

Victoria Evia Bertullo

Etnografía en la policlínica Villa Farré

El proceso
salud-enfermedad-atención
desde el primer nivel

ETNOGRAFÍA EN LA POLICLÍNICA
VILLA FARRÉ

El proceso salud-enfermedad-atención
desde el primer nivel

Victoria Evia Bertullo

ETNOGRAFÍA EN LA POLICLÍNICA
VILLA FARRÉ

El proceso salud-enfermedad-atención
desde el primer nivel

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria, en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la CSIC, integrada por Alejandra López, Luis Bértola, Carlos Demasi, Fernando Miranda y Andrés Mazzini ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2015.

© Victoria Evia Bertullo, 2015

© Universidad de la República, 2016

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)

Montevideo, CP 11200, Uruguay

Tels: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906

Telefax: (+598) 2409 7720

Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>

<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/dpto_publicaciones.htm>

ISBN: 978-9974-0-1392-6

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Roberto Markarian</i>	9
PREFACIO, <i>Sonnia Romero Gorski</i>	11
PRESENTACIÓN, <i>Nicolás Guigou</i>	13
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO 1. UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA A LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN.....	17
CAPÍTULO 2. HACER ETNOGRAFÍA DESDE UN SERVICIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD. REFLEXIONES METODOLÓGICAS.....	23
Sector salud en Uruguay y contexto institucional del primer nivel de atención en salud. Delimitando el universo de estudio.....	24
La (s) entrada (s) al campo.....	28
Caracterización de la policlínica de Villa Farré.....	31
Entrevistas etnográficas.....	36
Estar allí: espacios múltiples.....	38
CAPÍTULO 3. SOBRE EL POBLAMIENTO DE VILLA FARRÉ Y LA CONSTRUCCIÓN DE SU POLICLÍNICA.....	43
Condiciones de existencia, organización social e identidad.....	45
Tener la policlínica en el barrio.....	53
El trabajo en el nuevo local y la inauguración oficial.....	57
¿Un caso exitoso de participación social en salud?.....	63
CAPÍTULO 4. «PONIENDO LA CARA TODOS LOS DÍAS»: LAS CONSERJES.....	69
CAPÍTULO 5. «LAS DOCTORAS» ¿HACIA UN MODELO INTEGRADOR?.....	77
Mecanismos alternativos: cómo sobrevivir a la fragmentación del sistema.....	78
Relación asistencial y modelo de atención centrado en la persona. Lo que está en juego para el otro.....	80
Sentidos sobre la salud y la enfermedad entre las profesionales.....	84
CAPÍTULO 6. EL PROCESO DE SALUD-PADECIMIENTO-ENFERMEDAD-ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS.....	89
La enfermedad como flujo normal de la vida: autoatención y modos de atención populares.....	91
Cuando se decide consultar al médico.....	95
Experiencias de enfermedad significativas.....	105
Interpretaciones y experiencias holistas sobre la salud y la enfermedad.....	113
CONCLUSIONES.....	117
BIBLIOGRAFÍA.....	121

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior Rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de las grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

Roberto Markarian
Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Prefacio

Estimo que la investigación realizada por Victoria Evia en el marco de la exigencia curricular de la maestría en Antropología de la región de la Cuenca del Plata contiene un valor testimonial indudable: en primer lugar de su atenta y ascendente formación académica, luego de múltiples planos que coinciden en la actualidad histórico-espacial de un esfuerzo nacional por la construcción de un nuevo modelo de asistencia a la salud. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) contiene metas que van más allá de tratamientos puntuales, de respuesta a demandas o necesidades de la población, ya que promueve el logro de «el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida [...]» y enfatiza en «fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios» (Evia en Romero, 2014: 118). Se entiende que el cuerpo técnico-profesional y funcionarios deben llenar expectativas de mayor involucramiento en la tarea de brindar mejores servicios de atención y asistencia así como los propios destinatarios adquirir roles con mejor empoderamiento a través de una cercanía participativa en el o los servicios.

Siendo consecuentes con la perspectiva antropológica que nos coloca siempre ante la exigencia de analizar no solo el nivel enunciativo sino interesarnos en la incorporación objetivada de principios o directivas de acción —y con la experiencia del trabajo sostenido en el Programa de Antropología y Salud sobre amplias áreas temáticas dentro del campo de la salud, dando cuenta de diferentes vinculaciones, encuentros con especialistas de disciplinas especializadas en atención y asistencia médica—, podemos poner en una pausa de espera la acreditación inmediata de resultados positivos a lo anunciado por el programa del SNIS. En efecto, las metas expresadas suponen cambios culturales de gran alcance y en actores muy diversos.

Diría que se imponen una serie de investigaciones etnográficas porque es necesario interrogar en el terreno las condiciones socioculturales para producir el o los cambios requeridos por el SNIS, para producir conocimiento cultural actualizado, densificado, sobre el campo de la salud en el nuevo contexto nacional.

Precisamente esta fue la inquietud, o curiosidad científica, que llevó a Victoria Evia hacia «su» terreno: la población y policlínica de Villa Farré, barrio autoconstruido en la zona noreste de Montevideo.

Una vez que la investigación cumplió los objetivos planteados y se plasmaron resultados en la escritura de la tesis de maestría, ahora convertida en libro, los lectores estamos en condiciones de trabajar sobre el texto en un recorrido atento a detalles expresivos del universo estudiado. Se suceden hechos sociales, fenómenos o hallazgos, y es gracias a su existencia en la escritura que podemos seguir encontrando preguntas para plantearle al escenario detrás del texto, a lo

que sigue vivo en la escena real. El proceso iterativo que lleva cada vez más lejos en el conocimiento e interpretación de datos y expresiones cambiantes, nos sorprende con una evidencia simbólica sobre la que no nos habíamos detenido antes: la aspiración y la lucha de un barrio para tener un local de atención, una policlínica, no se cierra si no es con la satisfacción de la demanda mayor. Tener un médico en el barrio. Aspiración atendida por el SNIS ya que entra dentro de la lógica del sistema.

El reclamo de un derecho a contar con una presencia tutelar, protectora, que asegure condiciones de vida, de salud, —más allá de patologías o necesidades reales—, no es un fenómeno generalizado ni en todos los barrios, ni en todos los sectores sociales, ni mucho menos en todos los países.¹ Pero sin duda impone su carga de significación en lugares como Villa Farré donde la población ha procurado fortalecerse generando vínculos solidarios (la participación) entre vecinos-iguales (la comunidad). Las diferencias, la tensión centro-periferias, se tradujo en Villa Farré en adaptación y creatividad al colocar la vigilancia sobre la salud como objetivo del esfuerzo social uniendo voluntades y trabajo concreto del colectivo. Una vez terminado el local de la policlínica comienza a funcionar como centro suficientemente simbólico y fundamentado como para generar un lugar antropológico, historizado por el ejercicio de una sociabilidad aglutinadora. En este sentido podemos decir ahora que el local de la policlínica cumple con un cometido primero social y luego médico.

Y en ese rol nadie podría negarle —a la policlínica y sus funcionarios— su tremendo potencial en la generación y preservación de la salud, de mejores condiciones de vida, aun cuando sea necesario cada tanto evacuar enfermos y casos hacia un centro hospitalario de referencia. Es sobre todo por el valor social, y como centro de difusión de buenas prácticas en prevención y atención primaria, que resulta imprescindible defender la existencia de centros de atención como el que nos ha presentado el trabajo de Victoria Evia.

Dra. Sonnia Romero Gorski

Ex Directora (1997-2010) del Departamento de Antropología Social (DAS),
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE),
Universidad de la República (Udelar)
Coordinadora del Programa de Antropología y Salud, FHCE

Montevideo, julio 2015.

1 En una propuesta para el contexto francés se plantea que el médico del futuro o de vanguardia debería retirarse de la primera línea dejando más espacio para equipos paramédicos especializados y capaces de atender a nivel local múltiples demandas en salud. Se estima que los centros comunales, descentralizados, pueden bastarse a sí mismos con el apoyo no solo de la tecnología médica (y unidades móviles de atención) sino también con el reforzamiento de una actitud de humanismo médico (Guy Vallencien, 2011: 80-99).

Presentación

El trabajo «Etnografía en la policlínica Villa Farré. El proceso salud-enfermedad-atención desde el primer nivel» es a primera vista (e inclusive en términos formales) una tesis de maestría que llena todos los ítems de excelencia que deben encontrarse en una instancia académica destinada a la producción de conocimiento.

Pero también deberíamos decir que la naturaleza de la labor de Victoria Evia, autora de estas escrituras, trasciende los meros requerimientos de la obtención de un título o escalón en la formación antropológica. Tesis sin duda abundante en detalles sobre el novedoso sistema de salud conformado en el Uruguay registrado bajo la auscultación (creo que no hay mejor palabra) de los trasiegos de una policlínica, Evia muestra, desde una mirada etnográfica situada en el porvenir, varias enseñanzas para futuras investigaciones.

En primer lugar que existen varias entradas al campo. Esto es, que no hay una escena inaugural o primaria en la cual el antropólogo ingresa a un universo social determinado, sino que ella se constituye entre varios reenvíos, que generan la posibilidad de conocimiento de este u otro espacio social.

Un segundo aspecto que se manifiesta en este arduo texto tiene que ver con los infinitos espacios de significación que anudan la salud con la enfermedad y que pueden desafiar todos los diagnósticos públicos y privados. La enfermedad y los sistemas de salud que la atienden están más allá de supuestas racionalidades estatales e individuales. Hay un devenir-enfermedad que inclusive no requiere siquiera de estar enfermo. Pero esta situación sería extrema. Los devenires de las enfermedades precisas y tratables atienden a matrices de interpretación que el sistema de salud todo apenas logran alcanzar en su racionalidad instrumental, pero que consiguen otro espacio de significación en este texto.

Creo que el lector debe atender particularmente a las narrativas de los usuarios de esta policlínica tratando de dar cuenta de sus dolencias, sus interacciones y los cuidados de diversa índole que son interpretados (e interiorizados) por los diferentes sujetos. Allí se percibe la peculiar fuerza de esta etnografía, un aporte fundamental, sin duda, en las artes de la antropología en el estudio de la salud.

Prof. Tit. Dr. L. Nicolás Guigou

Director del Departamento de Antropología Social, ICA, FHCE, Udelar.
Coordinador del Departamento de Ciencias Humanas y Sociales, IC, FIC, Udelar.
SNI, ANII, Uruguay.

Introducción

Este libro es producto de una investigación antropológica que busca aportar a la comprensión de las dinámicas sociales y culturales presentes en los procesos de salud-enfermedad-atención en Uruguay a comienzos del siglo XXI. Desde fines del siglo XIX el país colocó a la salud como valor supremo de nuestra sociedad, mediante el proceso que Barrán (1992, 1993, 1995) analizó como medicalización de la sociedad, no sin tensiones entre los saberes y prácticas populares y los saberes de la biomedicina y prácticas institucionalizadas de la biomedicina. En trabajos realizados desde las ciencias humanas y sociales en los últimos 25 años en Uruguay se han caracterizado distintos aspectos del funcionamiento de este modelo biomédico hegemónico, registrando procesos de críticas y resistencias así como de continuidad en la búsqueda de este tipo de atención.

En los últimos años, Uruguay ha atravesado una reforma normativa del sistema sanitario en su sistema de financiamiento, que procura la participación social de usuarios y funcionarios en su modelo de gestión y que propone un modelo de atención que prioriza el primer nivel de atención en salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Esta investigación surge de suponer que esta reforma ha tenido efectos en las prácticas institucionales y en las experiencias concretas de las personas al atender su salud. Por ello se buscó investigar sobre estos procesos sociales, con una mirada profunda y densa a las representaciones sociales, las experiencias y las estrategias adoptadas por los distintos actores vinculados al sistema de salud (usuarios, trabajadores médicos y no médicos, gestores). La estrategia metodológica elegida fue el método etnográfico, ya que este permite acercarnos tanto al nivel de las representaciones sociales como de las prácticas de los sujetos y conjuntos sociales estudiado. El punto de partida será un servicio de salud del primer nivel de atención del SNIS.

Esta investigación parte de la premisa de que los procesos de salud-enfermedad de los sujetos y conjuntos sociales y las estrategias desarrolladas para la búsqueda de atención de ellos son procesos estructurales de toda sociedad que adquieren diferentes configuraciones socioculturales y económico-políticas según su contexto histórico. Por ello para su análisis retomamos aportes de la antropología médica crítica y de la antropología de la salud, así como aportes de la antropología social y cultural en sentido amplio.

Este libro es producto de la revisión y adaptación de la investigación realizada entre los años 2012 y 2014 que dio origen a la tesis «Representaciones sociales, estrategias y experiencias de usuarios y trabajadores de la salud en los procesos de salud-enfermedad-atención. Etnografía en una policlínica del Primer Nivel de Atención dependiente del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, ASSE» en el marco de la maestría en Ciencias Humanas opción

Antropología de la Cuenca del Plata de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Realicé una etnografía en una policlínica dependiente del Centro de Salud Jardines del Hipódromo que pertenece a la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), en el departamento de Montevideo, Uruguay. Para la realización de esta se contó con el apoyo de las Becas Nacionales de Posgrado de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).

A partir del estudio de las relaciones que distintos actores del sistema de salud mantenían en y con la policlínica de Villa Farré, analizamos aspectos vinculados a la participación social en salud, la relación asistencial y las interpretaciones y experiencias sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. El trabajo analiza la conformación heterogénea de un equipo de salud e identifica una figura novedosa dentro del primer nivel: «las conserjes». Desarrolla las diferentes estrategias que los profesionales ponen en juego en su práctica clínica y las dificultades que existen en un sistema de salud aún fragmentado así como los sentidos que les dan a los procesos de salud y enfermedad. Por último, explora cómo las personas combinan diferentes estrategias y creencias a la hora de afrontar sus padecimientos, las cuales trascienden el sistema biomédico de atención y pueden incluir y combinar diferentes formas y prácticas de autoatención, uso de medicinas populares o alternativas.

En este libro fueron retomados los generosos comentarios de los integrantes del tribunal de tesis Dra. Jacqueline Ponzó, Dra. Mónica Sanz, Dr. Javier Taks y de quienes orientaron el trabajo en su elaboración, la Dra. Sonia Romero y el Dr. Nicolás Guigou. Asimismo se incorporaron los aportes de intercambios y reflexiones conjuntas de colegas con quienes nos seguimos encontrando en el camino de formación y de construcción de una mirada disciplinar, agradezco especialmente a Santiago Alzugaray, Emilia Abin, Valeria Grabino y Lucía Abbadie.

Cabe destacar que esta investigación no hubiera sido posible sin la generosa colaboración del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, de las integrantes del equipo de salud que generosamente me abrieron las puertas a sus prácticas profesionales cotidianas y especialmente de los usuarios y vecinos de la policlínica de Villa Farré que me habilitaron a compartir distintos espacios de convivencia barriales y domésticos y que compartieron sus experiencias de padecer y también de creatividad y alegría conmigo.

Por último, quiero agradecer a mi familia. A a mis padres, Carina y Gerardo, que me alentaron en mis inquietudes antropológicas aunque pareciera una locura; a mis abuelos (los que están y los que ya no) que con sus cuentos y cariños supieron acompañar, aliviar y curar el cuerpo y el alma en distintos momentos de la vida; a mis tíos Ana y Miguel por los libros prestados y las horas de charlas frente a la estufa de leña; a mis hermanos Geremías, Aparicio y Benjamín por los juegos y el cariño y a Gabriel, compañero de vida por estar, compartir, amar y disfrutar juntos.

Agradezco a todos ellos su tiempo, comentarios y reflexiones conjuntas, ya que la actividad intelectual siempre es colectiva.

Una mirada antropológica a los procesos de salud-enfermedad-atención

De acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización la humanidad ha elaborado diferentes conceptos sobre la salud, la enfermedad, formas de alivio y acciones de prevención y fomento de la salud. Asimismo, históricamente se han propuesto diversos modelos para comprender la noción de salud y enfermedad. El carácter particular de concebir la salud, la enfermedad y el trayecto que hay entre ellas puede denominarse como proceso de salud-padecimiento-enfermedad-atención e incluye el padecer como parte fundamental de ese trayecto (Moreno-Altamirano 2008).

Laplantine (1999) afirma que si bien las interpretaciones de la patogenia y de la terapia son esencialmente variables de una sociedad a otra, de un individuo a otro, e incluso eminentemente evolutivas en una misma sociedad —lo que hace que ellas parezcan prácticamente infinitas en lo empírico— también en esas interpretaciones hay permanencias, discernibles de la experiencia mórbida así como de la esperanza de curación y que ellas no son ilimitadas. Asimismo, dichas interpretaciones y representaciones estarían presentes en toda la sociedad «La idea que domina con amplitud es que la causalidad (bio) médica es inmune a la representación, como si experimentásemos la dificultad de admitir que la interpretación de la enfermedad es un fenómeno social no exclusivo del especialista, sino absolutamente de todo el mundo» (Laplantine, 1999: 17).

El tratamiento antropológico de temas como la enfermedad y los sistemas médicos ha tenido distintas etapas dentro de la historia de la disciplina así como diversas denominaciones y ha sido abordado por diferentes escuelas antropológicas. Actualmente existe un consenso en denominar Antropología médica a una especialización dentro de las ciencias antropológicas.

Nacida con el objetivo de orientar la investigación antropológica en torno a las formas con las que, en las diferentes sociedades los seres humanos viven, representan y afrontan el sufrimiento y la enfermedad, la antropología médica ha buscado posteriormente conjugar el interés por la experiencia del cuerpo, la salud, y de la enfermedad con la reconstrucción de procesos sociales, culturales, políticos e institucionales históricamente determinados (Pizza, 2006: 267-268).

Martínez Hernández (2008) realiza una historia de la Antropología médica y define tres etapas en su forma de indagar sobre la enfermedad y los sistemas médicos: la primera denominada modelo clásico, la segunda modelo pragmático y la tercera modelo crítico.

El modelo clásico trata los temas médicos con la marginalidad en los trabajos antropológicos o incluye las etnomedicinas en el ámbito de sistemas considerados omniabarcadores de la mentalidad indígena como la magia, la religión o la brujería. *The Andaman Islanders* de Radcliffe-Brown o *We, The Tikopia* de Raymond Firth son ejemplos paradigmáticos de esta marginación donde la enfermedad ocupa un lugar en las condiciones naturales externas a la cultura nativa o constituye un infortunio derivado de la incorporación de la vida nativa al mundo moderno (Martínez Hernández, 2008). Las obras de Tylor y de Frazer constituyen ejemplos de la disolución de los sistemas médicos indígenas en otras instancias consideradas omniabarcadoras de la mentalidad nativa como la magia, la brujería o la religión. También los trabajos de los etnógrafos norteamericanos de fines de siglo XIX y principios de siglo XX sobre los grupos amerindios ocultaron los sistemas terapéuticos nativos detrás de la superstición o creencia. El trabajo de Rivers (Br.) *Medicine, Magic and Religion* (1924) si bien reconoce la existencia de remedios y prácticas naturalistas en los sistemas médicos indígenas afirma que estos se encuentran regidos principalmente por creencias mágicas y religiosas. El autor también señala como referentes importantes de la antropología médica a los trabajos clásicos de Malinowsky *Magia, medicina y tradición* y de Evans Pritchard *Brujería, magia y oráculo entre los azande*. Estos trabajos introducen una nueva perspectiva en la demarcación entre ciencia y creencia, al sospechar que la mentalidad primitiva no estaba libre de condiciones racionales. Asimismo, matizan el racionalismo y el etnocentrismo que había caracterizado a las obras anteriores contribuyendo a revalorizar el punto de vista indígena (Martínez Hernández, 2008).

Dentro de los autores clásicos de la antropología, pero sin poder ubicarlos en el modelo clásico de la antropología médica, encontramos como referencia ineludible la obra de Marcel Mauss, especialmente sus trabajos sobre la noción de persona y sobre las técnicas del cuerpo. En 1950 Mauss discute la noción de persona y sugiere que todos los humanos poseen una noción de individualidad espiritual y corporal pero al mismo tiempo argumentó que condiciones sociales particulares estarían asociadas con diferencias cualitativas entre la persona totémica, la persona clásica y la persona cristiana. También se destacan los trabajos de Lévi-Strauss sobre la «eficacia simbólica» a finales de la década de los cincuenta que buscan explicar los efectos de la sugestión del acto terapéutico y las funciones de placebo en las curaciones chamánicas y psicológicas así como los procesos de catexis y transferencia se depositan en la autoridad médica de la que se trate (Haro, 2000).

El modelo pragmático se relaciona con el desarrollo de una antropología aplicada a los problemas de salud en los países en desarrollo y a algunas problemáticas puntuales de los países del capitalismo avanzado. El desarrollo de la antropología aplicada a la medicina adquiere impulso a fines de la década de los cuarenta del siglo XX con la aparición de agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), las políticas de desarrollo indígena

promovidas en países como México y con el patrocinio de fundaciones como la Rockefeller. El antropólogo era incluido como agente del desarrollo que debía ejercer de traductor entre los profesionales de la salud y la población indígena. Uno de los trabajos más representativos de esta orientación pragmática es del médico y antropólogo mexicano Gonzalo Aguirre Beltrán *Programas de salud en la situación intercultural* (1955).

El antropólogo del modelo pragmático entiende que la biomedicina desatiende ámbitos de la enfermedad y la terapia, como los trastornos folk o tradicionales, las percepciones nativas, los tratamientos indígenas y sus principios activos, y trata de ubicarse en ese territorio con un propósito aplicado y complementario con la medicina occidental (Martínez Hernández, 2008: 37).

El modelo crítico propone «una búsqueda de lo creencial y cultural en un territorio entendido tradicionalmente como depositario de lo racional: la biomedicina» (Martínez Hernández, 2008: 13). Este cambio supone tanto una independencia de la antropología respecto de la biomedicina así como nuevos problemas que suponen reconvertir en objeto al propio quehacer científico. En los años ochenta y noventa del siglo XX a partir de los aportes de autores como Good (1994), Good y Good (1981), Kleinman (1980, 1995), Young (1980, 1995), Menéndez (1981), Taussig (1980), Rabinow (1996) entre otros se desarman los rasgos fundamentales del modelo biomédico y se establecen los fundamentos teóricos de la antropología médica: visión cultural y social de la enfermedad, sensibilidad a la dimensión histórica, noción de multicausalidad etiológica, sospecha de las vinculaciones entre normalidad biológica y normatividad social, negación de la neutralidad de la teoría y práctica biomédicas entre otros principios (Martínez Hernández, 2008).

Desde la perspectiva de la Antropología Médica Crítica ni la salud es algún tipo de estado absoluto de bienestar ni la enfermedad es un resultado directo de un patógeno o de un disturbio fisiológico. La salud es definida como el acceso a y el control de los bienes materiales y no materiales que sostienen y promueven la vida a un alto nivel de satisfacción. La salud no es un estado absoluto de bienestar sino un concepto elástico que debe ser evaluado en un contexto sociocultural (Ember y Ember, 2004: 26). Por otro lado, la enfermedad no es el resultado directo de la interacción de un patógeno o de un disturbio fisiológico. Una variedad de problemas sociales como la malnutrición, la inseguridad económica, el riesgo ocupacional, la polución industrial, las viviendas en malas condiciones y la falta de poder en política contribuyen sensiblemente a la enfermedad (Baer, Singer y Jonson 1986 en: Ember y Ember, 2004). Si bien se reconoce la importancia de la biología en la salud y la enfermedad, se busca comprender los orígenes sociales de la enfermedad, la construcción cultural de los síntomas y tratamientos así como la naturaleza de las interacciones entre la biología, la sociedad y la cultura.

En la segunda mitad de los años ochenta los trabajos de Turner y Bruner (1986) y de Kleinman (1991, 1992) permitirán postular una antropología de la

experiencia. Para Kleinman, la etnografía permitirá profundizar el estudio del sufrimiento humano al abordar la experiencia de la enfermedad como un proceso interpersonal dentro de un contexto moral. Las narrativas emergieron como un género clásico dentro de la antropología médica como una forma de contrastar la perspectiva del paciente y del clínico sobre la enfermedad. El énfasis en las narrativas sobre la enfermedad así como en los modelos explicativos de los pacientes han servido para importantes propósitos terapéuticos por ejemplo en los trabajos de Kleinman (Das y Das, 2007). Sin embargo, autores como Das y Das (2007), critican los abordajes académicos de narrativas donde el énfasis en el sentido eclipsa las condiciones específicas en las que las personas experimentan la salud, la enfermedad y el padecer. Según las autoras, más que en las narrativas es necesario enfocarse en las experiencias del padecimiento (*illness experiences*) ya que estas permiten abordar la subjetividad inmersa en la vida cotidiana de las personas y son a su vez los lentes a través de los cuales intentan especificar las circunstancias económicas y políticas en las cuales las vidas de esas personas transcurren, en espacios social y materialmente definidos.

Desde la antropología latinoamericana se han realizado valiosos aportes a los estudios sobre el proceso de salud-padecimiento-enfermedad-atención. Los trabajos de Eduardo Menéndez ([1978] 2005, 2003, 2008) introducen una perspectiva materialista gramsciana a los estudios de la antropología médica al considerar las relaciones de hegemonía y la subalternidad. Para este autor la enfermedad y la atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad y que la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. «Explicar las características, desarrollo y funciones que cumple la biomedicina —y por supuesto, las otras formas de atención— supone también describir y analizar los diferentes sectores sociales que se relacionan a través del proceso salud-enfermedad en una sociedad determinada» (Menéndez, 2005: 11). Los trabajos desarrollados por Luis Fernando Dias Duarte en la antropología brasilera a fines de los años ochenta y noventa del siglo pasado y a comienzos del siglo XXI se han preocupado por analizar cómo las diferencias en los modelos de persona entre las clases populares de las sociedades nacionales modernas y los sectores portadores de los saberes eruditos biomédicos caracterizan diferencialmente la experiencia de la salud y la enfermedad. Sus trabajos establecieron que los sectores populares tenían representaciones holísticas sobre las perturbaciones físicomorales (se destacan sus estudios sobre los nervios) mientras que los representantes de la biomedicina se caracterizarían por representaciones individualizadas, racionalistas y científicas (Dias Duarte, 1998 y 2003).

Por su parte, los trabajos de Grimberg (2001, 2003, 2009) y su equipo en Argentina sobre experiencias de personas viviendo con VIH han estudiado la construcción social de los padecimientos y han abordado cómo estos constituyen una dimensión organizadora de procesos identitarios. Asimismo advierten que las representaciones sociales sobre la salud, la enfermedad y el padecimiento se enmarcan dentro de los modos dominantes de concebir el orden social, pudiendo entrar en tensión con ellos.

En Uruguay, los aportes de José Pedro Barrán desde la historia resultan muy importantes para comprender lo que ha significado el proceso de medicalización de nuestra sociedad que conllevó un rol creciente del médico en el tratamiento de la enfermedad, la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad y la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados de la propagación del saber médico. Si bien Barrán centra el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya entre 1900 y 1930, autores de diversas disciplinas han señalado cómo dicho proceso influye hasta actualidad desde un punto de vista social y simbólico (Barrán *et al.*, 1993). Uno de los postulados propuestos por la antropóloga Sonia Romero (1993) y que sigue manteniendo vigencia es que la salud se encuentra en un campo relacional, «tironeado» por tendencias globales y locales, externas e internas al propio campo, con nuevos agentes de asistencia o curación, demandas y posicionamientos o cuestionamientos de tipo social y cultural que se enfrentan a la hegemonía médica (Romero, 1993, 2005, 2006a, 2009).

Los principales trabajos de investigación que han abordado desde una perspectiva antropológica aspectos vinculados con los procesos de salud-padecimiento-enfermedad-atención realizados en nuestro país se desarrollaron en el marco del Departamento de Antropología Social (DAS) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, tanto en el Programa de Antropología y Salud, coordinado por la profesora Sonia Romero como en el Programa Cuerpo, género y sexualidad coordinado por la profesora Susana Rostagnol. Encontramos una serie de trabajos que se centran en servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención en hospitales como el Maciel (Álvarez, 2009), el Pereira Rosell (IDos Santos *et al.*, 2003, Mesa y Viera, 2004, Rostagnol y Viera, 2006), el Hospital Vilardebó (Vomero, 2010; Evia, 2010), el Hospital de Tacuarembó (Wainwright, 2013). Existen escasos antecedentes de trabajos en servicios de salud del primer nivel de atención. El principal es el trabajo desarrollado por Romero y su equipo sobre el Centro Materno Infantil en Ciudad Vieja en los años noventa (Romero, 2003). Tanto en la investigación realizada por el equipo del Programa de Antropología y Salud en el Centro Materno Infantil Ciudad Vieja (Romero, 2003), como en los trabajos ya reseñados en el Hospital Pereira Rosell se encuentran coincidencias significativas con relación a la atención en servicios de salud pertenecientes al subsector público. En ambos casos se constata una asimetría entre los usuarios y el personal médico y no médico. Esta asimetría estaría dada tanto con relación al saber médico como a la posición económica y al género (Romero, 2003; Dos Santos *et al.*, 2003, Mesa y Viera, 2004, Rostagnol y Viera, 2006) y restringiría las posibilidades de autonomía de los usuarios (Rostagnol y Viera 2006). En una investigación sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados se tomó como unidad de análisis un Centro de Salud del primer nivel de atención así como sus políclínicas dependientes y surge como una de las conclusiones del trabajo que los usuarios percibían una «mayor cercanía» tanto geográfica como simbólica de las últimas respecto del primero (Cano *et al.*, 2013).

Hacer Etnografía desde un servicio del Primer Nivel de Atención en Salud. Reflexiones metodológicas

El objetivo de este trabajo fue abordar y analizar las representaciones sociales, las estrategias y las experiencias de usuarios y trabajadores de la salud en los procesos de salud-enfermedad-atención dentro de un servicio del Primer Nivel de Atención del SNIS (Uruguay). Para ello, la estrategia metodológica adoptada fue la realización de una etnografía en la policlínica de Villa Farré. Esta policlínica pertenece a la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), y su centro de referencia es el Centro de Salud Jardines del Hipódromo. Se ubica en la zona noreste del departamento de Montevideo, Uruguay.

La etnografía comienza a ser el método central de la antropología social y cultural en el primer tercio del siglo XX y lo continúa siendo hasta la actualidad.

Su principal innovación consistió en reunir en una práctica profesional integrada los procesos, antes separados, de recolección de datos en pueblos no occidentales, a cargo principalmente de estudiosos aficionados o de observadores directos, y la teorización y el análisis de gabinete, a cargo del antropólogo académico (Marcus y Fisher, 2000: 43).

La imagen del nuevo antropólogo es proporcionada por Bronislaw Malinowski en sus *Argonautas del Pacífico Occidental* [1922] (Clifford, 2001). Si bien se buscaban lugares exóticos para la realización de las investigaciones, desde fines de los años ochenta la disciplina amplía su campo de investigación en los denominados campos cercanos (Ghazarian, 2008).

«El conocimiento antropológico justifica su discurso desde la inmersión en el mundo del otro» (Gaboriau, 2008: 92). Observación participante, estudiar desde el interior, estudiar el punto de vista del otro. Es en este «estar en carne y hueso» por un período prolongado que la etnografía, integrando la subjetividad inherente al proceso de comprensión antropológica, puede aportar una mirada crítica a partir de la observación directa, destructora del sentido común y de las naturalizaciones.

En nuestro trabajo procuramos sumergirnos en el mundo de un servicio de salud del primer nivel de atención de ASSE, tanto en las tramas institucionales que lo atraviesan como en la historia local que lo constituye. Buscamos acercarnos a los diferentes puntos de vista de los otros que constituyen ese mundo: usuarios del servicio de salud, vecinos y referentes barriales, trabajadores de la salud provenientes de diferentes disciplinas, gestores de programas estatales de salud, otros servicios de salud, organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

No es posible reducir ni confundir al método etnográfico con una técnica. Este puede servirse de varias técnicas diferentes, conforme a las circunstancias de la investigación. Es un modo de acercamiento y de aprehensión que permite utilizar datos percibidos como fragmentarios, informaciones dispersas, en un nuevo arreglo. (Magnani, 2002; Dalmolin y da Penha, 2008). La etnografía requiere de atención y cruzamiento de datos: «[...] hay que cruzar muchos datos y estar atentos desde muy cerca, a la vez, a lo que las personas dicen de ellos mismos y de sus relaciones con los otros; o, para decirlo de otra manera, a lo que las personas dicen sobre lo que los otros son con relación a ellos» (Godelier, 2008: 212). A su vez, como afirma Godelier (2008) todo antropólogo debe saber que su trabajo exige un descentramiento permanente en relación consigo mismo.

Sector salud en Uruguay y contexto institucional del primer nivel de atención en salud. Delimitando el universo de estudio

Uruguay ha atravesado en los últimos años una reforma normativa del sistema sanitario. Dentro de los principales lineamientos se proponen cambios en el modelo asistencial, orientado a la aplicación de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con especial énfasis en el primer nivel de atención, en el modelo de financiación que se propone asegurar la equidad y la solidaridad mediante un Seguro Nacional de Salud y en un modelo de gestión democrático y transparente (Olesker y González, 2009). Esta tiene como momento clave la aprobación de la Ley 18.211 en el Parlamento nacional el 21 de noviembre de 2007, la cual habilita a la concreción del denominado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Se entiende por sistema de salud al conglomerado de instituciones, organizaciones y recursos en general abocados al desarrollo de las actividades en materia de salud (OPS, 2010). Este sistema se financia a través de la creación de un Seguro Nacional de Salud que tiene en su caracterización tres aspectos de especial relevancia en materia de innovación: un primer elemento está vinculado al modelo de gestión, el cual pone énfasis en la participación de los actores del sistema, tanto de usuarios y de trabajadores de la salud en general, en las decisiones sobre los servicios; un segundo elemento vinculado al modelo de atención donde se intenta pasar a un modelo que desarrolle en forma integral los tres niveles de atención, priorizando el primer nivel y la concepción integral de la atención en salud más allá de la mera base asistencial-médica; y por último, un tercer elemento que propone un nuevo modelo de financiación: el Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Olesker y González, 2009).

En función de su organización institucional, el sector salud en el Uruguay se puede descomponer, en dos subsectores: el subsector público y el subsector privado. El subsector público está integrado principalmente por:

1. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
2. Sanidad de las Fuerzas Armadas.

3. Sanidad Policial.
4. Universidad de la República (Hospital de Clínicas).
5. Servicios de salud del Banco de Previsión Social (BPS), Banco de Seguros del Estado (BSE) y otros.

El principal componente del subsector privado está conformado por las llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y también lo integran los Seguros Médicos Privados. El Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Junta Nacional de Salud (Junasa) tienen la responsabilidad de normatizar todo lo referente al área de la salud, definir políticas, planes y programas, y fiscalizar a los aseguradores-prestadores reglamentando y vigilando el funcionamiento de las instituciones, así como el ejercicio de los profesionales de la salud (Grau *et al.*, 2008). En cuanto a la cobertura de población, para el año 2011 las IAMC asistían a un 58,5 % de la población, ASSE a un 31,6 % y los seguros médicos privados cubren solo a un 2 % de la población (INE, 2011).

Al describir la estructura de los derechos asistenciales de los usuarios en los distintos prestadores asistenciales resulta particularmente esclarecedora la observación de Menéndez (2003) de que la enfermedad y la atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad y que la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. En Uruguay se evidencia una fuerte asociación entre proveedores de salud e ingresos. «Los integrantes del quintil más pobre (primer quintil) tienen derechos de atención predominantemente en ASSE (62,2 %), y, en segundo lugar, en las IAMC (29,3 %), en tanto los integrantes del quinto quintil tienen derecho mayoritariamente en las IAMC (81,3 %), y en escasa medida en ASSE (5,1 %)» (INE, 2011: 35).

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) tiene una red de servicios en todo el territorio nacional. Según datos oficiales, en junio de 2013 ASSE tenía un total de 1.250.115 usuarios en todo el país (ASSE, 2013). Dentro de la región sur se encuentra la Red de Atención del Primer Nivel Metropolitana (RAP Metropolitana). La RAP Metropolitana es la unidad ejecutora de ASSE que, desde marzo de 2005, organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana. Se encuentra integrada por catorce Centros de Salud y sus correspondientes policlínicas y consultorios dependientes (ASSE). Según la información disponible en la página web de ASSE para marzo de 2012 se registraron un total de 112 policlínicas y consultorios dependientes de los Centros de Salud.²

Con relación al cambio de modelo de atención impulsado por la reforma sanitaria, el artículo 34 de la Ley 18.211 define que el SNIS: «[...] Tendrá como estrategia la Atención Primaria en Salud (APS) y priorizará el primer nivel de atención». En el capítulo IV de la misma ley se proclama que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención. Desde la literatura médica se define a los niveles de atención «como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para

2 <www.asse.com.uy> consultada el 12/12/2013.

satisfacer las necesidades de la población.» (Vignolo *et al.*, 2011: 12). Se distinguen tres niveles de atención: primer, segundo y tercer nivel (Vignolo *et al.*, 2011). Al primer nivel de atención se lo entiende como el nivel de primer contacto, la puerta de entrada al sistema de salud y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etcétera. En el segundo nivel se ubican los hospitales y centros donde se prestan servicios de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y segundo nivel de atención se pueden resolver hasta el 95 % de los problemas de salud de la población y que en el tercer nivel se resuelven aproximadamente un 5 % de los problemas de salud. El tercer nivel se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Para que el proceso de atención se pueda dar de forma ininterrumpida a los usuarios, los niveles de atención deben funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles (OPS, 2010).

El artículo 36 de la Ley 18.211 define al primer nivel de la siguiente manera:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) fue definida en la Conferencia de Alma Ata en 1978 como:

la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación (Alma Ata 1978 en 38 s-p).

La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba más allá del limitado modelo médico y reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, debían abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. Los valores defendidos eran los de justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Si bien se malinterpretó a la APS como la prestación de una mala atención a los pobres y se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención, actualmente datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de

la atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas (OMS, 2008). Las características principales de la APS se definen como: atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, 2008). Para poder brindar una atención con estas características se requiere de servicios de salud organizados con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias (OMS, 2008).

Tanto la reforma del SNIS como las orientaciones de la APS constituyen elementos fundamentales en las orientaciones teóricas y técnicas de los sistemas de atención en nuestro país. La reforma del SNIS ha constituido en sí misma un proceso social y político que a su vez ha modificado las bases económicas del financiamiento del sistema de salud.

La presente etnografía tomó como punto de partida una policlínica del Centro de Salud Jardines del Hipódromo. Este centro integra la RAP Metropolitana de ASSE. Se eligió trabajar con el Centro de Salud Jardines del Hipódromo (CSJH) por contar con trabajos previos en dicho centro (Cano *et al.*, 2013). El CSJH se encuentra ubicado en la zona noreste de Montevideo en la calle Malinas 3843 esquina Libia. Se ubica dentro del actual Municipio F. De acuerdo a los datos del Censo 2011 la población de la zona 9 es de 168.877 personas (INE, 2012), lo que representa un 12,8 % del total de la población de Montevideo. Según información de la Unidad de estadística y gestión estratégica de la Intendencia de Montevideo construida a partir de los datos procesados de la Encuesta Continua de Hogares 2012, los derechos de cobertura de salud³ de la población general del ccz9 es: sin cobertura 3,9 %, solo Emergencia Médica 0,4 %, Sector público 43,6 %, Mutualista 54,8 %, Seguros Privados 0,3 %, Otro 2,5 %. Si se compara con el total de Montevideo tenemos la siguiente distribución: sin cobertura 2,5 %, solo Emergencia Médica 0,4 %, Sector público 27,7 %, Mutualista 68 %, Seguros Privados 3,9 %, Otro 2 % (IM, 2013).

Al momento de realizar la investigación el CSJH no contaba con un registro sistemático de usuarios. En una entrevista con su director, el gestor nos explicó que el sistema registra número de procedimientos (los cuales pueden ser consultas, exámenes, referencias y contrarreferencias) pero no número de personas.

El universo de estudio se compuso por la población de referencia de la Policlínica Villa Farré, las actividades asistenciales que en ella se realizan y las

3 «Se agrupa a la población bajo los términos sin cobertura, solo emergencia móvil, atención en salud pública, atención en mutualista, seguro de salud privado y otro. El Sector Público comprende al MSP, Hospital de Clínicas, Sanidad Policial, Sanidad Militar, Policlínica Municipal y Área de salud del BPS (Asignaciones familiares). Mutualista comprende a la Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC). Sector privado comprende los seguros privados médico, quirúrgico y ambos. El total de los porcentajes no suma 100 ya que hay diferentes combinaciones entre los tipos de cobertura» (IM, 2013: 31).

relaciones que desde allí se establecen con diferentes instituciones y agentes estatales y de la sociedad civil presentes en su área de influencia. Asimismo, se incluyen dentro del universo de estudio las relaciones que, partiendo desde dicha policlínica, los usuarios establecen con otros servicios del sistema de salud, tanto del primer nivel de atención (considerando tanto otras policlínicas dependientes como el propio Centro de Salud) como del segundo y tercer nivel. El trabajo de campo intensivo se desarrolló entre agosto de 2012 y noviembre de 2013.

La (s) entrada (s) al campo

La entrada al campo' es un tema medular desde el punto de vista metodológico, especialmente en los campos cercanos, ya que el acceso a este implica tanto una expectativa positiva o negativa con respecto al antropólogo como la negociación previa de un contrato. El procedimiento puede ser más o menos formal, no implicando necesariamente un documento donde se especifiquen los derechos y obligaciones de ambas partes, y puede limitarse a compromisos orales de una parte y otra (Abelés, 2008). «Lo importante es la existencia de un acuerdo que permita llevar adelante, de manera satisfactoria, el proyecto, y, para comenzar, permita acceder a los individuos y a los grupos que constituyen el objeto de la investigación» (Abelés, 2008: 46).

Como afirma Abelés el período en que el etnógrafo hace sus primeros acuerdos es interesante de ser analizada, ya que «es una fase esencial en la que se construyen posiciones en un espacio en el que lo no dicho tiene tanto peso como las palabras intercambiadas» (Abelés, 2008: 49).

Entrada (s) 1

El primer contacto con la policlínica de Villa Farré fue en el año 2011 en una visita exploratoria realizada en el marco de otra investigación llevada a cabo durante los años 2011 y 2012 junto a un equipo de docentes universitarios sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados en el CSJH (Cano *et al.*, 2013). Llegamos a Villa Farré junto con el chofer del Centro de Salud que tenía que repartir insumos en distintas policlínicas. A diferencia de la mayoría de las policlínicas dependientes del CSJH que habíamos visitado hasta el momento que se ubicaban sobre el eje Ruta 8-Camino Maldonado, la de la Villa estaba para adentro. El chofer nos comentó lo especial que era ese lugar porque los propios vecinos se habían organizado para construirla.

Nos recibieron una médica y una señora del barrio que nos fue presentada como agente comunitaria. Durante la entrevista se planteó que mientras que el servicio de salud mental ofrecía dificultades para la consulta por parte de los usuarios, ellos tenían una mayor facilidad y cercanía para consultar en las policlínicas barriales. Esta afirmación fue sostenida por profesionales de otras cuatro policlínicas dependientes que entrevistamos en aquella ocasión. A partir de esta investigación surge el interés por comprender por qué las policlínicas dependientes

eran percibidas con una mayor cercanía para los usuarios que otros servicios del sistema de salud. ¿Esta cercanía era dada solo por lo geográfico o también por aspectos sociales y culturales? ¿Qué hacía que Villa Farré fuera especial?

Entrada (s) 2

Cuando concluyó el proyecto de investigación sobre accesibilidad a servicios de salud mental, el equipo de investigación organizó una instancia de devolución con los trabajadores del equipo de salud mental del centro de salud así como con el equipo de dirección de dicho centro. Ambas instancias fueron valoradas como muy positivas tanto por trabajadores como por gestores. A pesar de que algunos de los contenidos ponían en cuestión algunas prácticas sostenidas por el servicio de salud, el hecho de que investigadores de la Universidad de la República informaran de sus resultados a la institución fue catalogado como un hecho muy positivo e importante, posicionando a los integrantes del equipo universitario (entre ellos yo misma) con buenos ojos ante la dirección de la institución.

Si bien cabe preguntarse si existe algo así como la devolución de los resultados podemos remitirnos a la idea ya mencionada de que la entrada a un campo supone el establecimiento de ciertos acuerdos, así como la construcción de cierta imagen del investigador e incluso expectativas a veces no dichas. En este caso se había acordado la devolución del producto de la investigación, lo cual se cumplió mediante la realización de un taller con los trabajadores y en la presentación del informe por escrito. La idea de devolución también nos remite a la clásica teoría del intercambio formulada por Marcel Mauss (1971) de la obligación de dar, recibir y devolver. El intercambio de dones supone una obligación, diferida en el tiempo. Podemos entender al proceso de investigación como parte de este intercambio de dones, donde el-los investigador-es intercambian con los sujetos que constituyen su objeto de estudio dones tanto materiales (informaciones, tiempo, informes) como simbólicos. La devolución de los resultados de investigación puede pensarse como una de las obligaciones adquiridas por parte de los investigadores hacia las personas e instituciones en y con las que investiga.

Cuando unos meses después, previo contacto con la médica coordinadora de la policlínica, fui a pedir la autorización formal a la dirección del centro de salud para desarrollar mi investigación de maestría en dicho centro mi propuesta fue autorizada y apoyada por entender que la investigación aportaría un «mayor conocimiento en los procesos asistenciales y en la toma de decisiones para la gestión de los servicios de salud»

Entrada (s) 3

Partiendo de considerar la salud y la enfermedad desde una perspectiva social y cultural pero sin desconocer los vínculos biológicos de dichos procesos, en mi proceso de formación como maestranda tuve la inquietud de poder tomar algún curso sobre el tema desde una perspectiva biomédica. Me asesoré con una de las docentes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de la

Facultad de Medicina, Udelar y me sugirió un curso que se dictaba dentro de dicha especialización sobre Educación para la Salud.

Me inscribí en el curso como estudiante. Los otros estudiantes que tomaban el curso eran residentes⁴ de MFYC del primer y tercer año de la residencia, estudiantes de posgrado en MFYC y estudiantes de la Escuela de Parteras. Yo era la única persona que no provenía del área de la salud. El curso tuvo una frecuencia semanal durante casi tres meses y consistía en encuentros de 3 horas donde se trabajaban contenidos teóricos y se hacían trabajos grupales. En los grupos había que trabajar en torno a diferentes consignas propuestas por los docentes y se generaban instancias de discusión, escenificación (tipo *sketch*), entre otras. Esta dinámica me permitió (necesariamente) intercambiar con los otros estudiantes desde una posición horizontal en ese contexto (estudiante-estudiante). Por motivos de afinidad personal mantuve mayores intercambios con algunas personas, quienes se interesaron en qué estaba haciendo yo allí. Hablando con una de las residentes del primer año, quien hacía su residencia en Jardines sobre mis intenciones de realizar un estudio en algún servicio de salud del primer nivel, me comenta la posibilidad de hablar con su tutora de policlínica para pedirle autorización para realizar la investigación allí. La policlínica en cuestión era la de Villa Farré.

Entrada (s) 4

Coordinamos un encuentro con la residente y su tutora. El encuentro iba a ser en la policlínica durante la reunión de equipo pero hubo una jornada de capacitación del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y me pidieron que nos encontráramos en la Facultad de Ciencias Sociales, donde se hacía la capacitación, en el corte del almuerzo. Yo llevé mi propuesta (preproyecto) por escrito, ya que me parecía informal transmitirles la idea solo de manera oral. Sin proponérmelo estaba llevando los insumos del contrato. Su tutora era la médica de familia que nos había recibido un año y medio antes en la policlínica de la Villa. Ojeó rápidamente la propuesta y me dijo que estaba de acuerdo. Yo le dije que estaba esperando su ok antes de hacer la solicitud formal al centro de salud.

El pedir primero la autorización a las integrantes de la policlínica donde me interesaba desarrollar el estudio para luego gestionar el aval formal fue una estrategia deliberada de entrada al campo. Prefería llegar desde abajo a los trabajadores que estaban allí, propuesta por un par (estudiante), que a partir de una imposición de la dirección del centro de salud.

Meses después, tanto la residente como la coordinadora de la policlínica me comentaron que el hecho de que les hubiera llevado una propuesta por escrito, con antecedentes, objetivos, cronograma y bibliografía las impresionó bien ya que le dio seriedad a mi planteo.

4 Los residentes son doctores en Medicina que realizan una especialización de tres años, en este caso en MFYC que consiste en cursos y prácticas asistenciales con una carga horaria semanal de 48 horas pagas por el lugar donde se realice la función asistencial.

Entrada (s) 5

La primera vez que fui a la policlínica en el marco del trabajo para mi tesis, la residente de Medicina que me introdujo al campo me propuso que nos encontráramos en la parada de ómnibus de Camino Maldonado para llegar juntas y que no me perdiera. Llovía mucho, era de mañana temprano y abajo del paraguas ella me iba indicando por qué calles doblar y me señalaba algunos puntos que de allí en más operarían como referencia para llegar. Como la policlínica no había sido inaugurada no había ningún tipo de cartelera que señalara su ubicación.

Lo primero que me llamó la atención al llegar fue su planta física. La amplitud de los espacios, la prolijidad y limpieza, los colores alegres con que está pintada, los elementos decorativos (plantas, carteleras), la comodidad de los bancos y sillas de la sala de espera y del mobiliario de los consultorios, los aires acondicionados que calefaccionan o refrigeran los ambientes. Es una policlínica linda y acogedora. Y uno se sorprende.

El asombro es una de las actitudes etnográficas. Si analizamos esta sorpresa, lo que emerge es que existiría un a priori de que los servicios de salud pública están dirigidos a población de bajos recursos y que su infraestructura suele estar mal mantenida o descuidada en algún sentido.

Lo que genera sorpresa y rompe con lo habitual es que un servicio de salud pública sea lindo, acogedor, agradable y esté bien mantenido. Entendemos que este punto es fundamental para comprender cómo es vista esta policlínica tanto por los usuarios como por los técnicos que allí trabajan así como por las condiciones concretas de generar actividades y propuestas que se habilitan a partir de las bases materiales de la infraestructura del servicio de salud.

La policlínica de Villa Farré cuenta con una amplia sala de espera, una conserjería-recepción, una enfermería, dos consultorios (uno de ellos con baño), una cocina de uso interno y dos baños más, uno en la sala de espera de uso exclusivo de los usuarios y otro de uso interno. Asimismo la cocina, baño, enfermería y consultorios se comunican entre ellos tanto mediante la sala de espera como internamente. Podríamos decir que se definen dos áreas, una pública o *front stage* y otra privada o *back stage* (Goffman, 1971).

Caracterización de la policlínica de Villa Farré

En el período en que se desarrolló el trabajo de campo la policlínica contaba con un equipo multidisciplinario que desarrollaba diferentes actividades asistenciales y de promoción y prevención en salud. Algunas de ellas son desarrolladas en el local de la policlínica por los integrantes del equipo de salud, otras en locales comunitarios o en articulación con instituciones de la zona. Dentro de las actividades asistenciales en consultorio se realizaban consulta clínica individual o familiar con Médico de Familia y Comunidad (MFyc) (lunes a viernes), consulta clínica con pediatra (semanal), consulta clínica con partera comunitaria (dos veces por semana), consulta con médico internista (una vez por mes), espacio de

orientación individual o de pareja para adolescentes con agente socioeducativa (una vez por semana). Dentro de las actividades de promoción y prevención se desarrollaban: jornadas mensuales de toma de PAP; sesiones de un grupo dirigido a usuarios Obesos Diabéticos e Hipertensos (ODH) (frecuencia quincenal), Espacio Adolescente⁵ (frecuencia semanal), talleres sobre salud sexual y reproductiva en escuela de la zona, talleres de preparación para el parto en CAIF de la zona, jornadas de vacunación. Además, desde la policlínica se participa de la Red Camino Nordeste (instancia de articulación intersectorial de instituciones estatales en la zona), se coordina con la Asociación de vecinos de Villa Farré y se participa de actividades sociales y comunitarias.

Se analizaron datos de los informes de gestión de policlínicas dependientes facilitados por la dirección del Centro de Salud, donde se registran las consultas mensuales de los profesionales y técnicos. El dato refiere a número de consultas o procedimientos realizados, pero no se distingue por usuario. Para el período enero- diciembre 2012 un 61 % de las consultas anuales corresponden a Medicina Familiar y Comunitaria, un 17 % a Enfermería, 10 % a orientación socioeducativa a cargo de una licenciada en Psicología, 9 % de Pediatría y un 2 % de Medicina General ejercida por un médico internista. Sin embargo, estos datos pueden no ser completamente representativos de la realidad asistencial ya que se observó a lo largo de nuestra investigación que el sistema de registros médicos tiene una serie de problemas en la gestión de la información referidas al registro de datos (se constataron subregistros o dobles registros), al procesamiento y análisis de ellos. Esto es preocupante ya que la disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición sine qua non para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud (OPS, 2001).

Con el objetivo de obtener un acercamiento más próximo a la realidad asistencial se analizaron también los datos recogidos en los informes de gestión realizados por la coordinación de la policlínica y que refieren a las actividades de MFYC que se realizaban mensualmente para elevar al Centro de Salud. Se tomó el período noviembre 2011-setiembre 2012, para considerar un ciclo anual inmediatamente anterior a la entrada al campo. Por problemas en el registro para los meses de marzo 2011 y abril 2011 no se contó con datos. En los informes analizados se distinguen dos tipos de actividades: consultas y actividades de promoción y prevención. Del total de las actividades anuales registradas (1401) un 89 % (1251) se corresponden con consultas asistenciales y un 11 % (150) con actividades de

5 Según ASSE «El Espacio Adolescente (EA) es un espacio diferencial de atención y promoción de la salud para la asistencia integral de la población adolescente. La intervención pone especial énfasis en la realización de los controles anuales de salud, de los jóvenes por parte de equipos técnicos de diferentes especialidades; atendiendo así mismo aspectos significativos para esta etapa vital como lo es la salud sexual y reproductiva. Actualmente se encuentran en funcionamiento más de 50 EA en todo el país». Disponible en: <http://www.asse.com.uy/uc_5376_1.html>.

promoción y prevención. La distribución de este tipo de actividades a lo largo del año es homogénea. Dentro de las consultas, se distinguen consultas de medicina general (43 % del total anual), pediátricas (34 % del total anual), ginecoobstétricas (19 % del total anual), consultas domiciliarias (4 % del total anual) y consultas domiciliarias de riesgo (1 % del total anual). En relación con las actividades de promoción y prevención se distinguen las actividades de promoción y prevención asistenciales, de promoción y prevención grupales, de promoción y prevención educativas-preventivas y la realización de la toma de PAP.

Si bien no existen estudios epidemiológicos locales, a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales del equipo de salud es posible afirmar que la mayoría de las consultas realizadas en la policlínica son con fines de control. Se realiza control de niño sano tanto a cargo de una médica pediatra que concurre semanalmente como por parte de los médicos de familia; control de adolescentes, a quienes se les otorga el carné de salud del adolescente⁶ el cual es exigido por las instituciones educativas. También se realizan control y seguimiento de embarazos normales. En cuanto a las consultas por patología los principales motivos de consulta son infecciones de las vías respiratorias (especialmente en invierno), gastroenterocolitis, problemas dermatológicos (infecciones, hongos y alergias), seguimiento de enfermedades crónicas (obesidad, diabetes, hipertensión) y actividades de prevención secundaria como el PAP.

Cuando desde ASSE se otorgó un médico de área para lo que con el tiempo sería la policlínica de Villa Farré estableció un área de salud (denominada 9.1), a cuya población se debía atender. El área de influencia comprende los barrios de Villa Farré, La Esperanza, las viviendas policiales así como una zona de viviendas identificadas por estar frente a un polo educativo ubicado en Leandro Gómez y Camino Maldonado. Sin embargo, según integrantes del equipo de salud también se asisten personas que viven fuera del área de influencia «En ASSE nos recortaron un pedazo de tierra, pero en realidad viene mucha gente de afuera».

En el año 2009 estudiantes de Enfermería realizaron un Diagnóstico de Salud para la zona de Villa Farré en el mes de diciembre; en dicho trabajo establecen que el barrio de Villa Farré está compuesto por cerca de doscientos hogares.⁷ No existen al momento estudios sobre los otros barrios que comprenden la zona de influencia de la policlínica.

Por no contar con datos de salud oficiales sobre la cantidad de usuarios y características de la población, en nuestro trabajo nos propusimos caracterizar a la población que efectivamente utiliza o ha utilizado los servicios de la policlínica estudiada. Para ellos se construyó una base de datos con información de todas

6 Por el decreto n.º 295/009 el día 22 de junio de 2009 se declara «Válido en todo el territorio nacional el carné del/de la adolescente y su uso obligatorio para los controles en salud entre los 12 y 19 años».

7 Informe final de práctica disponible en el archivo de la Policlínica Villa Farré.

las historias clínicas abiertas.⁸ La base de datos fue elaborada y sistematizada a partir de un registro tipo índice en papel de las historias clínicas abiertas hasta agosto de 2013 y algunos datos básicos de ellas.⁹ Se digitalizaron y sistematizaron los datos de inicial del apellido, sexo y fecha de nacimiento. Se caracterizó la población según sexo y tramos etarios, calculando la edad de la persona a la fecha de realización del relevamiento (agosto 2013).

Como se observa en el cuadro 1, el total de las historias clínicas abiertas en la policlínica estudiada en el período considerado es de 1280. De ellas, el 41,6 % corresponde a hombres y el 58,4 % a mujeres.

Cuadro 1. Caracterización de usuarios de policlínica Villa Farré, agosto 2013

Grupos de edad	Población total (H+M)	Hombres	% hombres	Mujeres	% mujeres
0 a 4	101	54	4,2	48	3,8
5 a 9	170	103	8,0	68	5,3
10 a 14	171	93	7,3	78	6,1
15 a 19	209	99	7,7	110	8,6
20 a 24	129	42	3,3	87	6,8
25 a 29	76	15	1,2	61	4,8
30 a 34	74	25	2	49	3,8
35 a 39	56	16	1,3	40	3,1
40 a 44	60	13	1,0	47	3,7
45 a 49	38	7	0,5	31	2,4
50 a 54	28	5	0,4	23	1,8
55 a 59	30	11	0,9	19	1,5
60 a 64	24	9	0,7	15	1,2
65 a 69	21	10	0,8	11	0,9
70 a 74	15	6	0,5	9	0,7
75 a 79	20	6	0,5	14	1,1
Más de 80	24	9	0,7	15	1,2
Sin dato	32	10	0,8	22	1,7
Total	1280	533	41,6	747	58,4

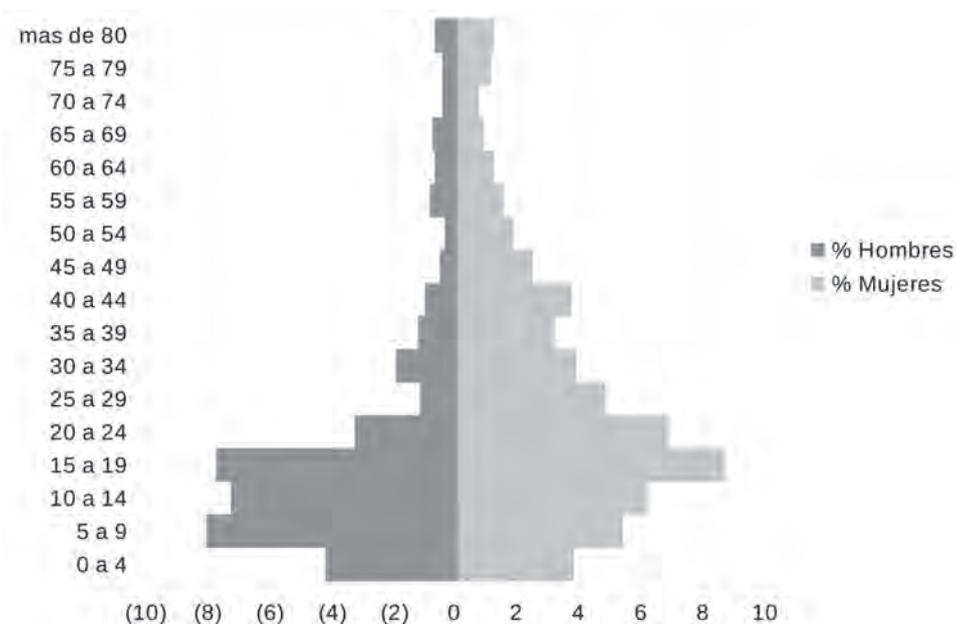
Fuente: elaboración propia a partir del Índice de Historias Clínicas

A partir de la base de datos se construyó una pirámide poblacional (gráfico 1).

8 Los usuarios pueden cambiar su prestador de referencia, por lo cual el hecho de que una historia clínica haya sido abierta en un momento no significa que dicho usuario siga manteniendo sus derechos asistenciales en dicho servicio.

9 Dicho índice había sido elaborado por la licenciada en enfermería y actualizado por ella misma y una de las conserjes con el fin de facilitar su tarea de gestión de las historias

Gráfico 1.



Fuente: elaboración propia a partir del Índice de Historias Clínicas

Al analizar el la composición por sexo (gráfico 1), encontramos que la mayoría de los varones se ubican entre los 0 y 19 años de edad. Los niños y lactantes (0 a 9) representan un 12,2 % de la población total y un 29 % de los varones, los adolescentes (10 a 19) representan un 15 % de la población total y un 36 % de los varones, los adultos (20 a 59) representan un 10,6 % de la población total y un 25 % de los varones y los varones en edad avanzada (60 años o más) representan un 3,2 % de la población total y un 8 % de los varones. En el caso de las mujeres, las niñas y lactantes (0 a 9 años)¹⁰ representan un 9,1 % del total de la población y un 16 % del total de las mujeres; las adolescentes (10 a 19 años) un 14,7 % del total de la población y un 25 % del total de las mujeres, las adultas (20 a 59 años) un 27,9 % del total de la población y un 48 % del total de las mujeres y las mujeres en edad avanzada (60 años o más) un 5,1 % de la población y un 9,1 % del total de las mujeres. Las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) representan un 30,8 % de la población y un 53 % del total de las mujeres.

Mientras que la población masculina se concentra en la infancia y adolescencia (sumando ambos grupos un 65 % del total de los varones), en el caso de la población femenina se destaca especialmente las mujeres en edad fértil (15 a 44) quienes componen un 30,8 % de la población total y un 53 % de las mujeres.

10 Se toma para la periodización de las distintas etapas vitales (niñas y lactantes, adolescentes y adultas) así como para las mujeres en edad fértil las referencias de la oms para Salud de la Mujer (noviembre 2009).

Cuadro 2. Hombres y mujeres según etapas vitales (números absolutos)

	Mujeres	Hombres
Lactantes y niños/as (0 a 9)	116	157
Adolescentes (10 a 19)	188	192
Adultos/as (20 a 59)	357	134
Edad Avanzada (60 o más)	64	40
Sin dato	22	10

Fuente: elaboración propia a partir de registro de Historias Clínicas

Resulta llamativo el hecho de que en números absolutos hay más varones que mujeres en la infancia y adolescencia. Esta característica se revierte para las etapas de adultez y edad avanzada, siendo especialmente significativa la diferencia en la etapa de la adultez.

Entrevistas etnográficas

Los investigadores sociales han transformado y reunido en un artefacto técnico denominado entrevista formas a través de las cuales en la vida cotidiana se expresan los sentidos de la vida social como por ejemplo comentarios, anécdotas o conversaciones (Guber, 2011). Existen distintos tipos de entrevista. La entrevista en profundidad, entrevista no directiva o entrevista etnográfica es la herramienta por excelencia para el acceso a las categorías nativas y a las representaciones discursivas (Blanchet, 1989; Bourdieu, 1999; Delgado y Gutiérrez, 1995; Guber, 2011). La misma es concebida como una técnica dentro de la estrategia general de la investigación etnográfica.

Dentro de la presente investigación podemos distinguir dos tipos de entrevistas: las entrevistas etnográficas mantenidas en el transcurso del trabajo de campo, durante la realización de observación participante y que denominaremos entrevistas etnográficas informales, y las entrevistas en profundidad que fueron agendadas, pautadas en un tiempo y espacio acordado para dicho fin.

Siguiendo a Bourdieu (1999) entendemos a la entrevista como una relación social donde se obtienen enunciados y verbalizaciones cuyo valor no está dado solo por el carácter referencial (información verdadera o falsa) sino también por su carácter performativo. La relación de entrevista se configura como una intrusión en la cual se da una relación asimétrica entre entrevistador y entrevistado, debido al mercado de bienes lingüísticos y simbólicos y a que el primero comienza el juego y pone las reglas. Las interacciones sociales se cumplen bajo la coacción de las estructuras sociales y por lo tanto ellas introducen distorsiones en la entrevista. Para atenuar los efectos de esa violencia simbólica que se produce, Bourdieu (1999) propone una escucha atenta y metódica y legitimar al entrevistado sin fingir anular la distancia social que los separa.

Se estableció como estrategia metodológica comenzar el trabajo de campo por una etapa exploratoria, pautada por la observación participante e instancias de entrevistas etnográficas informales, que permitieran familiarizarme con el contexto y códigos locales, generar cierta empatía y confianza con los sujetos de estudio.

La entrevista etnográfica en profundidad pautada se introdujo en una segunda etapa con el fin de focalizar y profundizar en el objeto de estudio desde las diferentes perspectivas de los actores estudiados. El lugar y horario donde fueron desarrolladas las entrevistas era elegido por el entrevistado; se trabajó con grabador digital y con consentimiento informado. Se realizaron entrevistas en profundidad a usuarios, trabajadores y gestores.

Se realizaron 25 entrevistas pautadas a usuarios o actores sociales vinculados a la policlínica¹¹ estudiada. Buscaron indagar diferentes aspectos del proceso de salud-enfermedad-padecimiento-atención de los sujetos, con una perspectiva diacrónica, intentando reconstruir los diferentes trayectos terapéuticos (Das y Das, 2007; Menéndez, 2009) transitados por los usuarios. Los encuentros duraron entre cuarenta y cinco minutos y dos horas, se registró con grabador de voz digital y se trabajó con consentimiento informado. Los nombres de todos los entrevistados fueron cambiados para mantener su anonimato. Algunas entrevistas fueron realizadas en los hogares de las personas y otras en la policlínica. La selección de los entrevistados consideró: el acceso a los entrevistados a partir de algún encuentro previo durante el trabajo de campo, la voluntad de la persona de participar de la investigación y la heterogeneidad en género, edad, lugar de residencia y tipo de vínculo mantenido con el servicio de salud.

Con relación al vínculo mantenido con el servicio de salud, a partir de la fase exploratoria inicial se pudo observar al menos tres tipos de vínculo:

- a. personas con derechos asistenciales en ASSE y que asistían esporádicamente a consultas espontáneas o programadas,
- b. personas que también tienen derechos asistenciales en ASSE y que utilizan el servicio de salud de manera frecuente, participando especialmente de espacios asistenciales colectivos,
- c. personas que no tienen derechos asistenciales en ASSE pero que utilizan algunos servicios asistenciales de todos modos o participan de actividades sociales en las cuales está vinculada la policlínica.

En el caso de los trabajadores la mayoría de las entrevistas fue realizada en el lugar de trabajo y durante el horario de este, exceptuando uno de los casos. Las entrevistas a los gestores fueron realizadas en las instituciones correspondientes. Se entrevistó casi a la totalidad de los trabajadores médicos y no médicos de la policlínica estudiada (ocho en nueve) y a otros trabajadores del Centro de Salud que se relacionan con la policlínica. En cuanto a los gestores, se entrevistó al equipo de dirección del Centro de Salud y a la directora de la Red de Atención

11 Se entrevistaron algunos actores sociales que tuvieron o tienen gran relevancia en el proceso de creación y en la dinámica de funcionamiento del servicio de salud estudiado que no tienen derechos asistenciales en dicho servicio.

Primaria de ASSE. Las entrevistas estuvieron orientadas a conocer las representaciones sociales, prácticas y estrategias puestas en juego por los trabajadores médicos y no médicos en la relación asistencial dentro del primer nivel de atención. Los nombres de los trabajadores del equipo de salud no figuran en el trabajo para proteger su identidad.

Asimismo, se realizaron entrevistas exploratorias a trabajadores y agentes comunitarios de salud de otras dos policlínicas dependientes del centro de salud de Jardines, la Policlínica 24 de junio y la Policlínica Cinco Barrios Unidos, ambas ubicadas a menos de 3 km de la policlínica de Villa Farré.

Estar allí: espacios múltiples

Como se señaló anteriormente, el método etnográfico busca la inmersión en el mundo del otro. Para ello, tradicionalmente la antropología ha sostenido la presencia en campo por un tiempo prolongado, compartiendo y observando tanto las actividades cotidianas (vida doméstica, actividades productivas, actividades de ocio) como aquellas que suponen momentos significativos en una sociedad (ritos, celebraciones). Ese estar allí de forma sistemática se ha convertido en una de las técnicas distintivas del método etnográfico y se la conoce como observación participante. Esta técnica «[...] consiste principalmente en dos actividades: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece entorno al investigador y participar en una o varias actividades de la población» (Guber, 2011: 52). La tensión implícita en la noción de observación participante entre los dos factores que la integran (la observación y la participación) recuerda que el involucramiento y la investigación son parte de un mismo proceso de conocimiento social y no procesos opuestos.

La observación que se propone obtener información significativa requiere algún grado, siquiera mínimo de participación; esto es, requiere que el investigador desempeñe algún rol, y por lo tanto incida en la conducta de los informantes, que a su vez incidan en la suya. Así, para detectar los sentidos de la reciprocidad en la relación es necesario que el investigador analice cuidadosamente los términos de la interacción con los informantes y el sentido que estos le dan al encuentro (Guber, 2011: 59).

En la presente investigación se ha realizado observación participante de diversas instancias vinculadas a la relación asistencial en la policlínica estudiada, enfatizando uno u otro polo dependiendo del momento de la investigación y de las características de las distintas instancias. Se trabajó durante el horario de atención de la policlínica seleccionada, en distintos días y horarios de la semana, con una frecuencia semanal desde agosto de 2012 a setiembre de 2013. El registro se realizó mediante cuaderno de notas *in situ* y *a posteriori* dependiendo de las características de cada instancia. En algunos casos se realizó registro fotográfico, previa solicitud de consentimiento de las personas presentes. También se realizaron observaciones prospectivas en la zona indagando sobre el entorno socio espacial (espacios públicos, presencia de otras instituciones (estatales y no

estatales) y servicios), comprendiendo estos elementos en un vínculo relacional con el proceso de salud-enfermedad-atención.

Se realizaron observaciones en sala de espera, en distintos días y horarios durante el horario de atención. En una primera etapa las observaciones se concentraron en hacer un registro del espacio, las actividades, los tiempos y las personas, comentarios y actitudes, tanto de usuarios como de trabajadores del servicio de salud en la sala de espera. Los intercambios se reducían a saludos o comentarios puntuales. En una segunda etapa se iniciaron diálogos informales, como parte de la estrategia metodológica de entrevista etnográfica.

Se realizó también trabajo de campo sistemático durante el segundo semestre de 2012 en el grupo ODH. Estaba dirigido a personas con diagnóstico de obesidad, diabetes o hipertensión o a sus familiares. No era requisito contar con derechos asistenciales en ASSE para participar del grupo. Cuando me integré era el segundo año de funcionamiento. Concurrían entre cinco y diez personas por sesión. La posibilidad de mi inclusión en este espacio me permitió conocer a usuarios del servicio de salud con quienes también mantuve entrevistas en profundidad y que me abrieron las puertas a otras instancias de trabajo de campo significativas.

También se realizó observación participante durante el primer semestre de 2013 en el denominado Espacio Adolescente. Este espacio tiene como objetivo la promoción de la salud en los adolescentes y la prevención de la enfermedad. Es un espacio flexible donde se desarrollan distintas actividades entre trabajadores del servicio de salud y usuarios del servicio de salud de entre 12 y 19 años aproximadamente. Asimismo, se acompañó la realización de talleres de promoción de salud sexual y reproductiva en una escuela de la zona de referencia de la policlínica durante el segundo semestre de 2012 y el primer semestre de 2013.

Se realizó observación participante de las reuniones de equipo de los trabajadores. Estas reuniones se realizan con una frecuencia que varía cada uno o dos meses, durante el horario de atención de la policlínica. Estaban dirigidas a trabajadores de la policlínica así como a integrantes de otros programas estatales que trabajan en territorio, para fomentar la planificación y coordinación de actividades. Estas instancias proporcionaron datos valiosos sobre las experiencias y concepciones de los trabajadores de la salud y permitieron conocer diferentes articulaciones que establecen las policlínicas dependientes con otros niveles del sistema de salud así como con otros agentes estatales.

Además de lo que podríamos denominar como actividades cotidianas o regulares del servicio de salud pude participar de diferentes actividades sociales de las cuales participaba la policlínica con mayor o menor grado de involucramiento. Entre ellas podemos distinguir entre actividades sociales y festivas y actividades que tuvieron un fuerte énfasis en la participación social en salud. De las primeras mencionamos especialmente despedidas y cenas de fin de año, una quermés abierta al barrio organizada por el Espacio Adolescente o la despedida a una de las estudiantes de MFyC organizada por integrantes del grupo ODH. Entre las segundas mencionamos una serie de asambleas de usuarios orientadas a discutir aspectos

relativos a la inauguración oficial del local, reuniones convocadas por agrupaciones de usuarios de la zona del CSJH y actividades organizadas entre vecinos de la zona y del programa estatal Aleros,¹² participación en una jornada de sensibilización sobre el dengue organizada por el CSJH en distintas policlínicas dependientes.

Por otra parte, resulta fundamental explicitar que no se realizó observación participante en la instancia asistencial de consulta configurada por el médico y el paciente en un consultorio. Esta decisión metodológica comenzó como una intuición y se fue consolidando a medida que fui avanzando en mi trabajo de campo. Inicialmente yo había dejado esta posibilidad supeditada a que los profesionales me habilitaran dicho espacio, sin embargo, cuando la posibilidad me fue habilitada preferí no hacerlo. Esta opción fue fundada en la existencia de antecedentes nacionales de análisis de relación médico-paciente en consultorio (Romero, 2003; Dos Santos *et al.*, 2003; Mesa y Viera, 2004; Rostagnol y Viera 2006; Álvarez, 2009), el hecho de que yo ya estaba teniendo acceso a una diversidad de prácticas ya mencionadas, y que a partir de las entrevistas individuales en profundidad realizadas a profesionales y usuarios del servicio de salud tenía la posibilidad de indagar aspectos subjetivos de la relación médico-paciente en ambos. Sin embargo, el motivo que tuvo mayor peso para tomar esta decisión fue el hecho de considerar el espacio de consulta asistencial como un espacio íntimo. «El dominio de la intimidad puede ser pensado como un espacio interno, individual o familiar, un espacio reservado de la mirada pública, secreto o sujeto a discreción» (Giddens, 1992 en Pozzio, 2011). En distintos trabajos donde se analizaba la relación médico-paciente en servicios de salud públicos de nuestro país (Romero, 2003; Mesa y Viera, 2004; Rostagnol y Viera, 2006) se criticaba el hecho de que los usuarios tuvieran que estar expuestos a numerosos grupos de estudiantes de Medicina que miraban y tocaban sus cuerpos en reiteradas ocasiones durante su período de formación, cosificando a los pacientes y reforzando el habitus asistencial¹³ postulado por Romero (2003). Sin embargo me interrogaba qué diferencia había entre ese tipo de situaciones criticada y que yo, como antropóloga entrara a hacer observación en la instancia de consulta individual. ¿No estaría yo también invadiendo un espacio íntimo o privado y ejerciendo la misma violencia simbólica que era criticada? ¿Quién debía conceder el acceso a ese espacio, solo el médico o también los usuarios? Y en el caso de consultar a

12 El Programa «Aleros» es una modalidad de intervención de apoyo a la atención de usuarios problemáticos de drogas (UPD) a nivel comunitario, que incluye el trabajo de captación en calle (proximidad) y la promoción de redes institucionales, sociales y locales con enfoque integral (Programa Aleros 2012).

13 El habitus asistencial autoritario es ejercido tanto por hombres como mujeres, profesionales de la salud; llegando un poco más lejos, también establecimos que dicho habitus traspasa a las profesiones y alcanza a los funcionarios dentro de una institución médica. (Romero, 2003). «[...] la permanencia y objetivación de dicho habitus forma parte de la evidencia de continuidad del modelo médico hegemónico y sobre todo forma parte de condiciones de inequidad y disfunciones dentro del proceso de atención. El sistema gratuito o público es el lugar donde se ejerce más ampliamente, sin que sea efectivo el control social o la protesta de los usuarios. [...]» (Romero 2006: 205-206)

los usuarios sobre su consentimiento a que yo participara de dicha instancia, esa consulta, hecha por una profesional universitaria, en el contexto del servicio de salud al cual la persona iba a consultar, ¿no podría ser leída por el usuario como un prerrequisito para su atención?

El método etnográfico requiere una relación permanente de reflexividad frente al objeto de estudio y al propio método. La reflexividad (Bourdieu, 1995) puede ser entendida como una manera de objetivación de la relación subjetiva del investigador con su construido objeto-sujeto de estudio. «[...] tomar conciencia y lograr el dominio (hasta donde sea posible) de las coacciones que pueden operar contra el sujeto científico a través de todos los nexos que lo unen al sujeto empírico, a sus intereses, impulsos y premisas, las cuales necesita romper para constituirse plenamente» (Bourdieu, 1995: 156 en Grimson, 2003: 65).

Como plantea Guber:

[...] la reflexividad inherente al trabajo de campo consiste en el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente —sentido común, teoría, modelos explicativos— y la de los actores o sujetos/objetos de investigación. Eso es lo que señala Peirano cuando señala que el conocimiento se revela no ‘al’ investigador sino ‘en’ el investigador, quien debe comparecer en el campo, reaprenderse y rehacer el mundo desde otra perspectiva. Por eso el trabajo de campo es prolongado y suele equiparse con una resocialización, con sus inevitables contratiempos, destiempos y pérdidas de tiempo (Guber, 2011: 50).

Es importante considerar la relación entre el investigador y los sujetos o grupos con los que investiga (y no a los que investiga) (Cardoso, 1986). Althabe (2008) propone el análisis metódico de la implicación en el campo como forma también de construir conocimiento sobre el mismo «[...] la implicación es el horizonte insuperable de la producción de conocimiento en el marco de un trabajo de campo» (Althabe, 2008: 60). Para el autor, la práctica de investigación es un componente del campo social y en tanto tal trata de interpretar lo que ella produce. El análisis de la implicación consistiría en que el investigador pueda establecer una convergencia entre su lugar en el espacio social y simbólico local y su producción intelectual.

En este sentido, los espacios en los cuales pude realizar mi trabajo de campo, fueron espacios en los cuales mi presencia fue social y relacionamente habilitada. El ir pasando de una tímida observación inicial en la sala de espera a espacios cada vez más internos como la reunión de equipo, los traslados en el auto desde y hacia la policlínica con integrantes del equipo técnico, comidas en casas de vecinos, festejos y despedidas de los usuarios tiene que ver con cómo fue variando mi lugar en el espacio social y simbólico local. Asimismo, esos cambios en mi posición en el campo también constituyen el espacio para la producción intelectual que se desarrolla en esta etnografía. Espacios a los que se accede y espacios a los que se decide no acceder, relaciones, intercambios, reflexiones conjuntas, son constitutivos de los límites y alcances del presente trabajo.

Sobre el poblamiento de Villa Farré y la construcción de su policlínica¹⁴

La zona noreste del departamento de Montevideo históricamente fue una zona de chacras. Los primeros poblamientos por criollos datan del siglo XVII. Las tierras donde se asienta el barrio de Maroñas salen del dominio fiscal cuando son adquiridas en 1834 por María Maroñas. Durante la Guerra Grande, Juan María Pérez, socio capitalista en una pulpería establecida en la propiedad propiciaba la inmigración de canarios. «Llevados en carretas de bueyes desde el Buceo, donde desembarcaban, hasta Maroñas, allí se distribuían entre los pueblos y chacras de Canelones, Montevideo y San José. Algunos se hicieron soldados y se quedaron con Oribe en el Cerrito» (Barrios Pintos, 1991: 34). Después de la Guerra Grande surgen en la zona comercios e industrias. En agosto de 1873 se levantan los planos de Pueblo Maroñas y un año después el del barrio Flor de Maroñas. En el paraje de Manga, a 17 km de Montevideo, el expresidente Berro compró una chacra a principios del siglo XIX, donde funcionó uno de los primeros saladeros del país y en 1898 comienza a funcionar una escuela de la congregación salesiana donada por la familia Jackson y en 1905 una escuela agrícola (Barrios Pintos, 1991). En Punta de Rieles, a 14 km de Montevideo, también sobre Camino Maldonado funcionó un noviciado de la compañía de Jesús. Este recinto sería adquirido en 1968 por el gobierno de Jorge Pacheco Areco y convertido primero en lugar de reclusión de presos políticos varones detenidos bajo el régimen de Medidas Prontas de Seguridad y luego en 1973 abrirá como lugar de detención de alta seguridad de presas políticas (Serpaj 1989 en: Montealegre y Montealegre, 2010). Se ubica también en la zona el cuartel Las Piedras.

Hasta la década de los setenta del siglo XX la zona seguía siendo caracterizada como una zona rural y había algunas poblaciones dormitorio como la de Villa García ubicada en el km 22.

A excepción de cinco o seis propietarios de grandes quintas, los vecinos trabajan en Montevideo y solo llegan a sus viviendas al término de sus tareas. [...] Manga y Toledo defienden aún los antecedentes agrarios de su historia y le dan a la zona rural de Montevideo la gracia de un cinturón agrícola de quintas, viñedos, de huertas, de largas y encaladas ringas de frutales (Barrios Pintos, 1991).

14 Algunos resultados de la investigación desarrollados en este capítulo fueron analizados previamente en el trabajo Evia, V. (2014) «Discutiendo la participación social y comunitaria en salud. Reflexiones a partir de una etnografía en una policlínica del noreste de Montevideo», en: Romero, S. (org.) *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos. Encuentros, estudios, debates*, 2012-2014. Programa de Antropología y Salud, FHCE. Montevideo: Nordan

En el Plan Montevideo. Plan de Ordenamiento Territorial 1998-2005 (IMM, 1998) se caracteriza a la zona de Punta Rieles-Don Bosco-Villa García dentro del área periférica de la ciudad de Montevideo.

Estos barrios se desarrollan en una zona de quintas de pequeños agricultores, estructuradas en función de camino Maldonado y, por lo tanto, de traza irregular. Sus tejidos urbanos, de escasa consolidación, se conforman con un amanzanamiento de diferentes dimensiones y por calles sin solución de continuidad, con problemas de equipamiento y de mantenimiento del espacio público. En las pequeñas centralidades locales se detecta un déficit en lo referente a equipamientos comunitarios y a servicios. [...] El uso preferente es mixto controlado. Se excluyen las actividades que presentan riesgos de peligrosidad, insalubridad o contaminación, así como las que provocan molestias generadas por efluentes o por actividades que, por la baja dinámica de intercambio con el entorno, presentan vacíos urbanos significativos que repercuten negativamente en la calidad del espacio circundante o que producen interferencias en su entorno, afectando al sistema vehicular y al tránsito en general, o por invadir el espacio público (IMM, 1998: 151).

Desde el punto de vista productivo, en las zonas de Maroñas, Flor de Maroñas, Punta de Rieles y el eje de la calle Veracierto hay un importante desarrollo de la industria y presencia de importantes empresas de varias ramas de actividad: industria automovilística, metalúrgica, maderera, farmacéutica, curtiembre, vestimenta, textil, marroquinería, calzado, alimentación y plástico. La creciente localización de empresas dedicadas a la logística así como la reciente puesta en funcionamiento del Anillo Perimetral construye a esta zona como un territorio privilegiado para la localización de este tipo de actividades. Las empresas dedicadas a la logística, están situadas en el eje de la calle Veracierto y en Zona América¹⁵ (Mendy y González, 2012). En la zona también viven muchos funcionarios policiales y militares, por la cercanía con la escuela de policía número 25 y el cuartel Las Piedras localizados ambos sobre camino Maldonado. Distintos referentes locales afirman que un factor de inyección económica en la zona ha sido la participación de los funcionarios militares en misiones de paz del Ejército en el exterior. La participación en este tipo de misiones (se destacan el Congo y Haití) supone la permanencia en el exterior por períodos prolongados y una buena remuneración económica. Muchas mejoras de viviendas en la zona son atribuidas a este hecho.

Desde el punto de vista de la dinámica poblacional, en el penúltimo período intercensal se destaca que la población del zonal 9 crece un 5,8 % a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las zonas de Montevideo (Mendy y González 2012). Mientras que el porcentaje de pobreza de la población de Montevideo se ubica en el 16,77 %, esa cifra alcanza el 30,39 % en el zonal 9, al tiempo que el porcentaje de indigencia, que en Montevideo es del 0,56 %, en el zonal 9 llega al 1,63 % (Encuesta continua de hogares de 2011 - INE). En lo que refiere a las

15 Zona Franca de Montevideo ubicada en Ruta 8 km 17.500.

condiciones de vivienda, es importante observar que en la zona de referencia se encuentra el 18 % de las personas que viven en asentamientos irregulares, lo que involucra según datos de 2009 a 24.884 personas (Mendy y González, 2012).

Condiciones de existencia, organización social e identidad

La Villa Farré fue fundada por unas doscientas familias que compraron una antigua chacra. La chacra fue loteada en terrenos por un privado y vendidas entre el año 1989 y 1990. Los compradores de los terrenos se enteraron de la venta de estos fundamentalmente a partir de conocidos y familiares. Por este motivo es posible identificar redes primarias entre los pobladores que preceden a la fundación del barrio. Estas redes primarias están compuestas por relaciones de parentesco, amistad o vecinazgo. Si bien la conformación de la Villa se da en su mayoría con un contingente de población que viene desde la ciudad consolidada hacia la periferia, varios de los pobladores habían atravesado previamente por una migración interior-capital en busca de trabajo en las décadas de los setenta y ochenta, habiendo muchos vecinos de los departamentos de Flores, Salto, Cerro Largo y Treinta y Tres. En la primera migración se asentaron en zonas centrales de la ciudad adoptando el alquiler como forma de acceso a la vivienda.

Las personas entrevistadas para este trabajo se autodenominan en su mayoría como trabajadores o de clase media. Los hombres están actualmente jubilados o siguen realizando algunos trabajos puntuales changas mientras esperan su jubilación. La mayoría de ellos se dedicaron o dedican a diferentes oficios dentro de la construcción o industria en tareas de logística y mantenimiento así como funcionarios policiales. Se destacan la albañilería, sanitaria, eléctrica, soldadura y arreglos en general. Las mujeres entrevistadas en su mayoría son amas de casa y se dedican al cuidado de los hijos o nietos y de la casa. Algunas complementan sus ingresos con algunos trabajos puntuales. La mayoría ha realizado trabajos en el sector servicios. Se destacan los servicios de limpieza (ya sea en casa de familia o en empresas), en locales comerciales (principalmente supermercados o almacenes del barrio). Algunas de las mujeres entrevistadas han trabajado en emprendimientos productivos familiares, por ejemplo elaborar comidas caseras para la venta o la compra y venta de ropa y artículos de bazar.

Blanca y José vivían alquilando en el Cerrito de la Victoria. Ella era maestra, vino a Montevideo desde Cerro Largo a estudiar y se quedó. Él obrero calificado, también de Cerro Largo. Tenían dos hijas chicas cuando les dieron el desalojo. Se enteraron a través de un amigo de la posibilidad de la compra del terreno.

Esto se organizó, se organizó, nosotros medio de casualidad también. Nosotros estábamos en el Cerrito de la Victoria. Teníamos el desalojo y salimos a buscar. Y un amigo nos dijo que estaba, que se había formado un grupo, esto no es cooperativa, un grupo de personas había comprado este terreno y con profesionales, con agrimensur y, contador [*Blanca, usuaria esporádica*].

El hecho de que el terreno hubiera sido demarcado con profesionales y que se le otorgara a los pobladores la escritura colectiva del terreno le daba cierta confianza de legitimidad a los interesados en el negocio. Asimismo, los precios a los que se vendían los terrenos resultaban una oportunidad.

Nosotros vivíamos en Punta de Rieles y nos enteramos de que se había formado una comisión precaria que pagando una suma irrisoria, que eran 20 pesos, te hacía adherente al grupo y después se pagaba una cuota mensual que eran 60 dólares de aquel entonces, o el equivalente a 60 dólares, y era para pagar el campo que en su momento salió 50 mil dólares. Una vez pagado el campo que se obtuvo carta de pago y todo, se fraccionó, se sorteó y a cada uno le tocó un terreno [*Walter, usuario frecuente*].

Teresa y Ramón estaban juntos hacía algunos años, y tenían dos niñas a cargo. Ella había llegado desde Cerro Largo buscando trabajo con una hija pequeña a su cargo y trabajaba limpiando en una casa de familia y él vivía en una pensión casa por medio. Alquilaron en distintas zonas de Montevideo, cuando se enteraron de la Villa estaban viviendo cerca de Punta de Rieles.

Mirá, nosotros fuimos a un supermercado y nos encontramos con un viejito que era amigo de mi padre, que vive acá en el barrio. Y dice: me voy, me voy, que tengo una reunión allá en un barrio que voy a comprar un terreno baratísimo —nos dijo a nosotros—. Y le dice Ramón: ¿quedará alguno? —Quedan. —Ah, entonces yo voy con usted. Y ya vino y se enganchó. Empezó a venir a las reuniones y compramos. Y nosotros le avisamos a mi cuñado, mi cuñado le avisó a la hermana, la hermana le avisó a otro más. Son todo el boca a boca, fue que se formó el barrio. Unos se avisaban a otros [*Teresa*].

Gladys y su familia también fueron de los primeros pobladores del barrio. Si bien sufre de una afección cardíaca grave, trabajó durante toda su vida, como empleada doméstica. Actualmente está tramitando su jubilación, no sin dificultades, debido a que le faltan años de aportes formales. Ella y su marido son de Salto, donde tenían una casa familiar. Gladys me cuenta en una entrevista su venida a Montevideo en busca de mejores oportunidades de trabajo junto con su familia, su recorrido por diferentes pensiones, la dificultad para obtener garantías para poder alquilar, la dificultad para afrontar los costos de los alquileres y finalmente la opción por la compra de un terreno en la periferia de la ciudad donde poder construir algo propio y salir del alquiler a pesar del miedo que ese lugar desconocido le generaba.

—Bueno, estaba mi esposo trabajando donde era La Onda vieja. En el Ballmorall [Hotel]. Él era electricista. Y un vecino le dijo, sabés que están dando unos terrenos, dice. Entonces ese mismo día que él agarró, todo eso. [...]. Entonces viste, yo tenía casa en Salto, pero trabajo en Salto no hay. Es muy lindo, todo, tenés la casa, todo, pero en esa época no había nada. Ahora hay mucho más posibilidad en Salto. Por eso decidimos comprar acá. Después compramos el terreno entre varios vecinos y fuimos haciendo las casitas. Mi hermano vino, me ayudó a hacer un poco y mientras eso vivíamos en el Parque Rodó. Pero el alquiler no daba para más. [...] Era impresionante lo caro que estaba. E incluso nos vinimos con

dos piezas. Porque no podíamos pagar el alquiler y hacer casa. Nos vinimos al medio del barro, todo. Me daba miedo ir a tomar el ómnibus. Iba hasta abajo a tomar el ómnibus, el 100, porque yo seguía trabajando en el Parque Rodó. Iba con un poco de miedo pero nunca me pasó nada. Como nunca había salido para las afueras de Montevideo tenía terror. Entonces por eso vinimos a parar acá por ese vecino que trabajaba en la obra con mi esposo que vive en la misma cuadra nuestra [*Glady's, usuaria esporádica*].

Desde la década de los cincuenta se conocían en nuestro país formas de asentamiento irregular en el territorio denominados como cantegriles,¹⁶ los cuales estaban compuestos por población rural que emigraba hacia la periferia de Montevideo en busca de trabajo y otras oportunidades. En las décadas de los setenta y los ochenta la demografía de los asentamientos comienza a cambiar cuando gradualmente se van poblando por personas que fueron expulsadas del centro de la ciudad en un contexto de movilidad social descendente (Corboz, 2013). Con el advenimiento de la dictadura cívico-militar se adoptan una serie de medidas neoliberales que tuvieron como consecuencia la pérdida del salario real y la inflación afectando principalmente a las clases populares y trabajadoras. Se desregula el mercado de alquileres, ocasionando una importante suba de estos. Esto trajo como consecuencia el desalojo de las clases populares empobrecidas de zonas centrales de la ciudad. Se produjo un desplazamiento masivo de esta población a zonas de la ciudad carentes de servicios (Portillo, 2003).

A partir de los años noventa, bajo el influjo combinado de diversos factores, vinculados con la globalización, la integración regional, los cambios tecnológicos, el ascenso de los servicios, las nuevas pautas de consumo y las nuevas formas de inversión y gestión territorial pautaron la evolución de Montevideo y la zona metropolitana (Bervejillo y Lombardi, 1999 en Veiga y Rivoir, 2001). Dentro de ese período en la periferia de Montevideo (norte, oeste y este), se verifica un crecimiento demográfico muy significativo, caracterizado por el predominio de sectores populares. Dicho crecimiento se origina en migraciones desde la ciudad consolidada (área central), y combina tres modalidades: vivienda autoconstruida en lotes regulares, conjuntos estacionales públicos, y los asentamientos irregulares (Veiga y Rivoir, 2001: 6).

En el caso de Villa Farré las viviendas fueron construidas mediante autoconstrucción en un terreno irregular. La autoconstrucción implicaba mano de obra familiar y para algunas actividades especiales (como por ejemplo la realización de la planchada de la casa) se organizaban jornadas de trabajo colectivas. Al explicarme cómo eran estas jornadas colectivas, una de las entrevistadas afirma «éramos como una cooperativa, pero sin ser una cooperativa». Esta forma de construcción de las viviendas por ayuda mutua está relacionada con cierto tipo de solidaridad y forma de establecer intercambios recíprocos en sectores marginalizados. Larissa Adler Lomnitz (2001) en un estudio sobre la barriada

16 Este nombre era una ironía relacionada con un club social de las clases dominantes Cantegril Country Club.

Cerrada del Cóndor, realizado a principios de los setenta en México, demostró que ante la inseguridad económica que prevalecía en las barriadas los pobladores establecen redes de intercambio como un mecanismo efectivo para afrontar dicha inseguridad. Si bien las condiciones socioeconómicas en la Villa Farré no son tan extremas como las de la barriada de Cerrada del Cóndor, su trabajo nos aporta elementos significativos para comprender algunas de las formas de reciprocidad e intercambios recíprocos que se desarrollan en las clases populares y que también se dieron en el poblamiento de Villa Farré. El tipo de reciprocidad establecida así como los objetos intercambiados dependen de la distancia social entre los integrantes de la red. Adler Lomnitz afirma que la base que sustenta la red son los intercambios recíprocos, y cuando estos cesan, la red se diluye. Los objetos intercambiados pueden ir desde información, ayuda para obtener empleo, préstamos y servicios, apoyo emocional y moral. Entre los servicios intercambiados la autora identifica específicamente la ayuda mutua en la construcción de viviendas.

Durante el proceso de poblamiento en la Villa Farré también encontramos procesos de ayuda en la construcción de viviendas. «Nosotros hicimos todo ayudándonos. Sin pagar a nadie. Bueno, ta, un asado, diez litros de vino, una botella de caña para los que estaban cuando se hacía la plancha. Pero todos eran iguales, cuando se hacía, íbamos todos los del barrio a ayudar» [Ramón]. Como identifica Adler Lomnitz, existen una serie de mecanismos que refuerzan las redes como son las relaciones de compadrazgo, de amistad masculina y la «ideología de ayuda mutua». «El deber de otorgar este tipo de ayuda se encuentra revestido de todas las cualidades morales positivas, y constituye la justificación ética que cimienta las relaciones personales en las redes» (Adler, 2001: 83). Por otra parte, el chisme y la envidia son los mecanismos utilizados para mantener las relaciones de igualdad a que cualquier individuo que se niegue abierta o indirectamente a proporcionar ayuda es enjuiciado por los demás.

A pesar de que los pobladores pagaron por sus lotes dicha compra fue irregular y la división del terreno nunca fue registrada en la IMM. Algunos afirman que fueron «estafados», ya que creían estar comprando un terreno regularizado donde pronto se irían consolidando los servicios urbanos. Ante la constatación de «la estafa» algunos vecinos comienzan a organizarse y conforman una comisión barrial para organizarse frente a los organismos públicos y negociar para resolver problemas como el trazado de las calles, el saneamiento, el alumbrado público.

—Ahí está. Pero cuando nos enteramos, cuando se compró no estaba nada claro. Nos enteramos un día. A, porque necesitábamos hasta tener nombre las calles. ¿Porque cómo llegaba alguien? Llamábamos, cuando fuimos, queríamos hacer lo de tener luz, pero dónde vamos a poner luz. Algo viste, cuando nos dimos cuenta, que no teníamos, que no existíamos en ningún lado. Bueno, entonces se hizo una comisión [...] [*Blanca, usuaria esporádica*].

La luz, el alumbrado público, la demarcación y pavimentación de las calles, la construcción de un local comunal donde se realizaban fiestas y cumpleaños fueron los principales frentes de negociación y logros provenientes del proceso de organización social.

Desde la antropología médica crítica entendemos que la salud no solo responde a un bienestar biológico sino que la salud es un concepto elástico que debe ser evaluado en un contexto sociocultural más amplio. El acceso y el control sobre los recursos materiales y no materiales que sostienen y promueven un mayor nivel de satisfacción en la vida de las personas también está relacionado con la salud. En este sentido, en el proceso de organización social del barrio de Villa Farré, aun antes de centrarse en la posibilidad de tener un servicio de salud en el barrio, se estaba desarrollando un proceso de participación social en salud, ligado a la construcción del espacio de vida de los nuevos pobladores. En dicho proceso de organización y participación social también es posible identificar disputas de micropoderes (Menéndez, 2008c), las cuales están a su vez atravesadas tanto por relaciones de liderazgo y prestigio local como por el sistema de partidos políticos. «Se formaron comisiones. Hubo un tiempo en que funcionaban dos comisiones, teníamos al barrio partido en dos, más que nada por el tema político. blancos y colorados contra nosotros» [María, conserje y referente barrial. Registro de cuaderno de campo 2012]. Esta disputa de poderes entre ambas comisiones tuvo como consecuencia en algunos casos la ineficiente utilización de los recursos públicos. «En el 98 la comisión que está ahora consiguió que se hiciera saneamiento. La otra comisión había logrado que se hicieran las calles y al mes la IMM vino a hacer el saneamiento. Fue un tiradero de plata» [María, conserje y referente barrial entrevista 2013].

La capacidad de organización de una de las comisiones y su efectividad para organizarse en el reclamo de servicios públicos ante el Estado es explicada por uno de sus integrantes a partir de las trayectorias previas de sus integrantes, provenientes de distintos barrios de zonas centrales de la ciudad (formales) y para quienes los servicios públicos urbanos eran parte de su vida cotidiana previa.

[...] cuando se forma el barrio estaba compuesto por distintas clases sociales, dentro de una misma escala pero de distintos barrios, así que era heterogénea la composición del barrio y se dio la particularidad que la gente que salió a trabajar era justamente la que no era de acá de la zona. [...] Y venía gente, por ejemplo, en el caso mío veníamos del Cerrito de la Victoria, de San Martín y Propios, hubo vecinos que vinieron del Centro y de otros barrios de Montevideo con otra realidad totalmente distinta a esta, con todos los servicios, donde no es necesario tener comisiones barriales para conseguir algún tipo de obras, y acá hubo que salir de cero porque hubo una estafa de por medio [José, usuario frecuente y referente barrial].

El hecho de distinguir que quienes «salieron a trabajar» eran aquellas personas que no eran provenientes de la zona, pone el énfasis en el lugar de origen de esas personas. Aquellos que venían de los barrios consolidados, en un proceso

de movilidad descendiente, pertenecían a clases medias y trabajadoras. Algunos tenían formación y experiencia de participación ciudadana y cívica, fuera en organizaciones sociales o políticas. Esta formación previa les proveía de capital social y político al momento de realizar las diferentes gestiones ante los organismos estatales.

Cristina, por ejemplo, hace 18 años que vive en la zona, trabaja en un taller metalúrgico y es madre de tres hijas. Es también militante política de uno de los partidos que conforman la coalición de centroizquierda Frente Amplio. Se involucró con el trabajo en comisiones vecinales desde su llegada al barrio. Ella nos explica cómo ha sido la estrategia de acción de la asociación.

Una particularidad de lo que nosotros hacemos, siempre vamos con expedientes, vamos por las dos vías: por las vías de cualquier vecino común y también de repente ahí sí la llamada de fulano, de «tenés que seguir por acá y por allá», de asesoramiento, pero seguimos las dos vías, la vía institucional como cualquier vecino y si se nos tranca, «A ver qué pasó, dónde se trancó, quién lo tiene» y vamos a la fuente. Y por ser así también hay gente que nos aprecia mucho porque somos luchadores, somos tenaces, y hay otra gente que dice que somos unos impertinentes, que no les gusta que les reclames, que les digas «No estás haciendo bien tu trabajo, te estás equivocando en cómo estás gestionando», hay gente que no le gusta, entonces tenés amigos y no simpatizantes [*Cristina, referente barrial*].

El poblamiento de la Villa se realizó con mucho sacrificio. Varias familias relatan que se fueron a vivir allí con las viviendas a medio hacer, con una o dos piezas e incluso sin haber colocado las aberturas, a una zona sin servicios públicos ni calles demarcadas, «al medio del campo». La mayoría de los entrevistados se fueron a vivir allí con hijos pequeños, buscando el sueño de la vivienda propia y de «salir del alquiler». Según Álvarez (2008) a partir del «proceso de colonización» podemos comprender el sustrato originario de toda comunidad humana, «[...] pues los principales procesos, acciones compartidas, están ancladas en el acondicionamiento del territorio, la accesibilidad a los recursos básicos según los valores y costumbres de las sociedades modernas» (Álvarez, 2008: 214). En el proceso de colonización se comparte durante un período de tiempo procesos que definen las subjetividades, condiciones de existencia y se construye identidad. En este caso, servicios públicos como la conexión formal a la energía eléctrica, la conexión al agua potable y al saneamiento, la delimitación y denominación de calles, los servicios de recolección de basura, forman parte de recursos básicos en zona urbanas según los valores de la sociedad contemporánea.

La forma en que se había realizado la demarcación de los terrenos, «tipo condominio» así como la utilización de los planos de los «chalets» provistos por la intendencia le dan al barrio un aspecto de pueblo del interior. La mayoría de las viviendas respetan los retiros frontales y cuentan con jardines u otros elementos decorativos. Este orden del espacio construido, así como la autoidentificación de clase de los vecinos como «trabajadores» o de «clase media» conforma una

identidad de pertenencia muy fuerte a la interna del nosotros así como una fuerte separación respecto de los otros. Según Halbauchs (1990), las imágenes que nos formamos del espacio son muy importantes para la memoria colectiva. Los grupos no solo transforman el espacio físico en el cual han sido insertados sino que también ceden y se adaptan a su medio físico. «La imagen que el grupo tiene del ambiente que le rodea y de su estable relación con ese ambiente es fundamental para la idea que el grupo se forma de sí mismo, y penetra cada elemento de su conciencia, moderando y gobernando su evolución» (Halbauchs, 1990: 13).

A pesar de que actualmente la situación de la propiedad de los terrenos siga sin regularizarse, todos los entrevistados enfatizan el hecho de que los mismos fueron pagos y que tempranamente los vecinos se organizaron para pagar por los servicios públicos como luz y agua así como los impuestos correspondientes. Este énfasis opera, implícitamente, como una distinción entre la denominación de «villa» o «barrio» que remiten a la idea de una urbanización formal respecto de otras formas irregulares de acceso a la vivienda como los «asentamientos» o «cantes». Corboz (2013) en una investigación realizada en un asentamiento irregular en la zona de Camino Maldonado identifica que sus informantes recientemente empobrecidos establecen categorías de distinción para mantener su estatus simbólicamente y separarse de otras formas más crónicas de pobreza mediante las categorías emic de «asentamiento» y «cangrill», las cuales exageran distinciones sociales y morales entre personas que viven muy próximas. Mientras que para los sujetos investigados por Corboz (2013) en los asentamientos vivirían las personas pobres pero trabajadoras, ordenadas y limpias y en los cangrilles los «sucios, desordenados y perezosos», en el caso de Villa Farré, se introduce una nueva categoría: «la Villa». El término Villa proviene del latín *villa* y sus dos primeras acepciones según la Real Academia española¹⁷ connotan ciertos privilegios respecto de otro tipo de poblaciones así como un aire rural. Una serie de rasgos diacríticos son adjudicados a la identidad del barrio y sus habitantes por ellos mismos y por otros que no viven allí (tanto vecinos de zonas aledañas como técnicos de la policlínica). Los pobladores como mencionamos anteriormente se autodefinen como «trabajadores» o «de clase media», y serían ellos también «ordenados», «prolijos» y lo que parecería ser aún más importante para ellos, «propietarios».

Algunos usuarios de la policlínica que viven en la zona pero no en la Villa también identifican una identidad particular del barrio «Te digo que es un barrio muy especial ese. Que lo hicieron juntos. La mayoría de ellos. Que son muy buena gente» [Helena, entrevista 2012]. Asimismo, establecen claramente la distinción de los límites del territorio.

Primero que nada yo no vivo en la villa. Media cuadra antes vivo. Y que estoy viviendo acá hace seis años. [...] A partir de venir a la policlínica fue que conocí a la gente acá. [...] Yo realmente, si había pasado dos, tres veces por la Villa para ir a otro lado es mucho. Como que agarraba Leandro Gómez para atrás y nada

17 1. f. Casa de recreo situada aisladamente en el campo. 2. f. Población que tiene algunos privilegios con que se distingue de las aldeas y lugares.

más. Después que entré, vi la gente que había, conocí la gente que había, vi que son gente como uno, trabajadora. Y como a mí me gusta, luchadora por un montón de cosas [*Nicolás, usuario esporádico*].

Desde la visión de los profesionales respecto de los vecinos de la Villa también se destaca la importancia de la condición de propietarios del terreno y cómo eso influye en la pertenencia y en la apropiación del espacio.

[...] desde cómo se fundó el barrio por ejemplo, porque en Villa Farré hay un sentimiento de apropiación de todo. Porque ellos son dueños de sus terrenos entonces cómo no van a sentir así su policlínica [*Integrante del equipo de salud*].

Asimismo, los profesionales que trabajan en la zona reconocen la experiencia previa de organización social de los habitantes de Villa Farré y cómo dicha experiencia les aporta un tipo de entrenamiento.

[...] hay barrios y barrios, el barrio de Villa Farré es un barrio que hay como una fuerte impronta en esto, en la comunidad organizada, ellos ya tienen como un entrenamiento de esto, entonces también tiene que ver con esto, capaz que en otras policlínicas dependientes de repente no se dan las mismas dinámicas porque capaz que no... porque tal vez no hay una comunidad tan organizada como la hay en Villa Farré [*Integrante del equipo de salud*].

Esta fuerte identidad de pertenencia también ha generado conflictos con los otros, especialmente se mencionaron conflictos con los vecinos de La Esperanza, quienes eran echados del barrio en un momento y no se les permitía utilizar los contenedores de basura. Es importante tener en cuenta que el área de referencia actualmente establecida para la policlínica trasciende el barrio de Villa Farré e incluye barrios aledáneos como La Esperanza, las viviendas que se ubican frente a las instituciones educativas sobre Leandro Gómez así como otras viviendas sobre Teniente Galeano e incluso llegan usuarios de zonas más distantes. Asimismo, durante el trabajo de campo se comenzaron a hacer movimientos de tierra en unos terrenos linderos a la policlínica que serán destinados a la construcción de cooperativas de vivienda por ayuda mutua (FUCVAM) integradas en su mayoría por hijos y parientes de los primeros pobladores de la Villa. Resulta de interés señalar y prestar atención a cómo estas definiciones e identidades definidas por procesos socioespaciales¹⁸ también atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención respecto a un servicio de salud, ubicado en un territorio determinado y con una historia particular.

18 Las diferentes modalidades de habitar y vivir la ciudad construyen espacialidades y temporalidades que conforman memorias plurales y matrices espacio-temporales de la ciudad (Guigou y Basini, 2011).

Tener la policlínica en el barrio

La organización vecinal en torno a la idea de tener «una policlínica el barrio» inicialmente es vista por parte de los involucrados como un aspecto más de la disputa por bienes y servicios para su territorio en construcción. Sin embargo, esta posibilidad surge dentro de un proceso más amplio como fue la descentralización de los servicios de salud a partir de la reforma del SNIS y que generó la posibilidad de contratar mediante concurso público a médicos de área para distintos servicios de ASSE. Esta posibilidad es capitalizada por personas que tenían una acumulación y aprendizajes previos de organizarse para construir y mejorar su espacio de vida ya fuera mediante trabajo solidario en la experiencia de autoconstrucción de las viviendas por ayuda mutua o exigiéndole bienes y servicios al Estado como en el caso del saneamiento o del alumbrado público.

A partir de entrevistas realizadas a gestores, trabajadores médicos y no médicos y usuarios es posible afirmar que el proceso de surgimiento de las policlínicas dependientes y su criterio de distribución en el territorio no responden a una estrategia de planificación centralizada. Los procesos de conformación de cada una de las policlínicas dependientes del CSJH han sido diferentes, pero en al menos cuatro casos¹⁹ pueden identificarse procesos de participación social subyacentes.

La distribución de los servicios de salud en nuestro país tienen un origen que implica lo atomizado, lo disperso y lo no siempre conveniente de su presencia en esta... en general, en la mayoría de los casos y sobre todo las policlínicas surgen por el interés de una persona, que puede ser un político, puede ser un profesional, puede ser la comunidad que quiere... ese concepto uruguayo de en cada manzana tener una policlínica y un médico ¿no? es una idea, un imaginario colectivo que uno duerme como protegido, no sé, pero el tema es que nacen «como hongos». Si tú ves la distribución que podemos tener de los servicios no tiene ningún sustento académico ni que explique [...] Entonces, nosotros tendríamos que tener la población que tenemos, los usuarios que tenemos, con relación a esos —de acuerdo a determinado porcentaje o determinada cantidad de usuarios— la cantidad de médicos, de auxiliares de enfermería, de licenciados, de nutricionistas. Como se calcula en muchos lugares del mundo, eso acá no existe, todavía no existe, estamos caminando a eso. El tema es que de repente vos caminás 1,5 cuadras y encontrás 3 policlínicas y hacés 2,5 km y no encontrás ninguna. Entonces, en ese interjuego entre lo que ya existe y la comunidad que está absolutamente empoderada de sus espacios y los intereses de los funcionarios, todos muy valederos, hace que sea muy difícil empezar a repensar una estructura diferente [*Gestora rap-asse*].

19 Se mantuvieron entrevistas formales e informales con relación a este punto con referentes sociales y de los equipos de salud de otras cuatro policlínicas dependientes del Centro de Salud Jardines del Hipódromo: Policlínica 24 de Junio, Policlínica Cinco Barrios Unidos, Policlínica Bella Italia y Policlínica Nueva España. En todos los casos los entrevistados refirieron la importancia de la participación de grupos de vecinos organizados o de actores de la sociedad civil (ONG u organizaciones religiosas) en el impulso de la construcción de servicios de salud en sus respectivos barrios.

Como se admite desde algunos ámbitos de la gestión de ASSE, la distribución de los servicios de salud no se ha hecho de la manera más eficiente y equitativa en todo el territorio nacional. Si bien antes de conformarse la policlínica de Villa Farré habían servicios del primer nivel en la zona (Policlínica Municipal a diez cuadras aproximadamente y Centro de Salud Jardines del Hipódromo a treinta cuadras aproximadamente) ante la posibilidad de contar con un médico en el barrio algunos vecinos se organizaron para recibirlo de la mejor manera posible. Entiendo que el proceso que lleva adelante la concreción de la construcción de la policlínica está íntimamente ligado con las subjetividades, condiciones de existencia e identidad de los pobladores de Villa Farré.

La importancia de contar con una policlínica en el barrio es destacada por quienes participaron del proceso. En la mayoría de las entrevistas mantenidas, las mujeres y madres comentaron que antes recurrían a los servicios de salud de la Policlínica Municipal Punta de Rieles o del CSJH pero identificaban que existían dificultades para acceder a dichos servicios. El principal problema estaba dado en el caso de la policlínica municipal por la cantidad de población que atendían, lo cual implicaba largo tiempo de espera, así como por ciertas barreras de tipo administrativo organizacionales. Varias mujeres recuerdan la entrega restringida de números para pediatras que eran realizadas a primera hora de la mañana, por lo cual tenían que salir de madrugada en invierno campo traviesa con los niños para poder retirar el número y en ocasiones a pesar de ir hasta allí no llegaban a conseguirlo.

Esto acá antes era todo campo. Ahora está todo edificado y cada vez somos más. Y digo, la intendencia, ahora hay más policlínicas de ASSE pero antes venía la gente hasta del km 21 acá a la policlínica de Punta de Rieles. Y para sacar un número con la pediatra había que ir a las 5 de la mañana. Y tenías que ir con lluvia, como fuere. Y a las siete, cuando empezaban a anotar no llegabas con los números. Porque vos en realidad ibas de mañana a anotarte, pero la pediatra estaba de tarde [*María, conserje y referente barrial*].

Como se señaló en el apartado anterior durante la década de los noventa y también a principios del 2000 la ciudad de Montevideo experimentó un crecimiento demográfico muy significativo en su periferia. Este crecimiento impactaba en el acceso a los servicios de salud disponibles en la zona, ya que eran requeridos por un gran número de personas.

Punta de Rieles nomás para un pediatra tenés que hacer una cola tremenda y que empieza no sé si a las cinco de la mañana. Era muy dificultoso, una dificultad grande para las madres de acá [*Margarita, exintegrante de la Comisión de Salud*].

Si bien la RAP-ASSE pagaba el sueldo del recurso humano, el local de funcionamiento debía de ser provisto por los vecinos. Conseguir y mantener los locales donde funcionó la policlínica requirió del esfuerzo y de la colaboración de diferentes personas comprometidas con la idea de tener un médico allí. Se conformó una Comisión de Salud, integrada principalmente por mujeres, para ayudar a la doctora con la limpieza del local y algunos procedimientos administrativos y de

enfermería básicos como ordenas las historias clínicas, dar número a los usuarios y tomar la presión entre otros mediante trabajo voluntario. Ocho mujeres que rotaban sus tareas, cubriendo los diferentes turnos de funcionamiento mientras la policlínica funcionaba en los diferentes apartamentitos.

Nos avisaron. Tenemos una doctora. ¿Y qué hacemos con la doctora? [...] Era un consultorio y una sala de espera y un baño. Este, bueno. Viene para ahí. Este. Ta, pero en seguida que empezó a venir... todo precario total. Porque era una cartelera ahí de espuma plast para que ponga, que avise, para que haya cosas. Y, después en seguida nos dimos cuenta, después de que estaba ella, de que alguien la tenía que ayudar. Todo lo mínimo, viste, pero tenía que tener esas carpetas. Este, hacer pasar, y en seguida que empezó a funcionar, ponele, los primeros días no venía nadie, pero en seguida se va pasando y en seguida empezó a caer gente [*Blanca, usuaria esporádica*].

Se realizó un periplo por distintos locales vecinales prestados o rentados. Esta movilidad y precariedad en la tenencia del local generaba incertidumbre.

Para ello [la venida de la doctora] nosotros teníamos que facilitarle un local, en ese momento había un vecino que no estaba viviendo en el barrio que dijo que iba a demorar y que tenía una casita bastante adelantada en construcción, le faltaba terminación, que él nos la cedía, hicimos pila de trabajo, la hicimos habitable y todo y de golpe y porrazo el vecino se mudó, entonces tuvimos que... de apuro hablamos con otra vecina, que está dentro de esta comisión y siempre ha trabajado con nosotros, ella tiene su casa y un apartamentito porque ahí vivía su mamá, su mamá se fue, «¿Nos podrías facilitar el lugar para que funcione acá la doctora? sino es una pérdida, una lástima porque vamos a perder el servicio», [...] Y así empezó y después se le complicó a la vecina porque su hija formó pareja y no tenían dónde vivir y precisaba el lugar, nos lo informó con anterioridad y nos pusimos en campaña a buscar otro lugar con otro vecino y así fue que fuimos a otra casa, donde también acondicionamos y funcionamos, estuvimos en 4 casas en Villa Farré hasta que dijimos «Esta situación no se puede dar, nos vamos a quedar sin casa, ya no podemos seguir así» y surgió, planteamos la inquietud al МТОР, el Departamento de Convenios [*Cristina, referente barrial*].

Finalmente, se gestiona un convenio entre la asociación civil, el МТОР y ASSE para la construcción de un local. El proceso de gestión del convenio y de construcción de la policlínica es representado por parte de los integrantes de la comisión y por usuarios afines a ella como una gesta heroica, donde la participación social y la capacidad de los vecinos organizados es puesta como pilar fundamental. Según el expediente n.º 2007/10/001/628 del Ministerio de Transporte y Obras públicas, el 15 de diciembre de 2008 da cuenta del convenio celebrado entre dicho Ministerio y la asociación civil «Por una Villa Farré de Cara al Futuro» se aprueba este con el fin de realizar la construcción de un local destinado a la instalación de una policlínica. Se autoriza una inversión de \$1.231.000 como contribución del Ministerio a las citadas obras, el cual será pagado en cinco cuotas a la asociación civil en cuenta del BROU a nombre de

dicha asociación. Asimismo, en el expediente se deja constancia de que en el convenio firmado el 20 de noviembre de 2008 entre el MTOP este se comprometía a realizar la inversión antedicha y la asociación civil contribuía con la suma de \$172.000. Los ‘cinchones’ implicaron distintas instancias de confrontación entre los líderes locales con gestores del sistema de salud y autoridades políticas del gobierno nacional de turno, tanto a nivel municipal como ministerial. Asimismo, la gestión directa de los fondos del convenio supuso enfrentamientos, rumores y sospechas por parte de miembros de la comisión contraria.

Conseguimos convenio con los ministerios de Transporte. Se firmó un convenio tripartito ASSE, MTOP y la asociación civil. [...] En el 2009 nos dieron la plata. Tuvimos que hacer muchísimos trámites, todos los costos los pagó la asociación. [...] Empezamos con la obra con administración directa. Se tomó a gente del barrio. Nos dieron la plata en cinco partidas. No alcanzó el dinero y la RAP nos dio una parte. Y no nos alcanzó porque no se tuvo en cuenta que se pagaba mano de obra. Entre ‘cinchones’ de nueve meses nos terminaron dando la plata para pagar la deuda. [...] Va a hacer dos años ya que estamos acá [*María. Conserje y referente barrial. Cuaderno de campo 2012*].

Es importante destacar que en el proceso de organización y demanda de recursos al Estado, los vecinos también aportaron tres elementos clave: el predio para la construcción de la policlínica, la gestión y realización de la obra con mano de obra local y la Comisión de Salud que apoyó de forma honoraria por varios años el trabajo del recurso médico financiado por el Estado en los diferentes locales provisorios.

Con relación al predio, cuando los vecinos de Villa Farré hicieron el fraccionamiento del terreno de la chacra previeron en el diseño del barrio un espacio para de terreno para lugares comunes. El terreno donde actualmente se asienta la policlínica fue cedido a ASSE para la construcción del local.

Y ahí se hace una experiencia muy rica con los vecinos y ahí nos demostramos que si realmente se junta un grupo de vecinos y tienen objetivos claros, podíamos lograr hacer una policlínica con los propios vecinos de acá de la Villa [*José, usuario frecuente y referente barrial*].

La construcción de la policlínica fue llevada a cabo con mano de obra local mediante administración delegada de obra. José, uno de los primeros pobladores de la Villa, fue el capataz de la obra. Se contrataron varones jóvenes del barrio como peones y la administración la realizó la actual presidente de la asociación civil de Villa Farré.

[...] la administración y quienes contratábamos y eso éramos nosotros y también fue bárbaro, fue una experiencia increíble, porque pudimos traer chiquilines de una congregación religiosa que están con el tema del consumo problemático de drogas ¿no? y los gurises también trabajaron en jornadas como es llenar la viga, hacer la planchada, todo eso, también participó gente del barrio e hicimos las clásicas poroteadas esas grandotas y, entonces, era un mundo de gente y hasta chiquilines había de 10 a 15 años llenando baldes de arena, entonces hay un sentido de pertenencia, que todos tienen un poquito de esa policlínica,

que es por eso que creemos que se mantiene hasta el día de hoy sin un vidrio roto ¿no? [*Cristina, referente barrial*].

Esta policlínica, nos dio mucho trabajo. Nos dio mucho trabajo. Pero es una cosa que en comparación, vos ves todas las policlínicas que hay acá y no hay otra igual a esta, no se cuidan igual a esta. Porque acá la comunidad también la quiere, más allá de que la use. Pero vos acá ves, que hay alguien en la puerta y llaman a Cristina. Cristina, hay gente en la policlínica [*María, conserje y referente barrial*].

La colaboración y el trabajo voluntario de distintos vecinos del barrio en diferentes tareas a lo largo del proceso de construcción del local, así como la ubicación del local en sí en un terreno que es propiedad de los vecinos de la Villa contribuyeron a generar un fuerte sentido de pertenencia de la población local con la policlínica, más allá de tener derechos asistenciales en ella.

El trabajo en el nuevo local y la inauguración oficial

En el año 2009 se comienza a atender en el nuevo local. En principio se contaba solo con un médico financiado por ASSE y el apoyo honorario de la Comisión de Salud. Sin embargo, poco tiempo después de que se comenzó a trabajar en el nuevo local, se empezó a presionar para que parte de dichos recursos humanos fueran contratados y remunerados por el Estado. Las vecinas que integraban la Comisión de Salud acordaron no realizar más las tareas de apoyo como forma de presionar a las autoridades sanitarias. Además de las dos conserjes rentadas progresivamente se fueron incorporando técnicos al equipo de trabajo de la policlínica, lo cual permitió ampliar la oferta de servicios asistenciales. Se fueron implementando consultas asistenciales con diferentes especialistas y espacios grupales como el grupo ODH, el Espacio Adolescente y otras actividades grupales y comunitarias en articulación con instituciones de la zona como la escuela n.º 140 o el CAIF Las Luciérnagas.

La asociación vecinal por su parte solicitó apoyos mediante donaciones de equipamiento y mobiliario en empresas que están ubicadas en la zona. Una de esas empresas es la fundidora de metales pesados más importante del país de capitales multinacionales y la otra una fábrica de productos de limpieza conocida en el medio local. El primer día que fui a la policlínica, una de las conserjes que también integra la asociación civil vecinal me hizo un recorrido mostrándome la policlínica y señalándome los distintos objetos que o eran de ellos o ellos habían logrado conseguir para la policlínica. Desde camillas, archivos y sillas que se ubican en la sala de espera hasta computadoras, productos de limpieza, cepillos y pastas dentales. Todo esto —me dice señalando el moderno mobiliario de la sala de espera— lo conseguimos nosotros con el proyecto de la cuenca del arroyo Carrasco. Me explica que el apoyo de la asociación civil fue fundamental para conseguir la financiación del equipamiento para la policlínica ya que, «Ahora [para los proyectos con fondos internacionales] es fundamental tener el apoyo de la comunidad».

La utilización del término comunidad ha sido criticada en el ámbito antropológico nacional por autores como Romero (2010a) y Fraiman y Rossal (2008) por considerarlo un concepto proveniente del poder transnacional inspirado en la comunidad de fieles protestante que supone una concepción de comunidad homogénea que no coincide con las realidades estudiadas (Romero, 2010a) y que se ha cristalizado en el discurso a pesar de su ineficacia heurística ya que «en las prácticas de la sociedad montevideana solo encontramos relaciones de vecinazgo, que no suelen implicar el sentimiento comunitario [...]» (Fraiman y Rossal, 2008: 131). Ahora bien, en este caso, la categoría de «miembros de la comunidad» resulta apropiada de forma activa por los supuestos destinatarios de ella como una forma de organizarse para acceder a bienes tanto materiales como simbólicos.

Si bien la policlínica llevaba casi tres años funcionando en el local actual y atendiendo a los pacientes allí, fue inaugurada oficialmente el 13 de noviembre de 2013, convenientemente en año preelectoral. Las supuestas causas por las cuales la inauguración oficial se vio tan demorada fueron tema de diversas conversaciones con los referentes barriales y miembros del equipo técnico. Se comentaba que el motivo alegado por las autoridades de ASSE para la demora de la inauguración era que faltaban detalles de finalización de obra, como por ejemplo colocar algunas luminarias y terminar la vereda que rodea el local. Como los funcionarios de mantenimiento de ASSE no realizan tareas de albañilería, estas mínimas mejoras no eran realizadas. Durante el trabajo de campo en el año 2013 participé de una jornada con algunos vecinos en la que se trabajó en la colocación de un tramo de las baldosas de la vereda. La instalación de los artefactos de iluminación se realizó de manera imprevista un día en el cual se realizaba jornada de vacunación y la sala de espera estaba llena de madres con niños.

En el mes de octubre de 2012 se rumoreó la inminencia de la inauguración del local. A raíz de dichos rumores durante los meses de octubre y noviembre de 2012 se realizaron asambleas de usuarios con el objetivo de discutir la inauguración de la policlínica. La asamblea de usuarios surgió como una propuesta de una de las reuniones del grupo ODH en la cual se informó sobre la inminente inauguración y a raíz de lo cual se empezaron a discutir distintos aspectos, especialmente el tema del nombre, en la reunión del grupo ODH. Teniendo en cuenta que ese era un espacio destinado a algunos usuarios y no a todos se decidió convocar a una asamblea de usuarios dirigida a todos los usuarios. Se convocó a través de un cartel en el pizarrón de la sala de espera, donde se indicaba motivo de la reunión, día y hora. Durante las tres asambleas realizadas los actores en disputa eran, por un lado, integrantes de la Asociación Civil de Vecinos de Villa Farré, quienes, como vimos, estuvieron íntimamente involucrados en el proceso de construcción de la policlínica; integrantes del equipo de salud y usuarios frecuentes de la policlínica que no integraban la comisión vecinal.

Si bien la asamblea era de usuarios de la policlínica, la organización de la palabra, la apertura de la reunión así como la explicitación de los objetivos de ella fueron introducidos por la médica de FyC a pedido de los propios usuarios

que allí se encontraban. La discusión se orientó en torno a dos temas: la inauguración de la policlínica, qué cosas faltaba hacer y especialmente la definición del nombre de esta y algunas propuestas de mejoras en el funcionamiento. La inauguración oficial se concebía como un reconocimiento necesario y merecido.

Desde la coordinación de la comisión de la Villa Farré surge la idea de que no se ha inaugurado la policlínica. Yo personalmente siento que la comunidad y la policlínica lo merecen. [...] Por eso estamos acá, ahora la palabra es de ustedes [*Profesional en asamblea 16/10/2012. Cuaderno de campo*].

Integrantes de la asociación civil de Villa Farré pusieron al tanto al resto de los presentes de qué implicaba la inauguración y los pasos necesarios para que el local estuviera apto. Asimismo, convocaban a que los usuarios se organizaran y colaboraran en las tareas faltantes. «Yo le quería explicar a la gente que la idea de inaugurar es también la cartelería que la policlínica no tiene. También terminar algunos detalles que tendríamos que organizarnos nosotros los usuarios y hacerlo. Falta el pórtiland y la arena, pero las baldosas están» (Integrante comisión vecinal en asamblea del 16/10/2012. Cuaderno de campo). Uno de los usuarios presentes en la asamblea pregunta: «¿Cuando se haga la jornada va a haber gente calificada? Porque yo como peón vengo, pero acá son todas mujeres». Se acuerda en hacer una o dos jornadas solidarias para terminar las cosas que faltan para que el local esté apto para inaugurarse.

Al discutir qué nombre se le iba a poner a la policlínica los distintos actores pusieron en juego sus memorias individuales y colectivas sobre el proceso de construcción de la policlínica así como procesos identitarios con dicho espacio. Existe una relación de mutua constitución entre memoria e identidad que implica un vaivén para fijar ciertos parámetros de identidad (Jelin, 2002). Esto implica comprender la identidad en tanto dinámica relacional y contrastativa que requiere de una legitimidad temporal que elabore su continuidad y que cree sentido (Guigou, 2008). Asimismo, la identidad supone la «[...] cristalización al interior de un individuo de las relaciones sociales y culturales en el seno de las cuales él/ella está comprometido/a y a las cuales es inducido/a a reproducir o a rechazar» (Godelier, 2010: 25).

Sin embargo, no existe una memoria colectiva como cosa en sí, reificada por encima de los individuos, sino que «lo colectivo de las memoria es el entretrejo de tradiciones y memorias individuales, en diálogo con otras, en estado de flujo constante, con alguna organización social —algunas voces son más potentes que otras porque cuentan con mayor acceso a recursos y escenarios— y con alguna estructura, dada por códigos compartidos» (Jelin, 2002: 22). Algunos actores pertenecientes a la asociación civil de Villa Farré proponían nombrar la policlínica con el nombre de la doctora que había sido directora de la regional este de la RAP, por entender que esa persona había sido clave en el proyecto de la policlínica. Se alegaba que ella había apoyando en distintas instancias a la Comisión de Salud con confianza personal y con recursos económicos sacados

de su propio bolsillo cuando la policlínica funcionaba en los apartamentitos para pagar el alquiler y la luz.

La médica y otros usuarios por su parte sostenían que la policlínica tenía que tener un nombre que fuera de todos, un nombre que reflejara la identidad de los usuarios que habían sido también muy importantes en la construcción de la policlínica pero también que era a quiénes estaba destinada. Quienes sostenían el homenaje a la doctora, alegaban no solo la importancia de su figura durante el proceso, sino también que era importante no identificar a la policlínica solo con la Villa Farré al nombrarla ya que eso podría desalentar a que personas de fuera de la Villa recurrieran al servicio.

La idea desde un principio no queríamos ponerle el nombre de la Villa porque todos sabemos los problemas que hubo con los vecinos de enfrente porque los contenedores de la Villa y no los podían usar [*Integrante comisión vecinal en asamblea del 16/10/2012. Cuaderno de campo*].

Por otro lado, entre los usuarios que querían que el nombre fuera el de Villa Farré había usuarios que incluso no residían en la Villa propiamente, pero sostenían que la policlínica ya era nombrada de hecho Policlínica de Villa Farré y que la gente la identificaba como tal. «Pero es para los trámites nomás, porque para todos es la policlínica de La Villa» (usuaria en asamblea del 16/10/2012. Cuaderno de campo). «Si no fuera por los vecinos de Villa Farré la policlínica no estaba, estaba solo la policlínica de Punta de Rieles, que tenés que ir a las 5 a. m.» (usuaria en asamblea del 16/10/2012. Cuaderno de campo). Es decir, que se reconocía el esfuerzo de la organización social de los vecinos de la Villa en la concreción del proyecto, también al nombrarla. En la asamblea también se conversaba sobre cómo sería la inauguración, qué se iba a hacer y a quiénes convocar e invitar. Había que cortar el pasto y «No olvidarse de todas las personas que nos ayudaron, porque nosotros tenemos memoria» [Cristina, referente barrial].

Se propone otra reunión de usuarios para la semana siguiente. Si bien estaba convocada a las 17 h hasta las 18 h en que llegó la médica de familia la reunión no comenzó, aunque ella aclaró que no tenían que esperarla. Se comenzó con un relato de la reunión anterior y se hizo un recorrido por la historia del servicio de salud. Entre la conserjes, la médica y otras mujeres intercambian sobre problemas con los que estaban teniendo dificultades y que una vez se inaugurara oficialmente suponían iba a ser mejor: el servicio de limpieza del local, el mantenimiento del pasto en los espacios verdes, entre otros.

En el debate se evocaron públicamente diferentes acontecimientos que eran señalados como mojones en el mito de origen de la policlínica: la llegada del médico al barrio, el peregrinaje por los diferentes locales provisorios cedidos por los vecinos, el rol de las mujeres de la Comisión de Salud, identificándose como especialmente significativas las figuras de las actuales conserjes, el logro del convenio y la construcción de la nueva policlínica. En la construcción de la policlínica, José, usuario frecuente de la policlínica, integrante de la asociación de Villa Farré y militante político de uno de los partidos del Frente Amplio es

identificado como un personaje clave, ya que condujo no solo parte del proceso de negociaciones políticas como integrante de la comisión barrial sino también la obra en sí, desempeñándose como capataz. Se destaca como un acontecimiento significativo la jornada de construcción de la planchada, de la cual participaron jóvenes de la zona. La carga emotiva respecto de lo que se estaba discutiendo se percibía en el ambiente, algunas personas incluso se emocionaron con lágrimas en los ojos recordando el proceso.

Algunos integrantes de la comisión, que proponían que la policlínica se llamara como la gestora, seguían recordando cómo ella había apoyado el proyecto e incluso colaborado económicamente. Por otro lado, los detractores no estaban de acuerdo con ponerle el nombre de ninguna persona «¿Pero quién hizo eso, quién puso las puertas, ustedes o ella? [...] yo en mi zona lo comenté, es gente que se rompió para tener una policlínica en el barrio. Ir caminando. Allá en mi zona se comenta, la policlínica de la Villa» (usuaria en asamblea del 25/10/2012. Cuaderno de campo) Finalmente, una de las usuarias más jóvenes que participaba de la reunión propone una solución en la cual se sale de la tensión de resolver por una u otra de las posturas entre los allí presentes. La idea era hacer una lista de los nombres en disputa, y someterlo a votación de todos los usuarios que quisieran en el plazo de una semana. A la semana siguiente se realiza otra reunión para hacer el recuento de los votos y gana el nombre de Policlínica Villa Farré.

Porque en realidad son los usuarios los que tenían que elegir porque somos los que lo usamos. Entonces bueno, durante una semana estuvo ese cuaderno y se les decía, —mirá, podés votar el nombre de la policlínica para la inauguración— entonces iban con la cédula, votaban, dejaban el nombre y el número de cédula este y después a la semana nos juntamos los que hicimos la reunión de usuarios, hicimos el recuento de los votos y ahí fue que decidimos que se iba a llamar Villa Farré [*Valeria, usuaria frecuente*].

Luego de definido el nombre, ya sin tarea concreta, y sobre el fin del año la organización de las asambleas de usuarios no continúa. Se queda en espera de la fecha de inauguración. La inauguración oficial acontece un año después, el 13 de noviembre en la mañana, el mismo día en que a las 14 h la selección uruguaya jugaba uno de los últimos partidos clasificatorios para el mundial 2014. A pesar de eso en el predio había más de cien personas. Al llegar caminando por la ruta habitual podían verse muchos autos estacionados en las generalmente tranquilas inmediaciones de la policlínica. La gente conversaba amablemente en el espacio verde que rodea el local.

Entendemos la inauguración como un ritual de pasaje (Van Genepp) donde en este caso no es una persona o grupo de personas que cambia de categoría sino una institución. Una policlínica que depende de ASSE y venía trabajando por más de tres años en ese local pasa a ser reconocida y oficializada. Fueron colocados por este motivo las señas distintivas: cartel de ASSE con el nombre de la policlínica y señalización oficial en la zona indicando la ubicación próxima de una policlínica.

De este ritual participaron las autoridades sanitarias del país, la ministra de Salud Pública, la directora de ASSE, así como diferentes autoridades de la RAP-ASSE y la dirección del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo. Concurrieron también autoridades municipales y funcionarios de diferentes programas estatales que trabajan en la zona de referencia. También estaban algunos vecinos de la zona y usuarios de la policlínica así como referentes barriales y médicos de otras policlínicas del CSJH. Previamente a la ceremonia oficial cantó un coro de adultos mayores al cual pertenecía una usuaria de la policlínica algunos temas del repertorio del folclore nacional. Vecinas, vecinos y trabajadores del equipo de salud estaban vestidos con mayor esmero del habitual, acorde a lo que supone una actividad festiva. Unos y otros conocidos se intercambiaban saludos, cumplidos y comentaban lo feliz de la ocasión.

Los discursos se realizaron desde la entrada de la policlínica, la cual se encuentra elevada sobre el resto del terreno, quedando las autoridades elevadas respecto al resto de los presentes. La ministra de Salud, la directora de ASSE y el ministro de Desarrollo Social coincidieron en que una de las mayores fortalezas de esa policlínica que se inauguraba era el fuerte respaldo de los usuarios y de la comunidad organizada. Destacaron todos a su vez la importancia de la descentralización de los servicios de salud para lograr una mayor accesibilidad a ellos. El entonces ministro de Desarrollo Social, quien fuera ministro de Salud Pública comentó: «Cuando pensábamos la reforma de la salud era en esto que estábamos pensando». La coordinadora de la policlínica y médico de familia también dijo unas palabras, felicitando en su nombre al resto del equipo de salud, «Yo quería decir que si bien la policlínica se inaugura hoy hace tres años que estamos trabajando aquí», comenzó afirmando. La presidenta de la asociación civil también habló, «A mí me toca hablar por los usuarios» dijo, «Esto es un sueño». Nombró a muchas de las personas involucradas en el proceso de construcción. Algunas no fueron nombradas, lo cual hirió algunas susceptibilidades según los rumores. Al finalizar se sirvieron refrescos y empanadas y se proyectó un video que algunas integrantes del equipo de salud habían preparado con imágenes de diferentes actividades realizadas desde la policlínica con imágenes aportadas por técnicos y usuarios. Una vez pasado el video el coro retomó su actuación, cantando una seguidilla de temas contando con unos pocos micrófonos y un equipo de audio con pasa CD. Se armó baile, entre algunos usuarios y trabajadores del equipo de salud en la entrada de la policlínica, levantando polvo del piso y unas cuantas risas.

¿Un caso exitoso de participación social en salud?

El apoyo y la participación de los usuarios en el proceso de la creación de la policlínica fue muy destacado en el acto de la inauguración oficial de la policlínica, así como durante todo el proceso de investigación. Para Rifkin (2009) la participación comunitaria fue uno de los principios fundadores de la Atención Primaria en Salud y se volvió una de las características definitorias del enfoque de APS ya que ese principio reflejaba el principio subyacente de la justicia social. Junto con la autoatención, el papel de la mujer y los saberes médicos populares, la participación social o participación de la comunidad es reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar varios de los principales problemas que afectan la salud colectiva e individual, en particular de los grupos subalternos (Menéndez, 2008a y b). Rifkin (2009) plantea que en investigaciones de organizaciones internacionales tales como WHO, United Nations Children's Fund (UNICEF) y la Christian Medical Commission, se argumenta que la participación en salud es importante porque:

1. es más probable que las personas usen y respondan de manera positiva a servicios de salud si ellos estuvieron involucrados en las decisiones sobre cómo dichos servicios son provistos;
2. las personas tienen recursos individuales y colectivos (tiempo, dinero, materiales, energía) para contribuir a las actividades de mejora de la salud en la comunidad;
3. es más probable que las personas cambien comportamientos riesgosos si ellos estuvieron involucrados en la decisión sobre cómo debería ocurrir dicho cambio;
4. las personas adquieren información, habilidades y experiencias al involucrarse en procesos de participación social lo cual a su vez les ayuda a tomar control sobre sus propias vidas (Rifkin, 2009).

Ahora bien, la categoría de participación social y comunitaria es usada con acepciones diferentes e incluso contradictorias y adquiere diferentes sentidos a lo largo del tiempo.

Antes de que la participación social comunitaria fuera impulsada por organismos internacionales y expertos, ella era parte de diferentes formas de acción colectiva desarrolladas por grupos políticos y sindicales quienes a través de distintos tipos de participación se organizaban para intentar alcanzar objetivos específicos relacionados con sus condiciones de vida y trabajo (Menéndez, 2008b). Luego de la Segunda Guerra Mundial se crea la categoría de países del Tercer Mundo, los cuales serían caracterizados por el subdesarrollo. Las condiciones de salud constituían algunos de los principales y más negativos indicadores de la situación de subdesarrollo (altas tasas de mortalidad general, mortalidad infantil y preescolar, baja esperanza de vida, alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas y procesos de desnutrición endémica) lo que implicaba la necesidad de intervenir en ellos (Menéndez, 2008b). La participación de la comunidad había

llegado a ser un rasgo común en los proyectos de desarrollo agrícola y en los proyectos destinados a los suburbios pobres urbanos en la década del cincuenta y aún más en la del sesenta. Para Ugalde (2008) este concepto es incorporado tardíamente por los planificadores internacionales y los organismos nacionales de decisión de las políticas de salud sin incorporar las lecciones emergentes de aquellas experiencias. Si bien existen diferentes corrientes intelectuales sobre la participación y que difieren en su concepción sobre los problemas del desarrollo, «[...] todos los conceptos de participación coinciden en que es preciso consultar a la gente en toda decisión sobre desarrollo, permitiéndole el acceso a los recursos y conocimientos necesarios para ese desarrollo y el disfrute de los beneficios conseguidos» (Oakley, 1990: 2). La legitimación oficial internacional para la participación comunitaria en programas de salud tuvo lugar en la Conferencia de Atención Primaria de Alma Ata en 1978 donde fue formalmente sancionada la vinculación entre atención primaria de salud y participación comunitaria y en 1979 se la reitera como la estrategia para lograr el cumplimiento de la consigna Salud para todos en el Año 2000 (Ugalde, 2008).

La gran mayoría de las tendencias que promovieron la participación social (ps) desde la década de los cincuenta asumieron su importancia y la eficacia de la participación social para «[...] organizarse, para integrarse, para modificar, para generar o reforzar pertenencias o para solucionar problemas puntuales. El concepto/instrumento ps evoca algún tipo de eficacia social, que fue especialmente reconocida respecto del proceso s/e/a»²⁰ (Menéndez, 2008b: 75) Esta concepción condujo a que muchas personas manejaran tácitamente la idea de la participación social como buena en sí, asociándola solo con objetivos correctos y saludables y sobre todo considerándola como un medio para asegurar la modificación de la realidad en términos positivos. Como afirma Menéndez (2008), la participación social, así como otros procesos, también puede tener consecuencias negativas o consecuencias positivas y negativas a la vez respecto de la salud de las personas y los grupos sociales. «La ps no constituye un proceso unilateral y unívoco, sino que opera dentro de juegos transaccionales que se dan entre los grupos y sujetos, y en consecuencia dependerá del poder (micropoder) de cada uno de los grupos no solo la orientación ideológica o teórica, sino también los usos que se den a la ps» (Menéndez, 2008b: 77).

La reflexión sobre la participación social en los procesos de salud-enfermedad-atención debería tener como marco referencial las múltiples trayectorias de la participación: técnica, política, sindical, académica, así como otras. La inclusión de la dimensión histórica es necesaria, tanto en términos teóricos como prácticos para el análisis, buscando y reconociendo la existencia de formas previas de organización y participación en las comunidades, grupos y sujetos con los que se trabaja en procesos participativos. Estas formas previas deben buscarse no solo en el campo específico sobre el cual se está trabajando, como si los actores sociales

20 Por proceso s/e/a el autor se refiere al proceso de salud-enfermedad-atención.

recortaran en su subjetividad los campos de la realidad establecidos desde el Estado o desde una determinada disciplina (Menéndez, 2008b).

Se pueden identificar distintos actores sociales y unidades al analizar la participación social como personas, microgrupos, mesogrupos y macrogrupos (Menéndez, 2008c). Si bien nos centraremos en la reflexión sobre la participación desarrollada a nivel de los mesogrupos, es importante tener en cuenta que en los grupos domésticos y de amigos denominados como microgrupos también existe participación social en salud.²¹ Los mesogrupos²² se conforman desde del entorno o de un objetivo específico a partir de relaciones primarias. Su rasgo distintivo son sus construcciones intencionales y voluntarias que casi siempre producen una organización momentánea o permanente que asegure la continuidad del grupo y sus actividades. Implica la constitución de algunos roles jerarquizados (Menéndez, 2008c).

En el caso estudiado, la participación social y comunitaria en salud a nivel de los mesogrupos cobra particular relevancia ya que en el mito de origen del barrio y de la policlínica está fundado en la ideología de ayuda mutua (Adler Lomnitz, 2001). Entendemos el mito desde una perspectiva antropológica, no como ficción sino como mito que tiene vida (Eliade) «[...] en el sentido de proporcionar modelos a la conducta humana y conferir por eso mismo significación y valor a la existencia.» (Eliade, 1999: 10). La organización de diferentes grupos de vecinos y comisiones se da a partir de objetivos específicos y necesidades de su hábitat y entorno: la construcción de sus viviendas, la gestión de servicios públicos en la zona ante los entes responsables, etcétera. La organización vecinal en torno a tener una policlínica en el barrio surge en el marco de ese contexto más amplio, como un recurso más con el que contar. Es importante el hecho de que existían relaciones primarias entre los pobladores que precedían a la fundación del barrio y que durante la fase de colonización se generaron nuevos vínculos de solidaridad y de redes de intercambios entre ellos.

Podemos identificar tres etapas en este proceso. La primera etapa es la del poblamiento y colonización de la Villa, donde los vecinos se organizan en torno a la construcción de su hábitat, con instancias de construcción solidaria de viviendas y conformando distintas comisiones vecinales para acceder a servicios públicos que hacen a las condiciones de existencia y por ende a la salud como son el acceso al agua potable, luz eléctrica y saneamiento. En este período se

21 La participación social en salud en las personas y microgrupos está referida a la atención curativa o asistencial y a la prevención a través de actividades y relaciones sociales producidas espontáneamente. En estos grupos se genera y sostiene la autoatención. Incluyen redes familiares y sociales inmediatas, es donde se reclutan los cuidadores (en su mayoría cuidadoras) y donde se movilizan recursos individuales o microgrupales para enfrentar un problema (*coping*) (Menéndez, 2008c).

22 Dentro de los mesogrupos se pueden encontrar grupos de autoayuda de padecimientos específicos (como el grupo *одн*), redes sociales amplias, comités de salud y grupos que se constituyen para acciones inmediatas o a mediano plazo como por ejemplo las asociaciones de vecinos, la Comisión de Salud de las mujeres de la policlínica o la Comisión de Participación del *сзпн*.

identificaron disputas de micropoderes y algunos conflictos entre las comisiones atravesadas por pertenencias político-partidarias.

Una segunda etapa es la de la organización para contar con una policlínica en el barrio. Dentro de esta etapa se identifican dos procesos significativos: por un lado, la recepción del médico en locales vecinales y el apoyo de la Comisión de Salud. Por otro lado, la gestión del convenio y la construcción de la policlínica. Didier Fassin (2008) propone caracterizar las diferentes prácticas de participación a partir de la oposición fundamental que surge entre movilización y delegación. «En la movilización el esfuerzo se centra en obtener la participación directa de la población, mientras que la delegación se basa en la participación indirecta a través de agentes o comités» (Fassin, 2008: 121). En esta etapa se combinan ambos tipos de participación. El trabajo en los locales vecinales está signado por un tipo de participación por movilización. La participación como movilización pretende asociar directamente a la población a las actividades de salud y ponerlas en relación con el poder sin la intervención de ningún intermediario. Esta modalidad apela a la adhesión de valores, normas y conductas y supone un movimiento por el cual se asocia a las poblaciones a un proyecto colectivo (Fassin, 2008). La gestión del convenio y la construcción de la policlínica por administración delegada de obra supone la combinación de la participación por delegación del poder (Fassin, 2008) a los integrantes de la asociación civil quienes realizan la administración delegada de la obra y la participación por movilización en distintas instancias colectivas como la construcción de la planchada, las poroteadas, etcétera.

La tercera etapa comenzaría cuando se termina de construir el nuevo local y la policlínica se traslada ahí. Esta etapa está caracterizada por la pluralidad de formas de participación social en salud, basadas en sus experiencias previas pero también generando nuevas formas. La Comisión de Salud deja de funcionar y consigue que dos de las vecinas que la integraban fueran contratadas como conserjes. Los directivos de la asociación civil, electos por elecciones realizadas entre los vecinos de la Villa, continúa su relación con la policlínica en un rol de seguimiento de obra hasta su inauguración oficial. Una de los miembros de la directiva de la asociación es elegida para integrar la Comisión de Participación del CSJH en representación de esa policlínica. La Comisión de Participación del CSJH funciona claramente como participación por delegación. La delegación del poder implica una lógica de representación: se trata de una delegación política. Consiste en transferir competencias en materia de decisión o gestión a un grupo de individuos que serán quienes hablen en nombre de la colectividad (Fassin, 2008). Asimismo, en el nuevo local se implementan espacios colectivos que comienzan a funcionar y a generar una participación social por movilización en torno a prácticas de promoción, prevención y educación para la salud como el grupo ODH y el Espacio Adolescente. Además, se realizan asambleas de usuarios y otro tipo de actividades comunitarias donde también predomina la participación por movilización. Por último, hay participación de personas y grupos

familiares que contribuyen al cuidado del espacio común, por ejemplo con la donación de elementos decorativos.

Encontramos que muchas veces se critica la falta de participación, la falta de compromiso, que la gente solo reclama y no se preocupa por el bien común. Sin embargo, consideramos que estas críticas muchas veces no consideran la variedad de formas en que la gente participa de su salud en prácticas concretas y cotidianas, a nivel local, o a raíz de temas y problemas que les son significativos para las personas. Como afirma Menéndez:

Los conjuntos sociales, y especialmente los subalternos, tienen interés en solucionar sus problemas específicos de enfermedad en forma inmediata, lo que refuerza la tendencia a la participación individual y microgrupal en términos asistenciales. Las causas de esta orientación se atribuyen a que la población tiene poco tiempo para participaciones de tipo colectivo y no específicas, que los sujetos y microgrupos actúan respecto de prioridades consideradas como inmediatas, por lo cual las acciones de tipo personal les resultan más 'económicas' en términos de tiempo y de organización de su vida cotidiana (Menéndez, 2008c: 97-98).

Cuando existen condiciones propicias, objetivos claros, capacidad de organización y de incidencia pueden darse condiciones exitosas para la participación social en salud. Como señala la literatura, no es posible considerar la participación por fuera de un contexto político ya que la participación efectiva abarca cuestiones de poder y control sobre las decisiones, particularmente aquellas relacionadas con la utilización de recursos (Rifkin, 2009). Este proceso fue dado en una determinada coyuntura social, económica y política donde la participación activa de los usuarios y vecinos ha sido, al menos en el nivel normativo, valorada positivamente desde los servicios de salud del Estado. En el ámbito nacional, el marco de la reforma del SNIS y el papel que es dado a la participación de usuarios y trabajadores en su normativa fue clave. En el ámbito departamental, el gobierno ha estado en manos del Frente Amplio en los últimos veinticinco años y ha implementado políticas de descentralización²³ las cuales también incidieron en los procesos de participación ciudadana y de organización y disputa por bienes y servicios estatales en territorio. Existieron condiciones institucionales y políticas que alentaron la participación de los usuarios así como la posibilidad de incidir sobre decisiones concretas y recursos técnicos y materiales. Como señala Rifkin (2009) una de las lecciones aprendidas desde programas comunitarios de participación²⁴ es que la participación efectiva involucra cuestiones de poder y control de las decisiones, particularmente relacionadas con la utilización de recursos.

23 La descentralización del gobierno municipal de Montevideo comenzó en 1990. Se dividió el territorio del departamento de Montevideo en 18 zonas y se instalaron los ccz como unidades político administrativas desconcentradas del gobierno municipal. Dentro de cada ccz se crearon organismos de participación social (Consejos Vecinales) y de representación política (Juntas Locales) (Veneciano, 2008).

24 «Effective participation encounters issues of power and control over decisions, particularly those related to resource utilization» (Rifkin, 2009: 32).

«Poniendo la cara todos los días»: Las conserjes

Como ya mencionamos, se prevee que la atención en salud en el primer nivel sea provista por equipos multidisciplinarios. Las personas que trabajan y conforman el equipo multidisciplinario cuentan con diferentes trayectorias vitales y educativas así como con diferentes responsabilidades dentro del sistema. Establecimos una primera distinción dentro de los integrantes del equipo de salud entre las conserjes y los profesionales teniendo en cuenta tanto sus responsabilidades como sus trayectorias.

Las conserjes son vecinas de la Villa; rondan los cincuenta años y son, a la vez, usuarias de la policlínica y trabajadoras de ella. Integran el equipo de salud, pero no entran dentro de la categoría de profesionales biomédicos ya que no están tituladas formalmente ni como médicas ni como otro tipo de profesión paramédica (enfermería, psicología, partera, etcétera). Su puesto de trabajo se ubica en la recepción, por lo que son la primera persona que recibe a los usuarios cuando entran al servicio de salud, además de atender el teléfono. En algunos horarios, la policlínica está abierta pero no hay profesionales trabajando, y son ellas quienes quedan allí. Si bien su cargo formalmente está creado para cumplir con tareas de vigilancia, las tareas que en ocasiones desempeñan como apoyo administrativo o como auxiliares de enfermería exceden su función formal. Trabajan en dos turnos de cinco horas, uno matutino y otro vespertino, cubriendo el horario de funcionamiento de la policlínica. Durante los meses que en la policlínica no se contó con auxiliar de enfermería también ayudaban en las tomas de talla y peso, toma de presión, realización del hemoglucotest, manejo de archivo de historias clínicas entre otros.

Y la única tarea sería, servir al público y dar información. Pero, yo me salgo de la tarea y tomo la diabetes, tomo la presión, peso, mido, ayudo a la doctora en la tarea de la policlínica. Hago tarea de archivo también porque saco las historias, guardo las historias, anoto a los pacientes. Todo eso que no lo debo hacer pero lo hago igual [*Teresa, conserje*].

Podríamos afirmar que las conserjes son el primer contacto que los usuarios tienen con el servicio de salud. Como comentó una de ellas el día de la inauguración oficial de la policlínica: «Tendríamos que estar nosotras allí,²⁵ somos las conserjes quienes estamos todos los días poniendo la cara con los usuarios».

La creación de la figura de conserje y la posibilidad de contar con dos cargos rentados para cubrir las tareas de apoyo que antes realizaba la Comisión de

25 [Se refería a la explanada donde se dispusieron las autoridades para el acto oficial de la inauguración].

Salud de forma honoraria surge luego de que las integrantes de la Comisión de Salud decidieran no seguir «trabajando gratis».

Pero nosotras estuvimos allá un tiempo. Estábamos. Y un día dijimos bueno, vamos a decir que no hay más el voluntariado. Dijimos viste ponele, un mes, dos meses, no vamos a ir, para ver si nombran [*Blanca, exintegrante de la Comisión de Salud*].

Estaba presente la idea de la posibilidad de un «nombramiento», es decir, que eventualmente la situación de trabajo honorario de la Comisión de Salud fuera transformada en un puesto rentado. Esta expectativa no era solo producto de una especulación de las voluntarias sino que desde las autoridades de gestión que acompañaron el proceso de construcción de la policlínica se había manifestado la posibilidad de que eso sucediera.

Y bueno ta, cuando vinimos para acá a mi siempre me habían dicho, que me iban a tomar, que me iban a tomar y bueno, yo veía que no, no aparecía ninguna solución. Ta, buenísimo. Sos divina porque trabajás gratis y funciona bárbaro la policlínica pero no te pagan un sueldo nada. [...] Y después cuando vino la empresa, que iban a poner conserje de día, habló con la doctora a ver si conocían a alguien y ella los mandó para que hablaran conmigo. Y yo a su vez les dije de Teresa. Porque ta, porque me pareció que lo correcto es que los que arrancamos, los que estuvimos desde hace más años, eran los primeros que teníamos que ingresar [*María, conserje y referente barrial*].

Si bien había otras vecinas que colaboraban de forma honoraria sin tener una expectativa de inserción laboral, en otras la expectativa sí estaba presente. Esto lo noté cuando entrevisté a otra de las antiguas integrantes de la Comisión de Salud, quien se vio reticente a hablar sobre la policlínica. Mencionó que estaba actualmente desvinculada de ella e incluso a partir de la reforma en el SNIS había elegido cambiarse a una mutualista. Finalizada la instancia «formal» de la entrevista, casi al despedirnos, dejó entrever la idea de que estaba decepcionada porque ella no había sido tenida en cuenta para que la tomaran como funcionaria.

En la priorización por determinadas vecinas para integrar el puesto frente a otras se alegan derechos adquiridos moralmente por el fuerte compromiso demostrado durante la etapa de trabajo voluntario.

[...] entraron de conserjes de una empresa subcontratada, cuando en realidad a ellas se las podría haber ido capacitando y ser personal directamente, funcionarios directamente, tienen todos los derechos adquiridos no solo por su trabajo sino moralmente, por el compromiso que ellas tuvieron antes [*Cristina, referente barrial*].

La contratación con el cargo de conserje se realizó mediante una empresa tercerizada que presta servicios de vigilancia, conserjería y limpieza para el centro de salud y algunas de las policlínicas dependientes. Desde que fueron contratadas por primera vez cambiaron tres veces de empleador sin que les fueran reconocida la licencia generada o la antigüedad en el cargo. Además de sus cargos como conserjes y de haber trabajado como voluntarias de la Comisión de

Salud, tanto María como Teresa viven en el barrio desde sus orígenes. Ambas se han capacitado haciendo los cursos de Formación de Agentes Comunitarios en Salud del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, María en la primera edición y Teresa se encontraba cursando durante el trabajo de campo. Estos cursos son ofrecidos por el Centro de Salud en conjunto con la Unidad Docente Asistencial de este. María a su vez integra la comisión vecinal y es una referente barrial conocida y controversial, ya que ha tenido enfrentamientos con algunos vecinos y con gestores del servicio de salud.

Además de estar todos los días en la policlínica, las conserjes son quienes viven en el barrio, quienes se encuentran con los vecinos-usuarios en las actividades cotidianas, quienes se quedan cuando los médicos se van, quienes están los fines de semana, quienes tienen la experiencia personal de ser usuarias de salud pública, de vivir en ese barrio, de enfrentarse a los problemas y dificultades que otros vecinos-usuarios se enfrentan.

—Igual que a vos, al ser agente comunitaria mucha gente te viene a preguntar, un sábado, un domingo si le da o no le da. O si tengo remedio para darle para la fiebre.[...] «¿Y el lunes me lo podrá ver la doctora que está con fiebre?»—Y ahí le tengo que preguntar: Bueno, ¿hace cuántos días que está con fiebre? Si hace cuatro días que está con fiebre llevalo a la emergencia. Y ahí si te mandan a controlarlo sí llevalo a la doctora [*María, conserje y referente barrial*].

El haber estado del otro lado del mostrador, el compromiso con la policlínica y el gusto por la tarea hace que haya un compromiso por solucionar ciertos problemas del día a día de la mejor manera posible.

Será que yo a veces les trato de solucionar. Pero yo también estuve a veces de ese lado del mostrador de que, entendés, se me enfermaba la gurisa y no tenía dónde llevarla o no había número. A vos a veces se te enferman y no tenés plata para tomarte un taxi o para ir a otro lado. No sé, yo lo veo desde ese punto de vista. A mí me gusta el trabajo comunitario que yo hago y ta, siempre y cuando uno lo sepa hacer responsablemente. Pero no a todo el mundo le gusta. Eso es lo mismo que acá. Yo podría decir, bueno, yo trabajo acá y que se venga todo abajo. Pero si veo una pared sucia voy y la limpio. Las plantas las tengo todas, las traje todas yo. De lo que donaron ese arbolito es lo único que queda. Las plantas, ta, las trajeron para la policlínica, pero las cuido yo. Yo que sé. Hay que poner una cartelera y la pongo... hay que cambiar una bombita y la cambio [*María, conserje y referente barrial*].

Con relación a los usuarios, existe una mayor cercanía social, lo que las convierte en interlocutoras más amigables para despejar algunas dudas, pedirles favores o que intercedan ante los profesionales o incluso para informarse de diferentes estrategias a la hora de moverse dentro del sistema de salud o de otros servicios y programas estatales ofrecidos. Además, se encargan de llevar la agenda de las consultas programadas y por lo tanto, su criterio pesa a la hora de darle mayor o menor prioridad a una consulta o la flexibilidad de negociar según los horarios de consulta disponible lo que le resulte mejor para el usuario.

Viene una señora a consultar. Pide una receta de dermocrema para la hija, que le manda el dermatólogo para la piel, porque «le está picando mucho».

—María: No creo que te la mande si no la ve. ¿Por qué no la traés más tarde?

—Señora: No, no yo a las 11 me voy a trabajar. Pero le quería pedir a la Ximena que la fuera a buscar a la farmacia.

—María: Ya vamos a poner una farmacia acá, más cerca. ¿O estoy pidiendo mucho? (dice mirándose) Bueno, yo le digo que te haga la receta y en todo caso la pasás a buscar más tarde [*Cuaderno de campo*, 2012].

Sala de espera, en la mañana. Llega una señora que tiene fecha de control. Viene con una niña.

—«Cambíame a Santiago que tenía hora para las 11 que fue a ver un trabajo», le dice a María.

—«¿Santiago está trabajando?», pregunta María.

—«No, no está trabajando. Ahora fue a ver un trabajo».

—«Ah, porque los viernes de 13 a 17 h están viniendo los de Jóvenes en Red que te los ponen a trabajar, les consiguen para estudiar, todo eso. Los mandan a estudiar y trabajar» [*Cuaderno de campo*, 2012].

Esta cercanía con los usuarios está dada por un conocimiento mutuo previo, por relaciones de amistad y parentesco pero también está atravesada por relaciones de poder y de intercambio de favores o al menos por un reconocimiento y prestigio social.

Llega un señor. Saluda a María. Parecen conocidos. María le comenta que «le consiguió» hora para el médico internista que atiende en la policlínica una vez al mes en el Centro de Salud. «Usted va primero a la dirección y pregunta por Giménez que como lo anoté por teléfono, ella le tiene que dar el papelito. Cualquier cosa si no está ella usted pida que ella lo dejó atrás de la impresora» [*Cuaderno de campo. Sala de espera*].

La contracara de la mayor cercanía es que dicha cercanía «no es tan cercana» con todos los usuarios. El conocimiento previo opera también como prejuicio en algunos casos, desvalorizando a algunos usuarios o minimizando sus motivos de consulta y la importancia de los mismos respecto de otros.

Como que hay mucha disponibilidad a algunas situaciones que de repente no le correspondería pero como son colaboradores y amigos de la policlínica yo que sé, pero a otras personas que sí les corresponde, que son de salud pública, este, les corresponde la atención ahí no tienen tanta dedicación o por el estigma que tienen en el barrio o porque se consumen drogas o por el estigma que se trae, este, o por la prioridad que le da la persona que agenda a veces en el momento [*Entrevista con profesional del equipo de salud*].

Las personas adictas a la pasta base son los que han sido fruto de mayor estigma a lo largo de lo observado durante la investigación. El tema del consumo problemático de sustancias, especialmente de pasta base de cocaína (PBC), así como las redes de comercialización y diferentes episodios de robo y violencia protagonizados por personas relacionadas al mismo es un tema cotidiano en la zona. En la literatura se señala que el momento de aparición de la PBC en nuestro país fue

la primera década del siglo XXI seguido de la rápida adicción a ella por parte de muchos usuarios de otras drogas (Folgar, 2006; Garibotto *et al.*, 2006 en Rossal *et al.* 2013). Alusiones despectivas a su consumo problemático, comentarios con relación a actividades delictivas atribuidas a estas personas como robos cometidos en el barrio (incluso la casa de una de las conserjes fue robada por una usuaria de la policlínica calificada de adicta); alusiones a su aspecto personal (descuido en la higiene y vestimenta), a su conducta sexual (tachada generalmente de promiscua) y en las mujeres a su condición de malas madres. Durante diferentes instancias del trabajo de campo presencié comentarios de ese tipo.

Mañana de lluvia. Conversamos con profesional que está sin pacientes en la consulta y María en la sala de espera. Tomamos mate, ceba María. La profesional comenta de algunas situaciones de salud pública que la frustran, porque quedan las cosas a medio hacer, sin resolver.

—Un año viene la niña con el papá que la trajo, que le falta la medicación. Al año siguiente viene con la mamá. Yo le creo. Ella [María] que conoce más dice que el padre es más responsable. Es una niña que fue una pretérmino, con un montón de complicaciones. Hay como muchas cosas que nadie se hace cargo, yo lo dejo escrito [en la historia], me muevo, pero ta, también me olvido.

—Pero yo que los conozco a los dos de niños, el padre es bien, pero la madre, es adicta, drogadicta. [...]

—Los cuentos que te hacen, como que adentro del consultorio te cuentan una cosa, pero después María te cuenta como es la realidad. A veces te frustra, porque no podés hacer más que derivarlo [*Cuaderno de campo. Sala de espera*].

La figura de las conserjes como parte del equipo de salud es ambigua, justamente por ser parte de la comunidad como ellas mismas afirman. Por un lado, su conocimiento local es valorado por los profesionales técnicos y también su cercanía es valorada por los usuarios, sin embargo, ese mismo conocimiento y cercanía, pueden operar como reproductores de ciertos prejuicios con relación a determinados usuarios o como motivo de discrepancias sobre cómo encarar una intervención en salud.

—Creo que también la gente que trabaja en la policlínica y es también de la zona, también está con determinados... No sé cómo decirle. Claro, la palabra no es prejuicio, pero ya tiene, trabaja en la zona, vive en la zona, todo, es como que (suspira) muchas veces es como que...[...] lo que quiero decir es que tenga una visión más de vecino y no tanto de técnico. Entonces eso puede hacer que limite un poco, por ejemplo, en algunos aspectos.

—¿En el relacionamiento con los usuarios decís?

—Sí, o en la llegada de determinado usuario. Si por ejemplo llega un usuario y yo ni lo conozco, yo que sé, si, antes sacaba fecha y no se atendía, o por ejemplo «No, está acostumbrado a pedir fecha y no atenderse, entonces para qué». [...] Así como también, tener una persona que es del barrio o de la zona facilita un montón de cosas. Por ejemplo, si alguien no viene a la consulta te dice: «No te preocupes, que yo te la encuentro en el almacén y te la traigo». Que yo si vengo a trabajar y vivo en el centro seguramente no me la cruce ni en el almacén, ni

en la feria, y no se cuándo la vuelva a ver si ella no viene. O sea, como todo: tiene sus pro y sus contras [Entrevista con profesional del equipo de salud].

Una mañana, durante uno de los Espacios Adolescentes se estaba desarrollando una conversación informal entre dos profesionales y cuatro jóvenes que estaban participando del espacio, tres varones y una chica. Si bien María no participa formalmente del espacio, como la charla se estaba dando en la sala de espera, de hecho quedó incluida. La discusión giraba en torno a temas de violencia entre jóvenes y abusos sufridos por personal policial. Surgió a raíz de algo que le había pasado a uno de los muchachos esa semana. Había tenido problemas con otro muchacho de un barrio vecino, ‘se había sacado’ y lo habían mandado a la comisaría. El joven contaba que en la seccional había sido golpeado por uno de los policías que allí se encontraba y él le había devuelto el golpe, dejándole el ojo negro. Al día siguiente, fue a la UTU donde estudia y el mencionado policía era el mismo que estaba realizando la vigilancia (servicio 222) en el patio de la institución educativa. El joven cuenta también otro problema que tuvo con un compañero de la UTU y cómo se «había sacado» y «lo quería reventar» con una piña americana que llevaba en la mochila. Las profesionales hacían intervenciones con relación al cuidado de sí y del cuidado de los otros, de cómo hacer para controlar esos impulsos de ira, donde el joven decía ‘sacarse’, desde una perspectiva de la prevención de riesgos. Por otro lado, los jóvenes daban distintos argumentos sobre cómo era necesario «hacerse respetar» porque si no «los pasaban por encima». La chica contó a su vez cómo a su hermano «lo habían ido a buscar a la casa» jóvenes de otro barrio «para matarlo». Si bien su hermano había sido amenazado previamente por mensaje de texto y había hecho la denuncia en la comisaría, esta había sido ignorada por los policías. Sucesivas situaciones de violencia policial hacia los jóvenes y violencia entre los jóvenes eran intercambiadas, y las profesionales intentaban intervenir desestimando las acciones violentas, proponiendo una lógica de cuidado y condenando a su vez las situaciones de abuso u omisión policial. El tono de la conversación iba siendo cada vez más intenso y controversial y en un momento María interviene en tono agresivo dirigiéndose a las profesionales, defendiendo el argumento de la autodefensa por parte de los vecinos y de la necesidad de la represión policial a los «malandros».

Es que hay que hacerse respetar, porque si no acá te pasan por encima. Ustedes no viven acá en el barrio, ustedes vienen y se van, no tienen que salir de noche. Yo a mi hija después que llega del liceo no la dejo salir ni al almacén [Cuaderno de campo].

Mientras que desde las profesionales se sostenía una postura de evitar el conflicto violento y una perspectiva de derechos de los adolescentes frente a la violencia policial, desde la visión de la conserje como vecina, muchos de esos jóvenes «estaban de vivos» y se justificaba en cierto sentido la represión policial. Este incidente es ilustrativo sobre cómo entran en tensión ciertas categorías y lógicas desde una moral de clase media profesional, que busca realizar una intervención

en salud desde una perspectiva de derechos con otras lógicas locales, derivadas de la convivencia diaria y cercana con situaciones de violencia.

Además del caso de Villa Farré encontramos que en otras policlínicas también existen conserjes rentadas por el servicio de salud, y cuyos cargos son ocupados por personas (generalmente mujeres) que han estado vinculadas con dichos servicios de salud de forma voluntaria previamente y que tienen legitimidad social local en otros espacios de participación ciudadana. Nos referimos especialmente al caso de la policlínica de Cinco Barrios Unidos y a la expoliclínica ubicada en la parroquia de Bella Italia. En el caso de la policlínica de Cinco Barrios Unidos, Betty está contratada para realizar tareas de limpieza y algunas horas de conserjería. En el caso de la policlínica COVIPRO sabemos que recientemente también se contrataron conserjes pero no tuvimos la posibilidad de entrevistarlos con ellas. Además, en otras policlínicas de la zona encontramos la figura de «agente comunitaria de salud», o «agente en salud» como se presenta una de ellas. Se trata de dos mujeres que colaboran de manera voluntaria con el servicio de salud (sin ningún tipo de contrato o de remuneración económica) con actividades como la limpieza del local, manejar el archivo de historias clínicas, agendar pacientes y llevar el orden de la consulta y colaborar con algunas tareas de enfermería.

Hace tres años que estoy trabajando en la policlínica. Hago un poco la parte de pesar a los niños, tomar las presiones, ayudar en todo lo que sea necesario. Y bueno, acá estamos, hacemos de todo. Si hay algún paciente que necesite que se le tome la presión se la controlo, también, que necesite hablar, desahogarse, también voy, los escucho. Si hay que llamar a una emergencia también. Voy. Llamo. Todo lo que es trabajo, más que comunitario, yo diría humanitario, porque te tiene que salir del corazón. Si no no da [Vanessa, agente comunitaria de salud, Policlínica 24 de Junio].

Ambas se encuentran muy comprometidas con la tarea y le dedican muchas horas de sus vidas, aun fuera del espacio de trabajo de la policlínica «Nosotras tenemos el celular prendido las 24 horas porque nunca sabemos» [Vanessa, agente comunitaria de salud, Policlínica 24 de Junio]. «Y bueno, las paran por la calle todo el tiempo» (profesional de Policlínica 24 de Junio). Además, como pasaba con el caso de las mujeres que habían integrado de forma voluntaria la Comisión de Salud de Villa Farré, se generan expectativas de que eventualmente dicha tarea voluntaria pueda ser reconocida, formalizada y signifique un empleo remunerado. «Tengo que hacer el curso de auxiliar de limpieza para el día de mañana poder tener un sueldo» [Julia, agente comunitaria de salud, Policlínica 24 de Junio].

Entendemos que la figura de conserje tal y como es desempeñada en el caso estudiado se constituye en una nueva estructura en los servicios de salud descentralizados del primer nivel, que está entre los usuarios-vecinos, el equipo de salud-profesionales-compañeros de trabajo y las políticas de gestión de los servicios de salud. Las trayectorias de las personas que ocupan ese cargo en el caso estudiado están atravesadas por fuertes procesos de legitimación social, pero

también están expuestas a expectativas, señales y reclamos de diferentes actores los cuales pueden resultar contradictorios y generar conflictos.

La figura de las conserjes condensa distintas posiciones sociales e identidades (vecinas, usuarias, trabajadoras, voluntarias), fenómeno que refiere a las identidades múltiples que adopta un ser social en relación con diferentes otros (Godelier, 2010). La cuestión en este caso es que esas identidades sociales no se despliegan ante diferentes otros sino que se condensan múltiples identidades frente al mismo otro. Por ejemplo, la conserje es a la vez paciente y compañera de trabajo de los profesionales o es a la vez vecina e integrante del equipo de salud de la policlínica ante sus vecinos/usuarios; es a la vez un miembro de la comunidad que participa de su salud organizándose en asociaciones vecinales, colaborando en comisiones de salud o participando de cursos de agentes comunitarios y empleada subordinada mediante un contrato tercerizado ante el servicio de salud cuyas competencias formales están claramente delimitadas (y en algunos casos son excluyentes de las tareas que se realizaba previamente como agente comunitaria).

Es conocido que el sistema de salud biomédico es un sistema jerárquico y centrado principalmente en la figura del médico y que establece jerarquías entre las personas que integran un equipo según su grado de formación o especialidad. Más allá de las posiciones diferenciales respecto del saber biomédico, hemos observado en nuestro trabajo que las figuras de las conserjes también detentan cierto poder a la interna de las microdinámicas asistenciales. Con relación a los usuarios ese poder se ejercería a partir del acceso y control a recursos materiales (manejo de la agenda, acceso a muestras de medicación) y simbólicos (cercanía con el saber biomédico). Los apoyos sociales desarrollados por las características del trabajo de cercanía de las conserjes con respecto a los usuarios y la legitimidad de su trayectoria de participación social también les permitiría ejercer ciertos micropoderes con relación a las dinámicas internas de trabajo dentro del propio equipo de salud.

Quedan abiertas preguntas para seguir profundizando e investigando, quizá en un estudio de tipo comparativo, sobre estas figuras híbridas que se integran con distinto nivel de formalidad a los servicios de salud públicos y que desempeñan actividades asistenciales: ¿pueden ser consideradas como traductoras o puentes entre los servicios de salud y los usuarios?, ¿cómo influyen los micropoderes locales en los cuales estas personas están insertas en el acceso de los usuarios a los servicios de salud?, ¿qué herramientas se les da para la formación en su tarea?, ¿existen mecanismos de apoyo y acompañamiento?, ¿cómo se legitiman o no dichas figuras desde el sistema de salud oficial?

«Las doctoras» ¿Hacia un modelo integrador?

Excepto un profesional que iba una vez al mes, el resto de los profesionales son mujeres y los usuarios las nombran a todas como doctoras. La presentación personal de las técnicas es bastante homogénea compartiendo tanto las disposiciones corporales como estéticas. Yo misma fui tildada en ocasiones de doctora por diferentes usuarios por compartir también ese estilo. Una posible explicación de esa identificación homogeneizada por parte de los usuarios respecto de las diferentes profesiones de la salud puede ser el proceso de medicalización de la atención de la salud en nuestro país (Barrán, 1992) que promovió un rol preponderante de los profesionales médicos.

Haber sido invitada a participar de las reuniones de equipo fue una oportunidad de ver en funcionamiento al equipo de salud. Se realizan mensualmente y participan la mayoría de los trabajadores de la policlínica, asistían dos licenciadas en Enfermería del Centro de Salud que supervisan las policlínicas dependientes y en ocasiones se invitaba a técnicos de programas estatales que estaban trabajando en territorio como Uruguay Crece Contigo (UCC), Aleros, Jóvenes en Red, ETAF, Socat, entre otros, o de instituciones estatales de la zona (escuelas, liceo, CAIF) con el fin de coordinar las acciones a nivel local y planificar acciones en conjunto. Ese día la actividad asistencial era suspendida. La médica de Familia tenía en dichas reuniones un rol de organizador, ya que llevaba adelante los puntos del orden del día, en los casos que era necesario realizaba las presentaciones pertinentes y moderaba el uso de la palabra. Además de funcionar como una instancia de planificación conjunta de las tareas a ser desarrolladas por el servicio de salud, las reuniones son espacios de circulación de información sobre actividades científicas o académicas y sociales entre los profesionales, así como novedades e informaciones sobre los últimos acontecimientos del barrio con las conserjes.

También se comparten estrategias del proceso de atención entre los integrantes del equipo, ya fuera con relación al abordaje de determinado paciente o situación con la familia de algún usuario como sobre cómo obtener de la mejor forma posible y en el menor tiempo posible los análisis y estudios paraclínicos que necesitaban solicitarles a sus pacientes, cómo derivar a determinado paciente con un especialista codiciado para el cual hubiera pocos cupos, a qué programa estatal se podía derivar a alguien, etcétera.

En nuestro trabajo encontramos que los profesionales ponen en juego distintas estrategias a la hora de trabajar en el primer nivel de atención. Distinguimos entre aquellas adoptadas a la hora de sortear las dificultades de fragmentación del sistema, es decir, que implican el vínculo con otros servicios o niveles del

sistema y aquellas que desarrollan en el vínculo con los usuarios, tanto a nivel de la consulta como en espacios puntuales, para fortalecer la relación asistencial.

Mecanismos alternativos: cómo sobrevivir a la fragmentación del sistema

Desde el nivel normativo se concibe al primer nivel como la puerta de entrada al sistema de salud. Este discurso es sostenido tanto por los gestores como por trabajadores médicos y no médicos.

[...] desde el primer nivel de atención, apostando realmente a avanzar en el cambio del modelo de atención y de gestión, que por ley y por convicciones estamos tratando de profundizar ese avance, ese es un poco el objetivo de nuestra existencia: los usuarios, y ser realmente la puerta de entrada al sistema para los usuarios de ASSE [*Gestora rap-asse*].

Desde una concepción ideal significa que el usuario no tenga su primer contacto con el sistema de salud cuando ya está en una situación de enfermedad avanzada sino que pueda llegar a partir de rutinas de control en salud. Asimismo, se prevé que el usuario tenga un médico de referencia desde el primer nivel, y que desde allí se puedan coordinar los diferentes tránsitos que el usuario establezca dentro del sistema, manteniendo el vínculo con su profesional de referencia que es quien tendría la visión longitudinal del paciente. En el caso de los usuarios que se atienden en una policlínica dependiente, pueden necesitar utilizar y coordinar con otros servicios de salud dentro del primer nivel de atención o con servicios del segundo o tercer nivel en distintos casos, por ejemplo para la realización de estudios paraclínicos que le solicite su médico de referencia o ante la necesidad de consultar a un especialista.

Sin embargo, problemas de gestión como por ejemplo el sistema de asignación de números, los tiempos de espera, la falta de referencias y contrarreferencias formales entre técnicos o la falta de recursos y servicios para abordar las necesidades de la población atentan contra este objetivo. Ante este tipo de situaciones, los profesionales se encuentran en su trabajo cotidiano con algunos obstáculos para proporcionar la mejor calidad de atención posible a los usuarios y adoptan algunas estrategias para sortear los obstáculos y resolver las necesidades de atención de las personas que acuden a los servicios de salud.

Si bien los ejemplos varían en el tipo de problema que enfrentan, tienen en común que ante determinadas situaciones los profesionales deciden saltar los mecanismos formales previstos por el sistema de salud para poder resolverlos. Generalmente, el mecanismo alternativo recurre a contactos personales entre profesionales que trabajan en diferentes servicios de salud que son activados mediante comunicaciones informales. En otros casos, un mismo profesional que tiene inserción tanto en el servicio del primer nivel como del segundo opera él mismo como articulador entre ambos servicios.

Una de las profesionales comenta las diferentes dificultades que existen para conseguir una hora con un especialista de cardiología, y cómo en algunos casos seguir la vía formal, implicaría que dicha consulta no fuera realizada. Ante situaciones de pacientes que no pueden esperar para esa interconsulta, se despliegan distintos mecanismos informales, o vías alternativas.

Nos sigue pasando a nosotros en la poli que de repente pedimos la referencia con cardiología y para venir a sacar fecha no hay cardiólogo, tienen que venir a las 4 de la mañana a hacer la cola en el centro de salud porque a las 6 de la mañana dan los números y a veces no llegan, entonces es como que uno piensa esto podría ser mucho más ágil [...] Entonces, claro, también eso termina haciendo que uno a veces salta los mecanismos formales y como maneja otros ámbitos. Por ejemplo yo hago guardia en el hospital [nombra hospital de segundo nivel] y tengo recetas. En una receta le puedo pedir la consulta con cardiólogo del [hospital] y no tiene que hacer cola. Va y enseguida como va pide hora y le dan una fecha, una hora y ya está. Por cómo funciona el sistema, terminamos tratando de sobrevivir en el sistema. [...] Bueno, uno, no está mal ¿no? Cuando vos tenés un paciente que sabés que no puede esperar, uno busca las medidas de poder darle una solución a esa situación. Hay veces que es una situación que apura mucho más, que la conducta es bueno llamo al Centro y hablo con dirección para que le den una hora, y hay veces que puede esperar más, pero que la persona o no puede venir a las 3 de la mañana, que les es imposible y sabés que es lo mismo que no hacer esa consulta [*Entrevista con profesional*].

En este otro ejemplo, otra profesional comenta cómo dentro de dos servicios del primer nivel de atención se ponen en juego relaciones interpersonales entre técnicos para facilitar la colocación de un dispositivo intra uterino (DIU) a una usuaria.

En realidad, con respecto al centro de salud a veces pasa que hay muchas dificultades para al usuario. Pero, creo que hay, no soluciona el problema porque el problema sigue existiendo, pero como yo trabajé muchas veces con técnicos también del centro de salud, si yo quiero que una usuaria se ponga un DIU muchas veces tengo la posibilidad, por haber trabajado en el Centro de Salud por dos años, de tener el número de algún técnico, mandarle un mensajito de que capaz puede ir esta usuaria, y que por otros medios esta usuaria no tenga un problema en la colocación del DIU. No es el método por el cual se debería hacer, en el recorrido de ir a la ventanilla, ta, ta, no, pero el cometido que quería se da [*Entrevista con profesional B*].

El criterio para hacer uso, o no, del mecanismo alternativo depende de una valoración clínica del riesgo de la situación que realiza el profesional caso a caso. Entendemos que si bien estas estrategias pueden funcionar en el momento y lo que hacen es poner en el centro al paciente (persona) con el fin de poder solucionar de la mejor forma posible su situación, estos mecanismos dependen fundamentalmente de voluntades personales y de relaciones sociales entre técnicos-profesionales que pueden o no estar en determinadas instituciones.

Tanto las dificultades relacionadas con las faltas de recursos necesarios para resolver los problemas de salud en el nivel en que están previstas como las dificultades de coordinación con otros niveles, específicamente en lo que hace a la referencia y contrarreferencia entre el médico de referencia de la persona y los diferentes especialistas son señales de que aún falta camino por recorrer hacia la integración del sistema de salud. Según la OPS (2010):

La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. [...] En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios (OPS, 2010: 2).

Esta fragmentación y descoordinación entre servicios y niveles también es percibido por los usuarios y en el próximo capítulo se abordarán las estrategias que ellos despliegan para enfrentarlas.

Relación asistencial y modelo de atención centrado en la persona. Lo qué está en juego para el otro

Como se mencionó anteriormente, una de las características de la estrategia de APS tal y como se concibe en la actualidad es la atención centrada en la persona (OMS, 2008). La mayoría de los profesionales coincidieron en que para desarrollar su trabajo en el primer nivel, el vínculo con los usuarios es fundamental. Si bien la relación asistencial no se remite a la consulta, dicho espacio fue mencionado como un espacio de importancia en el encuentro del usuario con el sistema de salud.

La idea de que el médico del primer nivel es el médico del primer contacto está basada en el cambio de modelo de atención propuestos por la reforma del sistema de salud de que los usuarios tengan un médico de referencia que haga el seguimiento longitudinal y pueda realizar las derivaciones a especialistas cuando corresponda. Las profesionales reconocen la responsabilidad que implica ser el primer contacto con el sistema de salud, ya que cuando alguien decide recurrir al servicio de salud y por tanto llega a tomar contacto con el sistema de salud es por algo.

[...] según el problema particular, la persona más que el problema, según cada persona cómo uno se va manejando y ahí va también eso. [...] pero después va ahí la capacidad de uno siempre estar en el rol y saber que vos estás siendo el contacto con el sistema de salud en muchos casos y que cuando las cosas llegan al contacto con el sistema de salud es como que algo pasó, por lo cual se genera ese contacto, entonces uno ahí abre la puerta a todo lo que hay detrás que todavía no ha llegado al contacto, que no llegará o que se manifiesta por

otras cosas. ¿Se entiende a lo que voy? Es como que es una responsabilidad importante también pararse desde el rol de ser un médico de primer contacto, si se quiere también [*Entrevista con profesional C*].

Poner en el centro de la relación asistencial a la persona, implica una serie de habilidades y de estrategias desarrolladas por los profesionales en su enfoque. Si bien reconocen que como profesionales están en una situación de saber diferencial respecto de los usuarios, el desafío de este vínculo sería llegar a una situación de construcción conjunta. Para ello, la apertura de la consulta sería una característica importante del trabajo en el primer nivel. Esta apertura consistiría en darle al otro el espacio para que coloque su problemática, lo que está realmente en juego en esa situación. Mientras que en algunos casos el paciente puede tener eso claro y elaborado, en otros, se daría un descubrimiento conjunto entre el médico y el paciente dentro de la propia consulta.

Claro, que de repente venís vos y me decís «vengo porque me duele al orinar» y de repente tenés una infección urinaria, pero además hablando resulta que lo que vos me colocás como principal situación tuya no es eso [...] A veces, muchas veces pasa que en verdad en seguida llega el paciente, te lo vuelca, porque venía para eso, no venía por lo otro, venía para eso; pero a veces no, a veces uno lo encuentra dándole una apertura, si se quiere, a la consulta y es que surgen las otras cosas y ya te digo, no lo estoy planteando con la perspectiva de que ah yo escucho eso entonces digo esto «es el problema», no, estoy hablando de una construcción conjunta, digamos, porque identificado por la persona, por la familia o a veces por referentes, digamos [*Entrevista con profesional C*].

La actitud de apertura en la consulta facilitaría comprender qué es lo que está en juego para el usuario y su familia. La claridad del lenguaje empleado también es reconocido como un aspecto importante.

Tratar de hablar con un lenguaje sumamente claro. Y en eso si me empeño, pongo todo mi esfuerzo y toda mi fuerza en eso. En poder tratar de transmitir a la usuaria, desde cómo tomar las pastillas hasta por qué va a ir al Pereira Rossell por una internación de RCIU²⁶ hasta que es importante que se haga las rutinas desde un lenguaje claro, cercano [...] Creo que los términos médicos quedan para mí, para la historia, para una receta, para derivarle, pero creo que hay cosas que se pueden hablar claro, sin que la persona se asuste, por ejemplo [*Entrevista con profesional B*].

La comunicación establecida en la relación asistencial es de gran importancia para la práctica clínica. Arthur Kleinman (Kleinman, 1980; Kleinman y Benson, 2006) ha establecido que los factores culturales son importantes para los diagnósticos, tratamientos y cuidado de los pacientes en la clínica ya que la cultura conforma a las creencias relacionadas con la salud, los comportamientos y los valores de las personas. Desde esa perspectiva, el autor propone la importancia de indagar sobre los modelos explicativos de la enfermedad del paciente y de su familia, intentando entender cómo el mundo social afecta y es afectado

26 Retraso del crecimiento intrauterino.

por la enfermedad y las creencias que el paciente y su familia tienen en torno a este padecimiento. Kleinman y Benson (2006) sostienen que es importante establecer qué es lo que está en juego para el paciente y sus seres queridos ante un episodio de enfermedad.

Indagamos con los profesionales entrevistados si además de la actitud de apertura dada a la consulta establecen otras vías para acceder a las creencias y prácticas que los pacientes tienen respecto de su salud y enfermedad. ¿Los profesionales indagan sobre, o las personas colocan el uso de otros sistemas de atención, prácticas de autoatención o creencias religiosas?

El uso por parte de los pacientes de plantas medicinales sería una de las prácticas abordada con mayor facilidad y asiduidad tanto desde el punto de vista de los profesionales como de los usuarios. Desde el punto de vista médico, se incluye en la entrevista clínica cuando se indaga el consumo regular de sustancias. Mientras que para algunos profesionales el consumo de tes y tizanas es entendido como una práctica de autoatención de los usuarios, para otros dicho consumo es visto con preocupación o incluso es desestimado ya que se parte del supuesto de precaución de que en concentraciones elevadas los principios activos de las plantas pueden ser riesgosos. Prácticas propias de la medicina popular como tirarse el cuerito o curar el mal de ojo que fueron relevadas entre los usuarios como prácticas relativamente habituales dentro de sus trayectos terapéuticos (ver capítulo siguiente) o prácticas de cura de medicinas alternativas son mencionadas en algunos casos en la instancia de consulta. En algunos casos algunas prácticas de medicina alternativa son incluso recomendadas por parte de los profesionales.

Creo que debe de haber más de lo que me dicen. Por ejemplo, a veces traen a un niño al control y les pregunto, bueno, ¿cómo pasó? «más o menos, estaba medio ojeado y lo llevé a una curandera». Ta, este, y yo siempre digo, que yo soy abierta a esas cosas, salvo que les den de tomar alguna cosa, algún yuyo que puede ser tóxico. Pero hay sí, hay saber popular, esta población tiene muchos orígenes rurales, entonces hay como eso de curanderas, de cosas, conozco de algunos pacientes que hicieron abortos en una época, ellas los practicaban, y después hay algunas personas más puntuales, puntuales porque pagan, han ido a acupuntura. Y yo les digo, «sí, si pueden ir vayan» [*Entrevista con profesional D*].

Dentro del espacio de la consulta la verdad es que es algo que uno siempre indaga, porque es parte de los antecedentes de una persona, cuando uno pregunta por ejemplo consumo de sustancias, en el sentido más amplio, esto está incluido, es algo que preguntamos en la consulta, «bueno, ¿algún yuyo que tomes?, ¿algo que tomes todos los días», es parte de entender o armar la imagen de la persona, digamos, para entender el proceso en el cual se encuentra, como que es algo que siempre es relevado pero siempre desde el conocer la situación, nunca desde una postura «ah no, estás tomando yuyos», siempre desde ese nivel [*Entrevista con profesional E*].

El período del embarazo está asociado con varias creencias y prácticas del campo de lo popular.

Por ejemplo, se dice que si se pasa por abajo de un alambrado el niño se puede enredar en el cordón. Entonces ellas no pasan porque cuidan la salud de su niño con esas estrategias que pasan de generación en generación. Entonces yo creo que el embarazo, en el caso que me toca a mí está muy lleno de esos mitos y de esas formas de cuidar el embarazo que están relacionadas con lo popular [*Entrevista con profesional B*].

La integración de las creencias religiosas a la práctica clínica se da con mayor dificultad que las prácticas de autoatención o de la medicina popular. Podemos suponer que existe una mayor reticencia por parte de los profesionales en indagar sobre este aspecto o por parte de los usuarios de manifestar sus creencias en este sentido relacionada con la secularización del Estado-nación.²⁷

Sin embargo, en algunos casos puntuales fue posible intentar un abordaje donde se integraran las creencias religiosas de los pacientes. Una de las profesionales nos cuenta un caso donde se incorporan elementos de la religión umbanda.

Sí, de hecho por ejemplo me pasó de trabajar con algunos adolescentes que en su familia profesan la religión umbanda, entonces ahí es eso: tenés que entrar en esa lógica e integrar de alguna manera, y escuchar y no juzgar e integrar también esas prácticas «bueno, a ver contame cómo es esto...», «¿pensás que lo que a vos te pasó es un trabajo que te hicieron?»,... y esa pregunta por ejemplo, ahí te miran y aflojan porque es como «ah bueno» ¿no? [...] por ejemplo yo trabajé con una pareja que los dos eran de religión umbanda. Y si yo no preguntaba estas cosas, yo decía «estas dos personas están delirando» ¿se entiende? Hay una línea a veces muy sutil, entre lo que puede ser un delirio o una locura de a dos, o lo que puede ser una religión y lo que puede ser una sugestión. Entonces si vos entrás en esa lógica de decir «Bueno, esto viene por el lado de lo umbanda y por el lado de un trabajo y por el lado de la pombagira, la no sé qué, la Iemanjá», le das otra lectura distinta que si te quedás con la lectura tradicional de «está delirando», psicopatológica. [...] Pero en el barrio es algo renormal, el aparecido, y el trabajo, todo eso está supernaturalizado, entonces si vos no abris un poco y no integrás esto, entonces sí, son todos delirantes [*Entrevista con profesional F*].

Este caso resulta significativo porque a partir de la apertura de la dimensión de la religión en la práctica terapéutica fue posible integrar aspectos psicológicos, sociales y culturales para la comprensión del padecimiento de dos personas y al hacerlo descartar un diagnóstico psicopatológico. A partir de enmarcar los padecimientos que los pacientes le transmitían (visiones sensoriales, fobias y paranoias) en un contexto religioso, la profesional interpreta esa situación como parte de una creencia que tenía su sentido en un marco social y cultural compartido con otros.

27 Con el nacimiento del Estado-nación se decidió forjar una identidad ciudadana laica y culturalmente homogénea en pos de la integración nacional, lo que significó el desplazamiento de las manifestaciones religiosas al ámbito privado (Brena, 2011). «Igualitarismo culturalmente descaracterizante [que] constituyó la piedra angular de la construcción de la nación» (Guigou, 2010: 65 en Brena, 2011).

Si bien la comprensión del sistema cosmológico de la religión umbandista excede el objetivo de este trabajo, mencionamos algunas características sobre las concepciones de salud y enfermedad en dicha religión con el fin de dar elementos para comprender por qué el testimonio analizado puede ser entendido como un caso exitoso de apertura de la práctica clínica a variables sociales, culturales y religiosas que permiten comprender qué es lo que está en juego para los otros en ese momento. Según Magnani (2002) en las prácticas umbandistas las perturbaciones, sean físicas o mentales, están siempre relacionadas con el plano espiritual. Las enfermedades son producidas por las interferencias del plano cósmico en la vida de los mortales. Hay enfermedades que pueden ser ‘kármicas’, otras que se desencadenan porque la persona tiene capacidades de ‘medium’ no desarrolladas u otras producidas por espíritus que poseen a las personas. Estas últimas son denominadas encostos. El encosto es el alma de algún muerto, generalmente próximo al enfermo que por ignorancia o venganza se apodera de él. Los trabajos suponen la manipulación de fuerzas y entidades espirituales a través de determinados ritos y las malas influencias son consideradas como flujos malignos. En las perturbaciones producidas por encostos, los síntomas aparecen repentinamente. La persona está bien y de un momento para otro comienza a tener visiones, ideas compulsivas de suicidio, raptos temporarios de locura, peleas con familiares, accesos de furia o ser acometidos por algún mal físico inexplicable (Magnani, 2002).

Las religiones de «matriz africana» en el Uruguay incluyen un variado grupo de cultos, si bien guardan diferencias significativas que los constituyen como religiones independientes, también tienen algunas semejanzas, como el rendir culto a entidades de la naturaleza denominados ‘orishás’ (Brena, 2011). Pueden distinguirse cultos afrobrasileros (umbanda, kimbanda, candomblé y batuque; sincretismos surgidos en Latinoamérica como consecuencia de la fusión entre la religiosidad africana con la nativo-americana y europea) y por otro lado los cultos africanos que migraron de aquel continente directamente (Brena, 2011). Con relación a los cultos «afro brasileros», Pi Hugarte denominaba al conjunto de estas prácticas religiosas «cultos de posesión», ya que es el hecho de alcanzar estados de trance donde se «incorporan» diferentes entidades lo que singularizaba a este tipo de prácticas (Pi Hugarte (1993) en: Oro y Scuro, 2013).

Sentidos sobre la salud y la enfermedad entre las profesionales

Comenzamos este libro desarrollando la perspectiva de la antropología médica sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Afirmamos que ni la salud es algún tipo de estado absoluto de bienestar ni la enfermedad es un resultado directo de un patógeno o de un disturbio fisiológico, sino que tanto la salud como la enfermedad son concebidos como categorías que son a la vez biológicas y sociales (Ember y Ember, 2004).

Uno de los objetivos de este trabajo era conocer los sentidos que los trabajadores le daban a la salud y la enfermedad. Esas concepciones de salud y de enfermedad son las que guían y orientan cómo esos profesionales desarrollan sus prácticas de atención, cómo planifican su tarea, cómo orientan el vínculo con las personas que consultan y precisan utilizar esos servicios.

En diversos trabajos a partir de la década de los noventa del siglo XX se han señalado y discutido los efectos de la hegemonía médica en nuestro país y el proceso de medicalización de la sociedad (Barrán, 1992 *et al.*). En términos generales, estos procesos podían caracterizarse dentro del marco de lo que Menéndez caracterizó como modelo médico hegemónico (MMH) presente en los sistemas de atención biomédico. Los principales rasgos del MMH son:

[...] Biologicismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente subordinada, exclusión del saber del paciente, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1978, 1981, 1983, 1990a en Menéndez, 2003: 194).

Sin embargo, en la segunda década del siglo XXI se han identificado algunos procesos de cambio dentro del propio sistema biomédico. Romero (2013) identifica que, se estaría produciendo

[...] un cambio cultural dentro del propio campo de la salud, con el ingreso de nuevos agentes y nuevas tensiones planteadas por profesionales médicos con búsquedas e intereses que obligaron a pronunciamientos de la Facultad de Medicina y del Estado como agente regulador. [...] estudiamos el pasaje de un modelo biologicista excluyente de cualquier otro enfoque, hacia otro modelo en el que cabe una integración más tolerante para con tratamientos y formas de sanación [...] (Romero, 2013: 199).

Este cambio dentro del campo de la salud estaría introduciendo nuevas formas de hacer medicina,²⁸ «Medicina(s) dentro de las medicina» (Romero, 2013:199). La constatación de estos cambios está en consonancia con los procesos analizados en nuestro trabajo.

A partir de las entrevistas realizadas a las profesionales encontramos que en ellas predomina una visión holística de los procesos de salud y enfermedad. Al dialogar sobre sus concepciones de los procesos de salud y enfermedad, identificamos que trascienden el plano biológico e incorporan dimensiones de la vida social tales como las condiciones materiales de vida y de trabajo de las personas, los vínculos con sus pares, la posibilidad de disfrute e incluso la dimensión espiritual. Si bien el foco sigue estando en la persona entendida en términos individuales, se

28 Este trabajo se centra en la incorporación de medicinas alternativas y complementarias, las tensiones entre la libertad de elección y la reglamentación y vigilancia por parte del Estado sobre las mismas como principio de protección de los usuarios, las actitudes de apertura personal por parte de profesionales hacia este tipo de terapias y las limitaciones de las instituciones sanitarias a la hora de incorporarlas dentro de su oferta.

incorporan algunos elementos que permiten situar a esa persona en un entramado más amplio de relaciones sociales y en sus condiciones materiales de existencia. Se reconoce la importancia de la participación de las personas en su propia salud, el conocimiento de las personas sobre su propio cuerpo y la posibilidad de decidir la mejor alternativa ante un estado de padecimiento.

Como para sintetizar la salud la entiendo en su concepción más amplia, digamos, todo es parte de la salud de la persona,[...] esto nos lleva a esa concepción que en verdad nosotros no somos una persona que hace tal y tal cosa y además mi salud es buena o mala, no, eso no existe, somos uno solo y todos nuestros procesos, lo que nos pasa repercute en la salud [*Entrevista con profesional C*].

Es como complicado, en realidad la salud como que abarca todo, como un bienestar tanto físico como psíquico, como mental, como que la salud estaría englobando todo. [...] Creo que eso ha tenido como un cambio, tanto desde el psicólogo como desde el médico en hacer todo algo más integral y no solo apuntar el médico a lo orgánico, el psicólogo a la mente y a lo psíquico, sino que englobar y tratar de trabajar todos en una cosa, porque la persona es una sola, toda. Y bueno, la enfermedad es lo que se sale fuera de ese equilibrio, que todo tendría que tener un equilibrio, porque en realidad estar como bien desde todos los puntos de vista del equilibrio para estar sano. Me parece que también la búsqueda espiritual o la fe en algo, en que vas a curarte, también tiene importancia, como que estaría bueno, si alguien viene y te plantea buscar sanación está bien también. Que no es solo «tomá la medicación, así te vas a sanar», no, no es solo eso [*Entrevista con profesional E*].

Me parece que salud tiene que ver con lo que trajimos, con esto de disfrutar, de jugar, de tener amigos, de desarrollarte, de sentirte plena, me parece que todo tiene que ver, no es la ausencia de enfermedad ni solamente el equilibrio biopsicosocial y tal, sino justamente tiene que ver con esto de la plasticidad, la salud tiene que ver con la capacidad de adaptación, la salud tiene que ver con la creatividad, la salud tiene que ver con espacios de disfrute, la salud tiene que ver con trabajo y estudio, tiene que ver...; y bueno, la enfermedad por ende sería como lo contrario a todo esto [*Entrevista con profesional F*].

Si bien desde la literatura se reconoce una oposición entre las representaciones de los agentes de saberes biomédicos y aquellas que sustentan las experiencias de las vidas cotidianas de las personas, como afirma Dias Duarte (1998), dicha oposición es dinámica, lo que hace que las fronteras entre esos modelos de diferencias sean fluidas.

A partir de diferentes aspectos analizados en la presente etnografía, proponemos que entre los profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención encontramos un modelo de atención más integrador y tolerante que si bien sigue basándose en los principios de la biomedicina, integra aspectos relacionales en sus concepciones de salud-enfermedad y en sus prácticas de atención. Detrás de este modelo más integrador reconocemos en el plano normativo una serie de principios de la APS que fueron reseñados anteriormente como la visión holística de la enfermedad, la atención centrada en las personas,

la continuidad asistencial y la apertura a la participación de los pacientes, las familias y las comunidades.

Por último, se observó que existe una intención de apertura no solo al saber de los usuarios en las instancias asistenciales, sino que se han dado diálogos desde el servicio de salud con usuarios organizados en instancias como las asambleas de usuarios, trabajo en conjunto y coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales e incluso una apertura al diálogo con actores religiosos en la búsqueda de abordajes conjuntos frente al problema del consumo problemático de sustancias. Por otra parte, el propio equipo de salud está integrado por diferentes disciplinas del campo de la salud (médicas y no médicas) y por las conserjes, lo cual también supone un esfuerzo de diálogo a la interna de esas disciplinas y personas, no sin conflictos y disputas de micropoderes.

Recordemos que estos procesos se enmarcan a su vez en un contexto social y político donde la reforma del SNS incide y orienta las líneas de las políticas de salud pero donde también la formación de las personas que llevan esas políticas adelante es un tema a tener en cuenta.²⁹

29 Con relación al largo proceso de institucionalización de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la Facultad de Medicina ver «Orígenes y posibilidades de desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay» (Ponzo, 2013); con relación a los procesos de formación de agentes comunitarios en salud ver ASSE (2012).

El proceso de salud-padecimiento-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios³⁰

Los sujetos y grupos sociales emplean diferentes estrategias a la hora de enfrentar un padecimiento y pueden utilizar diferentes formas de atención en un contexto determinado. Como afirma Menéndez (2003) partiendo de los conjuntos sociales es posible ver el uso articulado de las diferentes formas de atención que usa cada grupo, para solucionar sus padecimientos reales e imaginarios. Este tipo de abordaje permite comprender los comportamientos respecto del proceso de salud-padecimiento-enfermedad-atención posibilitando comprender las racionalidades de los sujetos y grupos sociales (Moreno-Altamirano, 2008; Menéndez, 2003). Tanto a nivel latinoamericano (Dias Duarte, 1998; Menéndez, 2003, Dalmonil y Penha, 2008; Moreno-Altamirano, 2008) como en Uruguay (Romero, 1993, 2006^a y 2013) existe evidencia de que los conjuntos sociales utilizan potencialmente varias formas de atención.

Menéndez (2003) clasifica las formas de atención para aliviar sus padecimientos en: a) de tipo biomédico, referidas a médicos del primer nivel de atención y especialistas de padecimientos físicos y mentales; b) de tipo popular y tradicional donde incluye a curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, así como el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos y el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos; c) alternativas, paralelas o *new age*; d) devenidas de otras tradiciones académicas como acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etcétera, y e) centradas en la autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Clubes de diabéticos, Padres de Niños Down, etcétera, cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o copadecen algún tipo de problema (Menéndez, 2003).

Indagar sobre la experiencia de la enfermedad y el padecimiento implica prestar atención no solo al nivel discursivo textualista, sino a la experiencia del padecimiento (Das y Das, 2007) la cual es indisoluble de la dimensión corporal (Csordas, 2008) por lo que nuestro análisis consideró tanto las entrevistas etnográficas informales y en profundidad como la observación participante de diversos espacios. Buscamos indagar qué prácticas y estrategias (Alvarez, 2009; Bourdieu, 1990)

30 En el año 2015 se publicó en la revista de Salud Colectiva de la Universidad de Lanus un artículo que retoma de forma sintética algunos de los aportes desarrollados en este capítulo (Evia, 2015).

ponían en juego las personas a la hora de enfrentar sus padecimientos cotidianos e intentamos comprender cómo esto se vinculaba con las interpretaciones y representaciones (Laplantine, 1999; Menéndez, 2009) que tenían sobre el proceso de salud-padecimiento-enfermedad-atención. Para ello, tomamos como punto de partida teórico y metodológico el análisis de los trayectos terapéuticos (Das y Das, 2007; Menéndez, 2009; Goffman 2001) y el trabajo sobre las experiencias del padecimiento (*illness experiences*) (Das y Das, 2007).

Al indagar sobre estos trayectos les preguntamos a las personas qué hacían cuando ellas o alguien de su familia estaban enfermas. En sus primeras respuestas, o afirmaban que no solían estar enfermas, o nos contaban algún acontecimiento donde ellos o alguien de su familia sufrieron un padecimiento grave. La policlínica no era vista necesariamente como el primer lugar al que se recurriera en caso de que algún padecimiento fuera experimentado, sino que podía haber otras alternativas o etapas en los trayectos recorridos. Al indagar específicamente por el uso de ella, aparecía como un lugar en el que se realizaban controles rutinarios, se consultaba por cuestiones de los niños, o en el caso de las personas que asistían a los grupos asistenciales colectivos era vista como un espacio de sociabilidad y encuentro, más que como un mero espacio asistencial.

Las «enfermedades» que valían la pena de ser contadas eran aquellas consideradas graves. La gravedad estaba asociada a alguna condición que hubiera puesto en riesgo la vida de la persona o requerido de una intervención médico-quirúrgica o de una internación prolongada en un hospital. Asimismo, implicaban en general una combinación de sistemas de atención para su tratamiento y el involucramiento de dimensiones sociales y afectivas. Qué personas (amigos, familiares) acompañaban en el procesos, quiénes no, cómo se veían afectados aspectos de la vida cotidiana tales como la gestión del hogar, el cuidado de los niños, el trabajo durante el transcurso del padecimiento en cuestión.

Por otra parte, había una serie de malestares, que no eran mencionados en un primer momento por parte de los entrevistados. Al profundizar en los encuentros las usuarias y usuarios entrevistados reconocían que había ciertos malestares y padecimientos de bajo umbral que eran identificados como parte de la vida cotidiana y a los cuales no se referían en primera instancia cuando eran consultados sobre sus trayectos de atención. Este tipo de padecimientos en general eran atendidos en el ámbito doméstico mediante lo que Menéndez (2003) denomina autoatención o se recurría para su atención a curadores del campo popular.

Los análisis de Veena Das y colaboradores (2007) en una investigación sobre la experiencia de padecimiento subjetiva entre personas pobres de Nueva Delhi fueron una referencia analítica para interpretar estos sentidos emergentes. En esa investigación los autores encontraron que existían variaciones significativas entre las experiencias de los participantes de la investigación. Mientras que algunas eran comentadas de manera casual, otras conllevaban relatos sobre involucramientos con diferentes contextos sociales y terapéuticos. La diversidad

de contextos en los cuales los participantes experimentaban los padecimientos variaban desde un extremo del espectro donde eran fácilmente absorbidos como parte del flujo normal de la vida a otro donde las historias de la enfermedad estaba perseguida por el sentido de la falla del cuerpo y de las relaciones sociales. Así como en el trabajo de Das, en nuestra investigación también podíamos observar variaciones significativas entre las experiencias del enfermar y el padecer de los participantes de esta investigación.

La enfermedad como flujo normal de la vida: autoatención y modos de atención populares

Resfríos, gripes, dolores de barriga, dolores de garganta, heridas, quemaduras leves, entre otros malestares considerados menores no son mencionados cuando se pregunta por enfermedades o malestares. Este es el tipo de padecimiento que puede atenderse la mayoría de las veces en casa, sin recurrir a ningún curador experto, y son mencionados por los entrevistados solo cuando se les pregunta si hay algún tipo de problema de salud que sea resuelto en casa.

Observamos que la atención de malestares menores se realiza en gran medida a partir de la autoatención. La autoatención, según Menéndez (2003), es la forma de atención a la enfermedad más frecuente utilizada por los grupos sociales y sintetizadora de las otras formas de atención, de forma constante (aunque intermitente) y autónoma. La autoatención:

son las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa (Menéndez, 2003: 198).

Las personas que entrevistamos ponen en juego prácticas de autoatención de acuerdo a ciertos criterios diagnósticos, donde la intensidad de los síntomas (principalmente el dolor y la fiebre) y su duración juegan son categorías centrales para evaluar la gravedad del padecimiento en cuestión. Una simple gripe, un resfrío, una herida leve, son enfermedades que forman parte del flujo normal de la vida, producto del cambio de las estaciones o de accidentes domésticos cotidianos.

Por ejemplo él, empezó con fiebre el jueves, pero estaba con mucha tos y moco. Y yo digo ta, es una gripe. Estuve jueves, viernes y sábado dándole Novemina cada ocho horas y reposo. Dije ta, es una gripe, no voy a estar llevándolo al médico. Después el domingo sí lo tuve que llamar médico pero fue porque seguía con la fiebre [*Nancy, usuaria esporádica*].

Sí se puede. Sí es un tema bastante suave, sí. Pero si ya es más de los bebés y eso a mamá no le gusta. [...] Ella espera que pase y si no pasa vamos al médico. Si nos duele mucho la garganta sí. A ver si es llagas en la garganta o algo de eso [*Natalia, usuaria frecuente*].

Asimismo, desarrollan prácticas para atender, controlar, curar y solucionar en casa o sin la necesidad de consultar a un médico. Identificamos que se combinan prácticas de atención que provienen de los saberes biomédicos como ser el uso de analgésicos con prácticas provenientes de las prácticas de atención populares especialmente tes e infusiones preparados a partir de ciertas plantas medicinales o yuyos. A pesar de que los médicos advertían sobre el posible riesgo de este tipo de preparados debido a las concentraciones de los principios activos, observamos que los mismos fueron referidos como alternativas muy utilizadas en las prácticas cotidianas de autoatención. Según Dias Duarte (1998) desde el siglo XVIII las fórmulas de la biomedicina han influenciado las representaciones generales concernientes al padecimiento. Esta difusión se ha dado mediante formas de reinención, lo que hace que las fronteras entre los modelos biomédicos y las experiencias cotidianas de las personas sean fluidas.

En este trabajo encontramos que quienes llevan adelante los procesos de autoatención en el hogar son principalmente las mujeres: madres, esposas, abuelas, tías, hermanas mayores. Esto coincide con lo señalado en la literatura (Kleinman, 1980; Fritzpatrick *et al.* 1990; Menéndez, 2008) que identifica a mujer como vehículo de cura, en tanto que es la que generalmente maneja los remedios, la alimentación y la que decide si verdaderamente hay enfermedad o no.

Cuando se trata de gripe los atiendo yo nomás ¿viste? Si tienen fiebre y tengo remedio para la fiebre, si veo que la cosa no... que tengan fiebre y no baja ni nada por el estilo, llamo enseguidita, y si no no, no son de vivir enfermos ni nada por el estilo, una simple gripe o algo, que uno sabe hacer los tés caseros que hacían los padres de uno y ta, hago eso y para el otro día están como rifle (risas) [...] Yo té, miel, pongo miel, azúcar quemada, limón, guaco, salvia... todos los yuyos que vea que sea para la gripe y encajo todo en el mismo té. Lo hiervo y se lo dejó enfriar y eso toma durante tres días. Lo hacía mi padre y mi madre todo cuando nosotros éramos chicos, con eso nos curábamos, no eran de llamar médico: gripe, bueno, a la cama y a tomar té [*Patricia, usuaria esporádica*].

—Bueno, por ejemplo. Si vos estás con un dolor de cabeza no vas a ir a la policlínica.

—O con un dolor de estómago, tomás un te.

—Una aspirina, una cosa. Ta. Cuando te duele la barriga si no es mucho tomás un serral, o ta [...] El Culé, es una planta que es digestiva. Cuando ando mal del estómago me tomo un tesito de Culé. Buenísimo. Y la hoja de parra, cuando

estás con mucha diarrea, después de que echás todo lo que tenés de diarrea y tomás un té de hoja de parra y te corta. Y boldo en el mate [*Entrevista con Roberto, usuario frecuente y su esposa*].

Existe otro tipo de padecimientos, propios de los bebés y niños pequeños, que son identificados como padecimientos comunes de los niños pero que requieren la intervención de curadores especializados no biomédicos: el empacho, el mal de ojo y la paletilla caída. Estos padecimientos «tradicionales» se tratan mediante modos de atención del tipo tradicional o popular.

El mal de ojo se le atribuye a la influencia que determinadas personas adultas ejercen sobre el niño. Cuando el niño es sometido a miradas insistentes, se le presta demasiada atención, se le está muy encima o se le transmite el cansancio o malestar puede ser ‘ojeado’. Los síntomas del mal de ojo son identificados con problemas de sueño en el niño: tener el sueño cambiado o cuando el niño duerme con los ojos entreabiertos.

El empacho por su parte consiste en problemas digestivos, y es atribuido a los alimentos ingeridos por el niño. Los síntomas son la rigidez del vientre del niño y el mal olor en la materia fecal.

Cuando él era chiquito, algún mal de ojo, tirarle el cuerito o cuando está empachado, todo eso sí. Cuando él era chiquito yo lo llevaba a un señor que este lo curaba de empacho y esas cosas pero después nosotros no... [...] Porque él vivía llorando y no dormía bien cuando era chiquito y me decían que ta, era ojeo. Y lo llevamos para curar de ojeo. Dicen que es cuando los mira, una persona con la mirada fuerte. Eso le da dolor de cabeza a los bebés. Cuando venís muy cansado de trabajar y te ponés así con el bebé como que el cansancio se lo transmitís.[...] Y el niño no duerme, o duerme mal. Y dicen, ah, está con el sueño cambiado, está ojeado. Porque no duermen de noche y te tiene toda la noche despierto. Que sé yo, de toda la vida, las abuelas. Uno crece con eso. Ya desde tu abuela, entonces, uno lo hace. Como cuando te dicen lo de curarte el hipo. Bueno, esto, lo mismo. Esto lo mismo [*Gabriela, usuaria esporádica*].

Patricia, usuaria esporádica, nos cuenta que ella siempre llevó a sus hijos a que le curaran el empacho, el mal de ojo y la paletilla caída con una señora que le dicen «la abuela». Llegó a consultarla a través de sus hermanas que también iban allí.

No sé, ella les pone la mano en la cabeza para curarle el mal de ojo y dice algo para adentro de ella, que nunca escuché lo que dijo, y la panza con un aceite que pasa en cruz y ta, así lo cura.

Cuando le pregunto si este tipo de terapia funciona ella me explica que «Sí, y si creés mejor todavía. [...] Porque si vos vas a una persona que no creés como que no te da resultado. Y yo toda la vida mis hijos estaban empachados o algo, yo los llevaba y santo remedio, porque a veces no me dormían porque, viste, la panza les queda durita o algo, o hacen la caca muy fuerte o algo, ya ves, decís están empachados, los llevás, cuando querés ver duermen toda la noche tranquilos.

Patricia ya reconoce los síntomas del empacho y ante su aparición decide consultar directamente a la abuela y no al médico.

No, porque yo creo que un médico no te va a sacar el mal de ojo o el empacho, hay yuyos para el empacho, yo sé que hay yuyos para el empacho, y la paletilla el médico tampoco te la va a volver al lugar. Eso es lo que digo yo, no sé [...] ¿Entendés? No creo que un médico te vaya a sacar el mal de ojo, te va a decir no, no va a saber lo que tiene capaz y uno sabe que ellos tienen mal de ojo porque les duele la cabeza y duermen con los ojos abiertos.

Existiría por lo tanto una serie de malestares que le son propios al campo de la medicina popular o tradicional y para los cuales el sistema biomédico no sería eficaz.

Este saber de la medicina popular está asociado a cosas de antes, según nos cuenta Doña Concepción quien vive en el barrio de La Esperanza y «sabe curar» el mal del ojo, el empacho y otros malestares. Su hija y sus nietos se atienden en la policlínica pero también recurren a sus prácticas de cura.

Lo que sé son cosas de antes, de yuyos. Cosas de antes, para la diarrea, los empachos, esas cosas. Yo aprendí con mi mamá. Ella me enseñó. Si tiene un dolor en la panza, se santigua, se dice unas palabras. No cosas de brujería porque en eso yo no creo. Es un santiguado para los dolores de los niños. Una persona se cayó, también un santiguado, un dolor, también aprendí. Pero siempre lo que me gustó más fue todo lo de yuyos [...] Yo por ahí tengo guardado, ella me escribió, decí tal y tal palabra cuando está empachado el niño. Mis niños que yo los amo. Y él me dice, abuela, tirame el cuerito. Se le vence la panza, se le da vuelta la panza boca abajo y se le tira el cuerito. Todas esas cosas las aprendí de mi mamá. Ella había aprendido de su abuela. Son cosas de antes, pero cosas buenas [*Concepción, usuaria esporádica*].

Concepción aclara que son cosas buenas, estableciendo la distinción entre el saber de la medicina popular y las cosas de brujas. «Pero yo no creo en brujas, yo creo en dios, no creo en brujas, pero la gente dice, eso es de brujas.» Ante la posibilidad de la sospecha de que sus prácticas de cura se relacionen con prácticas mágicas malignas como la brujería, Concepción prefiere mantener su saber en el ámbito de lo privado.

El otro día vino uno a preguntarme si yo sabía curar no sé qué y dije que no. Antes había vergüenza, ahora no hay vergüenza, pero yo tengo vergüenza. A mí me gusta lo que yo sé, lo que yo aprendí para mí. Yo si hay una persona que tengo confianza, que venga un día, yo igual hago. Los yuyos nomás los doy y les digo. Para un montón de cosas son buenas los yuyos y después cura [*Concepción, usuaria esporádica*].

Según Barrán (1992), en documentos y crónicas del siglo XVIII ya se registraban las propiedades medicinales de ciertas prácticas y la presencia de yuyeros en la campaña y en la ciudad. Es conocida la tesis de Barrán que sostiene que la medicalización de la sociedad fue uno de los fenómenos culturales más definitorios del siglo XX. «[...] la obsesión por el cuidado del cuerpo, la medicalización consiguiente y el poder que comenzó a tener el dirigente de esa medicalización

como su saber sobre el resto de los poderes y saberes, a todos los cuales infiltró cuando no dominó» (Barrán, 1992: 12). La vergüenza a la que Concepción refiere y el miedo a que la cataloguen de bruja puede relacionarse con la persecución de las prácticas de atención populares que comenzó en nuestro país a fines del novecientos con el proceso de medicalización.

Cuando se decide consultar al médico

Si la intensidad o duración del padecimiento supera lo considerado como un vaivén normal del flujo de la vida, o no puede ser claramente identificado con la experticia de un curandero de la medicina popular, las personas consultan al saber biomédico. Como señalamos, generalmente son las mujeres quienes deciden si hay enfermedad o no, evalúan la gravedad del caso y escogen el camino más adecuado para cada situación. Los síntomas como el dolor o la fiebre son los más mencionados a la hora de decidir consultar al médico. A su vez, dentro de los servicios de salud las personas elegirán cuándo y en qué ocasiones recurrir al primer nivel de atención y establecerán estrategias para transitar entre los distintos niveles del sistema.

Más allá de las diferentes críticas que ha recibido la biomedicina, se observa una continua expansión de ella (Menéndez, 2003). Este proceso está basado en la investigación biomédica, en la producción farmacológica y en la medicalización no solo de padeceres sino de comportamientos así como en la eficacia pragmática y simbólica. Se da básicamente en dos niveles: a través de las actividades profesionales que se realizan (niveles de cobertura de atención alcanzados, al número de profesionales, al número de camas de hospitalización, entre otros) y a través del proceso de medicalización³¹ (Menéndez, 2003). Según datos del INE de la ECH 2012, en nuestro país un 97,5 % de la población tiene derechos asistenciales en algún prestador de servicio de salud biomédico.

La gran mayoría de las personas entrevistadas que se atienden o se atendieron en la policlínica estudiada han tenido derechos asistenciales en diferentes prestadores de servicios de salud, tanto del subsector público como privado en distintos momentos de su trayectoria vital. De 25 personas entrevistadas en profundidad, solo dos afirman haberse atendido solo en Salud Pública durante toda su vida. Los derechos de atención en prestadores de salud del subsector privado han sido en prestadores del tipo IAMC.³²

31 Para Menéndez el proceso de medicalización implica convertir en enfermedad toda una serie de acontecimientos de la vida cotidiana de los sujetos que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades.

32 Para mayor información sobre la estructuración del Sistema de Salud y los derechos asistenciales ver apartado «Sector salud en Uruguay y contexto institucional del primer nivel de atención en salud» del capítulo 2.

Sentidos y prácticas en torno a una policlínica del primer nivel de atención

Todas las personas entrevistadas fueron consultadas sobre los diferentes motivos por los cuales concurrían a la policlínica, procurando explorar tanto las actividades asistenciales como las actividades de socialización. A partir de más de un año de trabajo de campo se observó que las personas que asistían a la policlínica usualmente lo hacían o por consultas de control o por consultas denominadas espontáneas. Los controles eran programados y agendados, ya fueran pediátricos, embarazos normales o adultos con algún padecimiento crónico.

Las consultas espontáneas se recibían en el momento, usualmente se dejaba algún lugar en la agenda para ellas. Los motivos de consultas espontáneas que se observaron con mayor frecuencia estaban asociados a malestares en niños o en mujeres, como por ejemplo gripes y resfríos, infecciones respiratorias, gastroenterocolitis, etcétera. Las consultas espontáneas están asociadas a determinados síntomas que son identificados por los usuarios, principalmente el dolor, malestar, o fiebre. Estos síntomas que resultan significativos a la hora de decidir consultar al médico están relacionados con las concepciones de salud-enfermedad.

—¿Cuándo creen que es necesario ir a la policlínica?

—Cuando se precisa. Cuando tenés algún dolor. O, que estás mal. Yo que sé. Porque ir por ir, nomás no. Yo solamente si tengo un problema que tengo que resolver. O voy a tomarme la presión. Y después ta. Si viene algo muy fuerte mucho tiempo voy, si no no voy nunca. Porque yo estuve años en el sanatorio [*Ramón, usuario frecuente*].

Los controles son estimulados por el servicios de salud o por otros organismos del Estado, en una lógica de salud y prevención que de a poco va siendo apropiada por la población (Oliveira, 1998). En el caso de los niños y adolescentes, está previsto que se realicen controles en salud periódicos, los cuales son registrados en el Carné de Salud del Niño o en el Carné de Salud del Adolescente. Dichos carnés son exigidos y controlados tanto por las instituciones educativas (escuela y liceo) como para recibir beneficios de políticas sociales del Ministerio de Desarrollo Social (Mides). En el caso de de personas con enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión, está previsto que las personas se realicen los controles de rutina para este tipo de enfermedades como son la toma de presión arterial (PA) o la realización del gluco-test para monitorear el nivel de la glucosa en sangre. Esta tarea era realizada por la enfermera, mientras la hubo, y luego por las conserjes, quienes tenían conocimientos para cumplir con dicha tarea.

Los aspectos interpersonales en la relación asistencial, la accesibilidad geográfica y la accesibilidad económica se destacan como aspectos valorados por los usuarios a la hora de elegir atenderse en la policlínica estudiada.

Valeria es usuaria esporádica de la policlínica y transitó entre prestadores de salud pública y privada. Cuando se queda sin trabajo comienza a atenderse en la policlínica en el barrio y construye una relación asistencial con una médica de referencia a lo largo del tiempo (longitudinalidad) donde la confianza y el vínculo personal son valorados para seguir eligiendo dicho servicio.

Después cuando dejé de trabajar me quedé en el público viste y después no me quise mover de salud pública. Aparte me empecé a atender con [nombra médico de familia]. Y como que creás una confianza quise seguir siempre con ella, incluso después trabajé dos o tres veces más haciendo promociones y eso y me ofrecieron sociedad médica pero no las aceptaba. Prefería seguir por ASSE. [...] Entonces había todo un montón de cosas que te servía si ibas y pagabas pero en la atención no era la atención que yo buscaba. Un médico que se preocupe por vos. Sí, bueno, mirá, te está pasando esto, vamos a hacer esto o vamos a ayudarte en esto.[...] como que, por lo menos con las doctoras que yo me atiendo ahí, que las conozco hace pila de tiempo, como que ellas se interiorizan más y como que se hacen parte un poco de tus problemas y a veces aunque no son psicólogos te sirve, cuando te sentís mal hablar. Más allá de lo que es la salud mismo de lo físico. Entonces encontrás otra cosa, otro apoyo, otra manera de que te atiendan, que se preocupen por vos [*Valeria, usuaria esporádica*].

Mientras que tradicionalmente la elección por una «mutualista» (IAMC) ha estado asociada al trabajo formal, la atención en la salud pública se asociaba al hecho de no estar laboralmente activo o de no estar en condiciones económicas de hacer frente a una cuota mutual si no era mediante los aportes de la seguridad social. Incluso algunos conjuntos sociales denominaban al carné que acreditaba los derechos asistenciales en los servicios de salud públicos como «carné de pobre». A pesar de ello vemos que para algunas personas esos sentidos se han modificado al contar con una policlínica en el barrio, accesible geográficamente pero también donde han logrado construir vínculos de confianza en la relación asistencial.

José, quien fue un actor clave en la concreción de la construcción de la policlínica en el barrio cuando se realizó la investigación participaba como usuario del grupo ODH. En una entrevista que mantuvimos en 2012 me explicó por qué eligió pasar de la mutualista a atenderse en ASSE.

Y cuando me jubilé, ahí hice la opción de venir a salud pública porque ya estábamos trabajando en la posibilidad de tener acá la policlínica y para ser consecuentes, si íbamos a construir la policlínica, bueno, teníamos que estar dentro del servicio. Y además por un montón de circunstancias que se fueron dando, del relacionamiento con los doctores, que interveníamos como comisión, ellos también nos daban participación y bueno, creamos un vínculo importante que iba mucho más allá del tema de la atención personal, para mí siempre fue importante y muy buena [*José, usuario frecuente y referente barrial*].

La descentralización de los servicios de salud es un factor que facilita la accesibilidad geográfica y por tanto las condiciones materiales de acceso al sistema. Pero además de eso, se valora en la elección del prestador un compromiso político para con el servicio por el cual se militó. Asimismo, la relación asistencial establecida con los profesionales que allí trabajan fue importante a la hora de elegir el servicio. Además de la pericia técnica, la calidez y el buen vínculo personal son factores importantes para los usuarios para evaluar la calidad de la atención desde su punto de vista.

Otro motivo observado de utilización de la policlínica eran los espacios de asistencia colectivos, como el Espacio Adolescente para los jóvenes y el grupo de ODH para los adultos así como otros espacios de sociabilidad.

Claro, también no solamente la información que es importante, se logró un lugar de esparcimiento y recreación a iniciativa de las doctoras que están al frente de la policlínica, y han logrado hacer reuniones importantes con los vecinos informando distintas características de enfermedades y los vecinos hacen preguntas. Es un centro donde también te podés informar de distintas enfermedades cotidianas. [...] no solamente reuniones acá, a fin de año hicimos una reunión —tú estuviste—, es importante, que vecinos salgan a hacer un festejo de esa naturaleza, que estemos... es agradable, lindo ¿no? y bueno, teniendo en cuenta que en la zona no hay zona de recreación, no hay para jóvenes, para niños ni menos para personas de la tercera edad, esa es la realidad de la zona dentro de lo que son las debilidades [*José, usuario frecuente y referente barrial*].

El grupo ODH³³ funcionaba con una frecuencia quincenal, los días martes de 17 a 19 h. Está coordinado por la médica de FyC de la policlínica y una doctora residente de tercer ciclo de MFyC. La convocatoria inicial se realizó mediante la identificación de los potenciales usuarios a partir de sus historias clínicas y luego eran convocados a participar personalmente o mediante llamada telefónica o sms realizada por la conserje. Las sesiones del grupo funcionaban en la sala de espera de la policlínica y durante su desarrollo no se realizaban otras actividades asistenciales. Los participantes se sentaban en círculo, aproximando los asientos. En general uno o más de los integrantes llevaba mate para compartir. Asistían entre cuatro y diez personas por encuentro. Las actividades a desarrollar en cada encuentro eran propuestas por las coordinadoras del grupo. En general eran planificadas previamente y tenían algún tema central como ser características de algunas de las enfermedades, hábitos cotidianos, el funcionamiento del grupo, entre otros. El uso de la palabra era moderado por las coordinadoras del grupo.

Los grupos centrados en los padecimientos (el caso paradigmático es el de Alcohólicos Anónimos) buscan rehabilitar y apoyar al sujeto a través de mecanismos grupales. Un aspecto importante en este tipo de grupos es la búsqueda de relaciones sociales entre los miembros (Menéndez, 2008b). Se caracterizan por la frecuencia de sus encuentros (semanales o quincenales) ya que esta periodicidad de relaciones supone para estos grupos el desarrollo de implicaciones emocionales centradas en lo terapéutico. La participación se circunscribe a sujetos específicos que comparten un padecimiento común y no a la comunidad como un todo.

33 Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la causa del 70 % de las defunciones producidas en Uruguay (33,8 % de causa cardiovascular, 22,6 % neoplasias malignas). Además las ECNT insumen el 60 % de los costos de atención médica (Buglioli *et al.*, 2008 en Martínez *et al.*, s/f). El abordaje grupal de pacientes crónicos ha sido definido como una herramienta del Programa de Atención a la Población Adulta en el marco del cambio de modelo de atención (Martínez *et al.* s/f) y dentro de esa línea programática a nivel nacional del Ministerio de Salud Pública se enmarca el grupo ODH.

[...] se trata de sujetos cuya identidad y pertenencia no refieren tanto a la comunidad sino que se centran en un padecimiento del cual también participan/padecen los restantes miembros del grupo, de tal manera que la identidad, pertenencia y relación con los otros se basa en un padecimiento en común a los miembros del grupo (Menéndez, 2008b: 72).

Cuando me integré al grupo en el marco de la presente investigación hacía un año que estaba en funcionamiento y fue posible identificar que quienes participaban del mismo no solo compartían un diagnóstico de una enfermedad sino en algunos casos también redes sociales previas al grupo. Algunos de ellos incluso integraban actualmente la asociación vecinal barrial y habían participado del proceso de construcción de la policlínica. En la primera reunión en la que participé, luego de presentarnos, las coordinadoras les pidieron a los usuarios que me contaran qué se hacía en el grupo. En estas explicaciones por parte de los usuarios del cometido del grupo es posible analizar que para ellos su participación trascendía los motivos estrictamente preventivos o educativos e implicaba un espacio de encuentro, de pertenencia social.

En las sesiones en general las médicas proponían algún tema a tratar, y se realizaban dinámicas para abordarlos. Un día llevaron plasticinas de colores con la consigna de que cada uno de los integrantes del grupo representara qué significaba para él o ella dicho espacio.

«En esto de lo que José decía que siempre son cosas bajón, que trabajamos con enfermedades, con cosas que nos pasan y nos hacen mal y queremos ver qué pueden expresar» comenta la residente (*Registro de campo. Grupo odh 2012*).

Si bien uno bromeó con que habían vuelto al jardín de infantes, por jugar con plasticina, la mayoría se entusiasmó con la propuesta. Cada uno trabajaba individualmente, y se les pidió que compartieran luego sus creaciones y por qué las habían hecho. En varias se repetían los motivos de corazones o manos unidas. El corazón, además de representar las enfermedades del corazón como la hipertensión —señalaban—, representaba la unidad del grupo, el compañerismo. Durante el intercambio recordaron a un vecino que había integrado el grupo y que había fallecido y recordaron reuniones y comidas que se habían hecho previamente.

Gladys, en una entrevista, nos cuenta su experiencia en el grupo ODH y cómo intercambian sobre sus expectativas y miedos respecto a su salud. Nos había contado cómo la experiencia de un infarto al corazón había sido sumamente traumática para ella. La operación, el posoperatorio y luego convivir con la idea de que estaba enferma le había cambiado la vida.

Estoy viviendo de yapa. Eso lo hablamos una vez en la policlínica que más de uno estamos diciendo que estamos viviendo el hoy porque no sabemos si llegás a mañana [*Gladys, usuaria frecuente*].

En otra sesión del grupo, se realizó una dinámica de trabajo en subgrupos, rotando por diferentes estaciones donde se enseñaba a tomar la presión y a medir y pesar adecuadamente. La propuesta era que cada uno pudiera aprender cómo hacerlo. Se trabajó en un ambiente de juego e intercambio, aprendiendo a

colocar el aparato de la presión e intentar escuchar el ruido que indicaba la presión máxima y la mínima o colocar las pesas de la forma adecuada en la balanza. Desacralizar los aparatos y socializar un saber experto en un ambiente lúdico generaron un intercambio interesante entre los diferentes miembros del grupo. Algunos sabían cómo tomar la presión mientras que otros nunca lo habían hecho, se anotaban las medidas y se comparaba quién había logrado escuchar de forma más precisa. También se trabajó, a partir de las medidas de peso y altura sobre el tema de índice de masa corporal (IMC). Las personas preguntaban sus dudas o hacían comentarios de sentido común, intercambiando sobre el tema. Las médicas intentaban desarrollar una explicación en el pizarrón sobre la forma científica de calcular el IMC, pero recogiendo las inquietudes de los participantes.

Esta forma de trabajo, como nos expresaron algunas personas en entrevistas individuales, les permitía a algunos usuarios no solo aprender en ese momento nueva información sobre la enfermedad sino que también generaba un aprendizaje sobre otra forma de relacionarse con el sistema sanitario. Era posible que los usuarios entiendan de qué se les habla, que pregunten si no entienden qué les está diciendo el médico.

Ahora, el grupo ODH me dio conocimiento. Porque yo jamás en la vida me había preocupado por lo nutricional. Ni sabía muy bien cuándo era presión alta. Me dio con la diabetes. Yo no soy diabética, pero abrí los ganchos porque capaz que él (se refiere al marido que está al lado) es diabético. Entonces cada cosa, yo vine de allá la vez que se calculó la masa corporal y lo primero que hice fue calculársela a él (risas). Yo hoy fui a la cardióloga. Y me hicieron un examen que demostró que no se qué cosa había mejorado. Entonces le pregunté a la mujer qué era eso. Y la mujer dice, es el ritmo de su corazón, su corazón está trabajando mejor. Está casi normal a pesar de que tiene la esquemia. [...] —A pesar de que tiene una parte del corazón que está muerta, su corazón está funcionando mejor. —Pero le pregunté. Y si no, no me dice [*Helena, participante del grupo odh sin derechos asistenciales en asse*].

Este aprendizaje resulta significativo en tanto no se parte de la mera declaración sobre la importancia de que los usuarios reciban información clara y accesible por parte de su médico tratante, sino que se parte de una experiencia concreta donde dicha información es disponibilizada. Los grupos de ODH eran espacios de intercambios de experiencia, no solo de información sobre la promoción y la prevención en términos ideales sino contrastada con las experiencias concretas de atención, donde se podía hablar sobre creencias de la vida cotidiana y del sentido común, donde los cuerpos de usuarios y médicos así como sus ideas, sentimientos y gustos se ponían en relación.

Y yo estoy yendo porque como soy hipertenso, después a esta edad me puede dar un infarto y bueno, y voy e interactúo con los viejos de mi edad, hacemos algo, nos entretenemos, unos movimientos raros, unos juegos insólitos y, bueno, esas cosas [*Walter, usuario frecuente*].

Digo, pero hace poco que empecé viste. Pero se charla sobre cómo es la diabetes. Te van explicando. Porque hay cosas que uno por ejemplo no las sabe. Por ejemplo, el otro día en la última charla había otra diabética y yo no sabía que hay varios tipos de diabetes. Y nos juntamos. [...] Porque por ejemplo, caminar, ahora en este momento estoy caminando viste. Pero de repente se me da por no caminar. Ahora estoy caminando y estoy llevando a otra de las compañeras de acá. Estoy muy ahí, viste. Pero también, estaba que no podía ni respirar de gorda. Dejo de caminar y empiezo con una gordura impresionante [*Gladys, usuaria frecuente*].

Asimismo, el tener una instancia de encuentro colectiva, presencial y a nivel local con otros usuarios del servicio de salud promueve la discusión de propuestas concretas sobre el funcionamiento de dicho servicio, como se desarrolló en el capítulo 3.

No solo contar qué pasó entre reunión y reunión, juegos que ayuden a la convivencia, a la comprensión. Deberíamos preguntarnos qué queremos de la policlínica, si está bien así como funciona. Cuáles son las horas que está sin servicio la policlínica y ver qué servicios se podrían impulsar [*Sesión grupo odh Agosto 2012*].

Además de las instancias de trabajo planificadas dentro del espacio de atención, hubo actividades de sociabilidad fuera, a partir de instancias socialmente significativas. La comida de fin de año de 2012 se hizo un viernes de noche, en la casa de una de las participantes del grupo. A pesar de tratarse de un grupo de Obesos, Diabéticos e Hipertensos, se celebró «como debe ser»: un gran asado con achuras, chorizos y morcilla. Hubo algo de vino, refrescos y la infaltable pizza casera a cargo de las señoras. Del asado, se encargaron los hombres. Se juntó el dinero con anterioridad y algunos integrantes del grupo fueron a hacer las compras mientras que otros iban armando el fuego. Se armó partido de truco. Las mujeres charlando en ronda, los hombres cerca de la parrilla. Algunas señoras habían llevado tablititas, repasadores, platos y cubiertos. Si bien se hicieron algunos chistes con relación al consumo de chorizos, chinchulines y sal en un evento del grupo ODH, en la reunión se habló de temas cotidianos, anécdotas del lugar, parientes y conocidos, los pagos de origen, entre otras cosas.

Si bien el grupo ODH es un espacio que tiene como objetivo la educación para la salud de personas que padecen de Obesidad, Diabetes e Hipertensión, queda claro que para todos ellos además de ser un espacio asistencial, es un espacio de sociabilidad, donde comparten sus experiencias de enfermedad y padecimiento pero también de la vida cotidiana con otras personas. Entendemos que este tipo de grupos generan instancias de participación social en salud. Si bien el grupo se forma en torno a un conjunto de padecimientos y son los mismos que le dan identidad al grupo como tal, los integrantes del grupo también comparten otros elementos de pertenencia social y de referencias culturales comunes que permiten que el espacio trascienda lo asistencial y opere como un necesario

espacio de pertenencia y sociabilidad entre adultos mayores que residen en la villa y en zonas cercanas.

Vine unas cuantas veces pero no estuve en todo desde que empezó hasta ahora. Pero no, las charlas son muy agradables, te enseñan cómo llevar la enfermedad, cómo tratarte, cómo comportarte, cómo te tenés que alimentar, alimentación y todo eso. No no, las charlas muy buenas la verdad. [...]Ah, y la parte de la integración. No es solo hablar de la enfermedad sino también la integración de todo un grupo de personas que no nos conocíamos y que nos conocimos en ese momento [*Nicolás, usuario frecuente*].

El Espacio Adolescente es otro espacio de encuentro. En este caso está orientado a jóvenes y es valorado como positivo tanto por los jóvenes que asisten como por los adultos del barrio. Comenzó a funcionar cuando a la agente socioeducativa que ya venía trabajando en el CSJH le destinaron algunas horas semanales para dinamizar un Espacio Adolescente en la policlínica dependiente de Villa Farré. Junto con la partera, la enfermera y la médica de familia comenzaron a planificar el espacio. La primera tarea fue armar el grupo. Para ello agendaban los controles de los adolescentes el mismo día en la tarde, para que coincidieran en el horario de la sala de espera. Los iban invitando al espacio. A su vez, algunos jóvenes iban invitando a otros y comenzó a funcionar a fines de 2011. Los jóvenes llevaban música y desde el equipo de salud se planteaban a veces actividades, temas a discutir y otras simplemente juegos y compartir un espacio de sociabilidad entre los jóvenes. Ni en el barrio de Villa Farré ni en zonas cercanas existen plazas, parques, u otro tipo de espacio público o de infraestructura pública donde poder reunirse. La policlínica se convirtió en un espacio de referencia para algunos jóvenes del barrio.

Jona vive en la Villa desde que nació. Vive con sus padres, hermanos, un primo y su abuela. Hizo el liceo y la UTU y abandonó los dos. A veces tenía changas pasando música en fiestas. «Caía» habitualmente al Espacio, sobre el mediodía, con cara de dormido. Participaba también del Programa Estatal Jóvenes en Red.

—¿Cómo te enteraste del espacio?

—Me invitaron una vuelta los gurises, pa ir. Así, pa venir, que yo vine.

—Ahí va. ¿Y él cómo sabía?

—No sé, ni idea. Me dijo, vamos pa ahí arriba, pa la policlínica que —y dale, vamos. Vine con él y ta [*Jona, usuario frecuente*].

Bueno, después de que empecé a venir a los controles un día vine a un control y la doctora me dijo si quería quedarme que justo era el espacio. Y me quedé y me pareció rebien y me dijeron que era todos los miércoles. Y empecé a venir, empecé a venir y me quedé. [...] nos divertimos mucho, hacemos a veces actividades, hablamos de temas que nos interesan a todos, hacemos actividades para poder recaudar dinero para salir algún lado entre todos. Tenemos una página de Facebook que nos comunicamos entre todos para contarnos algunas novedades de la policlínica. Ahora estamos tramitando la tarjeta joven. [...] Como que somos todos amigos, es fuera ya de lo laboral de las doctoras. Fuera del trabajo de ellas, es más personal, está buenísimo [*Natalia, usuaria frecuente*].

Desde el Espacio Adolescente se organizaron diferentes actividades tanto entre los integrantes del grupo como abiertas a otras personas del barrio. Durante el año 2012 se realizó una quermés un sábado con el fin de recaudar fondos para un campamento de fin de año. La quermés fue un sábado de tarde en la policlínica y en el terreno aledáneo. Se organizaron diferentes tipos de juegos (carrera de embolsados, juegos de puntería, juegos de equilibrio, entre otros), un sorteo para el cual se vendían números, venta económica de ropa (para la cual tanto usuarios como profesionales realizaron sus donaciones), familiares de los jóvenes e integrantes del grupo ODH realizaron tortas y pizzas caseras para vender y recaudar dinero y se tramitó una donación de refrescos con el mismo fin. Se vendían además productos de limpieza donados por una fábrica de la zona a precios accesibles también para recaudar fondos. Vecinos de la Villa Farré y de barrios aledáneos se acercaron a compartir la jornada y participaron de los juegos. Algunos de los jóvenes del espacio pasaban música. Algunos de los profesionales también asistieron a la actividad, incluso llevando hijos o sobrinos para compartir la tarde.

El tránsito entre los diferentes niveles de atención

Desde una perspectiva conceptual, es importante considerar a los procesos asistenciales como una construcción social y política, resultantes de modos de institucionalización históricamente específicos de la enfermedad y la muerte. Frente a las lógicas institucionales «los conjuntos sociales se configuran como sujetos que consumen, se adaptan o se desvían de las pautas así establecidas. [...] En efecto, son sus actividades —a través de sus trayectorias terapéuticas y sus estrategias de supervivencia dentro de las instituciones— las que relacionan a los diferentes servicios entre sí» (Barber y Margulis, 2009: 96).

En algunos casos la policlínica opera como puerta de entrada al sistema logrando una atención oportuna y una derivación adecuada, es decir, las articulaciones esperadas entre los diferentes niveles de forma exitosa ocurre de manera exitosa.

Él estaba como con un ruidito en el pecho como si fuera flema. Vino la doctora y le dijo que estaba con, que respiraba con dificultad y que parecía que no era flema. Que era algo del pecho. Que no tenía flema, que tosía pero del pecho. Y le dijo que fuera hasta el Pereira. Y fue como viendo a ver qué tenía y le dijeron que tenían que dejarlo, porque tenía dificultad para respirar y tenían que dejarlo en observación. Y lo tuvieron días. [...] y después de a poco se fue mejorando. Un día probaron dejarlo sin oxígeno y ta, mejor, se le estaba yendo la flema y todo y después lo mandaron para casa. Igual le mandaron inhalador y eso [*Natalia, usuaria frecuente*].

Sin embargo, cuando las articulaciones no resultan tan exitosas los usuarios utilizan diferentes estrategias para poder lograr la mejor solución en el menor tiempo posible a sus problemas de salud, en algunos casos sorteando los mecanismos institucionales previstos.

El año pasado, por ejemplo, le mandó el 4 de setiembre un pase a Ramón para el urólogo. Fue para pedir fecha. Y el otro día hablé con la nurse porque no ha venido. Y fue para pedir fecha. Desde el 4 de setiembre. Y me dice la nurse, ah, no, hay que pedir de nuevo porque ese se perdió. Vuelta y media se pierde. Entonces ahora la semana pasada pedimos y no sé si el jueves o el viernes y no sé, andá a saber cuándo vuelven. [...] Ahora nomás me dieron la orden de la mamografía, me dijeron que la podía dejar ahí para que en Libia me sacaran fecha. Pero me sacan para dentro de un mes o dos. Y yo fui directamente al Pasteur y me dieron fecha y hoy lunes ya me la hice [*Teresa, conserje y usuaria*].

Ante los problemas que experimentó en el primer nivel de atención para realizarse los estudios que le habían indicado, Teresa optó por ir directamente al segundo nivel (Hospital Pasteur) y solicitar el estudio directamente allí. Como vimos, las personas evalúan la gravedad del padecimiento a partir de criterios diagnósticos (Menéndez, 2003), para decidir, en primer lugar, si consultar a un servicio de salud biomédico o no. Si se decide consultar, estos mismos criterios orientan la elección de cuál servicio utilizar.

En nuestra investigación identificamos que los usuarios no siempre recurren a un servicio del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema como se prevee que suceda desde la gestión, sino que en algunos casos prefieren ir directamente a una puerta de emergencia de un servicio del segundo o tercer nivel.

La emergencia que utilizo es la del Pasteur. Porque como ya, te hacen una placa, una ecografía, algo urgente te lo hace ahí. Si voy a Libia es para que después te deriven al Pasteur entonces ya voy directo al Pasteur. [...] Un poco más adelante en la entrevista, refiriéndose a la atención de sus nietos: Claro, arrancamos nosotros con ellos (en el auto en seguida. Depende de la gravedad que sea. Si están con mucha fiebre vamos al Pereira directo. Si no la llevamos al Centro 6 [*Teresa, conserje y usuaria*].

En datos publicados por el MSP (2014) con el fin de informar a la ciudadanía para el período de Movilidad Regulada se establece que la razón entre las consultas realizadas en policlínicas sobre las consultas urgentes centralizadas para ASSE es de un 2,9 mientras que el promedio para el país es de un 6,2.³⁴

El indicador Razón [consultas policlínica] / [consultas urgentes centralizadas] refleja la relación entre las consultas ambulatorias de policlínicas y las consultas urgentes centralizadas, es decir, las efectuadas a nivel del servicio de Urgencia/Emergencia institucional, realizadas en el último año (desde octubre de 2012 hasta setiembre de 2013). El número de consultas realizadas en cada ámbito son informadas al MSP por las instituciones mensualmente (MSP, 2014).

El dato de que la razón de consultas en policlínicas sobre consultas centralizadas en urgencias es sensiblemente menor en ASSE que en otros servicios de salud concuerda con la hipótesis de que las personas recurren con mayor

34 Esta información se encuentra publicada en la página web del MSP en una planilla adjunta que proporciona información respecto a datos de los diferentes prestadores de salud: <[http://www.msp.gub.uy/noticia/comienza-el-per %C3 %ADodo-de-movilidad-regulada-para-usuarios-fonasa](http://www.msp.gub.uy/noticia/comienza-el-per-%C3-%ADodo-de-movilidad-regulada-para-usuarios-fonasa)> consultada 6/02/2014.

frecuencia de la esperada a la atención en puertas de emergencia. Se necesitarían mayores investigaciones sobre las características de las consultas en las puertas de emergencia para comprender el fenómeno con mayor profundidad. De todas formas, en los testimonios que recogimos es posible afirmar que si bien en algunos casos las consultas en las puertas de emergencia resultaban pertinentes, en otros casos se recarga este servicio con situaciones que podrían ser resueltas en consultas programadas en policlínica si las coordinaciones se realizaran en tiempo y forma.

A partir del análisis de las distintas trayectorias de los usuarios entrevistados, pudimos observar que algunos de los principios de la organización del sistema de salud en niveles y su adecuada coordinación no se da en las prácticas cotidianas. Estas descoordinaciones percibidas por los usuarios coinciden con la visión de fragmentación del sistema de salud que tienen los propios trabajadores del equipo de salud como se analizó en el capítulo anterior. Así como los trabajadores, los usuarios adoptan sus estrategias para moverse dentro del sistema. La evaluación de qué servicio resulta más adecuado para resolver determinado problema de salud es parte de dichas estrategias.

Experiencias de enfermedad significativas

Mientras que en un extremo encontramos enfermedades, malestares y padecimientos que son considerados parte del flujo normal de la vida o que son mencionados de manera casual, hay otras experiencias de enfermar y padecer que resultan significativas tanto para el sujeto como para su grupo cercano. En sus relatos los entrevistados que refirieron a estas experiencias de enfermedad significativas ofrecían *insights* sobre diferentes dimensiones de la sociabilidad, como por ejemplo las relaciones de amistad y parentesco, sobre el paso del tiempo, o sobre las condiciones sociales y económicas de vida, evidenciando que en estos casos la experiencia del padecimiento es profundamente social.

En las narrativas sobre la enfermedad y el padecimiento se elabora y expresa la relación entre el sujeto y el contexto percibida como fundamento de la experiencia de enfermedad «[...] el narrador sintetiza situaciones y acontecimientos vivenciados, evaluándolos, emitiendo opiniones y expresando sentimientos» (Alves y Rabelo 2009: 61). El significado de la narrativa se constituye tanto por elementos figurativos (expresiones que revelan acontecimientos causales) como también por abstracciones (categorizaciones, conceptualizaciones, evaluaciones, etcétera) y emociones.

Como observan Das y colaboradores:

[...] la historia de las enfermedades en muchos casos eran también las historias de las relaciones de parentesco, de quién había ayudado y quién hacía traicionado; los entrevistados describían a menudo cómo el episodio de ese momento se relacionaba con episodios de enfermedad anteriores, o reflexionaban sobre las condiciones sociales y económicas en las que ellos vivían. No todas las enfermedades invitaban a dicha reflexión, indicando que existía una variación

significativa en las experiencias de enfermedad: algunas son mencionadas de manera casual mientras que otras llevaban a más historias sobre relacionamientos con diferentes contextos sociales y terapéuticos. La enfermedad en sentido amplio es profundamente social (Das y Das 2007, traducción propia).

A continuación analizaremos cuatro ejemplos de experiencias de enfermedad significativas que surgieron de las entrevistas con los usuarios de la policlínica y a partir de las cuales podemos analizar cómo se ponen en juego saberes sobre diagnósticos, síntomas, diferentes recursos terapéuticos a los que los sujetos acuden, así como el papel de las relaciones sociales cercanas como la amistad y el parentesco.

«Le robaban la sangre de a poco»

Patricia, usuaria esporádica de la policlínica, tuvo su primer hijo en el Hospital Militar. Si bien dice que la atención para con ella fue buena, nos cuenta que nunca le gustó la atención de allí porque a su padre lo habían tratado mal. El padre de Patricia también se atendía en el Hospital Militar. Durante su embarazo estuvo enfermo, Patricia lo cuidó, y falleció cuando ella tenía siete meses de embarazo. En su relato podemos ver cómo se mezclan diferentes momentos y experiencias con relación a la enfermedad de su padre y su propio embarazo, mezclando diferentes temporalidades y representaciones negativas sobre las prácticas de atención. Como señalaban Das y Das (2007) al narrar la experiencias del padecer las personas dan cuenta del tiempo de manera diversa.

Ahí a mí me atendieron bien; no me gustó la atención que tuvieron para con mi padre, para con mi padre no porque mi padre tenía la sangre universal y para mí se la robaban de a poco, porque él cuando era... él estuvo internado cuando era joven, no sé por qué, y él mismo se dio cuenta que le estaban robando la sangre, porque dicen que con esa sangre se hacen miles de cosas, y él agarró y salió del hospital y dijo que nunca más iba a caer internado, no le gustaba ir a un hospital, y la atención que tuvieron para con él nunca me gustó. [...] Y porque todos los días dice que le sacaban medio litro, todos los días no, cada tanto, le sacaban medio litro de sangre ¿y para qué? Hasta que él averiguó que con esa sangre se hace esto y esto y ta, se dio cuenta. [...] Iban y le decían, él estaba en el hospital; si vos estás en el hospital y vienen «Esto es para esto, esto es para aquello». Pero ta, vienen y te sacan y se pela. «Ah, el médico mandó». Bueno, viene la enfermera, si vos no estás tampoco ahí encima o él que estaba capaz que solo, no sé bien.

—¿Eso fue antes de que...?

—Sí, yo no sé si yo era nacida o no, no tengo ni la menor idea.

—Pero eso ya vos él te lo contó y te quedó como esa mala impresión, digamos...

—Claro. Nunca me gustó igual la atención, porque yo estaba siempre, yo iba, estaba embarazada de Maicol, pero yo iba todas las mañanas y una vuelta llegué y él estaba con los circuitos sacados, no daban corte a nada, todo el mundo esperando que los enfermeros vinieran y todo lleno de sangre, no daban corte a nada y él allí, claro, como no había quedado bien de la cabeza porque tuvo un golpe en la cabeza, y él se sacaba todo, era una persona que no le gustaba

el hospital, y llegué y cuando lo vi armé un relajo total. [...] Él falleció, yo tenía 7 meses de embarazo. Y no me gustó nada, para nada, nada. Eso fue algo que me quedó para toda la vida y bueno, uno no lo puede cambiar, si uno pudiera cambiar... Y nunca más fui, por nada, ni por atenderme ni nada por el estilo [*Patricia, usuaria esporádica*].

La idea del padre de Patricia de que en una internación le robaban la sangre fue transmitida a Patricia y sus hermanos. Esta experiencia tuvo tanta fuerza, que en el relato de Patricia es asociada a las experiencias de internación posteriores en dicho hospital de manera contradictoria, ya que comienza afirmando que su primer parto lo atendieron bien pero luego afirma que nunca le gustó la atención de allí y que ella nunca más volvió. Según Good (1994 en Alves y Rabelo, 2009) las representaciones son construidas de acuerdo con una amplia red de asociaciones tales como las creencias religiosas y experiencias familiares, por ejemplo. Más allá de que la sangre fuera efectivamente robada «para hacer miles de cosas» o simplemente fueran extracciones de control, resulta interesante destacar que la sospecha surge en el paciente y luego es transmitida a su familia porque el personal de salud realiza distintas maniobras técnicas sin informar al paciente sobre su propósito. Sumamos a la sensación de vulnerabilidad de estar en el hospital, una institución total (Goffman, 2001) donde diferentes personas «vienen y te sacan y se pela» a la escasa comunicación con el paciente donde la explicación del porqué de las intervenciones sobre su cuerpo se remiten a «el médico mandó». Como señala Allué (2009) «Un paciente informado, aunque se trate de un niño al que se le explique cómo y por qué van a pincharle, extraerle sangre o curarle las heridas, es un paciente mucho más predispuesto ante la actuación asistencial».

«Hay uno enfermo y sacude a toda la familia»

Gabriela vive en La Esperanza, tiene tres hijos, y convive con Ricardo. Ella se dedica al cuidado del hogar y de sus hijos. Ha trabajado de manera intermitente limpiando en casas de familias de clase media alta. Conversando informalmente con ella y su hermana comentan sobre la vida de esas mujeres, que se dedican todo el día a ir al gimnasio o llegan a su casa y se instalan en la computadora sin prestarle atención a sus hijos, que tienen bañeras enormes rodeadas por velas aromáticas pero no limpian el sarro de estas, toman el té con sus amigas y le «sacan el cuero» a las que no están presentes, tienen heladeras vacías y engañan a sus maridos. Ellas no, ellas limpian bien sus casas con «Jane», tienen sus trapos, baldes y todo lo necesario, cuidan a sus hijos aun en detrimento de su propia salud, le son fieles a sus maridos y cocinan buenas comidas de olla. Al hablar de ellas mismas y de las otras conmigo, en la intimidad de su hogar un día en las horas de la tarde, antes de que los maridos lleguen del trabajo y mientras los niños juegan entre ellos, establecen las imágenes que tienen de sí mismas así como de los otros con los que entran en relación (Godelier, 2008).

Gabriela y sus hijos utilizan la policlínica desde su creación, además ha utilizado diversos servicios de salud de ASSE siguiendo el trayecto terapéutico de

sus hijos Emilia y Joao. Durante los estudios e internaciones que atravesaron sus hijos, destaca el apoyo de su familia, especialmente la presencia de su hermana y su madre. En ocasión de un estudio para evaluar el canal deglutor, la niña sufrió una neumonía química a causa de una mala maniobra del personal de salud.

Desde que tenía 30 días empezó con el reflujo. Le mandaron a hacer estudios y todo. Y cuando tenía 3 meses fue que cayó internada porque le hicieron el estudio ese para ver lo del reflujo y se le aspiró el medicamento para los pulmones. Ahí fue la primera vez que me fue a parar para internar. Que estuvo un montón de días. Como doce días estuvo. Yo no me desprendí de ella. Mamá y Valeria iban para que yo pudiera venir a descansar y yo no me desprendí de ella. Me quedaba en un sillón al lado de la cuna. Ahí me decían que me iba a terminar enfermando porque yo no me quería dormir viste. [...] Y después le dan el alta con una leche de esas en lata e hizo como una reacción alérgica. Otra vez a internarla de nuevo. Ahí la alimentaron por sonda con un montón de cosas para subirla de peso. Así tuvo como cinco o seis internaciones. Me dijeron que el pulmón que recibió el medicamento le quedó lesionado de por vida.

Joao también tenía problemas de salud graves, pero a diferencia de Emilia, no lograban un diagnóstico médico.

Joao pasó internado, internado, internado. Le hicieron de todo, vieron médico dos por tres y de todo le hacían porque no sabían qué tenía. Se pasaba haciendo episodios de fiebre altísima, lo tenían internado, le hicieron de todo y no daban con lo que era. Y lo terminamos llevando a un hombre. Porque a veces hay que creer o reventar. Trajeron un médico holandés que no sé de dónde con una traductora. Porque le hicieron de todo a Joao y no daban con lo que era que tenía. [...] Y me decían —Madre, no te vamos a decir que es tal cosa porque no sabemos lo que tiene. ¿No entiende? ¡No sabemos lo que tiene! Claro. Un día lo llevamos a un hombre. Nos dijeron, mirá, andá a tal hombre y fuimos. [...] Ta, el hombre estuvo con él ahí. Le hizo unos «saravás».³⁵ No sé, el hombre le hablaba. No entendíamos lo que decía. Le dice, ahora comprá una coca bien fría y dásela. Ta, se la dimos. Al otro día en el patio jugando a la pelota. Míralo cómo está. Joao no tuvo más nada. Después de eso... le hicieron una tomografía me acuerdo porque ya tenía la fecha. Nada. Después ta. Los médicos me dijeron ta, no tiene nada el niño. No le vamos a decir que tiene porque no tiene.

Ante la enfermedad de su hijo, Gabriela y su marido recurrieron en primer lugar al sistema biomédico. Luego de múltiples estudios, internaciones y recaídas y ante la ausencia de una explicación de las causas de la enfermedad de su hijo decidieron recurrir a un curador popular. Si bien «el hombre» no es identificado como representante de ninguna religión en particular, en el ritual de cura descrito emplean técnicas donde se combina el uso de la palabra e imágenes del rituales provenientes del catolicismo y de religiones de matriz afrobrasileras.

La madrina de mi esposo nos dijo. Hay un señor allá a la vuelta que hace esas cosas de curar empacho, todas esas cosas. Y fuimos ahí y tenía todo imágenes del niño Jesús, la Virgen María. No tenía imágenes de esas cosas de diablo.

35 Término relacionado con saludo religioso o buenos augurios en religiones afrobrasileras.

De esas cosas no. De santos, Virgen María y niño Jesús. Esas cosas así. Y el hombre ta, hablaba, no se qué hablaba, dijo lo de la coca y se le pararon los vómitos.[...] A voluntad. Que mi marido qué hacía. Le llevaba bandejones de alfajores, bandejones de ojitos. ¿Viste? Esas cosas así que te decía. Y él te decía. Usted, lo que quiera. Si teníamos plata le dejábamos plata, yo una vez le llevé velas blancas, porque para prenderle a los santos. Ta, si no tenía plata le llevaba lo que podía.

Gabriela postergó el cuidado de su salud en pos de sus hijos faltando a consultas previstas u omitiendo la realización de controles previstos, tanto por dejarse estar como por miedo de los posibles resultados.

Me levanté un día que me iba. Se me iba la cabeza, me iba de costado, horrible. Todo por el estrés porque andaba con Emilia viste, porque andaba muy nerviosa, se me había juntado todo. Y me mandó una medicación que me ayudó un montón. Ya me saturó tanto con Emilia que no quiero ver más médico, no quiero ver más nada. Y además pienso, si caigo internada yo, me mandan alguna cosa o algo ¿qué hago con los gurises?

El estrés atravesado, las horas de hospital, las andanzas, la odisea que ha significado para Gabriela y su familia la enfermedad de sus hijos han afectado sus «nervios». Los nervios se han estudiado en diversos contextos socioculturales en la antropología médica, se trata de una categoría polisémica característica de un modo de pensar la persona (Dias Duarte, 1986, 1994 en Alves y Rabelo, 2009). En términos generales los nervios componen tres núcleos de signos: a) signos de agresividad y violencia, b) signos de agitación y violencia y c) signos de tristeza y aislamiento. Además de estos tres ejes, el descontrol se asocia a la debilidad de los nervios. En el caso de Gabriela, ella no se define a sí misma ni es definida por otros como una persona nerviosa, sino que en un determinado momento estuvo nerviosa, a lo cual atribuye sus problemas de vértigo. Los autores afirman que en los relatos autobiográficos de mujeres nerviosas en Brasil el estado nervioso aparece como una reacción inadecuada o desproporcionada al contexto. Esa reacción generalmente es atribuida a una situación de pobreza y privaciones que imponen serios límites a la posibilidad de conducir la vida con tranquilidad, maximizados por un contexto cotidiano de violencia y falta de autodeterminación, como la imposibilidad de sostener una identidad personal y una red con otros que sostengan esa identidad (Dias Duarte, 1986, 1994 en Alves y Rabelo, 2009). En el caso de Gabriela, su red con otros, especialmente su familia nuclear de origen, es fuerte y la ha ayudado a afrontar y sostener las diferentes dificultades a las que se ha afrontado.

[la enfermedad] nos ha tocado tanto. Porque hay uno enfermo y sacude toda la familia. Porque es la verdad. Con lo de Emilia han estado todos conmigo, todos conmigo. Y está uno enfermo y está toda la familia mal. Porque es así. Nos preocupamos todos. Te dicen puede ser esto, puede ser aquello. Cuando hay uno enfermo es bravo. Es bravo eso, es bravo monetariamente. En el caso de mi marido cuando estuvo con tendinitis nos vinimos abajo. Mal. Nos tapamos de cuentas.

El no trabajar acarrea problemas financieros inmediatos ya que en este caso afecta sobre todo al proveedor de la casa. En el caso de las mujeres, la enfermedad no solo interrumpe el empleo formal en caso que lo hubiere sino que también interrumpe el trabajo doméstico, tanto las tareas domésticas como el cuidado de los niños. Las relaciones de parentesco y el contexto social, cultural, religioso y económico están profundamente entrelazados con las experiencias de enfermedad significativas que transitó Gabriela y su familia.

«A raíz de eso vi todo»

Blanca (65 años), era usuaria esporádica de la policlínica. Cuando la conocí estaba jubilada de maestra, profesión que había ejercido durante más de 30 años. Al indagar sobre sus trayectos terapéuticos nos cuenta que en su último año como maestra comenzó a sufrir de fuertes dolores de cabeza. En ese mismo año una de sus hijas se fue a vivir al exterior y falleció su padre. Consultó en la policlínica porque se sentía deprimida y la derivaron a Salud Mental en el *CSJH* donde siguió un tratamiento psicológico y psiquiátrico. Además, a partir de sus dolores de cabeza, Blanca transitó por distintos especialistas de servicios biomédicos como reumatólogos, neurólogos y traumatólogos y ante la falta de una respuesta eficaz para su dolor decidió recurrir a sistemas de atención alternativos y *new age*.

—Bueno, yo lo que tuve, ah, esos problemas que te decía de depresión y todo. Tenía dolores de cabeza el último año de trabajo. Y, claro, se juntó con todo eso que te decía. Unos dolores de cabeza fuertísimos. Y ahí me diagnosticaron y aparte de la salud mental me derivaron a reumatología, a traumatología, yo sé que anduve por todos lados, y neurólogo y ... Y a raíz de eso vi todo, médicos, no médicos, quiroprácticos. Esos otros que aparecen en la televisión [...] yo miraba la televisión y lo vi y allá fui. Es carísimo. Te ponen aparatos eléctricos. Me ponía porque ahora dejé de ir porque es muy caro. Me hacía bien. Son todas cosas, eso, terapias, son todas técnicas que te ayudan. Como los masajes. Los masajes sigo yendo una vez por mes. Iba una vez por semana. Son todas cosas que son buenas, que te ayudan. Acupuntura no.

V —¿Y esas opciones eran, te complementaban algo que lo otro no te estaba dando? ¿Te aliviaba el dolor? ¿Por qué elegiste?

O —Claro. Porque... al final ahora lo tengo dominado. Porque claro, a nivel medicinal me mandaron analgésico que eran hasta 6 pastillas por día. Dos cada ocho horas. Después en el hospital que hiciera fisioterapia. Que hice, pero poquísima. Porque no tenían. [...] Entonces claro, empecé a ver, que si tomaba seis pastillas por día, me iba a agarrar una úlcera. Entonces empecé a ver eso. Y las técnicas esas. Eso del hombre ese que era caro, era bueno. Fui como un año. Pero todas las cosas me han ido a que me fue pasando el dolor de cabeza. También los problemas. Superé jubilarme, superé lo de mi hija. Tenés que, si no, una locura. Me daban dolores muy fuertes de cabeza. De esos dolores que no querés hablar ni ver la luz, la televisión de nada.[...] Todavía estaba en la fisioterapia cuando fui a los masajes. Y después empecé a ir particular. Porque vi que me hacía bien. Hago yoga también. Ahora lo único que hago así es yoga y los masajes. Y bué, y ta, la voy llevando. Todas son cosas que, para esto que

tengo me hacen bien. [...] Yo al neurólogo le dije. Porque a raíz de todo eso, como no tenía nada neurológico. [...] Si puede ir, señora, me dijo, a hacer alguna gimnasia relajante o yoga eso le va a aliviar. Y bueno. [...] Y después hay una que hace masajes, y hace reiki que yo he ido. Que vive acá, delante de la Villa. Y hace, que es más conocida porque por eso le dicen la bruja, que es más conocido por eso y tira cartas. Pero es bien separado. Vos vas para el masaje y no te implica ninguna conversación.

Con el objetivo de aliviar su dolor Blanca, recurrió a distintos sistemas de atención, principalmente biomédico y alternativo o *new age*, combinando las indicaciones terapéuticas así como sus posibilidades financieras de pagar por los servicios. El uso de ambos sistemas de atención no fue excluyente sino complementario. Existe evidencia de que durante la carrera del enfermo:

[...] los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida, pero si dicha atención no resulta eficaz la remplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento (Menéndez, 2003:191).

Este proceso podría terminar en esta segunda etapa o motivar nuevas consultas, pudiendo volver el enfermo a consultar nuevamente al curador buscado inicialmente.

«Dice como que fue algo milagroso»

En la mayoría de los casos, ante problemas de salud de algún pariente o persona cercana, las personas habían pedido o rezado por su mejoría. Algunas mujeres llegaron a participar de grupos de oración o cadenas de pedidos. Otras personas decían rezar habitualmente, directamente con Dios, como una forma de aliviar sus angustias y pesares, de desahogarse. Al indagar sobre la dimensión de las creencias con relación al proceso de salud-enfermedad-padecimiento-atención la mayoría manifestaba creer en dios, pero los vínculos con las religiones eran muy variados.³⁶ Algunos asistían esporádicamente a iglesias pentecostales de la zona, otros habían sido católicos, pero ya no eran practicantes, otros preferían la imagen de la Virgen Niña o de Cristo. Algunos entrevistados comentaron que tenían parientes mormones y testigos de Jehová que residían en la zona y otros mencionaron prácticas relacionadas con la Umbanda aunque no se identificara a sí mismos como tales.

36 En una investigación realizada en el año 2002 se concluyó que en nuestro país se practicaban más de ciento diez cultos religiosos entre los cuales se pueden mencionar los Testigos de Jehová, de la Iglesia Universal de Dios, Apostólicos Armenios, Evangélicos de Nazareno, Bautistas, Evangélicos Valdenses, Adventistas del Séptimo Día, Mormones, Luteranos, Menonitas, Staroveris, Umbandistas, Pentecostales, Evangélicos Armenios de la Hermandad, Budistas, Fé Bahai's, Musulmanes, Sofistas, Judíos, Krishnas (Triano, 2002 en Brena, 2011). La Encuesta Continua de Hogares 2006 relevó que, el 82,8 % de los uruguayos creen en Dios de diferentes maneras (Brena, 2011).

Natalia, joven que asistía al Espacio Adolescente, nos relató una experiencia de enfermedad significativa, donde si bien la enferma era su madre, la dinámica del hogar y especialmente la vida de Natalia habían sido afectadas. Su madre sufría un dolor intenso en la espalda por lo que no podía hacerse cargo de las tareas domésticas, ni del cuidado de los hermanos menores y se había vuelto dependiente para todas las actividades cotidianas. Natalia, al ser la hija mayor había dejado de concurrir a las clases del liceo para cuidar de su madre y de sus hermanos menores, situación que puso en riesgo su año lectivo.

Mamá una vez estuvo remal de la columna que ya no podía caminar. Que estaba todos los días que tenía que ir al médico a ponerle calmantes, a darle suero, todo y ella dice como que fue algo milagroso, algo así. Ella fue a la casa del hombre este, que el hombre es también curandero o algo así y le hizo, le tocó no se qué la espalda y dice que salió caminando de ahí adentro. Dice que no sabe lo que el hombre le hizo pero que salió caminando de ahí. Que fue poco más que arrastrándose del dolor y que salió caminando. Y yo no sé por qué pero en ese día me sentí realiviada. Ese día dije, hay gracias porque mi madre pobre ya no podía más de dolor. No podía. Tenía que estar todo el día acostada, había que acompañarla al baño. Una persona inválida parecía. Es más, yo tuve que faltar todo un mes casi al liceo. El año pasado. A final de año. Estuve faltando al liceo casi como un mes. Como que no iba casi. Pasé de... pasé por pasar. Porque fue el último mes. En diciembre, principio de diciembre mamá no podía casi caminar. Y me quedé con ella. Porque Juan aparte, recién había nacido. Él nació en junio. Y Lucas es de diciembre, recién había cumplido un año. Era muy chiquito y todo y ta, era, tenía una año y poquito, [...]

—¿Y sabés de qué religión era él?

—Creo que es de los Pai, de eso raro. Como yo esucho lo que dicen ellos. Lo que habla papá con mamá pero no.

—¿Umbandista?

—Sí, algo así de Umbanda. Pero no me gusta eso. Cuanto más lejos mejor.

—¿Por qué?

—Porque no, me da miedo, matan bichos. Todas esas cosas. Hay, qué horrible.

—Bueno, eso, me decías que te da un poco de miedo pero por otro lado...

—Por otro lado me alivió cuando curaron a mamá.[...] Como que papá era hijo de religión o algo así de él, pero después no fue más. Como que se alejó porque le costaba. Tenía que hacer algo ahí que tenía que poner mucha plata y papá no podía. Y el hombre le dijo que estaba todo bien, que cuando necesitara algo estaba a las órdenes. Y como mamá estaba remal la llevó pero no le cobró nada. [...] Y papá estuvo muchos días para decirle que vaya y ella no quería, no quería, no quería y cuando vio que no podía más del dolor ella fue y la curó. [...] Y mamá como que no, no se vincula mucho pero la reayuda. Igual a mí no me gusta mucho eso [Natalia, usuaria frecuente].

Al comienzo de su trayecto terapéutico la madre de Natalia concurrió al sistema biomédico pero no encontró solución a su dolor. Su pareja, el padre de Natalia, estaba vinculado a un Pai de Umbanda, pero por diferencias personales e incluso religiosas ella no quería atenderse con él. Como desarrollamos en el capítulo anterior al referirnos a un ejemplo donde una profesional integraba elementos

religiosos para comprender qué estaba en juego para sus pacientes, en las prácticas umbandistas las perturbaciones, sean físicas o mentales, están siempre relacionadas con el plano espiritual (Magnani, 2002). Natalia cuenta que su madre era devota de la Virgen Niña, creencia que le transmitió a ella también y que uno de sus tíos maternos asistía a una iglesia neopentecostal en Punta de Rieles. Sin embargo, como el dolor seguía y el sufrimiento la limitaba cada vez más accedió.

El discurso de Natalia con relación a la cura de su madre resulta contradictorio, mientras que por un lado manifiesta alivio por la cura de su madre, por el otro manifiesta rechazo y miedo ante la religión umbandista. Los miedos que expresa Natalia, reflejan prejuicios que siguen presentes en la sociedad uruguaya con relación a las religiones afrobrasileras, especialmente la Umbanda. «[...] Muchos todavía piensan que los afroreligiosos somos brujos hacedores de magia negra y no entienden que Umbanda es una religión y como tal busca el bienestar de las mujeres y los hombres» (Andrade, 2009: 60-61 en Brena, 2011: 20). En los últimos años, las religiones afrobrasileñas vienen sufriendo discriminación interreligiosa por parte de la Iglesia Universal del Reino de Dios. La discriminación es producto del rechazo de un grupo religioso sobre otro (Brena, 2011). Si bien no podemos profundizar en este tema ya que excede los objetivos de este trabajo, cabe señalar como coloca Dias Duarte (2003) que los estudios sobre los procesos de salud-enfermedad tienden a converger con líneas de investigación sobre lo religioso en tanto esas dimensiones de la vida mantienen relaciones íntimas, ya sea por los marcos cosmológicos que dan lugar a sus interpretaciones como por la integración práctica en sistemas de cura o en trayectos terapéuticos.

Interpretaciones y experiencias holistas sobre la salud y la enfermedad

Como hemos venido desarrollando a lo largo de este trabajo, las personas elaboran construcciones e interpretaciones a partir de su experiencia del proceso salud-enfermedad-padecimiento-atención, sean estos interpretados como parte del flujo normal de la vida o como padecimientos significativos. Retomando a Laplantine (1999) la interpretación de la enfermedad es un fenómeno social.

Hemos buscado abordar las representaciones e interpretaciones de los sujetos con los que trabajamos tratando de que el énfasis en el sentido no eclipsen las condiciones específicas en que ellos experimentan la salud y la enfermedad (Das y Das, 2007; Menéndez, 2009). Cuando indagamos con los entrevistados qué significa para ellos estar sanos y qué significa estar enfermos, la dimensión de la experiencia corpórea resultó fundamental, ya que la salud y la enfermedad están relacionadas con cómo son percibidos, experimentados y representados esos cuerpos (Csordas 2008; Oliveira, 1998). El cuerpo se vuelve un problema cuando deja de funcionar normalmente (Oliveira, 1998).

Dentro de las interpretaciones dadas a la enfermedad y el padecimiento podemos distinguir dos ejes de análisis complementarios entre sí. Uno de ellos

son los síntomas y otros sus consecuencias. Los síntomas más identificados son «estar mal», «no tener ganas de nada», sentirse «bajoneado» [Natalia, Espacio Adolescente], tener «dolor de cabeza o malestar» [Ramón, usuario habitual], tener «fiebre» [Patricia, usuaria esporádica], ver algo «fuera de lo normal» [Margarita, usuaria esporádica]. Dentro de las consecuencias se identifican por ejemplo, no poder relacionarse de forma adecuada con la sociedad. «Porque si no tenés un bienestar mental, por ejemplo, es imposible que te relaciones con la sociedad» [Nelly, usuaria esporádica] o no poder cumplir con los roles socialmente esperados, como trabajar o cuidar a los hijos. Estar enfermo «es lo peor» [Jona, Espacio Adolescente]. Ante esta consecuencia de falla, las personas sienten temor.

La enfermedad limitaría no solo una determinada capacidad física, sino la capacidad de disfrutar de la vida y de los seres queridos.

Cuando vos seas abuela te vas a acordar mío. Lo que pasa ¿viste? cuando va pasando el tiempo, cuando sos joven tenés tiempo para muchas cosas, una vez que va pasando el tiempo y un día ves que te encontrás que no estás tan bien como estabas antes, es un tema generacional, empezás a extrañar la salud y cuando tenés nietos querés disfrutar de los nietos y te querés sentir bien y, bueno, ahí está el tema de por qué la salud es importante en una persona. En el caso mío que quiero estar bien, no solamente por mí, para que mi mujer no me tenga que cuidar, no, es importante que uno esté bien, evidentemente, no solamente físico ¿no? [José, usuario frecuente y referente barrial].

Asimismo, algunas personas relacionan sus problemas laborales o sus preocupaciones económicas con sus problemas de salud.

[...] a veces soy sinvergüenza. No hago caso. (Risas) Porque me dejo estar. Yo qué sé. Me quedo ahí, y pienso, que no puedo trabajar, que no consigo trabajo y que no sé, ta, en vez de salir a caminar me acuesto. Y me da como una depresión así [Gladys, usuaria frecuente].

La salud por su parte también es vista como algo concreto, un estado asociado a la vitalidad. «Estar sano es estar vivo». La salud permite disfrutar «joder», «pavear con tus amigos» [Jona, Espacio Adolescente] «divertirte» [Natalia, Espacio Adolescente], «poder salir a algún lado» [Walter, usuario del grupo ODH], «[...]Y te sentís mucho mejor, estando sana, liviana, todo. Este. Y estar sin sobre peso ni te cuento» [Gladys, usuaria frecuente]. Para algunos, la salud solo sería debidamente valorada en contraste con la enfermedad «Cuando vos te enfermás te das cuenta de lo que es la salud» [Nelly, usuaria esporádica].

Las condiciones materiales de existencia como la vivienda y las condiciones laborales son reconocidas como dimensiones que afectan y se vinculan con la salud.

Bueno, el tema que para mí la salud es un tema donde hay muchos factores, porque para mí salud también es salud medioambiental, es tener una casa habitable, confortable, no solo los servicios, dentro de la salud forma parte el ámbito laboral, todo eso influye y forma parte de lo que es la salud, es algo más integral, no es solamente el servicio que se te presta ¿no? La salud para mí comprende todos esos factores [Cristina, referente barrial].

Asimismo, el contacto con la naturaleza y con el resto de la sociedad colaborarían a mantener el bienestar tanto físico como mental.

Yo pienso que también uno se puede deprimir mucho ¿no? nosotros, viste, que con lo que nos pasó y yo misma ahora, yo salgo todos los días a caminar, de mañana me levanto, no desayuno y me voy a caminar, porque tenés que estar en contacto con la naturaleza ¿verdad? Y con todo, con la gente, porque si vos te encerrás es lo peor que hay. [...] la cabecita tiene que estar sanita, no puede estar pensando siempre en algo [*Nelly, usuaria esporádica*].

Si no después andás con la pierna dura, si la cabeza está sana está todo bien, el problema es cuando te enfermás de arriba [...] Ah sí y hablar con la gente, yo hablo con los vecinos, hablo con uno, hablo con otro, le digo una broma a uno, le digo una broma a otro [*Walter, usuario esporádico*].

Las personas que participaron de este trabajo tienen su propia definición de qué es estar sano o saludable asociada justamente al bienestar o la vitalidad, al sentir a su cuerpo en un funcionamiento adecuado. Esa representación de las personas sobre su propia salud no coincide necesariamente con la ausencia de enfermedad desde una concepción biomédica. Por ejemplo, personas que tienen problemas de sobrepeso o de hipertensión o colesterol encuentran que tienen un buen estado de salud en tanto los síntomas no son experimentados sensorialmente. Los lazos sociales, especialmente la familia, las condiciones de vida y de trabajo, la posibilidad de disfrutar y relacionarse con otros son asociados a la concepción de salud. Por otro lado, el encierro, el aislamiento, la soledad, el malestar físico, mental, y económico son asociados a la enfermedad.

Encontramos que existe una interpretación holística de los procesos de salud-enfermedad-padecimiento-atención donde tanto lo físico como lo mental y espiritual se influyen mutuamente y el cuerpo y su modo de estar en el mundo, emerge como un elemento central. Asimismo, se evidencia una vinculación entre el cuerpo, lo «psi» y lo social. Siguiendo los trabajos de Días Duarte (1998, 2003), esta forma holística de dar sentido a los procesos de salud-enfermedad, se corresponde con un modelo relacional de persona característico de los sectores populares en las sociedades nacionales modernas. Dicho modelo entraría en contradicción con el individuo occidental moderno.

La representación individualizada de persona moderna tiene una serie de efectos concomitantes que afectan las demás dimensiones de la vida social: la racionalización y el alejamiento de lo sensible, la fragmentación de los dominios, la universalización de los saberes, la interiorización y psicologización de los sujetos, la autonomización de la esfera pública, la intimización de la familia, la autonomización de los sentidos y consecuentemente de una estética y una sexualidad (Días Duarte, 1998). Si bien el fenómeno de «la enfermedad» en la cultura occidental moderna constituye un subproducto, los principios del individualismo, las sociedades han sido influenciadas de diferente modo por ellos. Nuestra sociedad, así como el resto de Latinoamérica y de Europa oriental, se encuentra según la clasificación de Días Duarte (1998) entre las sociedades periféricas de

occidente,³⁷ las cuales remiten a situaciones culturales básicamente pertenecientes a la cultura occidental, pero que, por muchos motivos, manifiestan baja o heterogénea institucionalización de la ideología individualista.

Si bien podemos afirmar que la biomedicina sigue siendo la forma de atención dominante en Uruguay y que los uruguayos tienen en su gran mayoría acceso a los servicios de salud biomédicos, observamos en esta investigación que usuarios de un servicio de primer nivel de atención de ASSE pertenecientes a sectores populares de la ciudad de Montevideo, también recurren a prácticas de autoatención y formas de atención popular y tradicional donde converge el campo de la religión y las creencias. Las prácticas *new age* si bien son utilizadas, parecen ser menos comunes que en sectores de clase media y media alta en nuestro país.³⁸ El uso de estas formas de atención no es excluyente sino en general complementario y son empleadas en distintas etapas del trayecto terapéutico. Creemos que esta integración de diferentes modos de atención también podría estar respondiendo a esta interpretación holista de los procesos de salud y enfermedad, que procura también respuestas plurales para su atención.

37 Dias Duarte (1998) distingue entre cuatro categorías según cuánto ha permeado la ideología individualista: sociedades tribales, sociedades islámicas y orientales, metrópolis occidentales y sociedades occidentales periféricas.

38 Con relación al uso de medicinas alternativas en clases medias y medias altas se pueden consultar los trabajos del Programa de Antropología y Salud, especialmente Romero (2004-2005).

Conclusiones

Este trabajo se propuso analizar las representaciones sociales, estrategias y experiencias de usuarios y trabajadores de un servicio de salud del primer nivel de atención, en el contexto de la reforma sanitaria nacional, mediante una etnografía de una policlínica del primer nivel de atención de ASSE. La investigación fue desarrollada en una policlínica dependiente del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, que integra la RAP-ASSE metropolitana, en un barrio de sectores populares de la ciudad de Montevideo. Si bien hay aspectos de este trabajo que hacen a las especificidades locales, entendemos que por el carácter relacional de los sistemas de salud hay algunas conclusiones que pueden ser útiles para la comprensión de aspectos más generales.

En términos generales, la investigación desarrollada abarca temas relacionados con el cambio de modelo de atención propuesto por la reforma del SNIS. La reforma propone la organización del sistema de salud en tres niveles de atención, priorizando el primer nivel y desde una estrategia de trabajo en APS. Esta investigación permite, a través de la aproximación en profundidad a una situación, acercarse a las características de los servicios de salud públicos en el primer nivel de atención, las actividades asistenciales y comunitarias que se desarrollan, los vínculos que tanto usuarios como profesionales establecen con otros servicios de salud y las estrategias que profesionales y usuarios desarrollan para moverse dentro del sistema. Asimismo, buscamos analizar y comprender las representaciones de salud y enfermedad de trabajadores y usuarios así como las experiencias en el proceso de salud-enfermedad-padecimiento-atención a partir del análisis de los trayectos terapéuticos de estos últimos.

Analizamos el proceso de poblamiento del barrio de Villa Farré así como la conformación de la policlínica y es posible afirmar que esta experiencia se ha constituido en un ejemplo exitoso de participación social en salud, en tanto miembros de un barrio organizados, lograron construir de forma cogestionada con el Estado una policlínica descentralizada con infraestructura y tecnología disponible acorde a un servicio del primer nivel de atención. Las redes de relaciones e intercambios recíprocos establecidas entre los habitantes de Villa Farré durante el proceso de poblamiento del barrio, así como las trayectorias y experiencias previas de algunos de sus habitantes fueron elementos claves en este proceso. No adherimos a las posturas que idealizan a la participación social y comunitaria como algo bueno en sí, sino que entendemos que es necesario analizar en cada caso qué significados adquiere. En Villa Farré, la idea de contar con una policlínica descentralizada y accesible era una necesidad sentida por la población así como la necesidad de acceso a otra serie de servicios públicos que también inciden en la salud y calidad de vida. Este grupo de personas tuvo la capacidad de organizarse socialmente, negociar y gestionar recursos para lograr acceder a

varios de estos servicios. Sin embargo, a partir del análisis de este proceso queda abierta la pregunta sobre cómo inciden los vínculos entre las organizaciones sociales de base y las organizaciones políticas en los procesos de participación social en salud así como quiénes resultan beneficiados y quiénes relegados.

Con relación a los trabajadores del equipo de salud, intentamos mostrar que el equipo multidisciplinario de salud no es una entidad abstracta, sino que está integrado por personas con diferentes trayectorias y formaciones, que se encuentran en la práctica del trabajo concreto de los servicios de atención. Dentro del equipo de salud distinguimos entre los profesionales y las conserjes.

La conserje tal y como es desempeñada en Villa Farré se constituye en una nueva figura que está entre los usuarios-vecinos, el equipo de salud-profesionales-compañeros de trabajo y las políticas de gestión de los servicios de salud. Conceptualizamos ese «estar entre» como una figura que condensa distintas posiciones sociales e identidades (vecinas, usuarias, trabajadoras, voluntarias). Además de las conserjes de Villa Farré, identificamos que en otros servicios de salud existen conserjes o agentes comunitarias de salud. Quedan abiertas varias preguntas con relación a estas nuevas configuraciones que se van estructurando en los servicios de salud descentralizados del primer nivel, para lo cual sería interesante profundizar las investigaciones en un estudio comparativo. ¿Por qué las tareas de conserjes o agentes comunitarias son asumidas en su gran mayoría por mujeres? ¿Las conserjes o agentes comunitarias de salud pueden ser consideradas como traductoras o puentes entre los servicios de salud y los usuarios? ¿Cómo influyen los micropoderes locales en los cuales estas personas están insertas en el acceso de los usuarios a los servicios de salud? ¿Cómo se legitiman o no dichas figuras desde el sistema de salud oficial?

Con relación a los profesionales, encontramos que desarrollan un modelo de atención más integrador y tolerante que si bien sigue basándose en los principios de la biomedicina, integra aspectos relacionales en sus concepciones de salud-enfermedad y en sus prácticas de atención. En algunos casos se siguen presentando temores o desconocimiento con relación a prácticas de cura populares que requieren la ingestión de sustancias o impliquen ritos de posesión. Sin embargo encontramos ejemplos exitosos de integración de la dimensión religiosa en la clínica y en términos generales los profesionales reconocen que la salud de la persona abarca las diferentes dimensiones de su vida y está atravesada por creencias y experiencias previas. Asimismo, la mayoría refiere su intención de integrar de forma dialógica la perspectiva del otro tanto en las instancias de atención en consulta, práctica que pudimos constatar con relación a las actividades grupales. Esta integración y tolerancia pueden enmarcarse en procesos de surgimiento de medicinas dentro de las medicinas identificados en nuestro país en los últimos años.

Más allá de este modelo integrador identificado a nivel local, al analizar los trayectos que los usuarios deben transitar dentro de ASSE, aún no existe una adecuada integración entre los diferentes niveles del sistema de atención ni entre diferentes servicios del primer nivel. Este aspecto es identificado tanto desde la

perspectiva de los trabajadores como de los usuarios. Los problemas identificados a nivel de la gestión (demoras, extravíos, errores) como la falta de los recursos necesarios para resolver las situaciones asistenciales en el nivel correspondiente son señales de la fragmentación del sistema de salud. Si bien tanto los profesionales como los usuarios elaboran sus estrategias para sortear estas dificultades, dichas estrategias se basan en aprendizajes individuales o en contactos interpersonales que no están necesariamente disponibles en igualdad de condiciones para todos los usuarios. Es imprescindible por tanto seguir trabajando en la integración del sistema de salud, ya que su fragmentación tiene diversas consecuencias no deseadas no solo para los servicios de salud sino para la sociedad toda.

A lo largo de la etnografía pudimos observar que la policlínica estudiada era vista no solo como un espacio asistencial sino también de pertenencia social. Destacamos los grupos como el *ODH* o el Espacio Adolescente ya que ambos espacios funcionan como ámbitos de pertenencia y referencia, sea para adultos mayores como para jóvenes de la zona. Por otra parte, identificamos que la mayoría de los usuarios además de utilizar el sistema de atención biomédico, en algún momento de su trayecto terapéutico utilizan prácticas de atención populares, prácticas de atención y cura religiosas u otras medicinas alternativas. Encontramos que se recurre a este tipo de prácticas de atención ante malestares que pueden ser considerados como parte de la vida cotidiana o ante situaciones donde la experiencia de enfermedad resulta significativa para las personas. En estas últimas, se recurre especialmente a prácticas de cura religiosas del campo de la religiosidad popular o a medicinas alternativas en lo que refiere a terapias del dolor. El uso de otros sistemas de atención no es excluyente con la utilización del sistema biomédico, por el contrario, los sujetos con los que realizamos esta investigación combinan los diferentes sistemas y deciden cuál es el más adecuado ante cada situación de acuerdo con sus representaciones sociales de la salud y la enfermedad. Además, también evidenciaron que en este caso sujetos y familias pertenecientes a sectores populares urbanos despliegan diferentes prácticas de autoatención, las cuales constituyen el primer nivel de participación en su propia salud. Esto coincide con el pluralismo médico identificado por la literatura de referencia en otros países de América Latina en sectores populares.

Desde un punto de vista antropológico no nos interesó indagar sobre el éxito de las diferentes prácticas de atención, sino reconocer su existencia. Esta integración de sistemas de atención y prácticas de autoatención coincide con las representaciones y experiencias holísticas sobre la salud-enfermedad-padecimiento-atención de los usuarios que participaron de este estudio, para quienes la salud y la enfermedad parecerían ser categorías relacionales y sociales donde la experiencia del cuerpo y su modo de estar en el mundo emerge como un elemento central.

La reforma del SNIS pretende poner en el centro de la atención a la persona, la familia y la comunidad, por tanto entiendo que es importante que los servicios de atención biomédicos reconozcan la pluralidad de sistemas de atención que las

personas efectivamente utilizan y puedan desarrollar mecanismos para ir integrando en la mayor medida posible esas interpretaciones y representaciones sobre la salud-enfermedad así como esas diversas prácticas de atención que se ponen en juego para los usuarios. La atención longitudinal y el fortalecimiento de la relación médico-paciente emergen como factores claves en este sentido.

Como se intentó mostrar con esta etnografía en la policlínica de Villa Farré, las representaciones, estrategias y experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad-padecimiento-atención no solo reflejan procesos internos de la vida de los sujetos y conjuntos sociales, sino que también permiten reflexionar sobre las condiciones cotidianas de existencia, las relaciones sociales que se establecen entre las personas, las creencias, valores y afectos, la experiencia corporeizada del bienestar y el malestar, las estrategias que las personas desenvuelven para enfrentarse a diferentes situaciones en sus vidas y los procesos estructurales económicos y políticos que atraviesan esas experiencias cotidianas.

Bibliografía

- ABELÉS, M. (2008) «El campo y el subcampo». En: GHASARIAN, C. (comp.) *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol.
- ADLER LOMNITZ, L. (2001) *Redes sociales, cultura y poder: Ensayos de antropología latinoamericana*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE). *Red de Atención del Primer Nivel*. <http://www.asse.com.uy/uc_2371_1.html>.
- Dirección de sistemas de información. Departamento de Gestión de la Información. Total del país de usuarios ASSE por años (2007-2010). Obtenido el 6/8/2013 en <http://www.asse.com.uy/uc_4844_1.html>.
- ALLUÉ, M. (2009) «La gestión del dolor». En: GRIMBERG, M. (ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- ALTHABE, G. (2008) «Entre varios mundos». En: HERNÁNDEZ, V. *Gerard Althabe, entre varios mundos: reflexividad, conocimiento y compromiso*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- ÁLVAREZ PEDROSIAN, E. (2009) *Los estrategias del Maciel: etnografía de un hospital público*. Montevideo: Universidad de la República, CSIC.
- «Aterrizando en Aeroparque. Diagnóstico antropológico de una villa rural en el Área Metropolitana de Montevideo». *Encuentros Uruguayos. Revista del Centro de Estudios Interdisciplinarios del Uruguay*, año 1, n.º 1, octubre 2008, pp. 166-193.
- ALVES, P. C. y RABELO, M. C. (2009) «Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia». En: GRIMBERG, M. (ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- ASSE. Dirección de sistemas de información. Departamento de Gestión de la Información. Total del país de usuarios ASSE por años (2007-2010). Obtenido el 6/8/2013 en <http://www.asse.com.uy/uc_4844_1.html>
- Evolución de ASSE – Indicadores años 2004-2011. Departamento de Gestión de la información de ASSE. Obtenido el 6/8/2013 en: <http://www.asse.com.uy/uc_4844_1.html>
- BAER, H.; SINGER, M. y SUSSER, I. (1997) *Medical anthropology and the world system: a critical perspective*. Westport: Bergin & Garvey
- BARBER, N. y MARGULIS, S. (2009) «Procesos de atención de personas que viven con VIH. Un enfoque desde las trayectorias terapéuticas». En: GRIMBERG, M. (ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- BARRÁN, J. P. (1992) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo i. El poder de curar*. Montevideo: Banda Oriental.
- (1993) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo ii. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Banda Oriental.
- (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo iii. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- BAYCE, R., CHERONI, A., et al. (1993). *La medicalización de la sociedad* (Vol. 6). Montevideo: Nordan Comunidad/Goethe Institut.

- BARRIOS PINTOS, A. (1991) *Los barrios de Montevideo*. Montevideo: IMM.
- BIELLI, H.; DIBARBOURE, H.; LABORDE, L.; LINDNER, C.; MÉNDEZ, A.; PETIT, I.; PIZZANELLI, M.; PONZO, J.; ROSA, N. y SOSA, A. (2009) «Medicina Familiar y Comunitaria: Pasado, presente y futuro en el Uruguay». En: *Formación de Recursos Humanos para el Primer Nivel de Atención utilizando la Estrategia de la Atención Primaria de Salud*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina.
- BLANCHET, A. (1989) «Entrevistar». En: *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Narcea.
- BOURDIEU, P. (1990) «Da regra às estratégias». En: *Coisas ditas*. SP: Brasiliense.
- (1999) *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BRENA, V. (2011) *Hacia un Plan Nacional contra el Racismo y la Discriminación. Informe final*. Ministerio de Educación y Cultura. Disponible en: <http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/10904/1/d_informe_religion.pdf>.
- CANO, A. y EVIA, V. «Barreras y facilitadores en la accesibilidad a los servicios de salud mental en el caso del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo». Ponencia presentada en las IV Jornadas de Investigación y III Jornadas de Extensión en FHCE noviembre 2011. Disponible en: <<http://www.fhuce.edu.uy/jornada/2011/Ponencias%20Jornadas%202011/GT%2032/Ponencia%20GT%2032%20Evia%20et%20al.pdf>>.
- y APUD, I. (2013) Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de Montevideo a partir de un estudio de caso. En: *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3 (1), 41-63 (mayo, 2013). Disponible en: <<http://revista.psyco.edu.uy/index.php/revpsicologia/articulo/view/151/113>>.
- CARDOSO, R. (1986) «Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método». En: CARDOSO, R. (org.) *A Aventure Antropológica – teoria e pesquisa*. Sao Paulo: Paz e terra.
- CHERONI, S.; RIAL, V. y RODRÍGUEZ, E. (2010) «Principales actividades y resultados de un estudio antropológico sobre el dengue con enfoque ecosistémico». En: BASSO, C. (ed.) *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República.
- CLIFFORD, J. (2001) *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*. Barcelona: Gedisa.
- CORBOZ, J. (2013) «Asentamientos and Cantegriles: New Poverty and the Moral Dangers of Proximity in Uruguayan Squatter Settlements». *Latin American Research Review*, vol 48, n.º 3. 44-62.
- CORREA URQUIZA, M.; SILVA, THOMAS J.; BELLOC, M. M. y MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. «La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales» UOC, ICA. *QuAderns* 22.
- CSORDAS, T. (2008) *Corpo/ Significado /Cura*. Porto Alegre: UFRGS.
- DALMONÍL, B. y PENHA, M. (2008) «Etnografía de sujeitos em sofrimento psíquico». *Revista Saúde Pública*, vol. 42.
- DAS, V. y DAS, R. (2007) «How the Body Speaks. Illness and the Lifeworld among the Urban Poor». En: BIEHL, J.; GOOD, B. y KLEINMAN, A. (eds.) *Subjectivity. Ethnographic investigations*. London: University of California Press.
- DECLARACIÓN DE ALMA-ATA (1978). Obtenida en junio 2009 de: <http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>.
- DELGADO, J. M. y GUTIÉRREZ, J. (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.

- DIAS DUARTE, F. (1998) «Pessoa e dor no ocidente». *Horizontes antropológicos*, año 4, 13-28.
- (2003) «Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença». *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 173-183.
- DOS SANTOS, I.; GRABINO, V.; MONTEALEGRE, N. y VIERA, M. (2003) «El poder sobre los cuerpos: barreras y estrategias frente a la atención médica». Trabajo presentado en las I Jornadas de Jóvenes Investigadores. Sección Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras (UBA) Buenos Aires, 2003.
- ELIADE, M. (1999) *Mito y realidad*. Barcelona: Kairós.
- EMBER, C. y EMBER, M. (2004) *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and illness in the world's cultures*. Nueva York: Springer.
- EVIA, V. (2010) «Porque necesito de voz para poner mi voz al aire... Etnografía en Radio Vilardevoz: representaciones sociales sobre la locura y prácticas de resistencia». Trabajo presentado como tesis de finalización de la Licenciatura en Ciencias Antropológicas de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República. Disponible en: <<http://eva.fhuce.edu.uy/course/view.php?id=9>>.
- (2014) «Discutiendo la participación social y comunitaria en salud. Reflexiones a partir de una etnografía en una policlínica del noreste de Montevideo», en: ROMERO, S. (org.) *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos. Encuentros, estudios, debates, 2012-2014*. Programa de Antropología y Salud, FHCE, Montevideo, Nordan.
- (2015). Los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de trayectos terapéuticos. *Salud Colectiva*, 11(4), 537-552. <<https://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.794>>.
- FASSIN, D. (2008) «Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud». En: SPINELLI, H. y MENÉNDEZ, E. (eds.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- FERNÁNDEZ GALEANO, M. (2000) *Descentralización y participación social en salud. La experiencia de Montevideo*. Inédito.
- FITZPATRICK, R.; HINTON, J.; NEWMAN, S.; SCAMBLES, G. y THOMPSON, J. (1990) *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FRAIMAN, R. y ROSSAL, M. (2008) «El retorno del Estado. Políticas sociales y comunidad(es) imaginada(s) en Montevideo» En: ROMERO, S. (comp. y ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2008-2009*. Montevideo: Nordan.
- GABORIAU, P. (2008) «Punto de vista sobre el punto de vista. Las apuestas sociales del discurso etnológico: el ejemplo de los sin techo». En: GHASARIAN, C. (comp.) *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol.
- GARCÍA, N. y de SOUZA, A. (2011) «Aproximación al estudio de los cambios en la eficacia simbólica en la relación médico-paciente en el Uruguay». Trabajo presentado en IV Jornadas de Investigación y III Jornadas de Extensión, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- GARY, A., FRIZPATRICK, R. y SCRIMSHAW, S. (eds.) (2003) *Handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- GEERTZ, C. (2005) *Obras e vidas. O antropólogo como autor*. Río de Janeiro: Universidad Federal de Río de Janeiro.

- GHASARIAN, C. (2008) Por los caminos de la antropología reflexiva. En: GHASARIAN, C. (comp.). *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol.
- GODELIER, M. (2008) «Romper el espejo de sí». En: GHASARIAN, C. (comp.) *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol.
- (2010) «Comunidad, sociedad, cultura: Tres claves para comprender las identidades en conflicto». *Cuadernos de Antropología Social* n.º 32, 13-29.
- GOFFMAN, E. (1971) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1980) *Estigma-Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Brasil: Zahar.
- (2001) *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GRABINO, V. (2006) «Prácticas y significados en torno a Salud Sexual y Reproductiva en una población del medio rural uruguayo». Trabajo presentado en Seminario Regional sobre Investigación y Género en la Universidad de la República, realizado los días 15 y 16 de setiembre 2006, Montevideo, Publicación en Formato CD.
- GRAU, C.; LAZAROV, L. ; MIERES, G.; OLIVERA, I. y RODRÍGUEZ, H. (2008) *Informe final de la consultoría sobre Salud en el marco del Plan Estratégico Nacional en Ciencia, Tecnología e Innovación*. Octubre 2008. Disponible en: <http://www.anii.org.uy/imagenes/libro_salud.pdf>.
- GRIMBERG, M. (2001) «Saber de SIDA y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención». *Cad. Saúde Pública*. 2001, vol. 17, n.º 3.
- (2003). «Narrativas del cuerpo: Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH». *Cuadernos de antropología social*, (17), 79-99.
- (2009) «Poder, políticas y vida cotidiana». *Revista de Sociología e política*, 17(32), 83-94.
- GRIMSON, A. (2003). «Algunas consideraciones reflexivas sobre la reflexividad en antropología», *Oficios Terrestres*, n.º 14.
- GUBER, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- GUIGOU, N. (2006) «Religión y política en el Uruguay». *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 6, n.º 2, jul.-dez. 2006.
- (2008) *Religião e Produção do Outro: mitologias, memórias e narrativas na construção identitária das correntes imigratórias Russas no Uruguai*. Porto Alegre, 2008. Tesis de Doctorado en Antropología Social. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, UFRGS, Brasil.
- y BASSINI, J. (2011) «Ciudades en perspectiva. Un estudio socio-espacial sobre Manaus y Montevideo». En: *Anuario de antropología social y cultural en Uruguay 2010-2011*. ROMERO GOSKY, S. (ed.) Montevideo: Nordan.
- HALBAUCHS, M. (1990). «Espacio y memoria colectiva». En: *Estudios sobre las culturas contemporáneas, vol. iii número 009*. Universidad de Colima. Colima, México. Consultado el 7/2/2013 en: <http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2013/11/Halbwaks_espacio_y_memoria_colectiva_2_.pdf>.
- HARO, J. A. (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en salud». En: PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Microdatos censales y marco estadístico 2011*. Disponible en <<http://www.ine.gub.uy/censos2011/microdatos/micromacro.html>>.
- *Principales resultados de la encuesta continua de hogares 2011*. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2011/Principales_resultados_2011.pdf>.
- Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) (2012) *Directrices departamentales de ordenamiento territorial y desarrollo sostenible*. Montevideo. Montevideo: IMM.
- (2013) Unidad de Estadística. *Información Física y Sociodemográfica por Centro Comunal Zonal*. Junio 2013.
- *Plan de ordenamiento territorial 1998-2005*. disponible en: <<http://www.montevideo.gub.uy/institucional/politicas/ordenamiento-territorial/plan-montevideo>>.
- JELIN, E. (2002) *Los trabajos de la memoria*. Barcelona: Siglo XXI.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press.
- (1992). «Local worlds of suffering: An interpersonal focus for ethnographies of illness experience». *Qualitative Health Research*, 2(2), 127-134.
- y KLEINMAN, J. (1991). «Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience». *Culture, medicine and psychiatry*, 15(3), 275-275.
- KLEINMAN, A. y BENSON, P. (2006) «Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It». *PLoS Med*, vol. 3, n.º 10. 291-294.
- LANGDON, E. J. y WILK, F. B. (2010) «Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud». En: *Revista Latino-americana de Enfermería*, vol. 18.
- LAPLANTINE, F. (1999). *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Ley 18.211 - *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, Uruguay.
- Ley 18.335 - *Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud. Se establecen sus derechos y obligaciones*. Montevideo, Uruguay.
- MAGNANI, J. G. (2002) «Doença mental e cura na umbanda». *Teoria e Pesquisa*. San Carlos, n.º 40, 5-23.
- MARCUS, G. (2001) «Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal». *Alteridades*, pp. 111-127.
- y FISHER, M. (2000) *La antropología como crítica cultural. Un momento experimental en las ciencias humanas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2008) *Antropología médica teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MARTÍNEZ, M.; NIGRO, I.; PETIT, I.; ROSSI, C. y VIRÉ, M. (s/f) *Recomendaciones prácticas para implementar grupos de obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel*. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3612,18126>>.
- MAUSS, M. (1971) [1923] «Ensayo sobre los Dones: Razón e Intercambio en las Sociedades Primitivas». En: *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.
- Mendy, M. y GONZÁLEZ, V. (2012) *El territorio como ámbito de expresión de las desigualdades sociales*. Disponible en: <<http://www.pim.edu.uy/files/2013/04/El-Territorio-como-%C3%A1mbito-de-expresi%C3%B3n-de-las-desigualdades-sociales.pdf>>.

- MENÉNDEZ, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- (2005) «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud Colectiva*, La Plata. 1 (1) 9-32.
- (2008a) «Introducción». En: SPINELLI, H. y MENÉNDEZ, E. (coords.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2008b) «Las múltiples trayectorias de la participación social». En: SPINELLI, H. y MENÉNDEZ, E. (coords.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2008c) «Participación social en salud: las representaciones y las prácticas». En: SPINELLI, H. y MENÉNDEZ, E. (coords.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MESA, S.; MONTEALEGRE, N. y VIERA, M. (2006) «Antropología y Medicina: análisis de una instancia áulica». En: ROMERO GORSKI, S. (comp. y ed.) *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2006*. Montevideo: Nordan.
- MESA, S. y VIERA, M. (2004) «Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica». Trabajo presentado en VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba. Edición digital.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP). (2014) *Movilidad regulada de los usuarios del Seguro Nacional de Salud - Fonasa*. Enero 2014. Planilla con indicadores y guía metodológica. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/noticia/comienza-el-perC3%ADodo-de-movilidad-regulada-para-usuarios->>.
- (2010). Documentos de trabajo de Economía de la Salud n.º 1/10. *Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay*. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/>>, consultada el 6/8/2013.
- (2012) *Población afiliada a cada Seguro según tipo de afiliación*. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/ucecsalud_7752_1.html>, consultada el 6/8/2013.
- (2012) *Población afiliada a las iamc por tipo de afiliación a diciembre de 2011*. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/ucecsalud_7750_1.html>, consultada el 6/8/2013.
- (2014) <<http://www.msp.gub.uy/noticia/comienza-el-perC3%ADodo-de-movilidad-regulada-para-usuarios-fonasa>> consultada el 6/02/2014.
- MONTEALEGRE, J. y MONTEALEGRE, N. (2010) «Punta de Rieles, donde termina y empieza una vía». *Revista Encuentros Uruguayos*, año 3, n.º 3, 2.ª parte.
- MORENO-ALTAMIRANO, L. (2008) «Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica». *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70. 2008 Recuperado en 17 de septiembre de 2013, de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&tlng=es>.
- OAKLEY, P. (1990) *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OLESKER, D. y GONZÁLEZ, T. (2009) *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)*. Uruguay: MSP.
- OLIVEIRA FJA (1998) «Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?», pp. 81-94. In LFD DUARTE & OF LEAL (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Fiocruz, Río de Janeiro.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- (2009) *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana*. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.I_spa.pdf?ua=1>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2010) *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPS Consultado el 10/11/2013 en: <http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>
- (2001) «Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de situación de salud». *Boletín Epidemiológico* OPS, 22 (4): 1-5.
- ORO, A. y SCURO, J. (2013) «El aporte de Renzo Pi Hugarte sobre la transnacionalización religiosa entre Brasil y Uruguay». En: Romero, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, vol II.
- OXMAN, C. (1998) *La entrevista de investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Eudeba.
- PIZZA, G. (2006) «Antropología médica: una propuesta de investigación» (pp. 267-291). En: LIZÓN, C. (ed.) *Introducción a la Antropología Social y Cultural*. Madrid: Akal.
- PONZO J. (2013) «Origins and possibilities of development of family and community medicine in Uruguay». *Medwave* 13(1).
- PORTILLO, A. (2003) *Montevideo: una modernidad envolvente*. Facultad de Arquitectura Udelar. Disponible en: <<http://www.farq.edu.uy/sociologia/files/2012/02/montevideo-una-modernidad-envolvente.pdf>>
- POZZIO, M. (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- PRATT, M. L. (1991) «Trabajo de campo en lugares comunes». En: CLIFFORD, J. y MARCUS, G. E. *Retóricas de la Antropología*. Madrid: Júcar.
- PROGRAMA INTEGRAL METROPOLITANO (2010) *Mapeo de la Producción de los zonales 6 y 9 de Montevideo*, URSP-PIM, SCEAM, Universidad de la República del Uruguay (inédito).
- RIAL, V. (2011) *Procesos de selección social y vulnerabilidad: varones jóvenes viviendo en la calle*. Montevideo: Universidad de la República, 2011.
- RIFKIN, S. B. (2009) «Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience». *Int. Health* 31-36.
- RODRÍGUEZ, E. (2009) «Violencia y contexto sociocultural en el caso ocurrido en la ciudad de Salto». En: OTERO, J. (ed.) *Cuadernos del ces n.º 5*. Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo: SMU.
- ROMERO GORSKI, S. (1993) «Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?» En: BARRÁN, J. P. *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan.
- (2003) *Madres e hijos en la Ciudad Vieja*. Montevideo: Nordan.
- (2005) «La diversidad en el campo de la salud». En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay*, Montevideo: Nordan.
- (2006a) «Modelos culturales y sistemas de atención de la salud». En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay*, Montevideo: Nordan.
- (2006b) *Programa de Antropología y Salud*. Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Disponible en: <<http://fhuce1.fhuce.edu.uy/antrop/social/ProgramaAyS.htm>>. Consultado 06/07/12.

- ROMERO GORSKI, S. (2007) «Una re-visita a la Medicina tradicional berebere. El caso de la Cabília, Argelia». En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay*. Montevideo: Nordan.
- (2009) «Dossier: Veinte años de estudios en antropología y salud en Uruguay». En: OTERO, J. (ed.) *Cuadernos del ces n.º 5*. Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo: SMU.
- (2010a) «Discusión conceptual antropológica en el marco del abordaje ecosistémico». En: BASSO, C. (ed.) *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República, pp. 125-147.
- (2010b) Relaciones conflictivas entre usuarios y profesionales de la salud. Estudio de caso en base a hechos acaecidos en la ciudad de Salto entre diciembre 2008 y enero 2009. En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2009-2010*. Montevideo: Nordan.
- (2013) «Integración de paradigmas médicos, innovaciones en la atención de la salud. Proyección al siglo XXI». En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, vol II.
- (2014) *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos*. Publicación del Programa de Antropología y salud, FHCE, Montevideo.
- ROSSAL, M.; ALBANO, G.; CASTELLI, L. y MARTÍNEZ, E. (2013) «Consumo problemático de pasta base de cocaína. Una aproximación a sus efectos y prácticas». En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, vol II.
- ROSTAGNOL, S; DOS SANTOS, I. y ESPASANDÍN, V. (2004) «Varones adolescentes y jóvenes frente a la sexualidad y a la regulación de la fecundidad». Trabajo presentado en VII Congreso argentino de Antropología Social Villa Giardino. Córdoba, Argentina.
- ROSTAGNOL, S. (2002) «Cuerpo, mujer, concepción: superposiciones y contraposiciones entre el cuerpo físico y el cuerpo cultural». En: Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) *El cuerpo en psicoanálisis: entre la biología y la cultura*. Montevideo, Impresora Gráfica.
- y VIERA, M. (2006) «Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay». En: CHECA, S. (comp.) *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires.
- RUDOLF, S., et al. (2010), *Accesibilidad y participación ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología*. Montevideo: Editorial Fin de Siglo.
- SINGER, M. y BAER, H. (2011) *Introducing Medical Anthropology: a discipline in action*. Plymouth: Altamira Press.
- STOLKINER, A. (2006) «El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios». En: *Anuario de Investigaciones Volumen xiv* (pp. 201-209), Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- TRYLESINSKI, F. (2007) *Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento*. INE, UNFPA, PNUD.
- TURNER, V. W. y BRUNER, E. M. (eds.). (1986). *The anthropology of experience*. University of Illinois Press.
- UGALDE, ANTONIO. (2008) «Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica». En: SPINELLI, H. y MENÉNDEZ, E. (coords.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.

- VALLANCIEN, Guy. (2011) «Le médecin du XXI^{ème} siècle. Sa place et son rôle», 80-99. En: *Le Débat*, n.º 167, noviembre-décembre, Gallimard, París.
- VEIGA, D. y RIVOIR, A. L. (2001) *Desigualdades sociales y segregación en Montevideo*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.
- VENECIANO, A. (2008) «La participación ciudadana en la descentralización de Montevideo: aprendizajes y reflexiones desde los noventa». *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 17 n.º 1.
- VIGNOLO, J.; VACAREZZA, M.; ALVAREZ, C. y SOSA, A. «Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud». *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14 11.
- VOMERO, F. (2010) Tesis de Maestría, «Enfermedad mental, psiquiatría y cultura en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX», defendida en octubre de 2010, dentro del programa Maestría en Ciencias Humanas, opción Antropología de la Cuenca del Plata, FHCE-Udelar. En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, vol. II. 2013.
- WAINWRIGHT, M. (2013) «Tesis de Doctorado en Antropología Médica defendida en la Universidad de Durham, UK, marzo de 2013 «Faltar el aire. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Uruguay» En: ROMERO, S. (ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, vol. II.
- WILKINS, A. (2004) «Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu». *Revista Argentina de Sociología*, vol. 2, n.º 003, pp 118-130.

Este libro es producto de una investigación antropológica que busca aportar a la comprensión de las dinámicas socioculturales de los procesos de salud-enfermedad-atención en Uruguay a comienzos del siglo XXI.

En los últimos años el país ha atravesado una reforma del sistema sanitario. Esta investigación surge de suponer que ella ha tenido efectos en las prácticas institucionales y en las experiencias concretas de las personas al atender su salud que se relacionan con formas particulares de representar y experimentar la salud y la enfermedad. Por ello se buscó investigar las representaciones sociales, las experiencias y las estrategias sobre el primer nivel de atención en salud de los distintos actores vinculados (usuarios, trabajadores, gestores) a partir del método etnográfico. Debido al carácter relacional de los sistemas de salud algunas conclusiones pueden ser útiles para la comprensión de aspectos socioculturales del campo de la salud en el nuevo contexto nacional.

ISBN: 978-9974-0-1392-6



9 789974 013926