mantuvo la participación y las acciones fueron las concepciones de los actores, que entendían la importancia de defender la salud como derecho y a la Red como un instrumento, como plantea Rovère (2006), la red como medio de dar respuesta a los problemas de la gente.

Las resistencias estaban en la coordinación, ¿ qué pasaba?, en ese momento estaba dividido lo político entre el Frente Amplio en la Intendencia, y el gobierno nacional de derecha. Ahí estaba el enfrentamiento. De que no querían que... el móvil de AMULP era de izquierda y la responsabilidad en ese momento en el área de salud en primer nivel de atención no estaba muy afin con la coordinación con nosotros. Ahí hay que hacer una diferencia. Esta diferencia era a nivel político de gestión de estado, no de gestión local. En la gestión local había acuerdo de trabajo en conjunto. No teníamos esa diferencia. Porque en realidad era el trabajo con las personas, con los compañeros profesionales a nivel local. Que eso no generaba discusión. Las discusiones se daban en un ámbito político de dirección. Está claro eso me parece (E4).

En realidad la intendencia nunca te puso coto en el tema de cómo vos te integras a las actividades relacionadas con salud por programa. Si bien está establecido un programa de atención a la salud, el tema de cómo se gesta el trabajo a nivel de la comunidad- más allá de la pauta- nunca nos hicieron problemas (E4).

La Red tomaba la iniciativa de vincularse con las autoridades políticas de la salud del momento, una de las entrevistadas relata una entrevista con el Director de los Servicios de Salud de Asistencia Externa (SSAE). Allí se destaca el recibimiento otorgado por el director, pero por otro, se le mostró con generosidad lo realizado, los folletos que difundían los servicios de salud de la zona y al tiempo se enteraron que el mismo director había elaborado un folleto similar difundiendo sólo los servicios públicos de esa dependencia.

Fuimos como coordinación intersectorial de salud de la zona 13. Fuimos dos

o tres o cuatro, no me acuerdo. Pero le pedimos una entrevista y fuimos, me acuerdo que fuimos ahí a Cerro Largo, el director del SSAE tenía ahí al final a la derecha un escritorio, y le fuimos a plantear... que estábamos trabajando y nuestro interés de coordinar. Que estábamos trabajando en las policlínicas municipales y comunitarias... supongo que también era participarlo de coordinar en la zona y le llevamos ese folleto dibujado a mano. Y que nos dijo que todo que sí, bárbaro, y que nos fuimos y nunca más, y al tiempo -que no fue mucho- él sacó un folleto de los servicios públicos del SSAE, los de él, los propios, como en paralelo (E1).

Estas relaciones estuvieron marcadas por tensiones, que en algunos casos eran resueltas por las autoridades locales, sin dar cuenta a las autoridades nacionales y en otros casos las diferencias políticas no permitieron la coordinación de actividades.

Aunque cueste creerlo, era así. En algunas instituciones decías que venías de la intendencia, y eras el cuco. Dependía mucho de las personas que estuvieran, por ejemplo, nosotros coordinábamos muchísimas veces con directoras de escuelas que te abrían la puerta, y no comunicaban nada a la inspección porque muchas instituciones tenían orden de no coordinar con la intendencia. La gente se olvidará de eso, pero era así. Y yo me acuerdo que con la directora del Centro de Salud Sayago, la Dra. Romano no había ningún problema, pero había otros lugares que tenían vedada la entrada (E3).

En general, hay acuerdo entre los entrevistados que en las relaciones entre las distintas organizaciones que lograron integrarse a la Red -en forma permanente u ocasional- existía horizontalidad, respeto, articulación a pesar de las diferencias entre la política nacional y departamental.

Se comparte con Najmanovich (2007) que,

Los sistemas centralizados y fuertemente burocratizados han estallado en casi todo el mundo, sin embargo la búsqueda de soluciones globales, definitivas y universales atenta contra la resolución del problema, sólo una aproximación comunitaria local con amplia participación de todos los actores sociales pueden aspirar a construir itinerarios fecundos en el camino de un abordaje complejo de la salud.

Así como, retomo con Capra (1996) la importancia de reconocer la interdependencia entre los fenómenos y que como individuos y como sociedades estamos todos inmersos en los procesos de la naturaleza. En este sentido, se vuelve a plantear, que se podría considerar la red estudiada como una trama donde la interdependencia de los fenómenos dio lugar a una serie

de ideas y acciones que –desde distintas lógicas- se conjugaron en una zona determinada.

Por último, se retoman ideas de Rebellato (2008:37),

‘Pensar y actuar en redes requiere invertir la concepción tradicional de dialéctica. Cuando se habla de dialéctica - inspirados en la tradición hegeliana - se la entiende como un proceso donde la negación de los contrarios permite un momento de superación o síntesis. Desde la perspectiva de la complejidad se introduce un nuevo concepto que es el de *bifurcación*¹³. Los procesos llegan a puntos cruciales a partir de los cuales se bifurcan. Son procesos que se abren más que procesos que cierran y sintetizan. En tal sentido podría hablarse de una dialéctica abierta y no tanto de una síntesis dialéctica’.

En concordancia con estos planteos epistemológicos, es que entiendo que la Red fue creando y recreando procesos en el período estudiado, que al llegar a puntos cruciales, lograron bifurcarse, creando otras redes, dejando en todos los actores grandes aprendizajes.

En cuanto al segundo objetivo general, aportar en el conocimiento acerca de la participación comunitaria en salud en modalidad de red, basada en los hallazgos surgidos, podemos concluir que esta Red ha enriquecido el conocimiento acerca de la participación comunitaria. Esto es pertinente, teniendo en cuenta que la participación de la comunidad es el principio fundamental del Primer Nivel de Atención en el que, según las estadísticas, se resuelve entre el 80 y el 85% de los problemas de salud de la población.

En ese sentido, también advertimos que en la Red convivieron diversas formas

¹³ Las cursivas son del autor

REFLEXIONES FINALES

Uno de los objetivos generales de este trabajo fue profundizar en la problematización sobre la estrategia de Atención Primaria de Salud desarrollada por la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias, durante el período 1995-2004. Se partió de la concepción que la APS es más que prestación de servicios en sentido estricto y que su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

De acuerdo a lo desarrollado en el marco teórico la APS no debe ser un conjunto de servicios pre-establecidos, en tal sentido la Red desarrolla en forma permanente este concepto, mediante la recreación y la inserción de nuevos temas, así como la planificación de acciones para encararlos con la participación de distintas organizaciones, de los vecinos, con los recursos existentes y con la búsqueda de otros cuando se consideran necesarios. Del mismo modo, en el marco teórico se sostuvo que no se debe definir previamente qué personal de salud se necesita; esto se ve en el accionar de la Red, que frente a una realidad compleja que desafiaba con nuevas problemáticas, se buscaba nuevos recursos humanos.

En cuanto al segundo objetivo general, aportar en el conocimiento acerca de la participación comunitaria en salud en modalidad de red, basada en los hallazgos surgidos, podemos concluir que esta Red ha enriquecido el conocimiento acerca de la participación comunitaria. Esto es pertinente, teniendo en cuenta que la participación de la comunidad es el principio fundamental del Primer Nivel de Atención en el que, según las estadísticas, se resuelve entre el 80 y el 85% de los problemas de salud de la población.

En este sentido, también advertimos que en la Red convivieron diversas formas de participar y distintos intereses. Para unos, primaba el interés por mejorar las

condiciones de salud de la población y para otros, sin desconocer este objetivo, preponderaban mandatos políticos institucionales y diferentes orientaciones político - partidarias.

De los relatos de los entrevistados surge el momento socio-político que se vivía en los años en que se estudia la red (1995-2004) como uno de los elementos que explica la efervescencia por participar.

También resultaba evidente la necesidad de los entrevistados por compartir su concepción de salud: defendían la salud como un derecho humano fundamental y como una responsabilidad de todos, no únicamente de técnicos y profesionales del campo de la salud. Una concepción de salud que por un lado es integral y a la vez no es estática, se va formando y fortaleciendo en contacto con los temas que traen los vecinos, los grupos, las policlínicas. Esta concepción de salud privilegia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades sobre la asistencia.

Las entrevistas realizadas en la investigación revelan la convicción que el vínculo con la comunidad enseña. O sea que el vínculo entre la comunidad y las instituciones es beneficioso para ambos. Esto es reiteradamente expresado en los relatos tanto de los actores vinculados a la salud, como a la educación. Se entiende y se vive la participación en la Red como una oportunidad de trabajar en la salud, no al interior de las policlínicas, sino en contacto con la comunidad, salir de la rutina de la asistencia directa, lo que permite la construcción de otras formas de atención a la salud en el contacto con los vecinos. Los actores de la educación entienden que el vínculo con la comunidad enseña y permite a los alumnos aprender en contacto con los problemas de su entorno.

La red se va construyendo; se encuentra siempre en movimiento y se aprende en el vínculo con la comunidad. En todo momento se entiende importante conocer las experiencias de participación de la zona antes que la Red

empezara a funcionar, así como dar a conocer el proceso vivido a los actores que se comienzan a integrar luego de la creación de la Red. Cabe recordar que en esta zona de la Red, en particular los vecinos ya tenían experiencias de participación en comisiones vecinales, en comisiones de apoyo que se potenciaron con su integración a la Red.

La Red fue una experiencia de salud comunitaria novedosa, creativa, de vanguardia que apoyó la creación de otras redes y que se mantuvo en constante vínculo con redes nacionales y locales, entre las que se nombran redes nacionales como la Red Nacional de Trabajadores Comunitarios de Salud y redes locales, como la Interbarrial Lavalleja.

En la explicación sobre los facilitadores en las relaciones se vuelve a plantear la importancia de compartir una concepción integral sobre los problemas, donde conflúan los diferentes saberes disciplinares. La potencia de lo colectivo, en este caso la Red, se enriquece a través de las múltiples relaciones, como resultado se produce una optimización de los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

En cuanto al objetivo específico de conocer las concepciones sobre participación de la comunidad de los actores, se identifica que la red se gestó desde la comunidad, o sea entiendan a la Red como los lazos que se entretejen entre los distintos actores en un plano de horizontalidad, sin nodos más importantes que otros.

Se partió de reconocer las potencialidades de las organizaciones de la zona con la convicción de la importancia de aunar esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de la población. Más que una concepción sobre participación, lo que surge es que la comunidad enseña y por esto la importancia de salir de las instituciones al encuentro de otros saberes que los aportan los vecinos y que permite aprendizajes múltiples para todos los actores. Subyace una concepción integral de la salud (no solamente como

ausencia de enfermedad). A veces, contrapuestas con las de las autoridades de la salud.

En cuanto al segundo objetivo específico, que buscaba identificar los diferentes modos de relacionarse de estos actores entre sí, con la comunidad y con los representantes políticos y autoridades de la salud, se hace hincapié en la importancia de los intercambios que se efectuaban, en la tolerancia, en la humildad, en el respeto a la diversidad de opiniones y sentires.

Los hallazgos de esta tesis - si bien son acordes a la experiencia analizada - Los entrevistados reiteran la importancia de escuchar opiniones diversas como llave heurística para entender su concepción de salud y trabajar con los problemas que ellos detectan.

En los relatos se hace hincapié en los aspectos organizativos de la Red: se reunía una vez al mes en día fijo. En esas reuniones se informaba sobre las actividades de cada uno de los grupos y se enfatiza el valor fundamental de la circulación de información, el conocer qué acciones se encontraba realizando cada actor de la Red, así como la planificación y organización de las acciones a desarrollar en conjunto. En estas acciones los vecinos realizaban un trabajo previo, de convocatoria en cada una de sus zonas, lo que es evaluado como un elemento clave en el éxito de estas jornadas. Además existía una secretaría rotativa, que se reunía de acuerdo a las actividades que se programaran.

Entre las medidas acordadas, se privilegian las acciones de promoción de salud y de prevención de enfermedades, sobre las acciones asistenciales. Se recalca también la importancia de la permanente información sobre recursos de la zona (públicos y privados) y el acceso a la atención de salud en zonas alejadas.

En cuanto a los temas que se trabajaron, los mismos eran traídos por los vecinos y por los efectores de salud. La elección de los temas a tratar obedecía a motivaciones de los propios vecinos y de autoridades de la salud. El tratamiento de dichos temas era no solo innovador sino revelador de

concepciones independientes y, a veces, contrapuestas con las de las autoridades de la salud.

Los entrevistados explican el mantenimiento de las actividades en el tiempo, en la forma de organización, en la utilización de los recursos que existían, en la invitación a participar y en la búsqueda permanente de nuevas estrategias.

Los hallazgos de esta tesis - si bien son acotados a la experiencia analizada - permitieron profundizar sobre las concepciones sobre participación de la comunidad en modalidad de red. Al respecto, sería interesante profundizar sobre este tema en nuevas investigaciones, que permitan indagar sobre los desafíos del Uruguay hoy, luego de casi diez años de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por último, se concibe la Red como un grupo abierto, de gente comprometida con los demás, donde cada uno tiene un lugar propio y diferente con un aporte insustituible. A pesar de tensiones de diversa índole (vecinos y técnicos; participaciones vecinales y participación político-partidaria, etc.) o los diferentes modos de relacionamiento entre los diversos actores, el compromiso como valor se mantuvo así como la solidaridad y el respeto por los demás, en una relación horizontal donde cada ciudadano tiene sus derechos y se ve al otro como un ser humano.

Berke, R., Porcilo, J., & San Martín, H. (1991). *Teoría social de la salud*. Montevideo: Departamento de Publicaciones de la Udelar.

Cabrera, M. (2005). *Ciencia abigala. Educación y comunicación*. Montevideo.

Cabrera, M. (s.f.). *Consideraciones generales acerca de la carta de la transdisciplinariedad*. Montevideo.

Capra, F. (1986). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama.

Castel, R. (1995). *Qué significa estar protegido*. En S. Cabas & D. Najmanovich, *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.

Centro de Atención Primaria de Salud Las Vistas. (1991). *Salud comunitaria*.

Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familias y escuela*. Buenos Aires: Paidós.

Bibliografía

- Antos, B. (2010). *La Universidad del siglo XXI*. Montevideo: Trilce.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Recuperado el 10 de diciembre de 2015, de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/1993/06/6391539/executive-summary-1993-world-development-report-wdr-investing-health-resumen-del-informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-invertir-en-salud>
- Baráibar, X. (2002). Acerca de la relevancia del estudio de las políticas sociales para el Trabajo Social. *Revista Regional de Trabajo Social*. Año XVI N°25. Montevideo: Eppal.
- Bardin, L. (1977). *El análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Bauman, Z. (2010). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Benia, W., Macri, M., & Berthier, R. (2008). Atención primaria en salud. Vigencia y renovación. En U. d. Social, *Temas de salud pública*. Montevideo: Universidad de la República.
- Bertona, C., & Nanzer, F. (2008). *Intervenir-reflexionar. Experiencias de sistematización desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Blanc, L. (2002). Modelos de atención. Trabajo en redes. En *Violencia familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*. Ministerio del Interior-UdelaR.
- Blanco, R., Portillo, J., & San Martín, H. (1991). *Teoría social de la salud*. Montevideo: Departamento de Publicaciones de la UdelaR.
- Cabrera, M. (2005). *Ciencia abierta. Educación y comunicación*. Montevideo.
- Cabrera, M. (s.f.). *Consideraciones generales acerca de la carta de la transdisciplinariedad*. Montevideo.
- Capra, F. (1996). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1995). Qué significa estar protegido. En E. Dabas, & D. Najmanovich, *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Centro de Atención Primaria de Salud Las Villas. (1991). *Salud comunitaria*.

Algunas reflexiones para la construcción de la práctica. Las Piedras: Mano a mano.

- Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familias y escuela.* Buenos Aires: Paidós.
- De Souza Santos, B. (2010). *La Universidad del siglo XXI.* Montevideo: Trilce.
- Gabrielzyk, I., Ozonas, M., Pouse, G., Sapriza, C., & Umpiérrez, G. (2001). *Desempeño profesional en salud comunitaria.* Montevideo: Facultad de Enfermería.
- Gil Pascual, J. (2011). *Metodología cuantitativa en educación.* Madrid: UNED.
- Gopar, M. (2004). Red de Salud de Sayago y Zonas Adyacentes. Una experiencia de construcción de ciudadanía. En G. Garrido, *Equipos comunitarios de salud mental. Un modelo en movimiento.* Montevideo: GEGA srl.
- Mallo, S. (2010). Articulando lenguajes: desafíos de un nuevo escenario académico en la Universidad de la República. En *Reflexiones sobre la interdisciplina en la Universidad de la República.* Montevideo: Espacio Interdisciplinario.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo.* Barcelona: Gedisa.
- Najmanovich, D. (1995). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En E. Dabas, & D. Najmanovich, *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* Buenos Aires.
- Netto, C. (s.f.). Presentando redes sociales. En I. M. Montevideo, & Instituto del Hombre, *La salud de todos: desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo.* Red número 5-Urbal.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. *46° Congreso Directivo. 57° Sesión del Comité Ejecutivo.* Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas.* Recuperado el 10 de diciembre de 2015, de <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf>
- Pérez García, A. (2008). ¿De qué hablamos cuando hablamos de identidad local? *Lo local y sus desafíos.* *Revista semestral de ciencias humanas*(22).

- Pérez, A., & Sapriza, C. (1992). *Las comisiones de salud y la descentralización municipal*. Montevideo: Equipo de salud Grupo Aportes.
- Pérez, A., & Sollazo, A. (1988). *Participación y movilización en salud. Algunos aportes a partir de experiencias barriales*. Montevideo: Altamira.
- Pouse, G., Sapriza, C., & Umpiérrez, G. (2003). *Salud y cultura, encuentros y desencuentros... Trabajo de Maestría en Primer Nivel de Atención a la Salud*. Montevideo: Facultad de Enfermería.
- Prigogine, I. (Una exploración del caos al orden). *¿Tan solo una ilusión?*. Barcelona: Tusquets.
- R. Villasante, T. (2002). *Sujetos en movimiento. Redes y procesos creativos en la complejidad social*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Rebellato, J. L. (2008). *Ética de la liberación*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Rovere, M. (2006). *Redes en salud, los grupos, las instituciones, la comunidad*. Rosario: El Ágora.
- López, V. (2008). Artículo en *La Brevista* N° 13 (2008, Enero - N° 24) La
- San Martín, H. (1985). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Santos, B. d. (2010). *La universidad en el siglo XXI*. Montevideo: Trilce.
- Sollazo, A., García, A., Echenique, E., & Tríaca, A. (1997). *Salud comunitaria. Un viaje compartido*. Montevideo: Grupo Aportes - Centro de Atención Primaria de Salud de Las Piedras - Red Nacional de Trabajadores Comunitarios de Salud.
- Sosa, A. (2003). *Salud y Municipio de Montevideo*. En I. d. Hombre, & I. M. Montevideo, *La salud de todos: desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo*. Montevideo: Red número 5 Urbal.
- Stake, R.E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. 2da. Edición. Madrid. Ediciones Morata, S.L.
- Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El campo* *Psí,*
<http://xa.yimg.com/kq/groups/25284393/1749272944/name/La%2BInterdisciplina%2Bstolkiner.doc>.
- Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Veneziano, A. (2009). *Descentralización, desarrollo local, participación y reforma del Estado. Una vinculación pendiente*. Montevideo: Orbe.

Villasante, T. (2002). *Sujetos en movimiento. Redes y procesos creativos en la complejidad social*. Montevideo: Nordan.

Fuentes documentales

Ley N° 18.211, disponible en línea: www.parlamento.gub.uy

Menéndez Carrión, A. (2015) Entrevista en La Diaria
<http://ladiaria.com.uy/articulo/2015/10/polis-golpeada/>

López, W. (2013) Artículo en La Bicicleta N° 66 (2da. Época - N° 24) La Policlínica Jardines de Peñarol cumplió 25 años.

ANEXOS

ANEXO 1

Nota de consentimiento

ANEXO 1

Pauta para entrevista

Me encuentro realizando la tesis de maestría en Salud Comunitaria, y sería muy beneficioso para mi tesis si usted pudiera contestarme algunas preguntas sobre la Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias. Concretamente, el período que abarca mi estudio es de 1995 a 2004.

Nombre del entrevistado

¿Durante qué años participó en esta coordinación?

¿Cuál es el rol que usted desempeñó durante su participación?

¿A qué organización representaba?

Dijimos que la red se llamaba "Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias, ¿por qué le pusieron ese nombre?

¿Por qué entiende usted que se usó la palabra coordinación?

¿Por qué entiende usted que se usó la palabra intersectorial?

¿Por qué entiende usted que se usó la palabra salud?

¿Por qué la expresión zona 13 y adyacencias?

En los documentos (folletos, etc.) del período que mencioné se dice que esta coordinación constituyó una experiencia de salud comunitaria. ¿Qué entiende usted por salud comunitaria?

Hoy en día se habla mucho del trabajo en red, ¿qué entiende usted por trabajo en red en una comunidad?

Le parece que la coordinación constituía una red? ¿Por qué?

¿Le parece que la coordinación contribuyó en la mejora de la salud de la comunidad?
¿Por qué?

¿Qué aspectos favorecieron o dificultaron el trabajo de la coordinación?

¿Quisiera usted hacer algún comentario con respecto a las actividades desarrolladas por la coordinación?

¿Hay algún otro aspecto que quisiera agregar?

Muchas gracias

ANEXO 2

Nota de consentimiento

MONTEVIDEO 2014

Esta entrevista busca reunir información sobre la **Coordinación Intersectorial de Salud de Zona 13 y Adyacencias**.

Se formularán preguntas generales sobre el tema con un tiempo determinado por el intercambio que surja en la misma y su contenido será grabado.

Los nombres de quienes accedan a la entrevista no serán publicados.

La participación es voluntaria, teniendo derecho a no responder alguna de las preguntas o cortando la entrevista cuando lo desee.

El lugar de la misma será de opción del entrevistado/a, siendo realizada por la responsable de la investigación, Lic. en T.S Cecilia Sapriza, en el marco de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Todo aspecto de la investigación ha sido explicado verbalmente en Idioma Español.

Fecha

Firma de la persona que otorga el consentimiento