



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



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

**Puentes móviles:** salud, comunidad y redes en torno al  
Policlínico Móvil “Adela Domínguez”.

**Mariana Cabrera Aguerre**

Tutora: Florencia Bentancor Stíffano

**2025**

*Gracias,*

*a mi familia por acompañar mi proceso y permitirme soñar; y a mis amigas, por sostenerme siempre, por estar.*

## Índice.

● <b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
● <b>Presentación del tema.....</b>	<b>5</b>
○ Apartado metodológico.....	6
● <b>Capítulo 1 - Salud, reforma y territorio: el lugar de las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.....</b>	<b>9</b>
● <b>Capítulo 2 - El Policlínico Móvil como Política Pública de proximidad: trayectorias y articulaciones comunitarias.....</b>	<b>15</b>
● <b>Capítulo 3 - Redes que sostienen la salud. Aportes conceptuales y vivencias desde el Policlínico Móvil.....</b>	<b>22</b>
○ Hacia el término redes comunitarias.....	23
○ “..sin dudas que se funciona mucho mejor en los barrios donde tenemos comisiones vecinales organizadas, y también que el Móvil sea esa herramienta para generar la organización del barrio..” .....	26
● <b>Capítulo 4 - Trabajo Social como promotor de oportunidades en el territorio. Experiencias y desafíos.....</b>	<b>30</b>
○ Características de la intervención del Trabajo Social en las prácticas estudiantiles.....	36
● <b>Reflexiones finales.....</b>	<b>42</b>
● <b>Bibliografía.....</b>	<b>44</b>
● <b>Anexos.....</b>	<b>49</b>

## **Introducción.**

El presente documento corresponde a la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

La temática a abordar se ubica dentro del campo de la Salud y pretende analizar el vínculo ya establecido entre el Policlínico Móvil “Adela Dominguez”, —como Institución y Política Pública— y la comunidad, resaltando la importancia de las redes comunitarias como promotoras de salud y fortalecedoras de participación social.

Se parte de la idea central de que la atención en salud en el Policlínico Móvil—incluyendo la atención clínica, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud— es más efectiva en los territorios donde la densidad organizacional es sólida. Esta relación se fundamenta en que las redes comunitarias facilitan la identificación de demandas y necesidades locales, fortalecen la participación de usuarios/as, y contribuyen a las intervenciones del equipo técnico.

Con el objetivo de explorar sobre esta afirmación, opté por incorporar una sistematización sobre la inserción del Trabajo Social como disciplina en el equipo técnico del Policlínico, a partir de las prácticas pre profesionales realizadas en 2023 y 2024, que corresponden al Proyecto Integral “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional”, iniciando con un proceso de aproximación e inserción del equipo estudiantil en la Institución y en los barrios que visita el Policlínico. Durante los primeros acercamientos, se estableció contacto con la comunidad, referentes vecinales e Instituciones locales.

A partir de las demandas planteadas por la comunidad y la Institución, se elaboró un Proyecto de Intervención con el objetivo de fortalecer el vínculo existente entre el Policlínico Móvil y la comunidad. Se priorizó aportar herramientas que permitieran al equipo técnico informar y orientar a los usuarios/as sobre servicios y recursos disponibles, así como generar instancias de participación comunitaria sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Las redes comunitarias y de soporte social permean en la vida y la salud de las personas. El proceso de intervención vivenciado en el centro de práctica atravesó diferentes momentos a lo largo de los dos años de práctica pre profesional. Dicho proceso comenzó en el mes de

mayo del año 2023, donde se transitó un camino de aproximación e inserción a la Institución y al equipo técnico. En los primeros acercamientos a los barrios en los que interviene el Policlínico, se tomó contacto con la comunidad, vecinos/as referentes e Instituciones que se encuentran en el territorio.

Las redes comunitarias establecidas entre los Servicios de Salud y la comunidad son fundamentales. Las Policlínicas barriales, así como el Policlínico Móvil, son el primer punto de contacto entre la ciudadanía y los Centros de Salud. Al encontrarse en el territorio, facilitan el acceso a los servicios de atención, prevención de enfermedad, diagnóstico y tratamiento. A su vez, a través de campañas educativas, talleres, actividades con la comunidad, los Servicios de Salud logran promover hábitos saludables adaptando sus acciones a las necesidades específicas de la comunidad.

Tras el proceso de reforma del Sistema de Salud en Uruguay, iniciado en 2005, es que se fortalece la participación social y el trabajo en redes en los Centros de Salud. El Trabajo Social como disciplina intervino en este proceso, impulsando y fortaleciendo la participación activa de la comunidad en el ámbito sanitario.

A la luz de esta experiencia surge el interés por problematizar y visibilizar la importancia de las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención a la Salud, y cómo el rol del Trabajo Social como disciplina es fundamental en el tejido redal. A su vez, considero importante mencionar los límites y las posibilidades a las que se encuentra un/a trabajadora social en un espacio de trabajo como es el Policlínico Móvil.

## **Presentación del tema.**

El rol del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención a la Salud, posterior a la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud en 2007, fue objeto de investigación en reiteradas ocasiones, así como el análisis de las redes comunitarias como promotoras de salud. En este apartado haré un breve descripción de trabajos anteriores respecto a la temática de salud y redes comunitarias que han sido relevantes para el desarrollo de esta Monografía.

Piriz (2005) escribe en su Tesis de grado titulada “Las redes sociales como estrategia de intervención comunitaria: una visión desde el trabajo social” sobre las redes sociales —entendidas como lazos relationales y de apoyo que existen entre personas, familias y organizaciones— como una herramienta en la intervención comunitaria desde el campo del Trabajo Social, aprovechadas para fortalecer y fomentar la participación activa de las personas en la resolución de problemas sociales, desde la perspectiva del Trabajo Social. Realiza un recorrido bibliográfico sobre diferentes conceptos de red social y su distinción entre primarias, secundarias y naturales. A su vez, desarrolla los desafíos de la intervención en red, problematizando a la red social como una estrategia de intervención. Piriz (2005) sostiene que el fortalecimiento de redes sociales favorece una intervención comunitaria más efectiva, ya que permite fundarse en estructuras existentes, respetando las dinámicas locales desde lógicas participativas. Por último, destaca la importancia del trabajo en redes para el Trabajo Social, realizando una síntesis de una experiencia de campo en escuelas de contexto social desfavorable.

Estéves (2011), en su Monografía Final de Grado de la Licenciatura de Trabajo Social, titulada “Reforma del Sistema Nacional de Salud. Los fundamentos de la participación comunitaria en salud”, pretende valorar los fundamentos de la participación comunitaria en la salud, identificando sus fortalezas y debilidades en el marco de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. Parte de un marco conceptual de la participación, proyectándose al tipo de participación comunitaria, como una estrategia que acompaña los objetivos de la reforma de Salud. A su vez, se basa en una revisión documental que pretende explicar la inclusión de la comunidad en la gestión de los Servicios de Salud. La Monografía evidencia que la incorporación de la comunidad en la gestión de la salud facilita la identificación de necesidades y demandas locales, y la planificación de acciones como respuesta.

Por otro lado, la Monografía Final de Grado de la Licenciatura de Trabajo Social de Micaela Leivas (2021), titulada “Determinantes sociales de la salud, abordaje desde el trabajo social en policlínicas de Primer Nivel de Atención a la Salud”, se enfoca en explorar sobre los determinantes sociales de la salud que impactan en las condiciones de la vida cotidiana de las personas pudiendo determinar y condicionar su salud, así como su abordaje desde el Trabajo Social. Se centra particularmente en conocer qué se entiende por Determinantes Sociales de la Salud y su expresión en la vida cotidiana de las personas, planteando que factores como la vulnerabilidad económica, el nivel educativo alcanzado, y el entorno familiar cumplen un papel central en la vida de las personas. Además, analiza el rol de Trabajo Social como promotor de Salud, visualizando su aporte en relación a los Determinantes Sociales de la Salud.

Por último, la Monografía Final de Grado de la Licenciatura de Trabajo Social de Solmayra Caballero (2022), titulada “Reflexiones sobre el discurso de los trabajadores sociales acerca de las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención de la Salud”, se centra en el análisis del discurso de trabajadores/as sociales respecto al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel De Atención a la Salud en el período comprendido entre 1999 y 2013. Parte del proceso de conformación de las redes comunitarias en el sistema de salud uruguayo y el papel que cumplen en la reforma del sistema de salud, haciendo una revisión histórica. Luego, realiza un análisis del concepto redes sociales, vinculándolo a la participación comunitaria. Por último analiza el discurso de trabajadores/as sociales acerca del Trabajo Social y las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención a la Salud.

### **Apartado metodológico.**

A continuación será presentado el tema de estudio, así como los objetivos y la estrategia metodológica utilizada en base a los objetivos planteados.

La presente Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social pretende indagar y analizar el vínculo existente entre el Policlínico Móvil “Adela Domínguez”, como una institución y una Política Pública, y la comunidad, resaltando la importancia de las redes comunitarias como promotoras de salud.

En base a la temática seleccionada, los objetivos que guiaron el estudio realizado son:

**Objetivo general:**

-Analizar el vínculo entre el Policlínico Móvil “Adela Domínguez” como Política Pública y la comunidad.

**Objetivos específicos:**

- Describir la Política Pública Policlínico Móvil “Adela Domínguez” recuperando su historia hasta su situación actual.
- Visibilizar las redes comunitarias con las que articula el Policlínico en el transcurso de las prácticas estudiantiles (2023-2024).
- Analizar los límites y posibilidades de la presencia de la disciplina de Trabajo Social dentro del equipo técnico del servicio, a partir de las prácticas estudiantiles.

Para llevar a cabo el estudio, opté por utilizar una metodología de análisis de corte cualitativo, porque “reivindican el abordaje de las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico” (Sandoval, 2002, p.15), buscando comprender significados y experiencias de actores y actrices sociales en contextos específicos, realizando una interpretación de fenómenos sociales. Este análisis es caracterizado por su flexibilidad y adaptabilidad, permitiendo, a quien investiga hacerlo dentro de la complejidad de las interacciones humanas, reconociendo su diversidad y subjetividad como elementos fundamentales para la comprensión del entramado social. A su vez, se caracteriza por captar la realidad social “a través de los ojos” (Monje, 2011, p.13) de quienes están siendo estudiados/as.

Para el relevamiento de información partí de la búsqueda de investigaciones y documentos que anteceden la temática de interés, así como una búsqueda bibliográfica de fuentes teóricas y documentos para realizar una breve recopilación del Sistema de Salud uruguayo antes y después de la reforma e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. A su vez, realicé una búsqueda bibliográfica que reúne material sobre el Policlínico Móvil “Adela Domínguez” y su historia, hasta su dinámica actual de atención. Para ello también utilicé como insumo documentos elaborados en las prácticas estudiantiles realizadas en 2023 y 2024. Esto permitió una mayor familiarización con la historia del servicio.

Como segunda técnica de relevamiento de información realicé una entrevista semi-estructurada a la Coordinadora del servicio. Esta entrevista fue implementada con el objetivo de indagar acerca de la importancia de las redes comunitarias para el equipo técnico del Policlínico Móvil “Adela Domínguez”, redes que se encuentran tejidas desde los inicios del servicio. La entrevista fue realizada en junio del presente año, a través de plataforma virtual.

La elección de esta técnica de entrevista a la Coordinadora del servicio se debe al interés de indagar de forma flexible en su percepción acerca de las redes comunitarias y su importancia para el Policlínico Móvil, así como profundizar sobre cómo el Trabajo Social puede incidir en su desarrollo, dado que ella es quien encarna de manera constante y sostenida el vínculo entre la Política Pública y la comunidad, fortaleciendo las redes tejidas.

A su vez, para la construcción del mapa redal, realicé una entrevista semi-estructurada a un informante calificado, con el objetivo de corroborar la información ya obtenida, y solicitar la restante.

Por último, consideré pertinente incorporar a lo largo del documento aspectos de una sistematización de la experiencia de las prácticas estudiantiles, entendiendo que se interpretan los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de los actores y actrices sociales. Bustamante (2016) toma los aportes de Ghiso (2008), quien plantea que la elección de sistematización de experiencias en procesos de investigación refieren a un “proceso de recuperación, tematización y apropiación de una práctica formativa determinada, que al relacionar sistémica e históricamente sus componentes teórico-prácticos, permite a los sujetos comprender y explicar los contextos, sentidos, fundamentos, lógicas y aspectos problemáticos que presenta la experiencia” (p. 31), por lo que considero relevante hacer mención a las experiencias y vivencias de las prácticas estudiantiles que fundamenten e incorporan aportes para comprender la intervención del Trabajo Social como disciplina en un ámbito sanitario como es el Policlínico Móvil.

## **Capítulo 1 - Salud, reforma y territorio: el lugar de las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.**

En este primer capítulo se aborda una breve mención de la evolución del Sistema de Salud uruguayo desde su origen hasta la reforma que da pie al Sistema Nacional Integrado de Salud. Posteriormente, una aproximación al concepto de salud, sus niveles de atención, formas de organización y funcionamiento, profundizando en el Primer Nivel de Atención y la importancia de las redes comunitarias en este nivel. Para centrarme en esto, utilizaré los aportes de Ortega (2003).

Según Ortega (2003) en los primeros 30 años del siglo XX en Uruguay se da un segundo proceso de modernización en el que emergen grandes transformaciones a partir de las propuestas implementadas por Batlle, denominado Batllismo temprano (p.27). Se desarrollaron cambios económicos, sociales, políticos, rurales, morales. Desarrollando ésto de manera breve y esquemática: en cuanto a las reformas económicas, el período se destacó por tres ejes principales que fueron la nacionalización, estatización y la industrialización; en cuanto a la reforma social, el Estado comenzó a tomar un papel como mediador del conflicto, dando paso a una reforma social; el pasaje del modelo agropecuario a un modelo agroindustrial caracterizó la reforma rural; a través de la implementación de aranceles se buscaba influir en ciertos comportamientos, incentivando algunos y desalentando otros, a pesar de que la reforma fiscal no prosperó de la manera que originalmente fue planteada; en cuanto a la reforma moral, nace una propuesta de adhesión a valores considerados universales, surgiendo también la política de secularización; y la reforma política que abarcaba una politización de la población y la propuesta de un Colegiado Ejecutivo (p. 30).

El área de la educación y la salud desempeñan un papel fundamental en cuanto al disciplinamiento de la población, generando el ambiente propicio para el surgimiento de profesiones como el Servicio Social, entendidas como un nexo entre el ámbito médico y educativo, y las familias (p. 29).

En materia de salud, en 1934 se crea el Ministerio de Salud Pública como principal organismo encargado de la salud e higiene. Durante este período, el modelo de atención predominante fue el biomédico, un modelo segmentado con escasa promoción de salud y participación ciudadana. La idea de prevención comienza a surgir en este período a raíz de los cambios institucionales y de atención en la salud.

Considero pertinente aquí traer los aportes de Villar (2003), quien plantea que la salud es:

(...) un enfoque esencialmente somático y una orientación curativa. La superespecialización ha fragmentado el estudio clínico del individuo y la atención médica se organiza por aparatos orgánicos o aún por órganos, perdiendo la visión integral del individuo como un sistema biológico y social, como un ser con cuerpo y psiquis, que actúa siempre en un medio natural y social que lo condiciona en su desarrollo y con el que mantiene continuas y necesarias interrelaciones (p. 25).

Villar (2012), además del concepto de salud mencionado anteriormente, incorpora otras categorías al concepto. Una de ellas refiere a concebir al individuo como un sistema donde se establecen dos tipos de relaciones: interrelaciones con el ambiente o medio natural, en donde el medio influye sobre el individuo: características geográficas y climáticas, y seres vivos como la flora y fauna de cada espacio influyen en varios aspectos del funcionamiento del cuerpo humano. A su vez, los individuos transforman el medio a través de su actividad vital (p.33). La segunda interrelación que desarrolla Villar (2012) es con el ambiente social, en donde las personas reciben influencia de la sociedad y grupos sociales como familia, grupos de trabajo o de educación, recreativos y sociales, y a su vez las personas influyen sobre ellos a través de su actividad vital (p. 33). “Todas las relaciones que se establecen entre los individuos sean políticas, económicas, culturales, filosóficas y psicológicas, repercuten de alguna manera sobre cada persona y están a su vez determinada por las conductas de las propias personas” (p. 33).

A finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI se da una profunda crisis socioeconómica desarrollada en 2002 en el que emergen problemas de accesibilidad y financiamiento de Servicios Públicos. Este contexto de disconformidades fue un escenario favorable para llevar adelante una reforma.

En 2005 asume un gobierno de izquierda, el Frente Amplio, que impulsa una reforma estructural del sistema sanitario, orientada por la Atención Primaria en Salud, promoviendo un enfoque integral, descentralizado, interdisciplinario y con gran participación comunitaria.

La Organización Mundial de la Salud define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s.f;

párraf. 1) quebrantando con el binomio salud/enfermedad. Por otro lado, la Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma Ata, en el año 1978 reafirma el concepto de salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar completo, contemplando los aspectos físicos, mentales y sociales. Destacan que es un derecho humano fundamental que involucra una diversidad de sectores más allá del sanitario (Conferencia de Alma Ata, 1978).

Aquí cabe realizar una breve reseña de lo que refiere al Sistema Nacional Integrado de Salud, que históricamente planteó una concepción de la salud asistencialista e individualizada. Como menciono anteriormente, en 2005 con la asunción de un gobierno de izquierda, el Frente Amplio, se pone en marcha un proceso de reformas estructurales en los sistemas de salud, con el objetivo de lograr una mayor inclusión social y equidad. En el caso particular del presente trabajo, me centraré en el Primer Nivel de Atención a la Salud. Por ello, entiendo importante destacar que la Declaración de Alma Ata considera la Atención Primaria de Salud como impulsora para garantizar el desarrollo y mejorar la calidad de vida de las personas. Esta reforma propone la Estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual es definida por la declaración de Alma Ata como:

(...) la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas (Conferencia de Alma Ata, 1978: p.1).

Desde esta perspectiva la salud es catalogada como un proceso dinámico y como un derecho humano fundamental. Es así que la reforma del sector de la salud se posicionó en vías a un sistema integrado, de cobertura universal.

En cuanto al Sistema Nacional Integrado de Salud, puede categorizarse en niveles. Vignolo et al. (2011) desarrollan esta categorización planteando que los niveles de atención son una forma de ordenar y estratificar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

El Primer Nivel de Atención es el más cercano a la población, dado como la organización de recursos que resuelve las necesidades más frecuentes y básicas, y que además pueden ser resueltas también por actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, y por procedimientos de rehabilitación y recuperación. Aquí se encuentran las Policlínicas y Centros de Salud (p. 12). En cuanto al segundo nivel de atención, son establecimientos como los hospitales en donde se brindan servicios como la medicina, pediatría, ginecología, obstetricia, psiquiatría y cirugía en general (p. 12). Y el tercer nivel refiere a la atención de patologías de mayor complejidad que requieren procedimientos especializados (p.12).

En cuanto al Sistema Nacional Integrado de Salud y sus avances realizados en materia de organización del Sistema de Salud uruguayo durante el período 2005-2008, el Ministerio de Salud Pública establece que

La aplicación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud implicó poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud poniendo énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social (p.78).

La Atención Primaria en Salud es el contacto inicial con el/la usuario/a, donde desarrollan actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, generando el ambiente propicio para la comunicación y el conocimiento con la población, promoviendo su desarrollo y autocuidado mediante las herramientas que fortalecen conductas saludables y la toma de conciencia sobre la salud, tanto individual como colectiva.

Según Zurro y Solá (2011) la Atención Primaria en Salud se caracteriza por algunos elementos. En primer lugar la integralidad, porque aborda los problemas de salud desde una perspectiva biopsicosocial, tomando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales como una unidad en los procesos de salud. El segundo elemento es la integración, porque involucra de manera coordinada actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social. Un tercer elemento es la continuidad, porque brinda actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en diferentes contextos y niveles del sistema de Salud. Es proactiva, porque los/as profesionales trabajan de manera activa y anticipatoria, destacando problemas de salud en etapas tempranas. Es accesible, porque evita barreras de acceso, procurando que todas las personas puedan utilizar sus recursos. Se caracteriza por un enfoque comunitario y participativo, porque atiende necesidades de salud desde una perspectiva individual y colectiva (p. 4).

A su vez, los/as autores/as destacan que:

El objeto de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud no debe limitarse al individuo; es necesario dirigirlas también hacia grupos de población y hacia la comunidad en la que se actúa. Para ello resulta primordial el trabajo coordinado con redes sociales, agentes de la comunidad y otros profesionales implicados en la mejora de la salud individual y colectiva (Zurro-Solá, 2011, p. 63).

En particular, el Sistema Nacional Integrado de Salud impulsó el acercamiento entre las Instituciones y la comunidad, destacando la relevancia de la participación de los/as usuarios/as en el sistema de la misma manera que el equipo médico y el equipo técnico. Estos nuevos mecanismos participativos son propicios para el abordaje de redes comunitarias en salud. Las acciones dirigidas a partir de la reforma del Sistema de Salud se orientaron hacia un cambio de modelo de atención, quebrantando con el modelo biomédico establecido. La reforma se orientó hacia un sistema integral, con mejoras en la organización y gestión de servicios fomentando la participación activa de los usuarios/as. Abordar la salud desde un enfoque integral es tomar en cuenta los aspectos del ser humano que tornan su desarrollo vital. Este enfoque bio-psico-social permite una mayor implicancia de lo social y comunitario.

Por lo tanto, el trabajo en red es un componente primordial en lo que refiere a las estrategias de participación desarrolladas por el Sistema Nacional Integrado de Salud, promoviendo nuevas formas de concebir la participación social, y por lo tanto, nuevas intervenciones del Trabajo Social.

## **Capítulo 2 - El Policlínico Móvil como Política Pública de proximidad: trayectorias y articulaciones comunitarias.**

En este capítulo considero pertinente desarrollar una reseña sobre el Policlínico Móvil “Adela Domínguez” de la Intendencia de Montevideo, particularmente como un servicio que pertenece al sector de Atención a la Salud.

Para reconstruir y reescribir parte de la historia del Policlínico Móvil, opté por partir de algunos hechos o hitos puntuales, con el fin de describir de manera breve el surgimiento del Policlínico Móvil como una Política Pública estructurada que surge como respuesta estatal a un problema social: la precariedad o desigualdad en el acceso a la salud. Utilicé también entrevistas en profundidad que se realizaron a integrantes del equipo tanto durante la práctica pre-profesional como en el marco de este trabajo en particular. A su vez, incorporaré los aportes obtenidos de la entrevista semi-estructurada realizada a la Coordinadora del servicio del período 2023-2024.

En las primeras décadas del siglo XX, como menciono en el capítulo anterior, Uruguay atravesó un proceso de modernización impulsado por el Batllismo que generó diversas transformaciones económicas, sociales, rurales, fiscales, morales y políticas. La educación y la salud tomaron un papel protagónico en cuanto al disciplinamiento social, favoreciendo el surgimiento de profesiones como el Servicio Social.

A finales del siglo XX, en 2002, estalla una crisis socioeconómica en la que emergen problemas de accesibilidad y financiamiento de Servicios Públicos. Con la asunción del Frente Amplio en 2005, se da una transformación estructural del Sistema de Salud basada en la Atención Primaria en Salud, con enfoque integral, descentralizado, interdisciplinario y participativo, inspirado en la Declaración de Alma Ata.

Durante este período, la descentralización de los Servicios de Salud conlleva a la creación y expansión de Policlínicas barriales, incluyendo las municipales. Esto respondía a dos dinámicas: por un lado la descentralización del gobierno departamental que buscaba garantizar el acceso a los Servicios Públicos a la población, y por el otro, un crecimiento exponencial de los asentamientos ubicados en la periferia de la ciudad, particularmente en Montevideo, debido a la crisis que atravesaba el país.

Caetano (2005) analiza cómo en este período, particularmente desde el retorno a la democracia hasta la llegada del Frente Amplio en 2005, Uruguay atravesó una progresiva apertura hacia nuevas formas de concebir lo público, en un contexto de ampliación de derechos y de politización de demandas. Esto generó un proceso de mayor sensibilización a las desigualdades. En ese contexto, el proceso de descentralización impulsado por los gobiernos departamentales frenteamplistas en Montevideo -sumado al auge de los asentamientos como manifestación masiva de la crisis- generó nuevas formas de intervención del Estado en el territorio. Las Policlínicas emergen así como dispositivos de salud de proximidad. En este marco es que se puede entender el surgimiento y fortalecimiento de las Policlínicas como sector clave dentro del Sistema de Salud.

La propuesta del Policlínico Móvil emerge en el año 1994 como respuesta a las demandas planteadas por vecinos y vecinas de algunos barrios de la zona Oeste de Montevideo, quienes expresaban que los servicios de Atención a la Salud no alcanzaban a toda la población y era necesario crear propuestas de educación y promoción de salud, para articular nexos entre las Policlínicas barriales y la población que se encontraba en la periferia de Montevideo.

En este sentido, considero necesario agregar que la Intendencia de Montevideo se divide en departamentos. Dentro de los diferentes departamentos de la Intendencia de Montevideo, se encuentra el Departamento de Desarrollo Social que se compone de dos divisiones: División Salud y División Políticas Sociales. La División Salud enmarca tres áreas: Salubridad Pública, Regulación Alimentaria y Atención a la Salud.

El objetivo del área de Atención a la Salud es “contribuir a la construcción y fortalecimiento del SNIS en el primer nivel de atención en Montevideo, en coordinación con MSP, ASSE y BPS” (Intendencia de Montevideo, 2023; párraf. 1). Y dentro de sus objetivos específicos “1) Integrar una red de atención con abordaje territorial, sistemas informáticos coordinados y unificados, sistemas de referencia y contrarreferencia de los efectores de salud públicos. También diagnósticos de salud zonales con criterios participativos.; 2) Contribuir al cambio de modelo de atención con estrategia de APS (atención primaria de salud) en las diferentes áreas: Salud del niño/a, atención al adolescente, adulto, personas Mayores, salud bucal, salud sexual y reproductiva, nutrición, consumo problemático de sustancias, salud mental y prevención de accidentes; 3) fortalecer la capacidad de resolución de las policlínicas periféricas, apoyándose en la participación comunitaria” (Intendencia de Montevideo, 2023;

párraf. 2). El Policlínico Móvil se encuentra dentro del grupo de Policlínicas de la Intendencia de Montevideo.

Originalmente el servicio surge como una casa rodante que era llevada por un camión, acercando a algunos barrios servicios de salud: Pediatría, Ginecología, Medicina Familiar, Odontología y vacunación. Funcionaba en dos horarios diferentes debido a que contaba únicamente con dos consultorios: dos especialidades atendían en la mañana y las dos restantes en la tarde. Los barrios a los que acudía originalmente el Policlínico eran elegidos en consenso, con la participación en reuniones entre vecinos y vecinas que planteaban sus demandas respecto al servicio, y el equipo técnico.

Alrededor de quince años después la Intendencia de Montevideo brinda un ómnibus para el uso del Policlínico. El ómnibus actualmente cuenta con cuatro consultorios donde las consultas son brindadas por un equipo técnico, integrando las especialidades de Enfermería, Medicina Familiar, Nutrición, Odontología, Medicina General y Obstetricia. Se atienden consultas médicas generales, sobre salud sexual y reproductiva, vinculadas a personas mayores, infancias, adolescencias y adulzete, seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles y vacunaciones. Las especialidades atienden distintos días de la semana para poder organizar el espacio del que disponen, que es reducido, motivo por el cual van rotando los barrios a lo largo de cada mes para poder llegar a la población con distintas especialidades. Los barrios que recorre de la ciudad de Montevideo pertenecen al Municipio A que actualmente cuenta con 203.088 habitantes: Paso de la Arena, Nuevo París, Belvedere, Prado, Nueva Savona, La Teja, Cerro, Casabó, Pajas Blancas, La Paloma, Tomkinson, Tres Ombúes y Pueblo Victoria.

El Policlínico Móvil brinda el servicio a usuarios/as de ASSE, que pueden acceder acercándose con su cédula de identidad, siempre que estén dentro de los diez números que se dan por especialista.

Mensualmente el equipo técnico, integrado por dos médicas de familia, una médica general, una odontóloga, una nutricionista, una partera y dos enfermeras, se reúnen para organizar el funcionamiento del Móvil del siguiente mes, re-armar el calendario mensual de los barrios que recorrerá el servicio y conversar acerca de los aspectos importantes que surgen a diario. Referido a esto, la entrevistada desarrolla:

(...) el cronograma se armaba con usuarios. Claro. Eso cambió, ya con la coordinadora anterior, con Margarita. Y bueno, desde que yo entré, el cronograma se fue armando más a pedidos de la División Salud, pero igual los pedidos de los barrios a la División Salud siempre venían de concejales vecinales, de comisiones que pasaban. Siempre el Móvil va a un barrio porque la demanda surge de los vecinos organizados. Es fundamental que exista esa red comunitaria que soporte y que acompañe al Móvil (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

La definición del cronograma del servicio requiere una organización de las demandas. Aunque formalmente la canalización de demandas pasó a depender de la División Salud, la entrevistada señala que la presencia del Móvil en los barrios sigue vinculada estrechamente a las solicitudes efectuadas por actores y actrices locales, como vecinos/as referentes o comisiones vecinales. Esto visibiliza que el servicio no es unilateral, sino que requiere de la existencia de estas redes comunitarias que acompañen y legitimen su accionar. La comunidad no sólo demanda, sino que sostiene y garantiza el anclaje territorial del servicio, encontrando en la comunidad una arista indispensable.

El desarrollo de las actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud se encuentra vinculado con el sector comunitario, es decir, que las actividades se encuentran centradas en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Esto posibilita la coordinación con Instituciones presentes en el territorio y con la comunidad de vecinos/as, con el fin de crear espacios que logren la integración de ámbitos. De esta manera es posible incidir sobre las problemáticas de la población a través de actividades de educación, promoción y prevención de la salud en ámbitos comunitarios.

Un aspecto que considero fundamental mencionar aquí, es que el Policlínico Móvil es parte de la amplia red de servicios que brinda el Primer Nivel de Atención en Salud. Por lo tanto, comparten los objetivos de las Policlínicas barriales. Dentro de ellos, uno fundamental es “Promover la participación comunitaria en salud con un enfoque de derechos humanos, de equidad e inclusión social y de construcción de ciudadanía.”

A la luz de esto, considero fundamental hacer mención de las redes comunitarias con las que articula el Policlínico. Para esto, realicé de manera esquematizada un listado de los barrios que tienen acceso al Policlínico y la comunidad presente en cada territorio (ver anexo). Para ello, es necesario comenzar con aquellos barrios que presentan un mayor nivel de organización vecinal, es decir, que los vecinos y vecinas se agrupan y coordinan de manera activa y formal para abordar problemas comunes, gestionar recursos y defender intereses colectivos, como son los barrios de intercomisión Casabó (incluyen barrio Villa Esperanza, Bajo Valencia, Ansina 2, Nuevo Amanecer, Villa Celeste y Puntas de Sayago), el barrio El Tobogán, Servidumbre y San Fuentes, Cabaña Anaya, 30 de marzo, Maracaná Norte y COTRAVI. Por otro lado, en los barrios El Caño, Núcleos Evolutivos, Causeglia, Plaza La Fortaleza, Cantera del Zorro, Cadorna y Nueva Esperanza, el Policlínico Móvil articula con vecinos y vecinas referentes del barrio, que por lo general, realizan la gestión de los espacios comunitarios, el contacto directo con el equipo del Policlínico, y se encuentran presentes durante la totalidad de la jornada de atención del Móvil.

Para entender la dinámica del servicio y la importancia de las redes comunitarias, es necesario pensar y reconocer al Policlínico Móvil “Adela Domínguez” como una Política Pública. Esta mirada permite ir “más allá” de una visión meramente asistencial del dispositivo, posicionándolo como una respuesta del Estado a desigualdades estructurales en el acceso a la salud.

Subirats et al (2008) han elaborado un modelo de análisis de Políticas Públicas centrado en la conducta de actores y actrices involucrados/as, destacando que las características de una acción política emergen de la interacción entre autoridades y grupos sociales que se encuentran afectados por un problema colectivo. La dinámica entre estos actores y actrices depende de los intereses y los recursos para incidir en los procesos de la gestión de la política pública .

Es así, que definen a una Política Pública como:

(...) una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos - cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da

lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales) (p. 26).

Es necesario tomar estos aportes para caracterizar el Policlínico Móvil como una Política Pública, y para ello traeré los elementos constitutivos de una Política Pública (p. 38) que los/as autores/as desarrollan. En primer lugar, una Política Pública es una solución de un problema social reconocido como público que requiere intervención del Estado. Como he mencionado anteriormente, el Policlínico Móvil Adela Domínguez emerge de la necesidad de acceso a servicios de salud de ciertos sectores de la población, especialmente aquellos territorios en donde los Centros de Salud son escasos o nulos. Esta iniciativa es impulsada y gestionada por una entidad gubernamental, como es la Intendencia de Montevideo en conjunto con la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Para la implementación de esta Política Pública fue necesario una coherencia al menos intencional, porque requiere de una base conceptual que oriente su implementación, basada en una teoría del cambio social o un modelo causal. Para lograr esto, las decisiones y acciones deben estar interrelacionadas. El propósito de esta Política Pública remite en brindar las garantías de un derecho humano como es el acceso a la salud y atención médica, en líneas de equidad e inclusión social.

Las Políticas Públicas implican un conjunto de decisiones y acciones que necesariamente deben considerar y definir los grupos afectados y las medidas a implementar. Por esto es que emerge una descentralización de servicios como este, delimitando el territorio, barrios y población que accederá a él. Al ser implementado por una entidad estatal y con financiamiento público, se enmarca dentro de las acciones del Estado para mejorar el bienestar de la ciudadanía, como explicita la División Salud de la Intendencia de Montevideo en su cometido: “Contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos mediante acciones coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva (2025, párraf. 1).

Ahora bien, para profundizar en su carácter de Política Pública es necesario visibilizarlo dentro del marco normativo del derecho a la salud. Este derecho se percibe en la legislación y en el encuadre institucional del Sistema Nacional Integrado de Salud, que reconoce explícitamente a la salud como un derecho humano fundamental. Así, es que el Policlínico Móvil “Adela Domínguez” se posiciona, no sólo como una estrategia de Atención Primaria en Salud en el territorio, sino que también como una herramienta concreta de garantía del derecho a la salud, que no está uniformemente distribuido en el territorio.

En este sentido, el Policlínico Móvil es una Política Pública estructurada que surge como respuesta a un problema social: la precarización o la desigualdad en el acceso a la salud. La identificación de este problema como “público”, es decir, merecedor de intervención estatal, es el resultado de procesos de visibilización y de lucha colectiva. Procesos en los que confluyen demandas ciudadanas como institucionales.

### **Capítulo 3 - Redes que sostienen la salud. Aportes conceptuales y vivenciales desde el Policlínico Móvil.**

En este apartado haré mención a la conceptualización del término red, asociado a las redes comunitarias, siendo un pilar fundamental en el campo de la salud. A su vez, incorporaré los aportes obtenidos de la entrevista realizada.

Para comprender la importancia de las redes comunitarias en la agenda de salud, particularmente en el Primer Nivel de Atención, resulta necesario hacer referencia a qué se entiende por “red”.

En principio tomaré el concepto de redes que desarrolla Dabas (1998), como un sistema abierto que se da a través de integrantes de un colectivo - ya sea familia, comunidad barrial, un hospital, escuela, entre otras comunidades - con integrantes de otro colectivo. Esto permite el mejor aprovechamiento de los recursos que estas comunidades poseen y la creación de diferentes alternativas para la resolución de conflictos o satisfacción de necesidades colectivas (p. 42). Es así que “cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos” (Dabas, 1998; p.42).

Otra característica que menciona Dabas (1988) respecto a las redes es su distinción entre redes formales e informales, mencionando que las primeras son aquellas que surgen en estructuras organizadas y reguladas por normas y jerarquías. Están constituidas por organizaciones o instituciones, y funcionan en base a roles definidos. En cambio, las segundas son aquellas que surgen de relaciones espontáneas entre personas o grupos, sin necesidad de regulaciones establecidas. Están basadas en vínculos personales y afectivos, y funcionan, a diferencia de las redes formales, de una manera más flexible y dinámica.

El enfoque de trabajo en red atraviesa todas las disciplinas de las Ciencias Sociales. Y es en esta línea que surge el concepto de comunidad, y por lo tanto, el de redes comunitarias, presente en la atención, organización e implementación de actividades de promoción de salud, pilares fundamentales del Primer Nivel de Atención a la Salud.

### **Hacia el término redes comunitarias.**

Francy Pineda (2014) en el artículo “La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva” plantea que el concepto de participación en salud ha evolucionado desde la década de 1970, surgiendo junto a los conceptos de promoción de la salud y el autocuidado como respuesta a las limitaciones de los sistemas de salud. En 1978, la declaración de Alma Ata estableció la participación como un pilar de la atención primaria, fomentando la responsabilidad compartida entre la población y el sector de la salud. La Carta de Ottawa en 1986 reforzó esta visión, destacando la participación comunitaria en la toma de decisiones y planificación para mejorar la salud.

Posteriormente, en 2004, el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales destacó la participación como medio para promover la igualdad de oportunidades y fomentar el diálogo entre la ciudadanía y el Estado.

Haciendo mención a comunidad en el ámbito de la salud la OMS (1989) en el manual de educación sanitaria en APS define una comunidad como:

Las personas que comparten intereses comunes y que se sienten unidas. En una comunidad la gente suele compartir valores comunes, una historia y unos antecedentes comunes (...) Una comunidad no es lo mismo que una zona geográfica.

La comunidad está formada por gente, no por tierra, aunque sus miembros suelen saber dónde se encuentran los límites de las tierra que pertenecen a la comunidad (p. 172).

Pineda (2014) toma una cita de Rifkin (1986), quien dice que la participación comunitaria refería a las actividades de promoción de la salud llevadas a cabo por personas bajo la dirección de profesionales de la salud. Además, entiende que la participación comunitaria como un conjunto de acciones colectivas de la población en el diagnóstico de sus necesidades y la implementación de estrategias para satisfacerlas (p. 12).

Es en esta perspectiva que la participación comunitaria es un proceso en el que las personas obtienen acceso y poder para incidir en los recursos de atención en salud:

(...) la comunidad se considera relacional, es decir que no está limitada por la localización y permite a las comunidades con intereses y necesidades comunes formarse independientemente de su proximidad geográfica, proporcionado una diversidad de oportunidades de participación, en ocasiones generando un mayor sentido de comunidad (Pineda, 2014; p. 12 ).

En este marco, el concepto central de acción participativa de la comunidad que toma Martínez (2006) funciona como herramienta esencial para la generación y promoción de salud; se comprende como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud. De este modo, las intervenciones comunitarias se insertan en una matriz de protección social, el enfoque comunitario constituye una herramienta para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos de intervención social.

Martínez (2006) desarrolla el enfoque comunitario, y propone el necesario diálogo entre las instituciones y la comunidad, superando la relación tradicional donde las instituciones se rigen por lógicas de saber y poder. Reconoce que ambas tienen lógicas distintas: la institución opera con una lógica instrumental y sistemática, mientras que la comunidad funciona con relaciones personalizadas y orgánicas. Aún así estas lógicas pueden articularse con el fin de diseñar, implementar y evaluar Políticas Sociales de manera más efectiva. Para ello, las instituciones deben planificar la participación de los actores y actrices en la definición de sus propios problemas, el diseño de las herramientas de intervención, y en su evaluación (p. 16).

A la luz de esto, para definir el concepto de redes comunitarias tomé los aportes de Pérez y Aarón (s.f.) que plantea que:

Las redes comunitarias y de soporte social son estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre diferentes actores o miembros de un territorio, instituciones, organizaciones o grupos de diferente tipo, los cuales coordinan acciones conjuntas con el propósito de compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales...) para generar alternativas que les

permitan potenciarlos (generar sinergias), en pos de un objetivo común, la solución de problemas o la satisfacción de necesidades (p. 34).

Las redes comunitarias refieren al conjunto de soportes de los individuos a través de los cuales mantiene su identidad social y recibe apoyo material y emocional, que se dan entre familiares, amigos/as, vecinos/as o miembros de organizaciones sociales, siendo claves en el proceso de construcción de la red, permitiendo el apoyo emocional dentro del engranaje del barrio o las comunidades. Estas redes están formadas por personas que tienen a su vez un interés común y que se interrelacionan para formarla. Además de un objetivo en común, estas personas generan un sentido de pertenencia que se construye a lo largo del proceso de tejido social (p. 37).

Los/as autores/as desarrollan los grupos de pares como red de apoyo y soporte social, destacando el rol de las Instituciones y particularmente los Servicios de Salud. Para Gállego Diéguez (2018), “la salud comunitaria simplemente sin redes parece imposible” (p. 37); quiere decir que las personas y familias de una comunidad necesitan las redes y las alianzas no solo para lograr un mejor nivel de vida y salud, sino también para construir tejido social (p. 37).

Al respecto, mencionan que los Servicios de Salud deben proyectarse hacia la comunidad con un equipo de trabajo que participe de manera activa en la planificación y ejecución de acciones comunitarias de promoción de salud, prevención y detección de enfermedades. El equipo debe analizar las necesidades a partir del conocimiento colectivizado (p. 38). En el ámbito de la nueva propuesta de salud establecida en el Sistema Nacional Integrado de Salud, las redes comunitarias se articulan como estrategia de intercambio entre personas e instituciones, consolidando la participación de la comunidad en el Primer Nivel de Atención.

**“...sin duda que se funciona mucho mejor en los barrios donde tenemos comisiones vecinales organizadas, y también que el Móvil sea esa herramienta para generar la organización del barrio...”**

La entrevista realizada parte de la idea de que la Coordinadora del Servicio fue quien encarnó la articulación de la Institución con la comunidad. Históricamente ese rol fue desempeñado por quien coordina el servicio, generalmente realizando actividades multitareas: atención y horas comunitarias, también destacando que existe un compromiso de parte del equipo médico, particularmente con los barrios donde la densidad organizacional es más baja, y el vínculo se da particularmente con vecinos o vecinas referentes usuarios/as del Móvil.

El contacto con redes comunitarias es un pilar fundamental para la atención integral del Policlínico, desde el momento de planificación del cronograma mensual, la atención a usuarios y usuarias, hasta la planificación de actividades. Establecer un contacto con vecinos y vecinas de aquellos barrios a los que concurre el servicio es primordial, sobre todo porque:

Es muy difícil tener las mismas acciones -en todos los barrios- más allá de que hacemos lo mismo: controles en salud, niños, adolescentes, la atención, vacunas. Hacemos lo mismo, pero no precisamos lo mismo. No precisamos lo mismo en todos los barrios. No es lo mismo ver a qué barrio se va solo con medicina general y vacuna. Hay barrios que no puedes ir solo con medicina general y vacuna. Tienes que ir con medicina de familia también. Porque hay muchos más niños, porque la vulnerabilidad de las personas que viven en ese barrio es distinta. Entonces, hasta eso cambia. Conocer la comunidad, tener redes comunitarias en cada barrio al que vamos y conocerla para ver con quiénes van (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

Esto evidencia que aunque el servicio cuenta con diferentes especialidades de atención, su implementación no puede ser homogénea en todos los barrios, porque las necesidades de los usuarios y usuarias dependen del contexto social o demográfico, y particularmente de sus trayectorias familiares. El reconocimiento de la diversidad poblacional y territorial muestra la

importancia de conocer y estar en contacto permanente con la comunidad, lo que permite ajustar la atención que brinda el servicio a las realidades concretas. Esto visibiliza un desafío para el Policlínico Móvil, y refiere a la capacidad de lograr un equilibrio entre la disponibilidad de las técnicas cada día, y sus agendas predeterminadas, y la flexibilidad para responder a las necesidades singulares de cada territorio.

Como menciono anteriormente, el equipo y particularmente la entrevistada, valoran y destacan lo favorable de que históricamente el servicio se caracteriza por su vínculo con la comunidad,

(...)es súper importante tener un vínculo, porque el trabajo del Móvil no es sólo ir y hacerle el control de carné físico para que el gurí pueda ir a gimnasia. Va más allá, -es necesario- el barrio se organice, que el barrio piense el acceso a la salud de todos [...] por eso también la importancia de tratar de estar en barrios donde la comunidad está organizada. Más allá de la llegada del Móvil, donde hay un sentido de pertenencia del barrio, donde tenés gente.[...] Y bueno, esa es la importancia de trabajar con organizaciones, con instituciones o con comisiones vecinales. Entender que el Móvil es una herramienta de atención del barrio (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

A lo largo de todo el documento se maneja la premisa de que la atención es más efectiva en aquellos barrios donde la densidad organizacional es mayor.

(...) sin duda que se funciona mucho mejor en los barrios donde tenemos comisiones vecinales organizadas, y también que el Móvil sea esa herramienta para generar la organización del barrio, ¿no? Para que entre ellos tenga que haber más comunicación (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

Este testimonio evidencia que efectivamente la atención -atención clínica y preventiva, prevención de enfermedades y promoción de salud- es más efectiva en aquellos territorios en los que existen organizaciones comunitarias sólidas articulando con el Móvil. A su vez, el propio Servicio promueve la comunicación y fortalece la creación de lazos entre vecinos y vecinas, contribuyendo a organizar las redes comunitarias. Esto muestra cómo efectivamente la salud es pensada no sólo como la atención médica, sino como una conjunto de procesos que empoderan y fortalecen el tejido redal.

Passó algo muy loco en Casabó. Viste que en Casabó está funcionando el Tambo. La gente de Estrella del Cerro hace un par de meses nos pidió si podíamos incorporar un asentamiento que se llama Nuevo Comienzo, más hacia Santa Catalina, y cuando nos hicieron el pedido nos llegaron a decir “si hay que sacar un mes el tambo, para incorporar este, está todo bien”. Esa es la importancia de trabajar con organizaciones y con comisiones vecinales, el entender que el Móvil es una herramienta de atención del barrio, de la comunidad (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

Las organizaciones vecinales asumen un rol activo en la gestión y en la dinámica del Policlínico, llegando incluso a ceder su propio espacio de atención en beneficio de otro barrio en situación de necesidad. Esta lógica de solidaridad trasciende los intereses individuales, y reconoce el Servicio de Salud como una herramienta de acceso a la comunidad, dejando de lado la exclusividad de un barrio. Además de la importancia del trabajo en red, es necesario visibilizar cómo la comunidad genera acuerdos y coordinaciones que favorecen el acceso a la salud como un derecho fundamental en todos los barrios, siendo una característica central de las redes comunitarias.

Sin embargo, es necesario hacer mención a los obstáculos a los que se enfrentan los Servicios del Primer Nivel de Atención, particularmente el Policlínico Móvil, en cuanto al ensamblaje con redes comunitarias. En tal sentido, la Coordinadora del Servicio reconoce que

Los obstáculos más que nada -refieren al tema de los recursos humanos, los recursos técnicos. La Institución nos da mucha libertad también para trabajar en redes. De

hecho nosotros tenemos horas, por ejemplo, las médicas de familia ingresan a la Intendencia, y el llamado contempla cuatro horas de su carga semanal. Hay cuatro horas que se dicen “horas comunitarias”. Eso era sin atención, sin agenda para trabajar con la comunidad, para formar, para ser parte de la comunidad de la zona donde está la Policlínica. Que en realidad nosotras no lo usamos tan así porque es como que el Móvil ya está haciendo un trabajo comunitario. Entonces hay atención igual (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

El fortalecimiento de redes comunitarias se ven condicionados cuando la disponibilidad de recursos es escasa. Aún cuando existe organización barrial, la efectividad del servicio depende de la capacidad institucional para sostener equipos de trabajo con los insumos necesarios. Esta ausencia no sólo limita la cobertura de la atención, sino que obstaculiza la consolidación de los vínculos institución-comunidad.

Por último, la entrevistada hace hincapié en la apertura desde la Política Pública hacia una mirada comunitaria:

(...) desde la política del Servicio había una mirada de que el rol de las Policlínicas y del Móvil no era solo ir y atender 8 controles, 4 consultas, 15 adultos, y 8 en Odontologías. Va más allá de eso. Esa apertura desde la Institución tiene que estar (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

Esta mirada comunitaria que implementa la Política Pública remarca que el rol del Policlínico Móvil trasciende la atención cuantitativa de usuarios/as, tomando una perspectiva integral de promoción de salud, fortalecimiento de redes comunitarias y trabajo interdisciplinario. Esta apertura institucional reconoce y valida el trabajo territorial con la comunidad, y legitima el tiempo destinado a los procesos de participación comunitaria.

En el siguiente capítulo trataré de analizar el rol del Trabajo Social como disciplina en cuanto al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención a la Salud.

## **Capítulo 4 - Trabajo Social como promotor de oportunidades en el territorio.**

### **Experiencias y desafíos.**

Uno de los propósitos del presente capítulo es el visualizar cómo el Trabajo Social como disciplina desempeña un rol fundamental en el tejido de redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención a la Salud. Además, visibilizar algunos límites y posibilidades del Trabajo Social dentro del equipo técnico del Policlínico Móvil “Adela Domínguez”, a partir de las prácticas estudiantiles.

Partiré de la base de cómo la Federación Nacional de Trabajo Social define esta disciplina:

El Trabajo Social/Servicio Social es una profesión que se inserta en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y entre estos y el Estado en los distintos contextos socio históricos de actuación profesional. Desarrolla una praxis social y un conjunto de acciones de tipo socioeducativo, que inciden en la reproducción material y social de la vida con una perspectiva de transformación social comprometida con la democracia y el enfrentamiento de las desigualdades sociales, fortaleciendo la autonomía, la participación y el ejercicio de la ciudadanía, en la defensa y conquista de los derechos humanos y de la justicia social (p.1).

Según Rozas (2010), la intervención profesional, particularmente del Trabajo Social, es “una construcción histórico-social” (p. 58) y remite a un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social que se expresan en la vida cotidiana de los sujetos y sujetas, generando un conjunto de tensiones que afectan sus condiciones de vida y que se constituyen en obstáculos para el proceso de reproducción social. La autora entiende esta intervención como un campo problemático en la medida que en ella se desarrolla el escenario donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social, surgiendo de comprender los hechos hechos empíricos que problematizan la vida de las personas como producto de la sociedad capitalista, identificando a los sujetos y sujetas como agentes articuladores de las relaciones sociales. Ante esto, se produce un conflicto ante la imposibilidad de generar condiciones de vida que garanticen la producción y reproducción social. La particularidad de

la cuestión social debe ser leída en el marco de contextos socioeconómicos, políticos y culturales que se expresan en la vida cotidiana de las personas.

Como señala Fandiño Rojas (1992) en la práctica de la disciplina hay cinco roles que el/la Trabajador/a Social puede realizar, de los cuales se considera que el Sistema Integral de Salud debe fomentar y motivar el cumplimiento de tres de ellos. El rol de conserjería, en donde el/la Trabajadora Social facilita información y orienta en un proceso de reflexión acerca de una determinada situación y sus posibles alternativas de solución, promoviendo el desarrollo de procedimiento de toma de decisiones de las personas (p. 36).

El rol de educador/a, por otro lado, pretende promover que las personas desarrollen habilidades y destrezas sociales mediante la incorporación de información pertinente, clara y concisa, que lleve a la reflexión y conocimiento de herramientas para superar los desafíos de la vida cotidiana (p.36).

Y el rol de facilitador/a de recursos, servicios y oportunidades, que vincula a las personas con la fuente proveedora de recursos, para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana. Para esto el/la Trabajadora Social es la encargada de informar respecto a la existencia de servicios y oportunidades relativos a su necesidad e interés, capacitando a la población sobre un uso efectivo (p. 36).

Es así que la presencia del Trabajo Social como disciplina que interviene en el área de la salud es de suma relevancia, porque interviene cotidianamente en problemáticas sociales complejas, que son determinantes sociales de la salud de las personas. Esto lo hacen a partir de recursos materiales y humanos que se encuentran dentro de los equipos de trabajo, y en articulación con familias y comunidades.

Entonces, es necesario definir qué son los determinantes sociales de la salud. Para eso tomaré los aportes de Mejía (2013) quien los define como “aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población y en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas” (p. 33).

A su vez, la autora toma los aportes de Dahlgren y Whitehead (1997) quienes han clasificado los determinantes sociales de la salud en tres categorías. En primer lugar las estructurales: que refieren a las condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente que condicionan las formas de vida y de trabajo, entre las cuales se incluye el ambiente de trabajo, el desempleo, educación, vivienda, salud y alimentación. En segundo lugar las distales: que refieren a las redes comunitarias y de apoyo social. Y por último las proximales: que refieren a los factores biológicos e individuales como la edad, sexo y estilos de vida. Desde esta perspectiva es que la autora considera que el contexto social incide en la estratificación y fragmentación social de las personas, condicionando sus posibilidades de salud (p.33).

En este punto considero preciso traer lo expuesto por Silvia Pereira (2011) en su tesis de grado “El Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención”. La autora plantea que

Los actos de salud realizados por los Trabajadores Sociales en los centros en una primera instancia tienen carácter asistencial, es decir, atender las demandas planteadas por el usuario; una vez obtenido el bien y/o servicio solicitado por parte del mismo; se logra establecer un vínculo entre el sujeto y el profesional que puede desplegar todo su "arsenal operativo" para lograr la potenciación del capital humano y social del individuo (p.29).

Por lo tanto, afirma que asistencia y asistencialismo se encuentra presente en los actos cotidianos de los/as Trabajadores/as Sociales. Para analizar esa afirmación utiliza los aportes de autores/as, como Alayón (2000) para hacer una diferenciación de lo que es asistencia social y asistencialismo.

Por otro lado, Norberto Alayón en Pereira (2011) sostiene que:

(...) la asistencia social opera como instrumento mediador entre la economía y los efectos y resultados del modelo económico en vigencia. (...) La asistencia involucra

dos ideas: el reconocimiento de los derechos sociales conculcados y la reparación de plena cobertura de los problemas sociales (p.30).

Señala también que "el asistencialismo es una de las actividades sociales que históricamente han implementado las clases dominantes para paliar mínimamente la miseria que generan y para perpetuar el sistema de explotación" (p. 31).

En base a esto, Pereira (2011) expone que los/as Trabajadores/as Sociales en el Primer Nivel de Atención a la Salud no se limitan a una tarea asistencialista, si no por el contrario, son profesionales que desempeñan la ardua tarea de articular en una misma estrategia de intervención la tarea asistencial complementada con tareas de educación, promoción y gestión, escucha y contención emocional "(...) que el individuo necesita sin caer en una actitud paternalista por parte del técnico" (p. 32).

Por momentos esta tarea se torna compleja debido a las expectativas que se colocan en el/la profesional por parte de los/as usuarios/as y por parte, incluso, del equipo médico y técnico, al considerar la intervención como una dádiva (p. 32). A su vez, la autora explicita que la reducción del gasto social lleva a que las demandas deben ser atendidas sin la posibilidad siquiera de iniciar un proceso en el que los/as usuarios/as logren desarrollar sus capacidades e identificar las herramientas que les permitirían mejorar su calidad de vida (p.33). Como menciona Cazzaniga (2002), las Instituciones de salud viven un estallido:

(...) junto a las dificultades apuntadas que se traducen en escasez de personal, partidas insuficientes, problemas de infraestructura, se observan cambios significativos en las demandas. No sólo se incorpora el sector social que sufre la movilidad social descendente (desocupados, trabajadores precarizados, solicitud de prácticas de gran complejidad que no cubren las obras sociales), sino que se diversifica el tipo de demanda, apareciendo situaciones recalificadas en tanto conflictividad y magnitud (malos tratos, violentaciones diversas, requerimiento de alimentos, aumento de padecimientos psíquicos, etc.) (p.5).

Por lo tanto, y siguiendo con lo expresado por la autora, es necesario que los/as profesionales de Trabajo Social tomen una postura ética reconociendo las causas por las que una parte de la población se encuentra en una situación de necesidad y vulnerabilidad.

Y es en este plano que cobra importancia la actitud profesional de plegando todos nuestros saberes de la dimensión política para reconocer y dar lugar a los otros, el derecho a ejercer derechos así como defender nuestros propios derechos como trabajadores (Cazzaniga, 2002, p. 7).

En estas líneas, y retomando lo expuesto anteriormente, es tras el proceso de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud iniciado a partir de 2005 que se fortalece la identidad de participación social y de redes sociales comunitarias en centros de salud. El Trabajo Social como disciplina intervino en este proceso de reforma impulsando y promoviendo la participación de las redes comunitarias, como una forma de interacción y articulación entre la ciencia y la técnica, y el saber popular. Este trabajo en redes comunitarias de salud se encuentra estrechamente anclado al territorio y en constante vinculación a Instituciones de salud, en los que el/la Trabajador/a Social desarrolla proyectos y actividades que sustentan la promoción de salud y prevención de enfermedades, articulando con el equipo médico de la institución, con otras instituciones y con la comunidad.

Continuando con los aportes de Pereira (2011), fundamenta que el/la Trabajadora Social es quien conoce y visibiliza las necesidades que inciden en el proceso de salud-enfermedad, identificando las redes sociales y familiares, en pos de la utilización de herramientas y recursos disponibles. De alguna forma, el/la Trabajadora Social desempeña un vínculo de enlace entre los recursos o servicios que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan o carecen de esos servicios (p. 22). A su vez, la autora afirma que en los Centros de Salud es desde la disciplina de Trabajo Social que se contribuye a satisfacer necesidades básicas de la población usuaria, así como optimizar los recursos y herramientas disponibles de la institución, de la comunidad y los de los sujetos (p. 25).

La intervención del Trabajo Social con la comunidad requiere una vinculación y un trabajo en conjunto con Instituciones y Centros de Salud. En ellos, el/la Trabajadora Social desarrolla

proyectos y actividades que sirvan de apoyo a las estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades. Es así, que se vinculan estrechamente con recursos estatales brindados por Instituciones y Políticas Sociales implementadas. A su vez, es de suma importancia la articulación entre el conocimiento técnico o empírico y el saber popular de la comunidad, generando un sentido de pertenencia hacia el Servicio en territorio.

Respecto al rol de Trabajo Social en el ámbito sanitario, particularmente en el Policlínico Móvil, la entrevistada afirma que:

El Trabajo Social es fundamental en eso, porque tampoco los Licenciados en Trabajo Social van a poder resolver todo lo que un vecino o una vecina precisa, pero sí tiene esa dinámica de funcionar, -ver- en qué otros programas que el Estado puede apoyar para hacer esto. Entonces, el rol del Trabajo Social en un Centro de Salud, o en un Móvil, o en una Policlínica, si nosotros pensamos que la Salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, es un pilar en el equipo (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

Destaca a su vez la importancia del trabajo interdisciplinario que se da en el servicio:

(...) todos -las disciplinas- son igual de importantes. Resolver el dolor o arreglar un diente o una muela es importante, que los niños se vayan con el carné de aptitud física firmado, es importante, pero también es importante que si hay una situación de violencia, que esté la información, que si hay personas que están pasando hambre, que tengan la información de los números de emergencia del Mides [...] para el vínculo con la comunidad el rol del Trabajo Social es fundamental (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

Las redes comunitarias deben tener una contención, y es aquí donde el/la Trabajadora Social debe ser capaz de actuar como mediador/a o facilitador/a de estas relaciones sociales,

generando acciones para mejorar la comunicación, fortalecer vínculos territoriales, acompañar procesos que favorezcan cambios sociales.

### **Características de la intervención del Trabajo Social en las prácticas estudiantiles: reflexiones sobre la particularidad del Policlínico Móvil “Adela Domínguez”.**

En cuanto a la caracterización de la intervención del Trabajo Social enmarcada dentro del Policlínico Móvil, ha sido un proceso de dos años en el que se presentaron limitaciones y posibilidades que han permeado en el espacio de intervención.

Para iniciar este apartado que requiere de un análisis subjetivo y concreto de la experiencia, considero pertinente incorporar lo desarrollado por Sousa Santos y la noción de “Sociología de las ausencias” (2006).

El autor pretende explicar cómo muchas realidades, saberes y prácticas sociales han sido invisibilizadas por la modernidad occidental y el pensamiento hegemónico (científico, político, médico). Es decir, saberes que han sido producidos como “ausentes” porque no se consideran parte de los criterios válidos y dominantes.

Para comprender el siguiente análisis que abarca las limitaciones y las posibilidades de la particularidad de la experiencia en el Policlínico como estudiante, la noción de “Sociología de las ausencias” (2006) aporta una lectura que permite comprender estas dificultades como producto de una racionalidad hegemónica, más allá de sus dificultades operativas.

En cuanto a las limitaciones operativas que permean las prácticas estudiantiles, la ausencia de un/a profesional de Trabajo Social en el equipo del Policlínico ha sido la más desafiante. La poca fluidez con la que se realizaron las derivaciones de casos individuales se debe, en gran parte, a que no está incorporada dentro del equipo la disciplina y a su vez, es la primera vez que estudiantes de Trabajo Social realizan sus prácticas pre profesionales en la institución.

En relación a esto, la entrevistada expresa que

(...) fue difícil comprender cuáles eran las situaciones en las que teníamos que apoyarnos. Y también está eso cuando se incorpora una nueva disciplina en un equipo

que viene acostumbrado a trabajar solo; ¿cómo me apoyo en esa otra disciplina? ¿Cuál es el rol de esa otra disciplina? Entender cuál era el rol del Trabajo Social en el equipo, costó (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

Esta dificultad en cuanto a las derivaciones de abordaje familiar e individual, permite visibilizar un vacío estructural, que es la ausencia de un/a profesional de Trabajo Social en el equipo de salud. Como plantea Bentura (s.f.), la intervención del Trabajo Social no solo aporta una visión sobre las condiciones sociales de las personas, sino que permite procesos de reconocimiento institucional y ampliación de derechos. La falta de fluidez en las derivaciones de situaciones familiares o individuales puede entenderse no sólo como una complejidad organizativa, sino como la falta de articulación profesional que permita la identificación de estas demandas concretas y puntuales en el campo de la salud. Esta ausencia constituye una limitación que trasciende lo operativo. La ausencia de trabajadores/as sociales que integren el campo de la salud responde a la producción de inexistencias.

Aquí considero pertinente colocar un aporte de Bentura (s/f):

Muchas veces desde la academia somos solidarios con aquel sufrimiento institucional [...] Es verdad que siempre se puede hacer algo y hay que luchar contra la burocratización con creatividad. Pero el trabajo social tiene también que ser capaz de decir: para resolver este problema, para ser serios en la intervención, se precisan tales o cuales recursos, de lo contrario, no es factible una respuesta adecuada (párr. 24).

Asimismo, se ha observado una escasa fluidez en las derivaciones de casos familiares e individuales. Ante esta cuestión, el debate como grupalidad se centró en varias sensaciones en torno al porqué: la naturaleza propia del Policlínico que visita una vez al mes los barrios, y por ende, complejiza la relación entre médicas/os-usuarios/as. La escasa comunicación entre equipo médico debido a los limitados momentos de encuentro, que se constituyen principalmente en la reunión de equipo mensual. Esto podría reflejar otra manifestación de ausencias: Sousa Santos (2006) describe que una de las monoculturas productoras de ausencias es la que él llama “inferiorizar”, es decir, clasificar como inferiores aquellas prácticas que no se ajustan al modelo hegemónico, perpetuando que las diferencias son siempre desiguales (p.24). Esta inferiorización puede interpretarse en cómo se percibe el rol

del Trabajo Social desde quienes piensan las Políticas en Salud, y por lo tanto, también del equipo del Policlínico: como una práctica secundaria en contraposición al saber médico. Como he señalado anteriormente, Fandiño Rojas (1992) destaca que en la práctica hay cinco roles que el o la Trabajador/a Social puede realizar, de los cuales se considera que el Sistema Integral de Salud debe fomentar y motivar el cumplimiento de tres de ellos: rol de conserjería, rol de educador, y rol de facilitador de recursos, servicios y oportunidades. Más allá de que el equipo médico pueda cumplir con algunos de estos roles, es indiscutible que el abordaje desde el Trabajo Social debe ser efectuado desde profesionales de la disciplina.

A la luz de esto, es necesario traer lo que señala el autor Sousa Santos (2006): “(...) mucho de lo que no existe en nuestra sociedad es producido activamente como no existente, y por eso la trampa mayor para nosotros es reducir la realidad a lo que existe” (p. 23). En este sentido, esta limitación operativa es una manifestación de cómo los saberes sociales en el ámbito de salud son invisibilizados desde la planificación del Policlínico como Política Pública. El saber científico o médico “(...) reduce de inmediato, contrae el presente, porque elimina mucha realidad que queda afuera de las concepciones científicas de la sociedad” (p.23) al no contemplar la disciplina de Trabajo Social como parte de un equipo de salud.

Por otro lado, es necesario considerar la Ley N° 18.211 (2007) sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud que, en primer lugar, orienta las políticas de salud hacia una construcción de un modelo biopsicosocial, integral y participativo de la salud, y que en segundo lugar, conlleva también al trabajo en equipos interdisciplinarios. Tal como expresa Cazzaniga (2002) la interdisciplina corresponde a “la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco” (p.6).

Allí cada disciplina establece un diálogo entre saberes para construir así un nuevo marco de trabajo. Si bien hay cambios en el modelo de atención y de gestión que propone la ley, la ausencia de un/a profesional de Trabajo Social dentro del centro de prácticas estudiantiles, ha sido una gran limitación. Este aspecto ha dificultado el entendimiento de la intervención por parte del equipo técnico del Policlínico Móvil: desde el encuadre de las tareas, actividades y proyectos a realizar, y las que no, viéndose confuso el marco institucional en el que se desarrolla el espacio de intervención. Esto también podría afectar la futura incorporación de profesionales de Trabajo Social en el equipo, debido a la falta de antecedentes técnicos y la gran demanda desde la comunidad hacia el servicio.

Reconocer esta limitación habilita a repensar la interdisciplina no sólo como un mandato legal, sino como un desafío epistémico que necesita de incorporar y articular saberes históricamente subsidiados en la construcción de modelos de salud.

Por último, la ausencia de un espacio físico que el servicio pueda ofrecer para el trabajo e intervención de Trabajadores/as Sociales es la principal limitación del Policlínico Móvil como centro de práctica. Esto provocaba que la planificación de actividades, la realización de entrevistas, y encuentros con el resto del equipo técnico, no pudieran realizarse de manera adecuada, generando un gran desafío para el equipo de estudiantes. Si bien esta situación pudo sortearse solicitando a vecinos/as referentes de los barrios la posibilidad de utilizar los espacios de uso comunitario, o solicitando un consultorio que se encontrara disponible, la falta de un espacio físico empobrece y precariza la profesión. Tanto para el grupo de estudiantes que nos encontrábamos cursando un proceso de formación, como para futuros/as profesionales que se incorporen al equipo técnico.

Para fundamentar esto, considero necesario traer a colación una breve caracterización del encuadre de una entrevista. Mallardi (s.f.) desarrolla que una entrevista es una instancia dialógica entre el/la profesional y el/la usuaria. Instancia en la que se dan dos momentos, dados por la lógica de un mismo proceso: en el primer momento se da una reconstrucción de las manifestaciones de la cuestión social reconocidas en la vida de las personas, incluyendo la comprensión de la relación entre la manifestación mencionada con la visión que las personas tengan sobre ella. El segundo momento, y a partir del momento anterior, refiere al ejercicio profesional y socioeducativo que requiere desnaturalizar y problematizar la situación, por parte del entrevistado/a (sección “Aproximaciones a una definición polilógica de la Entrevista”, párr. 5). Por lo tanto, y tomando los aportes de Bleger (1964), es necesario que la entrevista tenga un encuadre, del que escribe el autor:

(...) existe sin embargo un marco o un límite en el cual la ambigüedad no debe existir, sino todo lo contrario, el límite debe ser mantenido y a veces defendido por el entrevistador; éste cubre todos los factores que intervienen en el encuadre de la entrevista: tiempo, lugar, y rol técnico del profesional. [...] el espacio abarca el marco o el terreno ambiental en el cual se realiza la entrevista [...] (sección “Funcionamiento de la entrevista”, párraf. 2).

En el marco de las entrevistas realizadas por profesionales del Trabajo Social, el espacio físico adquiere una relevancia fundamental. Desde la perspectiva de Bleger (1964), el

encuadre funciona como una conjunto de condiciones que permiten contener las ansiedades, resistencias, manifestaciones emocionales que pueden darse en el proceso de la entrevista (sección “La entrevista como campo”, párraf. 5). Un espacio adecuado, privado y libre de interrupciones no solo garantiza la confidencialidad del diálogo, sino que también un ambiente respetuoso y de cuidado hacia la persona entrevistada. Por eso, la ausencia de este espacio genera un gran desafío ético y profesional, siendo que la entrevista en Trabajo Social es una herramienta imprescindible y una estrategia de trabajo fundamental. La inexistencia de un espacio físico coloca al Trabajo Social como una profesión irrelevante dentro de la dinámica de Atención en Salud, desplazando su aporte técnico y profesional a la par de otras profesiones. Se trata de otra manifestación de la monocultura del saber (p.24) que reduce el valor de la intervención al no garantizar las condiciones mínimas para el desarrollo de una entrevista como herramienta fundamental.

Sin embargo, la presencia de diversas posibilidades también ha caracterizado el enriquecedor proceso de prácticas estudiantiles, repleto de valiosos aprendizajes.

En referencia las posibilidades que han facilitado este proceso, es necesario destacar cómo el vínculo con la comunidad, con vecinos/as referentes de cada barrio, con las instituciones que se encuentran presentes en el territorio, ha favorecido la inserción de practicantes en el servicio. A su vez, la apertura de la comunidad al trabajo es un facilitador concreto hacia la intervención. La posibilidad de realizar las intervenciones en territorio favorece el contacto con familias y sus historias de vida.

Además, la lógica territorial del Policlínico favorece el trabajo en red, debido a la disposición y apertura al momento de entablar vínculos de trabajo y de intervención, tanto hacia la comunidad como hacia el equipo técnico del Policlínico Móvil. La lógica territorial del servicio y su vínculo con diversas Instituciones facilita el trabajo en red, permitiendo coordinar actividades, intervenciones y dar continuidad a procesos más allá de la visita mensual a cada barrio, procesos que usualmente no pueden sostenerse.

También es de suma importancia destacar el rol de la Coordinadora del Servicio, quien ha trabajado “codo a codo” con quienes hemos realizado las prácticas pre profesionales allí, poniendo a entera disposición su tiempo, su conocimiento y los recursos que estaban a su alcance, tanto materiales como humanos. Ha sido una importante referencia, encarnando las

redes tendidas a Instituciones, organizaciones vecinales, grupos de vecinos/as referentes, e Instituciones estatales.

Las limitaciones y posibilidades mencionadas permitieron un aprendizaje que no está centrado únicamente en dimensiones teórico-metodológicas, sino también en dimensiones ético-políticas: construcción de vínculos y equipos de trabajo, intervención desde el cuidado, el respeto y el reconocimiento del otro/a como sujeto/a de derechos, y el accionar desde la legitimidad del saber científico y el popular. De este modo, el proceso de formación se nutrió tanto de los desafíos como desde las posibilidades encontradas, sin desconocer ni dejar de problematizar las limitaciones y ausencias estructurales que se han manifestado, buscando transformar ausencias en presencias.

Considero importante finalizar este capítulo con una cita de Cazzaniga (2002) que simboliza, a nivel personal, lo desarrollado en este apartado:

*No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones [...] Esa, que según el poeta se manifiesta como horizonte, “cuanto más se camina, más se desplaza”, pero que contiene siempre la esperanza de estar transitando por la vida, en este caso, por la vida profesional (Cazzaniga, 2002, p.9).*

### **Reflexiones finales.**

El presente documento se inscribe en una línea de producción académica que tuvo como objetivo analizar el vínculo entre Policlínico Móvil “Adela Domínguez” como Política Pública de salud territorial y la comunidad, colocando el énfasis en las redes comunitarias y el aporte del Trabajo Social en su promoción, construcción y fortalecimiento. Es así que se parte de una premisa presente en todo el documento: la atención en salud del Policlínico Móvil—incluyendo la atención clínica y preventiva, la prevención de enfermedades y la promoción de salud— es más favorable en los territorios donde existen organizaciones comunitarias sólidas que articulen con el Policlínico Móvil. Esta afirmación no se limita a un plano operativo, sino que expresa la importancia de lo que Subirats et al- (2008) denominan dimensión relacional de las Políticas Públicas, en tanto dispositivos que no se reducen a su diseño técnico, sino que incorporan la interacción con actores, actrices, intereses y recursos presentes en el territorio.

A partir del análisis de la entrevista realizada a la Coordinadora del servicio en el período 2023-2024 y de las experiencias vivenciadas en las prácticas estudiantiles, puedo considerar que efectivamente la atención del Policlínico es más efectiva en los barrios donde la densidad organizacional es mayor. La presencia de redes comunitarias que articulen con este servicio de salud constituyen un soporte fundamental tanto en el acceso como en la sostenibilidad de los procesos de salud. Estas redes fortalecen la identidad colectiva, el sentido de pertenencia barrial y el acompañamiento económico, emocional y social entre actores y actrices locales. Asimismo, contribuyen a consolidar la dimensión social de la salud, reconociendo que los procesos de bienestar contemplan y se construyen a partir de vínculos, prácticas solidarias y espacios de organización comunitaria que inciden en las condiciones de vida de los sujetos y sujetas. De este modo, el accionar de las redes permite comprender a la salud como un fenómeno multidimensional e integral atravesado por las dinámicas territoriales y colectivas. El objetivo en común y el sentido de pertenencia que caracteriza a la comunidad, y que se genera en el proceso de tejido social, permiten procesos de retroalimentación y de intercambio entre la comunidad y la Institución, enriqueciendo la atención en salud. Estas dinámicas, como señalan Zurro y Solá (2011), son parte constitutiva del enfoque de Atención Primaria en Salud, en tanto modelo que prioriza la integralidad, la participación social y la construcción de vínculos entre comunidad e institución.

Por otro lado, es necesario hacer mención al modo en que saberes y prácticas sociales han sido invisibilizadas por la modernidad occidental y el pensamiento hegemónico. Esta manifestación de ausencias estructurales se expresa en la escasa valorización del Trabajo Social como disciplina en el diseño y planificación de Políticas Públicas, a pesar de que su intervención resulta clave en el abordaje comunitario de la salud y la producción y reproducción de redes. Particularmente, la profesión suele reconocerse en tareas operativas y subsidiarias, pero en escasas oportunidades se le otorga un lugar en los procesos de decisión y definición estratégica de la política. Y en efecto, al momento de planificación mensual del calendario del servicio y de la disponibilidad de recursos técnicos necesarios para cada territorio, la disciplina no es contemplada dentro de las posibilidades de integración del equipo, siendo que integra una dimensión fundamental de la atención a la población.

Este análisis interpela la necesidad de ampliar los márgenes de participación en el campo de la salud, incorporando y legitimando los aportes de disciplinas sociales que intervengan a la par del saber médico. Esto supone superar un modelo de Política Pública centrado exclusivamente en la administración médica, para avanzar hacia formas democráticas de co-construcción entre Estado y sociedad. En este marco, resulta pertinente recuperar los aportes de Bentura (2007), quien sostiene que la legitimidad profesional del Trabajo Social se construye no sólo a partir del reconocimiento institucional, sino también desde la validación social de su intervención en los territorios. Esta legitimidad o autoridad profesional habilita al Trabajo Social a posicionarse como componente válido en el diseño y gestión de Políticas de salud, y como parte de procesos de democratización y pluralidad epistémica del saber en salud.

A la luz de esto, el Policlínico Móvil “Adela Domínguez” no es sólo un dispositivo asistencial, sino que es un espacio de promoción de derechos, participación comunitaria y ciudadana, en la que se reconoce a las comunidades como sujetos colectivos con capacidad de participación en los procesos de salud; “es una herramienta de accesibilidad a la salud y de resolutividad, de resolución a las personas que ni siquiera llegan a ir a una Policlínica [...] y también que el Móvil sea esa herramienta para generar la organización del barrio” (entrevista a informante calificada, 11 de junio de 2025).

A modo de síntesis, las reflexiones presentadas permiten afirmar que la atención en salud se ve fortalecida cuando, además de la disponibilidad de recursos técnicos y materiales, también

hay capacidad de articulación con redes comunitarias que sostengan y acompañen el accionar institucional, en las que el Trabajo Social es fundamental para su generación y fortalecimiento. El desafío latente radica en pensar en que las Políticas Públicas reconozcan y validen estos vínculos, evitando la producción y reproducción de ausencias, permitiendo la emergencia de formas de co-producción de saberes y prácticas en salud.

### Bibliografía.

ADASU. (2014). *Definición Trabajo Social América Latina y Caribe*. Federación Internacional de Trabajo Social.

Bentura, P. (s. f.). *Trabajo Social, legitimidad y ampliación de la ciudadanía. En Intervención profesional. Legitimidades en debate: Seminario Internacional-Maestría en Trabajo Social*. Paraná, Entre Ríos, Argentina.

Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica: Su empleo en el diagnóstico y la investigación* [Ficha editada por el Departamento de Psicología, Universidad de Buenos Aires]. Recuperado de <https://www.terapia-cognitiva.mx/wp-content/uploads/2016/02/La-Entrevista-Psicologica.pdf>

Caetano, G. (2005). *Introducción general. Marco histórico y cambio político en dos décadas de democracia. De la transición democrática al gobierno de la izquierda (1985-2005)*. En 20 años de democracia. Uruguay 1985-2005. Taurus. Recuperado de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>

Cazzaniga, S. (2002). *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*.

Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familia y escuelas*. Editorial Paidós. Recuperado de <https://gemmaittareyes.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/04/2-elina-dabas.pdf>

Sousa Santos, B. (2006). *La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes*. En *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires)*. CLACSO. Recuperado de: [https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100825033033/2CapituloI.pdf?utm\\_source=](https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100825033033/2CapituloI.pdf?utm_source=)

Fandiño, M. (1992). *Los “roles” en la práctica directa del Trabajador Social*. Revista de Ciencias Sociales, 56. Universidad de Costa Rica.

Hospital de Clínicas. (s. f.). *Departamento de Trabajo Social*. Presentación. Recuperado de <https://www.hc.edu.uy/index.php/depto-trabajo-social/24-trabajo-social/372-presentacion-del-departamento-de-trabajo-social>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (s. f.). *Visualizador Censo 2023* [Base de datos interactiva]. Recuperado de <https://www5.ine.gub.uy/documents/VisualizadorCenso2023.html>

Intendencia de Montevideo. (2023). *Atención a la Salud*. Recuperado de <https://montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/atencion-a-la-salud>

Intendencia de Montevideo. (2025, 10 de julio). *Salud*. Recuperado de <https://montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/salud>

Mallardi, M. W. (s. f.). *La entrevista en Trabajo Social: Aproximaciones a un objeto polilógico*. Margen. Recuperado de [https://www.edumargen.org/docs/curso55-5/unid03/complem03\\_03.pdf](https://www.edumargen.org/docs/curso55-5/unid03/complem03_03.pdf)

Martínez, L. (2006). *El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales*. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

Mejía, A. (2013). *Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31(s1), 13–27. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (s. f.). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009*. Recuperado de [https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_la\\_construcion.pdf](https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construcion.pdf)

Monje Álvarez, J. (2011). *Guía didáctica metodología de la investigación*. Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s. f.). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1989). *Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista* (Tesis de maestría). Universidad de la República; Universidad Federal de Río de Janeiro. Recuperado de <https://www.margen.org/tesis/ortega.pdf>

Pérez, R., & Aarón, A. (s. f.). *Redes comunitarias y de soporte social como recurso para el cuidado y el mantenimiento de la salud*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Pineda, C. (2014). *La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>

Rozas, M. (2010). *La intervención profesional, un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea*.

Recuperado de: [https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq24\\_pagaza\\_4.pdf](https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq24_pagaza_4.pdf)

Secretaría de Derechos Humanos. (s. f.). *Derechos humanos y políticas públicas*.

*Interrelación entre Derechos Humanos y Políticas Públicas*. Recuperado de  
<https://www.gub.uy/secretaria-derechos-humanos/politicas-y-gestion/derechos-humanos-politicas-publicas>

Silvia Pereira. (2011). *El rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención* (Tesis de Licenciatura). Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.

Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Editorial Ariel.

Téllez, L., & Centeno, M. (2015). *La participación ciudadana en el ámbito de la salud*. Editorial Esfera Pública S.A. de C.V.

Vignolo, J., Vacarezza, M., & Vázquez, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 3–7. Recuperado

de <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>

Villar, A. (2003). *La salud, una política de Estado: hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuesta de cambio.* Instituto Nacional de Enfermería, Hospital de Clínicas, Montevideo.

Villar, A. (2012). *Gestión de servicios de salud.* Zona Editorial.

Zurro, A., & Solá, J. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria.* Editorial Elsevier España

## Anexos.

### POLICLÍNICO MÓVIL "ADELA DOMÍNGUEZ"

<b>MARACANÁ NORTE</b> Comisión vecinal Maracaná Norte.	<b>EL TOBOGÁN</b> Comisión vecinal El Tobogán.	<b>INTERCOMISIONES CASABÓ</b> VILLA ESPERANZA: Comisión vecinal Villa Esperanza BAJO VALENCIA: Comisión vecinal Estrella del Cerro; Colectivo de Mujeres Bajo Valencia ANSINA 2: Comisión vecinal Ansina 2 NUEVO AMANECER: Comisión vecinal Nuevo Amanecer VILLA CELESTE: Colectivo Villa Celeste PUNTAS DE SAYAGO: Comisión vecinal Puntas de Sayago
<b>COTRAVI</b> -Comisión vecinal COTRAVI. -Colectivo de Mujeres "Violeta".	<b>SERVIDUMBRE ESQ. SAN FUENTES</b> Colectivo de Mujeres "Tejiendo Oeste".	
<b>EL CAÑO</b> Vecina referente del barrio.	<b>PLAZA LA FORTALEZA</b> Vecinas referentes del barrio.	<b>OTROS</b> -ORGANIZACIÓN DE USUARIOS Y USUARIAS DE LA SALUD DEL OESTE -MESA LOCAL DE SALUD MENTAL -NODO "TRES OMBÜES" -RED DE PRIMERA INFANCIA -MESA CONTRA LA EXPLOTACIÓN SEXUAL CONTRA NNA DEL OESTE
<b>NÚCLEOS EVOLUTIVOS</b> Vecinas referentes del barrio.	<b>CABAÑA ANAYA</b> Comisión vecinal Cabaña Anaya.	
<b>CAUSEGLIA</b> Vecina referente de Olla Popular.	<b>30 DE MARZO</b> Comisión vecinal 30 de marzo.	<b>TRES OMBÜES</b> CANTERA DEL ZORRO: Vecina referente. CADORNA: Vecina referente. NUEVA ESPERANZA: Vecinos y vecinas referentes.

Fuente: elaboración propia.

**Pauta de entrevista realizada el 11 de junio de 2025.**

Bloque 1.

¿Por qué es importante que el Móvil teja redes comunitarias?

¿Qué estrategias usan para promover la participación comunitaria en el dispositivo?

¿Qué obstáculos y posibilidades crees, como coordinadora del servicio, que tiene el Policlínico Móvil a la hora de tejer redes comunitarias?

¿Con qué barrios ha funcionado mejor el trabajo con la comunidad? ¿con qué barrios no? ¿por qué? (similitudes/diferencias)

¿Qué crees que sea necesario mejorar en cuanto al vínculo entre el Móvil y la comunidad?

Bloque 2 .

Siendo que las redes comunitarias están formadas por personas que tienen un interés común y se relacionan para satisfacer necesidades colectivas, ¿qué necesidades consideras que llevan a los vecin@s a unirse en comunidad?

Bloque 3.

¿De qué manera el Trabajo Social como disciplina puede contribuir a la conformación de redes comunitarias?

¿Qué condiciones institucionales son necesarias para que el Trabajo Social pueda incidir en la promoción de redes comunitarias, en el Policlínico Móvil?