



Universidad de la República  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación  
Unidad de Profundización, Especialización y Posgrados (UPEP)  
Maestría en Ciencias Humanas Opción Antropología de la Cuenca del Plata

Tesis para defender el Título de Maestría en Ciencias Humanas Opción Antropología de la Cuenca del Plata:

Representaciones sociales, estrategias y experiencias de usuarios y trabajadores de la salud en los procesos de salud-enfermedad-atención. Etnografía en una policlínica del Primer Nivel de Atención dependiente del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, ASSE.

Autora: Lic. Victoria Evia Bertullo

Directores de tesis: Director Dr. Nicolás Guigou y Co- directora Dra. Sonia Romero

Montevideo, 5 de mayo de 2014

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta investigación es fruto de más de tres años de trabajo, durante los cuales recibí el apoyo de diferentes personas e instituciones sin las cuales la misma no hubiera sido posible. Si bien la autoría es individual, el proceso de producción fue necesariamente colectivo. Agradezco a quienes apoyaron y posibilitaron la realización de la presente investigación:

a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación, de la cual recibí el apoyo de una Beca de Posgrados Nacionales que me permitió dedicarme intensamente a la presente investigación los últimos dos años;

al Equipo de Dirección del Centro de Salud Jardines del Hipódromo de la RAP-ASSE, de quien recibí el aval institucional para realizar la presente investigación y me apoyaron durante la misma facilitándome distintas informaciones administrativas;

a la Universidad de la República, pública y gratuita, que me permitió seguir formándome. Especialmente a los funcionarios docentes y administrativos de la Unidad de Profundización, Especialización y Posgrados de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

a los profesores Dra. Sonnia Romero y Dr. Nicolás Guigou por su orientación, lecturas y tutoría en este trabajo;

a los compañeros de la maestría, colegas y amigos que acompañaron este proceso de formación con intercambios, reflexiones, lecturas y sugerencias, especialmente a Santiago, Emilia, Valeria, Lucía y Julieta;

a los integrantes del Equipo de Salud de la Policlínica Villa Farré, a los integrantes de la Comisión de Vecinos de Villa Farré y a los y las usuarios/as y vecinos/as de la policlínica de Villa Farré por su disposición, apertura, generosidad, calidez y confianza a lo largo del proceso de investigación;

a mi familia y amigos, que también estuvieron presentes tolerando y compartiendo los desvelos, emociones y desafíos que suponen los procesos de formación e investigación, especialmente a Gabriel.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar las representaciones, estrategias y experiencias en el proceso de salud-enfermedad-atención de usuarios y trabajadores de un servicio de salud del primer nivel de atención del sub-sector público en Uruguay. Se realizó una etnografía en una policlínica dependiente del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, en la zona noreste de Montevideo. Se articularon diferentes técnicas como consulta de fuentes primarias y secundarias, realización de entrevistas etnográficas a más de cuarenta personas y observación participante de diversos espacios asistenciales y sociales. Caracterizamos y analizamos el proceso fundacional de la policlínica así como su funcionamiento en la actualidad. Se asisten unas 1200 personas, principalmente niños, adolescentes y mujeres en edad fértil. La atención es brindada por un equipo multidisciplinario. La policlínica fue construida mediante un proceso de participación social en salud a partir de negociaciones con actores estatales. Este proceso estuvo influenciado por las relaciones de solidaridad e intercambio recíproco establecidas durante el proceso de colonización del barrio donde se ubica, así como por las trayectorias previas de sus pobladores. Se analizan también las diferentes estrategias que ponen en juego 'conserjes' y profesionales para trabajar desde el primer nivel con una perspectiva de APS así como las relaciones que se establecen desde el sistema biomédico con otros sistemas de atención y autoatención. Asimismo se señalan las dificultades que existen en un sistema de salud aún fragmentado para trabajadores y usuarios, quienes tienen que sortear diferentes obstáculos para lograr la mejor atención posible. En los trayectos de atención desde el punto de vista de los usuarios observamos cómo las personas combinan diferentes estrategias y creencias a la hora de afrontar sus padecimientos, las cuales trascienden el sistema biomédico de atención y pueden incluir prácticas de autoatención, uso de medicinas populares, complementarias y alternativas y creencias mágico religiosas. Se concluye que tanto usuarios como profesionales tienen representaciones holísticas de los procesos de salud-enfermedad-atención, ya que se reconocen la importancia de las dimensiones sociales, culturales, ambientales y relacionales de los mismos. Si bien el sistema de atención biomédico sigue siendo el predominante en nuestro país se observa un pluralismo médico a la hora de enfrentar diferentes padecimientos.

**Palabras clave:** proceso salud-enfermedad-atención; policlínica del primer nivel de atención; antropología médica

## ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the representations, strategies and experiences of workers and users of a primary health care centre from Uruguay's public health sector concerning the health-care process. An ethnography was carried out in a primary health centre dependent of Jardines del Hipódromo Health Centre, in the northeast of Montevideo, from July 2012 to November 2013. We characterized and analyzed the foundational process of the primary health centre and its operation today. The primary health centre was built through a process of social participation in health through negotiations with state actors. This process was influenced by the relationships of solidarity and mutual exchange established during the colonization of the neighborhood where it is located, as well as by the previous backgrounds of its inhabitants. Since its foundation, about 1200 people have received attention there – mostly children, adolescents and women in fertile age. Care is provided by a multidisciplinary team. We analyze the strategies that workers of the primary health centre use (both clerks and professionals) as well as the relations which are established from the biomedical system with other systems of attention and self-care. The difficulties that exist in a still fragmented health system for workers and users, who have to overcome several obstacles to achieve the best possible care service, are also indicated. We enquired about attention paths from the users point of view and identified that people combine different strategies and beliefs when facing their suffering, which transcend the biomedical care system and may include self-care practices, use of popular, complementary and alternative medicines and religious and magical beliefs. While the biomedical care system remains predominant in our country, medical pluralism is observed when facing different conditions. We conclude that both users and professionals have representations, strategies and holistic experiences of the health-care processes that recognize the importance of social, cultural, environmental and relational dimensions of them.

**Key words:** health-care process; primary health care centre; medical anthropology

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos .....	I
Resumen .....	II
Abstract .....	III
Índice de contenido .....	IV
Tabla de mapas y figuras .....	V
Tabla de cuadros y gráficos .....	V
Introducción.....	1
I) Una mirada antropológica a los procesos de salud-enfermedad- atención.....	4
a) Visión cultural y social de la enfermedad .....	9
b) Representaciones, estrategias y experiencias del proceso salud-enfermedad-atención.....	10
II) Etnografía en un servicio del Primer Nivel de Atención en salud.....	14
a) Delimitación del Universo de Estudio y Caracterización del sector salud en Uruguay .....	15
b) La (s) entrada (s) al campo.....	20
c) Entrevistas etnográficas.....	25
d) Estar allí: espacios múltiples.....	29
III) Sobre el poblamiento de Villa Farré y la construcción de su policlínica .....	35
a) Condiciones de existencia, organización social e identidad.....	37
b) Tener la policlínica en el barrio .....	47
c) El trabajo en el nuevo local y la inauguración oficial.....	53
d) ¿Un caso exitoso de participación social en salud?.....	61
IV Caracterización general: actividades desarrolladas en una policlínica del Primer Nivel .....	69
a) El área de salud 9.1 y los y las usuarios/as de la policlínica Villa Farré.....	71
b) Principales actividades desarrolladas en la policlínica .....	77
V) La perspectiva del Equipo de Salud.....	86
a) 'Poniendo la cara todos los días': Las conserjes.....	89
b) Estrategias de trabajo de los profesionales en el primer nivel de atención.....	99
i) "Terminamos tratando de sobrevivir en el sistema".....	100
ii) La relación asistencial: qué está en juego para el otro.....	103
c) Concepciones de salud y enfermedad entre los profesionales, ¿un modelo integrador?. ..	112
d) Diálogos entre el Estado, actores religiosos y vecinos a partir del consumo problemático de drogas. Una actividad 'puertas afuera' de la policlínica .....	116
VI) El proceso de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios.....	123
a) La enfermedad como flujo normal de la vida: autoatención y modos de atención populares .....	124
b) Cuando se decide consultar al médico .....	129
i) Atenderse en Salud Pública ¿una elección?.....	130
ii) ¿A qué se va a la policlínica? Actividades asistenciales y espacios de socialización ..	134
iii) El tránsito entre los diferentes niveles de atención: encuentros, desencuentros y estrategias adoptadas.....	144
c) Experiencias de enfermedad significativas.....	147
d) Representaciones y experiencias sobre la salud y la enfermedad entre los usuarios .....	159
Conclusiones .....	165
Bibliografía.....	174

## **TABLA DE MAPAS Y FIGURAS**

Mapa 1: Centros de Salud de la RAP Metropolitana en el Departamento de Montevideo y Zona de Influencia del CSJH. ....	18
Mapa 2: Municipios de Montevideo .....	20
Mapa 3: Límites geográficos del CCZ9 .....	20
Mapa 4: Expansión Urbana 1947 – 2011 .....	41
Figura 1: Construcción de la policlínica. ....	53
Figura 2: Sala de Espera .....	76
Figura 3: Comida fin de año grupo ODH 2012 .....	142

## **TABLA DE CUADROS Y GRÁFICOS**

Cuadro 1: Caracterización de Usuarios de Policlínica Villa Farré .....	72
Cuadro 2: Usuarios hombres y mujeres según etapas vitales .....	74
Gráfico 1: Pirámide poblacional de Usuarios de Policlínica Villa Farré .....	73
Gráfico 2: Consulta asistencial Villa Farré según profesional.....	81
Gráfico 3: Total consultas asistenciales Villa Farré por profesional 2012 .....	82
Gráfico 4: Total actividades médico de familia nov. 2011- set. 2012 .....	83
Gráfico 5: Consultas médico de familia según tipo nov. 2011- set.2012 .....	83
Gráfico 6: Actividades promoción y prevención nov. 2011 – set. 2012 .....	84

## INTRODUCCIÓN

Uruguay ha atravesado en los últimos años una reforma normativa del sistema sanitario la cual prioriza el Primer Nivel de Atención en Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). La reforma del sistema sanitario tiene como momento clave la aprobación de la ley 18.211 en el Parlamento Nacional el 21 de noviembre de 2007, la cual habilita a la concreción del denominado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Se entiende por sistema de salud al conglomerado de instituciones, organizaciones y recursos en general abocados al desarrollo de las actividades en materia de salud (OMS, 2000). Este Sistema se financia a través de la creación de un Seguro Nacional de Salud y tiene en su caracterización tres aspectos de especial relevancia en materia de innovación. Un primer elemento está vinculado al modelo de gestión, el cual pone énfasis en la participación de los actores del sistema, tanto usuarios y trabajadores de la salud en general, en las decisiones sobre los servicios. Un segundo elemento vinculado al modelo de atención donde se intenta pasar a un modelo que desarrolle en forma integral los tres niveles de atención, priorizando el primer nivel y la concepción integral de la atención en salud más allá de la mera base asistencial-médica. Por último, un tercer elemento que propone un nuevo modelo de financiación: el Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Toyos, 2008-2009).

Nuestro país atravesó desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX por un proceso de medicalización de la sociedad (Barrán 1992, 1993, 1995) que colocó a la salud como valor supremo de nuestra sociedad y a la figura del médico como centro de la misma. Desde distintos ámbitos se han señalado y criticado las características del modelo médico hegemónico y se han registrado procesos de resistencias al mismo por parte de diferentes sectores sociales desde las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI (Romero 2013). Las orientaciones de la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud son una fuerte señal, al menos desde el punto normativo, de este tiempo de cambio. Entendemos que en esta coyuntura se ponen en juego dimensiones

socioculturales de los procesos de salud – enfermedad -atención, tanto a nivel de las representaciones sociales como de las prácticas en usuarios y profesionales de la salud. Valores, creencias, relaciones sociales, relaciones de poder, dimensiones económicas y políticas, entre otros, atraviesan estos procesos. Por ello proponemos una investigación desde la disciplina antropológica que aporte a la comprensión de estos procesos sociales, con una mirada profunda y densa a las representaciones sociales, las experiencias y las estrategias adoptadas por los distintos actores vinculados al sistema de salud. El trabajo fue realizado desde una perspectiva teórica de la antropología médica crítica y se partió del estudio de un servicio de salud del primer nivel de atención.

El objetivo de este trabajo fue abordar y analizar representaciones sociales, estrategias y experiencias de usuarios y trabajadores de la salud en los procesos de salud-enfermedad-atención dentro de un servicio del Primer Nivel de Atención de la RAP-ASSE Metropolitana. Se realizó una etnografía en una policlínica dependiente del Centro de Salud Jardines del Hipódromo de la RAP- ASSE, la cual combinó en su estrategia metodológica diferentes técnicas como consulta de fuentes primarias y secundarias de información cuantitativa del funcionamiento de los servicios de salud, observación participante de distintos espacios asistenciales y sociales del universo de estudio y entrevistas en profundidad a usuarios, trabajadores y gestores del servicio.

Se analizaron aspectos vinculados al modelo de atención, tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los trabajadores del servicio estudiado. Se abordaron los trayectos terapéuticos de los usuarios que acceden al sistema de salud biomédico, qué significa para ellos atenderse en un servicio de salud pública, cuándo deciden consultar, a qué y para qué recurren a un servicio del primer nivel de atención, cómo se dan las articulaciones entre los diferentes niveles del sistema de salud desde su perspectiva como usuarios. Asimismo, al partir de los trayectos de atención de los usuarios pudimos explorar cómo las personas combinan diferentes estrategias y creencias a la hora de afrontar sus padecimientos, las cuales trascienden el sistema biomédico de atención y que pueden incluir desde prácticas de autoatención, uso de medicinas populares y prácticas y creencias mágico religiosas. En relación a los trabajadores analizamos las tensiones y posibilidades del trabajo en equipos multidisciplinarios, la figura de las



conserjes en un servicio de salud, como categoría híbrida entre técnico de la salud y usuarias del servicio, las diferentes estrategias que los profesionales ponen en juego en su práctica clínica en el primer nivel de atención, las dificultades que existen en un sistema de salud aún fragmentado y las relaciones que desde la práctica clínica de establecen con otros sistemas de atención no biomédicos, prácticas de autoatención y creencias de los usuarios.

Esta etnografía se estructura en seis capítulos. En el primer capítulo se desarrolla la perspectiva teórica de la antropología médica crítica y los principales antecedentes internacionales y nacionales de esta tradición disciplinar. El segundo capítulo desarrolla los aspectos metodológicos del trabajo centrándose en la estrategia de investigación etnográfica, las diferentes técnicas articuladas y la delimitación del universo de estudio. El tercer capítulo desarrolla el poblamiento del barrio enmarcado en procesos más amplios de cambio y crecimiento de la ciudad de Montevideo y cómo dicho proceso configura identidades y condiciones sociales de existencia que posibilitarán el proceso de organización social para la creación de una policlínica. El cuarto capítulo presenta una caracterización general de las actividades desarrolladas en la policlínica en la actualidad, caracterizando cuali y cuantitativamente el área de salud, los y las usuarios/as así como las actividades desarrolladas. El quinto capítulo aborda el punto de vista de los trabajadores del servicio de salud e indaga sobre las prácticas de trabajo en equipos multidisciplinarios, las estrategias adoptadas en la consulta clínica desde el primer nivel, las articulaciones con los otros niveles del sistema de salud así como con otros sistemas de atención y creencias de los usuarios. Por último, el sexto capítulo desarrolla las trayectorias de algunos usuarios en su proceso de salud-enfermedad-atención partiendo desde el primer nivel de atención y muestra cómo las personas combinan diferentes estrategias a la hora de enfrentar sus padecimientos, las cuales articulan el uso de los servicios de salud biomédicos y otras formas de atención. Asimismo, en dicho capítulo se abordan las interpretaciones y experiencias de las personas sobre sus procesos de salud y enfermedad.

## **I) UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA A LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD- ATENCIÓN**

De acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización la humanidad ha elaborado diferentes conceptos sobre la salud, la enfermedad, formas de alivio y acciones de prevención y fomento de la salud. Asimismo, históricamente se han propuesto diversos modelos para comprender la noción de salud y enfermedad (Moreno Altamirano 2007).

El tratamiento antropológico de temas como la enfermedad y los sistemas médicos ha tenido distintas etapas dentro de la historia de la disciplina así como distintas denominaciones y ha sido abordado por diferentes escuelas antropológicas. Actualmente existe un consenso en denominar como ‘Antropología médica’ a una especialización dentro de las ciencias antropológicas. “Nacida con el objetivo de orientar la investigación antropológica en torno a las formas con las que, en las diferentes sociedades los seres humanos viven, representan y afrontan el sufrimiento y la enfermedad, la antropología médica ha buscado posteriormente conjugar el interés por la experiencia del cuerpo, la salud, y de la enfermedad con la reconstrucción de procesos sociales, culturales, políticos e institucionales históricamente determinados.” (Pizza 2006:267-268)

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

El ‘modelo clásico’ trata los temas médicos con la marginalidad en los trabajos antropológicos o incluye las etnomedicinas en el ámbito de sistemas considerados omniabarcadores de la mentalidad indígena como la magia, la religión o la brujería. *The Andaman Islanders* de Radcliffe-Brown o *We, The Tikopia* de Raymond Firth son ejemplos paradigmáticos de esta marginación donde la enfermedad ocupa un lugar en las condiciones naturales externas a la cultura nativa o constituye un infortunio derivado

de la incorporación de la vida nativa al mundo moderno (Martínez Hernández 2008). Las obras de Tylor y de Frazer constituyen ejemplos de la disolución de los sistemas médicos indígenas en otras instancias consideradas omniabarcadoras de la mentalidad nativa como la magia, la brujería o la religión. También los trabajos de los etnógrafos norteamericanos de fines de siglo XIX y principios de siglo XX sobre los grupos amerindios ocultaron los sistemas terapéuticos nativos detrás de la superstición o creencia. El trabajo de Rivers (Br.) *Medicine, Magic and Religion* (1924) si bien reconoce la existencia de remedios y prácticas naturalistas en los sistemas médicos indígenas afirma que estos se encuentran regidos principalmente por creencias mágicas y religiosas. El autor también señala como referentes importantes de la antropología médica a los trabajos clásicos de Malinowsky *Magia, medicina y tradición* y de Evans Pritchard *Brujería, magia y oráculo entre los azande*. Estos trabajos introducen una nueva perspectiva en la demarcación entre ciencia y creencia, al ‘sospechar’ que la ‘mentalidad primitiva’ no estaba libre de condiciones racionales. Asimismo, matizan el racionalismo y el etnocentrismo que había caracterizado a las obras anteriores contribuyendo a revalorizar el punto de vista indígena (Martínez Hernández 2008).

Dentro de los autores clásicos de la antropología, pero sin poder ubicarlo en el 'modelo clásico' de la antropología médica, encontramos como referencia ineludible la obra de Marcel Mauss, especialmente sus trabajos sobre la noción de persona y sobre las técnicas del cuerpo. En 1950 Mauss discute la noción de persona y sugiere que todos los humanos poseen una noción de individualidad espiritual y corporal pero al mismo tiempo argumentó que condiciones sociales particulares estarían asociadas con diferencias cualitativas entre “personagem totémica, a persona clásica y a pessoacristá” (Csordas 2008:104). Csordas señala que Mauss reproduce la dualidad entre mente/cuerpo, pensamiento/mundo material al elaborar de manera separada *la notion de la personney las techniques du corops*.

El ‘modelo pragmático’ se relaciona con el desarrollo de una antropología aplicada a los problemas de salud en los países en desarrollo y a algunas problemáticas puntuales de los países del capitalismo avanzado. El rol del antropólogo dentro de este paradigma es instrumental, estudia la cultura de los nativos por encargo de la biomedicina por que tiene como contrapartida una dependencia teórica y conceptual de la medicina

occidental (Martínez Hernández 2008).

El desarrollo de la antropología aplicada a la medicina adquiere impulso a fines de la década del 40' del siglo XX con la aparición de agencias internacionales como la OMS, las políticas de desarrollo indígena promovidas en países como México y con el patrocinio de fundaciones como la Rockefeller. El antropólogo era incluido como agente del desarrollo que debía ejercer de traductor entre los profesionales de la salud y la población indígena. Uno de los trabajos más representativos de esta orientación pragmática es del médico y antropólogo mexicano Gonzalo Aguirre Beltrán *Programas de salud en la situación intercultural* (1955). “El antropólogo del modelo pragmático entiende que la biomedicina desatiende ámbitos de la enfermedad y la terapia, como los trastornos folk o tradicionales, las percepciones nativas, los tratamientos indígenas y sus principios activos, y trata de ubicarse en ese territorio con un propósito aplicado y complementario con la medicina occidental. Lo folk constituye su espacio de trabajo (...) Esta perspectiva supone una confirmación del modelo biomédico a partir de su negación como territorio etnográfico, y a la vez, una dependencia de este modelo que se va a reflejar en una continuidad pragmática de la oposición entre ciencia y creencia (...).” (Martínez Hernández 2008:37).

El ‘modelo crítico’ propone “una búsqueda de lo creencial y cultural en un territorio entendido tradicionalmente como depositario de lo racional: la biomedicina.” (Martínez Hernández 2008:13). Este cambio supone tanto una independencia de la antropología respecto de la biomedicina así como nuevos problemas que suponen reconvertir en objeto al propio quehacer científico.

Dentro de la antropología médica se han dado importantes debates teóricos en los últimos tiempos como las discusiones entre fenomenología y marxismo sobre la importancia de la superestructura y la infraestructura en la vida social; el análisis del poder, la dominación y la biopolítica (Foucault 1990) en las instituciones médicas; análisis feministas sobre las relaciones y desigualdades de género en temas como el cuerpo o las terapias; la discusión de los límites entre naturaleza y cultura a partir de los avances de las biotecnologías, entre otros (Martínez Hernández 2008:13). La presencia de este tipo de mirada crítica tiene su auge en los años ochenta y noventa del siglo XX con autores como Good (1994), Good y Good (1981), Kleinman (1980, 1995), Young (1980,

1995), Menéndez (1981), Taussig (1980), Rabinow (1996) entre otros. Se desarmen en esta época los rasgos fundamentales del modelo biomédico y por otro lado se establecen los fundamentos teóricos de la antropología médica: visión cultural y social de la enfermedad, sensibilidad a la dimensión histórica, noción de multicausalidad etiológica, sospecha de las vinculaciones entre normalidad biológica y normatividad social, negación de la neutralidad de la teoría y práctica biomédicas entre otros principios.

En nuestro país existen antecedentes que pueden ubicarse dentro de la antropología médica. Uno de los postulados propuestos por Romero en 1993 y que sigue manteniendo vigencia es que en nuestro país la salud se encuentra en un campo relacional, 'tironeado' por tendencias globales y locales, externas e internas al propio campo, con nuevos agentes de asistencia y/o curación, demandas y posicionamientos y/o cuestionamientos de tipo social y cultural que se enfrentan a la hegemonía médica (Romero 1993, Romero 2004, Romero 2006, Romero 2009).

Dentro de los antecedentes nacionales de la disciplina antropológica, los principales antecedentes se encuentran en trabajos en el marco del Departamento de Antropología Social (DAS) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación ya sea a nivel de tesis de grado y maestría o a nivel de investigaciones desarrolladas por equipos de docentes y estudiantes. Existen dos programas que han abordado temas relacionados con la salud, el Programa de Antropología y Salud, coordinado por la Profa. Sonia Romero y el Programa Cuerpo, género y sexualidad coordinado por la Profa. Susana Rostagnol.

Tanto en la investigación realizada por Romero (2003) en el Centro Materno Infantil Ciudad Vieja cuyo trabajo de campo fue realizado a fines de los 80' y principios de los 90', como en los trabajos de Rostagnol, Viera y Mesa en el Hospital Pereira Rosell entre el 2003 y 2006 se encuentran algunas coincidencias significativas en relación a la atención en ambos servicios de salud pertenecientes al sub sector público. En ambos casos se constata una asimetría entre las usuarias (y en algunos casos usuarios para el caso de Ciudad Vieja) y el personal médico y no médico. Esta asimetría estaría dada tanto en relación al saber médico como a la posición económica y al género (Romero 2003; Dos Santos et al.. 2003, Mesa y Viera 2004, Rostagnol y Viera 2006) y restringiría las posibilidades de autonomía de las/los usuarias/os (Rostagnol y Viera

2006).

Si analizamos la producción antropológica nacional relacionada con los procesos de salud-enfermedad-atención (s-e-a) partiendo de sus objetos de estudio encontramos trabajos que toman como punto de partida para el estudio de estos procesos centros asistenciales y trabajos que los abordan desde distintos grupos de interés urbanos o rurales. Dentro de los primeros, existe una importante acumulación en trabajos que se centran en servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención: hospitales como el Maciel (Álvarez 2007), el Pereira Rosell (Rostagnol et al.), el Hospital Vilardebó (Vomero 2011, Evia 2010), el Hospital de Tacuarembó (Wainwright 2012). El único antecedente relevado que toma como objeto de estudio un servicio del primer nivel es el ya citado trabajo de Romero sobre el Centro Materno Infantil en Ciudad Vieja. En el año 2011 participé en una investigación sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados donde se tomó como caso el Centro de Salud de Jardines del Hipódromo. En dicha investigación surge como un tema de interés a ser explorado el rol de las policlínicas ‘dependientes’ en el sistema de atención ya que los usuarios percibían que éstas tenían una ‘mayor cercanía’ tanto geográfica como simbólicamente respecto del ‘Centro de Salud’ (Evia y Cano 2011).

Desde la historia, los aportes de José Pedro Barrán resultan muy importantes para comprender lo que ha significado el proceso de medicalización de nuestra sociedad y el lugar que el sistema biomédico tiene en la actualidad desde el punto de vista social y simbólico. “Entre 1900 y 1930 la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de la atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad – y hasta, a veces, el único valor -, cambio en la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico.” (Barrán 1992:57). El papel cada vez más decisivo que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad en todo el país puede verse en la medicalización de los niños, la muerte, la enfermedad y hasta el aborto. El Estado batllista durante la primer

década del siglo XX estuvo detrás de estos aumentos con la fundación de nuevos hospitales en Montevideo y el interior del país.

### ***A) VISIÓN CULTURAL Y SOCIAL DE LA ENFERMEDAD***

Siguiendo a Menéndez (2005) puede afirmarse que la enfermedad y la atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad y que la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. “Explicar las características, desarrollo y funciones que cumple la biomedicina - y por supuesto, las otras formas de atención – supone también describir y analizar los diferentes sectores sociales que se relacionan a través del proceso salud/enfermedad en una sociedad determinada.” (Menéndez 2005:11).

Ahora bien, la antropología médica ha hecho un esfuerzo por desnaturalizar y cuestionar las concepciones de salud y enfermedad. Ni la salud es algún tipo de estado absoluto de bienestar ni la enfermedad es un resultado directo de un patógeno o de un disturbio fisiológico. La salud, desde la perspectiva de la 'Critical Medical Anthropology' (CMA) es definida como “as acces to and control over the basic material and non material resources that sustain and promote life at a high level of satisfaction. Health is not some absolute state of being but an elastic concept that must be evaluated in a larger socio-cultural context,” (Ember & Ember 2003: 26)<sup>1</sup>. Por otro lado, la enfermedad “Disease is not just the straightfoward result of a pathogen or physiological disturbance. Instead, a variety of social problems such as malnutrition, economic insecurity, occupational risk, industrial pollution, substandard houssing, and political powerlessness contribute to suceptibility to disease (Baer, Singer & Jonson 1986). In short, disease is as much social as it is biological.” (Ember & Ember 2003: 26)<sup>2</sup>. Si bien se reconoce la importancia de

---

1 La salud es definida como el acceso a y el control de los bienes materiales y no materiales que sostienen y promueven la vida a un alto nivel de satisfacción. La salud no es un estado absoluto de bienestar sino un concepto elástico que debe ser evaluado en un contexto sociocultural. Traducción personal de (Ember & Ember 2003: 26)

2 La enfermedad no es el resultado directo de la interacción de un patógeno o de un disturbio fisiológico. En cambio, una variedad de problemas sociales como la malnutrición, la inseguridad económica, el riesgo ocupacional, la polución industrial, las viviendas en malas condiciones y la falta

la biología en la salud y la enfermedad, desde la antropología médica se busca comprender los orígenes sociales de la enfermedad, la construcción cultural de los síntomas y tratamientos así como la naturaleza de las interacciones entre la biología, la sociedad y la cultura (Merril & Baer 2007 traducción personal).

***B) REPRESENTACIONES, ESTRATEGIAS Y EXPERIENCIAS DEL  
PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN***

El carácter particular de concebir la salud, la enfermedad y el trayecto que hay entre ellas puede denominarse como proceso de salud – padecimiento – enfermedad – atención e incluye el padecer como parte fundamental de ese trayecto (Moreno Altamirano 2007) Para Díaz Duarte (1998), los fenómenos de salud y enfermedad en la cultura moderna constituyen un sub producto de la racionalización y fragmentación de los dominios de saber lo cual lleva a una pérdida de la totalidad de la experiencia del padecimiento en pos de un privilegio de una realidad reificada de la ‘enfermedad’.

Laplantine (1999) afirma que si bien las interpretaciones de la patogenia y de la terapia son esencialmente variables de una sociedad a otra, de un individuo a otro, e incluso eminentemente evolutivas en una misma sociedad – lo que hace que ellas parezcan prácticamente infinitas a nivel empírico- también en esas interpretaciones hay permanencias, discernibles de la experiencia mórbida así como de la esperanza de curación y que las mismas no son ilimitadas. Asimismo, dichas interpretaciones y representaciones estarían presentes en toda la sociedad “La idea que domina con amplitud es que la causalidad (bio) médica es inmune a la representación, como si experimentásemos la dificultad de admitir que la interpretación de la enfermedad es un fenómeno social no exclusivo del especialista, sino absolutamente de todo el mundo.” (Laplantine 1999: 17). La idea fundamental de este autor es que las permanencias identificadas en las interpretaciones de la enfermedad y de la curación (a partir de las cuales establecerá modelos) consisten en cierta combinación de relaciones de sentido que gobiernan las soluciones para responder al problema de la enfermedad. “Un modelo

---

de poder en política contribuyen sensiblemente a la enfermedad. Traducción personal de (Baer, Singer & Jonson 1986 en: Ember y Ember 2003:26)



etiológico (o uno terapéutico , e incluso un modelo etiológico-terapéutico) es una matriz que consiste en cierta combinación de relaciones de sentido, y que gobierna, muy a menudo a pesar de los actores sociales, soluciones originales, diferentes e irreductibles, para responder al problema de la enfermedad.” (Laplantine 1999: 46)

Se puede entender a las representaciones sociales como “la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar” (Grimberg, 1997:25). Los modos de percibir, categorizar y significar abarcan “el conjunto de nociones, categorizaciones y prescripciones que dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales. Estos saberes y prácticas se integran, no sin tensiones, componentes teórico-técnicos y normativo-valorativos que en cada momento histórico responden a la normatividad imperante, es decir a los modos dominantes de concebir el orden social y desde el que se define lo normal de lo anormal en las múltiples dimensiones de la vida social” (Grimberg, 1997:25). En este sentido, podemos afirmar que las representaciones sociales sobre la salud, la enfermedad y el padecimiento se enmarcan dentro de los modos dominantes de concebir el orden social, pudiendo entrar en tensión con los mismos.

Por otro lado, distintos autores han identificado diferentes estrategias (Bourdieu) que los sujetos emplean en relación a los servicios de salud (Álvarez 2007). Según Bourdieu es necesario registrar en la teoría el principio real de las estrategias, o sentido práctico. Este sentido práctico sería lo que los deportistas llaman ‘sentido del juego’, “(...) como domínio prático da lógica ou da necessidade imanente de um jogo, que se adquire pela experiência de jogo e que funciona aquém da consciência e do discurso (á semelhança, por exemplo, das técnicas corporais).” (Bourdieu 1990:80). Entonces es en el ‘sentido práctico’, o ‘sentido del juego’, donde pueden inscribirse teóricamente el principio real de las estrategias. Este tipo de noción, así como la de habitus, están ligadas a un esfuerzo teórico por salir del objetivismo estructuralista sin caer en el subjetivismo. Asimismo, a través de estos conceptos son reintroducidos el agente, la acción y la práctica así como la proximidad del observador con los agentes y con la práctica al rechazar la mirada distante. Estas posiciones, afirma Bourdieu, no tienen que ver solo con posiciones o disposiciones teóricas sino también políticas.

También se han analizado los trayectos terapéuticos (Das & Das 2007) o 'carrera del enfermo' (Menéndez 2009, Goffman 1961, Goffman 1980) transitados por los usuarios. Las 'illness narratives' emergieron como un género clásico dentro de la antropología médica como una forma de contrastar la perspectiva del paciente y del clínico sobre la enfermedad. Poner el foco en las construcciones del paciente sobre su experiencia es una herramienta poderosa de enfrentar e incluso modificar el poder que el experto ejerce en los encuentros clínicos. Asimismo, el énfasis en las narrativas sobre la enfermedad así como en los modelos explicativos de los pacientes han servido para importantes propósitos terapéuticos por ejemplo en los trabajos de Kleinman (Das and Das 2007).

Según Das & Das (2007), desde la formulación del concepto de 'illness narrative' el mismo se desarrolló en diferentes direcciones. Las autoras critican los abordajes académicos de narrativas donde el énfasis en el sentido eclipsa las condiciones específicas en las que las personas experimentan la salud y la enfermedad y donde no queda claro si la voz del paciente es una voz corporeizada o si funciona como una voz literaria o gramatical (Das and Das 2007). Como alternativa a la noción de 'illness narratives' las autoras proponen enfocarse en las "illness experience". Para las autoras, las experiencias del malestar permiten abordar la subjetividad inmersa en la vida cotidiana de las personas (en su caso pobres urbanos de Nueva Dehli) y son a su vez los 'lentes' a través de los cuales intentan especificar las circunstancias económicas y políticas en las cuales las vidas de esas personas transcurren, en espacios social y materialmente definidos. La posibilidad de postular una 'antropología de la experiencia' y una etnografía de la experiencia surgirá recién en la segunda mitad de los 80' del siglo XX con los trabajos de Turner y Bruner (1986) y de Kleinman (1991, 1992). Para Kleinman, la etnografía permitirá profundizar el estudio del sufrimiento humano al abordar la experiencia de la enfermedad como un proceso interpersonal dentro de un contexto moral. Turner, por su parte, llega a la formulación de una antropología de la experiencia inspirado en la hermenéutica de Dilthey (Turner y Bruner 1986). Según Csordas (2008), la apertura a la fenomenología dentro de la teoría antropológica, ocurrió con la posibilidad de articular el concepto de experiencia en torno a los márgenes del paradigma textualista y representacionista dominado por Lévi-Strauss, Derrida y Foucault. Las preocupaciones de Geertz (1973) con la cultura como texto fue

complementado por la fenomenología de Alfred Schutz y con la distinción de los conceptos de experiencia próxima y experiencia distante. Dentro de dichos abordajes algunos autores destacan una fenomenología del cuerpo, la cual reconoce a la corporeidad como condición existencia en la cual la cultura y el sujeto están fundados.

## **II) ETNOGRAFÍA EN UN SERVICIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD**

El objetivo de este trabajo fue abordar y analizar las representaciones sociales, las estrategias y las experiencias de usuarios y trabajadores de la salud en los procesos de salud-enfermedad-atención dentro de un servicio del Primer Nivel de Atención del SNIS (Uruguay). La estrategia metodológica desarrollada consistió en el desarrollo de una etnografía, la cual tomó como punto de partida una policlínica de la Red de Atención Primaria Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE).

La etnografía comienza a ser el método central de la antropología social y cultural en el primer tercio del siglo XX y lo continúa siendo hasta la actualidad. “Su principal innovación consistió en reunir en una práctica profesional integrada los procesos, antes separados, de recolección de datos en pueblos no occidentales, a cargo principalmente de estudiosos aficionados o de observadores directos, y la teorización y el análisis de gabinete, a cargo del antropólogo académico.” (Marcus & Fisher 2000:43). La imagen del 'nuevo antropólogo', es proporcionada por Bronislaw Malinowsky en sus “Argonautas del Pacífico Occidental” [1922] (Clifford 1998). Si bien se buscaban lugares exóticos para la realización de las investigaciones, desde fines de los 80' la disciplina amplía su campo de investigación en los denominados 'campos cercanos' (Ghazarian 2008). El campo de la salud, por ejemplo, fue abordado en las primeras etnografías realizadas en nuestro país en la segunda mitad de los 80' (Romero 2003).

“El conocimiento antropológico justifica su discurso desde la inmersión en el mundo del otro.”(Gaboriau 2008:92). Observación participante, estudiar desde el interior, estudiar el punto de vista del otro. A pesar de ello, es en este “estar en carne y hueso” por un período prolongado que la etnografía, integrando la subjetividad inherente al proceso de comprensión antropológica, puede aportar una mirada crítica a partir de la observación directa, deconstructora del sentido común y de las naturalizaciones. “La mirada etnográfica puede entenderse como la posición epistemológica y también social que

posibilita las nuevas narrativas desde un “estar entre” (Zwischen)” (Correa Urquiza et al. s/f:24).

Los cambios en el sistema sanitario que se están procesando en nuestro país reseñados anteriormente, implican que en su proceso de implementación se pongan en juego dimensiones socio culturales tanto a nivel de las representaciones como de las prácticas. En este caso, procuramos sumergirnos en el mundo de un servicio de salud del primer nivel de atención, tanto en las tramas institucionales que lo atraviesan como la historia local que lo constituye. Buscamos acercarnos a los diferentes puntos de vista de los ‘otros’ que constituyen ese mundo: usuarios y usuarias del servicio de salud, vecinos/as y referentes barriales, trabajadores de la salud provenientes de diferentes disciplinas, gestores de programas estatales de salud, otros servicios de salud, organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

No es posible reducir ni confundir al método etnográfico con una técnica. El mismo puede servirse de varias técnicas diferentes, conforme a las circunstancias de la investigación. “(...)ele é antes um modo de acercamento e apreensão [...] a natureza da explicação pela via etnográfica tem como base um insight que permite utilizar dados percebidos como fragmentários, informações ainda dispersas, indícios soltos, num novo arranjo, que não é mais o arranjo nativo, mas que parte dele, leva-o em conta, foi suscitado por ele, nem aquele com o qual o pesquisador iniciou a pesquisa" (Magnani 2002:17 en Dalmolin, B.M.; da Penha Vasconcellos, M. 2008). La etnografía requiere de atención y cruzamiento de datos “(...) hay que cruzar muchos datos y estar atentos desde muy cerca, a la vez, a lo que las personas dicen de ellos mismos y de sus relaciones con los otros; o, para decirlo de otra manera, a lo que las personas dicen sobre lo que los otros son en relación a ellos.” (Godelier 2008:2012). A su vez, como afirma Godelier (2008) todo antropólogo debe saber que su trabajo exige un descentramiento permanente en relación consigo mismo.

El diseño metodológico articuló distintas técnicas de investigación y actividades específicas para cumplir con los objetivos de la presente investigación.

<p style="text-align: center;"><b><i>A) DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO Y CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN URUGUAY</i></b></p>
--

El sector salud en el Uruguay se puede descomponer, en función de su organización institucional, en dos sub-sectores: el sub-sector público y el sub-sector privado. El sub-sector público está integrado principalmente por: i) Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) , ii) Sanidad de las Fuerzas Armadas, iii) Sanidad Policial, iv) la Universidad de la República (Hospital de Clínicas), v) los servicios de salud del Banco de Previsión Social (BPS) y los del Banco de Seguros del Estado (BSE) y otros (BSE, Ancap, etc) (Pérez et al.. 2008). El principal componente del sub-sector privado está conformado por las llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y también lo integran los Seguros Médicos Privados. Existe a su vez, a partir del año 1980 un seguro que es administrado por el denominado Fondo Nacional de Recursos (FNR) para un conjunto de prestaciones vinculadas a la medicina altamente especializada. Este seguro es de carácter obligatorio para todo afiliado al sistema IAMC, mediante el pago de una prima. El segmento de la población beneficiaria del sistema público también es cubierto por el FNR, siendo el sector público quien paga por los actos demandados. El MSP y la JUNASA (Junta Nacional de Salud) tienen la responsabilidad de normatizar todo lo referente al área de la salud, definir políticas, planes y programas, y fiscalizar a los aseguradores-prestadores reglamentando y vigilando el funcionamiento de las instituciones, así como el ejercicio de los profesionales de la salud (Pérez et al.. 2008).

Dentro de los prestadores de salud se destacan por el porcentaje de población que cubren las IAMC (58,5% de la población) y ASSE (31,6 % de la población). Por su parte, los seguros médicos privados cubren solo a un 2 % de la población (INE ENHA 2011). Existen un total de treinta y nueve Instituciones de Asistencia Médica Colectiva entre el departamento de Montevideo y el interior del país. En Montevideo hay un total 1.158.258 afiliados en tanto que en el interior son 831913. Esto conforma un total de 1.990.171 afiliados a las IAMC. (SINADI – MSP). Con respecto a ASSE, para Diciembre 2011 se registraron 1.212.588 usuarios (ASSE 2013), lo cual supera ampliamente el número de población de la IAMC con mayor número de afiliados.

Al describir la estructura de los derechos asistenciales de los usuarios en los distintos prestadores asistenciales resulta particularmente esclarecedora la observación de

Menéndez (2005) de que la enfermedad y la atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad y que la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. En nuestro país se evidencia una fuerte asociación entre proveedores de salud e ingresos. “Los integrantes del quintil más pobre (primer quintil) tienen derechos de atención predominantemente en ASSE (62,2 %), y en segundo lugar en las IAMC (29,3 %), en tanto los integrantes del quinto quintil tienen derecho mayoritariamente en las IAMC (81,3 %), y en escasa medida en ASSE (5,1 %).” (ECH-INE 2011:35). Desde la década del '50 toda una serie de estudios proponen que los estratos sociales más bajos de nuestras sociedades se caracterizan por tener las más altas tasas de mortalidad y menor esperanza de vida comparado con cualquiera de los otros estratos sociales (Menéndez 2009, Frizpatrick et al. 2003).

La Administración de los Servicios de Salud del Estado es el principal prestador estatal de atención integral a la salud. Tiene una red de servicios en todo el territorio nacional. Los Centros Asistenciales se dividen según las Regiones Norte, Sur, Este y Oeste del País, La Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables y la Dirección de Unidades Especializadas.

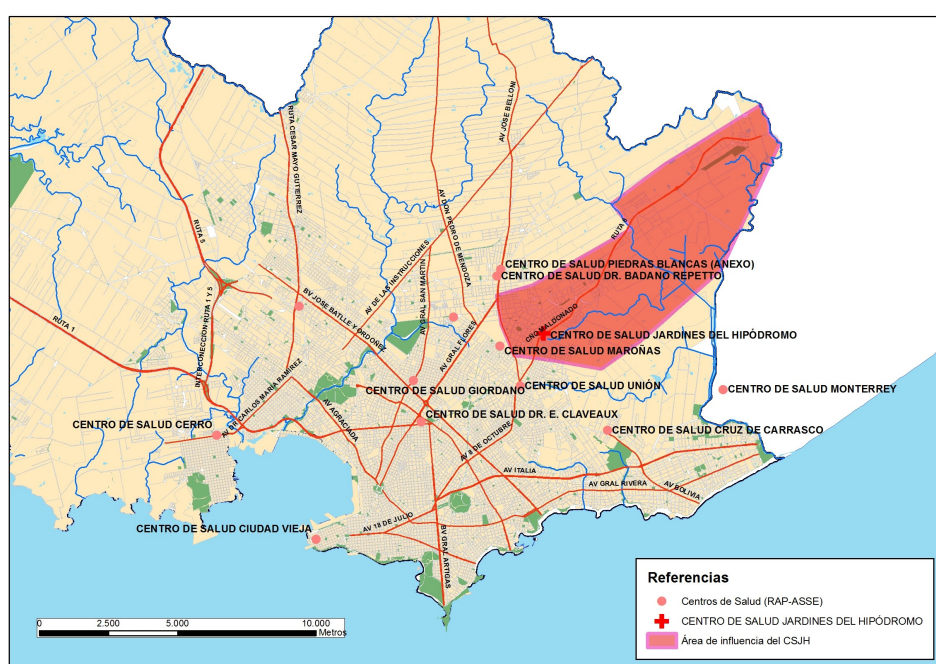
Dentro de la región Sur se encuentra la RAP – Metropolitana. La Red de Atención del Primer Nivel Metropolitana es la unidad ejecutora de la Administración de los Servicios del Estado, que desde marzo de 2005, organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana. Se encuentra integrada por catorce Centros de Salud y sus correspondientes policlínicas y consultorios dependientes<sup>3</sup>. Según la información disponible en la página web de ASSE

---

<sup>3</sup> Según la página web de ASSE actualizada con fecha de marzo del 2012 los Centros de Salud que integran la RAP Metropolitana y sus policlínicas dependientes son: CENTRO DE SALUD CIUDAD VIEJA, CENTRO DE SALUD DEL CERRO (cuenta con treinta y tres policlínicas y consultorios de área dependientes), CENTRO DE SALUD "DR. ANTONIO GIORDANO" (cuenta con tres policlínicas dependientes), CENTRO DE SALUD MONTERREY (cuenta con cuatro policlínicas dependientes), CENTRO DE SALUD MAROÑAS (cuenta con tres policlínicas dependientes), CENTRO DE SALUD UNIÓN (cuenta con ocho policlínicas dependientes), CENTRO DE SALUD "LA CRUZ DE CARRASCO" (cuenta con nueve consultorios y policlínicas dependientes), CENTRO DE SALUD JARDINES DEL HIPÓDROMO (cuenta con 14 policlínicas y consultorios de área dependientes, incluyendo entre los mismos una policlínica municipal), CENTRO DE SALUD “DR. BADANO REPETTO” (EX PIEDRAS BLANCAS) (cuenta con trece policlínicas dependientes),

para marzo de 2012 se registraron un total de ciento doce (112) policlínicas y consultorios dependientes de los Centros de Salud de la RAP Metropolitana. Teniendo en cuenta estas características se eligió trabajar con un servicio de salud de la RAP-ASSE. Dentro de dicha red se eligió trabajar con el Centro de Salud Jardines del Hipódromo (CSJH) por contar con trabajos previos en dicho centro (Cano et al.. 2013).

Mapa 1: Centros de Salud de la RAP Metropolitana en el Departamento de Montevideo y Zona de Influencia del CSJH



Fuente: Carve (2012) en: Cano y Evia (2012)

El Centro de Salud Jardines del Hipódromo (CSJH) se encuentra ubicado en la zona noreste de Montevideo en la calle Malinas 3843 esquina Libia. Pertenece a la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de los Servicios de Salud del Estado

---

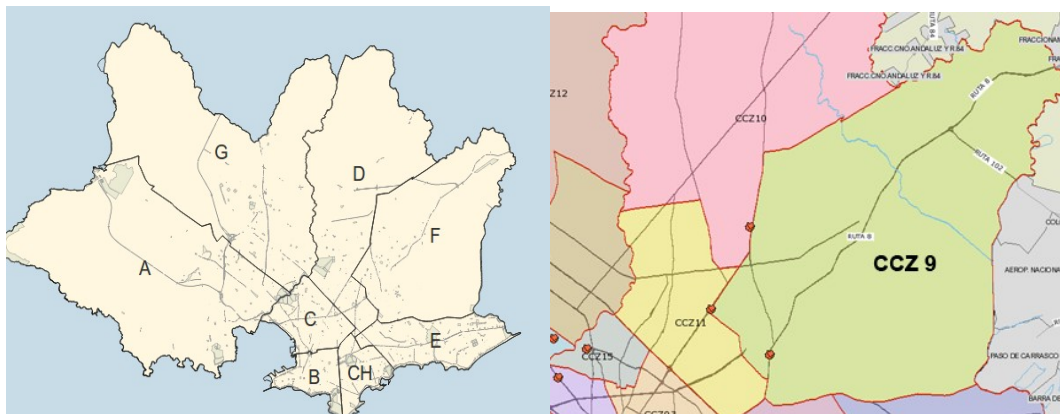
CENTRO DE SALUD “DR. ENRIQUE CLAVEAUX” (EX FILTRO) (Cuenta con un consultorio dependiente), CENTRO DE SALUD SAYAGO (cuenta con diez y seis policlínicas y consultorios dependientes), CENTROS DE SALUD "DR. RUBEN MISURRACO" (cuenta con once policlínicas dependientes), CENTRO DE SALUD CIUDAD DE LA COSTA , CENTRO DE SALUD CIUDAD DEL PLATA (www.asse.com.uy consultada el 12/12/2013)



(ASSE). Su zona de referencia se ubica dentro del actual Municipio F y abarca casi la totalidad de la 'zona 9'. Este centro de salud cuenta con diversos especialistas, farmacia, servicio de emergencia entre otras prestaciones y cuenta con trece 'policlínicas dependientes' y una policlínica municipal dentro de su área de referencia. Según Bertoche et al.. (2010) en relación con la cobertura de salud de la población de la zona de referencia, el 66,7% pertenece al sector público mientras que el 37% lo hace al sector mutual, en tanto el 4,2% de la población no tiene cobertura de salud (Bertoche et al, 2010). El CSJH no cuenta con un registro sistemático de cuántos usuarios se atienden en dicho centro. En una entrevista con su Director, el gestor nos explicó que el sistema registra número de procedimientos (los cuales pueden ser consultas, exámenes, referencias y contrareferencias) pero no número de personas. Partiendo de los datos de Bertoche para 2010 de que el 66,7% de la población pertenece al sector público y tomando los datos del Censo de 2011 del total de la población para la zona 9 podemos llegar a un cálculo estimativo de que en el CSJH junto con sus policlínicas dependientes y la Policlínica Municipal de Punta de Rieles que también se encuentra en la zona, tendrían más de cien mil usuarios.

De acuerdo a los datos del Censo 2011 la población de la 'zona 9' es de 168.910 habitantes (INE 2012), lo que representa un 12,8 % del total de la población de Montevideo. Desde el punto de vista de la dinámica poblacional, en el penúltimo período intercensal se destaca que la población de la zona referida crece un 5,8% a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las zonas de Montevideo (Mendy 2012). Mientras que el porcentaje de pobreza de la población de Montevideo se ubica en el 16,77%, esa cifra alcanza el 30,39% en el Zonal 9, al tiempo que el porcentaje de indigencia, que en Montevideo es del 0,56%, en el zonal 9 llega al 1,63% (Encuesta continua de hogares de 2011 – INE). En lo que refiere a las condiciones de vivienda, es importante observar que en la zona de referencia se encuentra el 18% de las personas que viven en asentamientos irregulares, lo que involucra según datos de 2009 a 24884 personas (URSP & PIM, 2010).

Mapas 2: Municipios de Montevideo (izquierda) y Mapa 3: Límites geográficos de CCZ9 (derecha)



Fuente Mapa 1: IMM (s/f) Fuente Mapa 2: IMM (s/f) ver: <http://municipios.montevideo.gub.uy/>

La presente etnografía toma como punto de partida una de las policlínicas dependientes del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, la policlínica Villa Farré. El universo de estudio está compuesto por la población de referencia de dicha policlínica, las actividades asistenciales que en la misma se realizan y las relaciones que desde la policlínica se establecen con diferentes instituciones y agentes estatales y de la sociedad civil presentes en su área de influencia. Asimismo, se incluyen dentro del universo de estudio las relaciones que, partiendo desde dicha policlínica, los usuarios establecen con otros servicios del sistema de salud, tanto del primer nivel de atención (considerando tanto otras policlínicas dependientes como el propio Centro de Salud) como del segundo y tercer nivel. Nos centramos tanto en el área de salud de dicha policlínica así como en las relaciones que se establecen con los diferentes agentes e instituciones de dicho territorio

***B) LA (S) ENTRADA (S) AL CAMPO***

La ‘entrada al campo’ es un tema medular desde el punto de vista metodológico, especialmente en los campos cercanos, ya que el acceso al mismo implica tanto una expectativa positiva o negativa con respecto al antropólogo/a como la negociación previa de un contrato. El procedimiento puede ser más o menos formal, no implicando

necesariamente un documento donde se especifiquen los derechos y obligaciones de ambas partes, y puede limitarse a compromisos orales de una parte y otra (Abelés 2008). “Lo importante es la existencia de un acuerdo que permita llevar adelante, de manera satisfactoria, el proyecto, y, para comenzar, permita acceder a los individuos y a los grupos que constituyen el objeto de la investigación.” (Abelés 2008:46).

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

Como se mencionó al describir la delimitación del Universo de Estudio la idea inicial era tomar como objeto de estudio un un servicio del Primer Nivel de Atención, de la RAP – ASSE. El haber participado durante los años 2011 y 2012 junto a un equipo de docentes universitarios en una investigación sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados en el Centro de Salud de Jardines del Hipódromo me daba un conocimiento previo de la zona de influencia del centro de salud, de varias de las policlínicas dependientes de dicho centro así como del equipo de dirección.

### **Entrada (s) I**

El primer contacto con la policlínica de ‘Villa Farré’ fue en el año 2011 en una visita exploratoria realizada junto con el chofer del Centro de Salud que tenía que repartir insumos en distintas policlínicas. A diferencia de la mayoría de las policlínicas que conocía hasta el momento que se ubicaban sobre el eje Ruta 8 - Camino Maldonado la de La Villa estaba ‘para adentro’. El chofer nos comentó algo sobre lo ‘especial’ que era ese lugar porque los propios vecinos se habían organizado para construirla. Estaba en el lugar la médica de familia y una señora del barrio que nos fue presentada como 'agente comunitaria'. Tuvimos una entrevista de casi media hora en relación al vínculo de las policlínicas dependientes y de sus usuarios con el servicio de salud mental con la médica de familia. La idea central del intercambio era que los usuarios tenían una mayor facilidad y cercanía para consultar en las policlínicas ‘barriales’ que para hacerlo con el centro de salud. El servicio de salud mental ofrecía dificultades particulares. Esta impresión fue refrendada por profesionales de otras cuatro policlínicas dependientes que entrevistamos en aquella ocasión. A partir de esa investigación surge una pregunta casi

con fuerza de hipótesis, ¿Las ‘policlínicas periféricas’<sup>4</sup> tienen un mayor nivel de cercanía/acceso para los usuarios que otros servicios del sistema de salud? ¿Esta cercanía es dada solo por lo geográfico o también por aspectos sociales y culturales? ¿Qué hacía que Villa Farré fuera especial?

### **Entrada (s) II**

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

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

---

<sup>4</sup>Las policlínicas dependientes son denominadas en el día a día como ‘policlínicas periféricas’.

Cuando unos meses después, previo contacto con la coordinadora de la policlínica, fui a pedir la autorización formal a la dirección del centro de salud para desarrollar mi investigación de maestría en dicho centro mantuve una reunión cordial con el director. Le presenté mi propuesta y la misma fue autorizada y apoyada de la siguiente manera “El Equipo de Gestión quiere manifestar que avala dicha investigación por entender que aporta a un mayor conocimiento en los procesos asistenciales y en la toma de decisiones para la Gestión de los servicios de salud” (Ver Nota de Aval del CSJH en Anexos).

### **Entrada (s) III**

Partiendo de considerar la salud y la enfermedad desde una perspectiva social y cultural pero sin desconocer los vínculos biológicos de dichos procesos tuve la inquietud de poder tomar algún curso sobre el tema desde una perspectiva biomédica. Tuve un encuentro con una de las docentes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria donde le pedí orientación en torno a este punto ya que como parte del proceso de formación en la Maestría en Ciencias Humanas opción Antropología de la Cuenca del Plata se da la posibilidad de realizar cursos en otros posgrados (nacionales o internacionales). Ella me sugirió un curso que se dictaba dentro de la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de la Facultad de Medicina, UdelaR sobre ‘Educación para la Salud’.

Me inscribí en dicho curso como estudiante. Los otros estudiantes que tomaban el curso eran residentes<sup>5</sup> de MFyC del primer y tercer año de la residencia, estudiantes de posgrado en MFyC<sup>6</sup> y estudiantes de la Escuela de Parteras. Yo era la única persona que no provenía del área de la salud. El curso tuvo una frecuencia semanal durante casi tres meses y consistía en encuentros de 3 horas donde se trabajaban contenidos teóricos y en sub grupos. En los sub grupos había que trabajar en torno a diferentes consignas propuestas por los docentes y se generaban instancias de discusión, escenificación (tipo sketch), entre otras. Esta dinámica de trabajo me permitió (necesariamente) intercambiar con los otros estudiantes desde una posición horizontal en ese contexto (estudiante-

---

5 Los ‘residentes’ son doctores en medicina que realizan una especialización de tres años, en este caso en MFyC que consiste en cursos y prácticas asistenciales con una carga horaria semanal de 45 hrs. Pagas por el lugar donde se realice la función asistencial (el mayor número de residentes se encuentra en ASSE pero hay residentes que trabajan en IAMCs).

6 Los estudiantes de posgrado también son doctores en medicina que pero realizan la especialización pero la misma cuenta solo de cursos (no de práctica asistencial) y no es paga-

estudiante). Por motivos de afinidad personal mantuve mayores intercambios con algunas personas, quienes se interesaron en qué estaba haciendo yo allí. Hablando con una de las residentes del primer año, quien hacía su residencia en ‘Jardines’ sobre mis intenciones de realizar un estudio en algún servicio de salud del primer nivel, me comenta la posibilidad de hablar con su tutora de policlínica para pedirle autorización de realizar la investigación allí. La policlínica en cuestión era la de Villa Farré.

#### **Entrada (s) IV**

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

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

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

#### **Entrada (s) V**

La primera vez que fui a la policlínica en el marco del trabajo para mi tesis la residente de medicina que me introdujo al campo me propuso que nos encontráramos en la parada de ómnibus de Camino Maldonado para llegar juntas y que ‘no me perdiera’. Llovía mucho, era de mañana temprano y abajo del paraguas ella me iba indicando por qué

calles doblar y me señalaba algunos puntos que de allí en más operarían como referencia para llegar. Como la policlínica no había sido inaugurada no había ningún tipo de cartelera que señalara su ubicación.

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

El asombro es una de las actitudes etnográficas. Si analizamos esta sorpresa lo que emerge es el a priori de que los servicios de salud pública son “para pobres ” y que su infraestructura suele estar mal mantenida o descuidada en algún sentido. Lo que genera sorpresa y rompe con lo habitual es que un servicio de salud pública sea lindo, acogedor, agradable y esté bien mantenido.

Entendemos que este punto es fundamental para comprender cómo es vista esta policlínica tanto por los usuarios como por los técnicos que allí trabajan así como por las condiciones concretas de generar actividades y propuestas que se habilitan a partir de las bases materiales. El servicio cuenta con una amplia sala de espera, una conserjería-recepción, una enfermería, dos consultorios (uno de ellos con baño), una cocina de uso ‘interno’ y dos baños más, uno en la sala de espera de uso exclusivo de los usuarios y otro de uso interno. Asimismo la cocina, baño, enfermería y consultorios se comunican entre ellos tanto mediante la sala de espera como internamente. Podríamos decir que se definen dos áreas, una pública o ‘front stage’ (Goffman) y otra privada o ‘back stage’ (Goffman).

### ***C) ENTREVISTAS ETNOGRÁFICAS***

Existen distintos tipos de entrevista. “El sentido de la vida social se expresa particularmente a través de discursos que emergen constantemente en la vida diaria, de manera informal por comentarios, anécdotas, términos de trato y conversaciones. Los investigadores sociales han transformado y reunido varias de estas instancias en un

artefacto técnico.” (GUBER 2011:69) La entrevista ‘en profundidad’, entrevista ‘no directiva’ o ‘entrevista etnográfica’ es la herramienta por excelencia para el acceso a las categorías ‘nativas’ y a las representaciones discursivas (Blanchet (1989); Bourdieu, P. (1999); Delgado, J.M.; Gutiérrez, J. (1995); Guber, R. (2001)). Entendemos a la entrevista como una relación social (Bourdieu 1999) donde se obtienen enunciados y verbalizaciones cuyo valor no está dado solo por el carácter referencial (‘información verdadera o falsa’) sino también por su carácter performativo.

La relación de entrevista se configura como una ‘intrusión’ en la cual se da una relación asimétrica entre entrevistador y entrevistado, debido al mercado de bienes lingüísticos y simbólicos y a que el primero ‘comienza el juego y pone las reglas’. Las interacciones sociales se cumplen bajo la coacción de las estructuras sociales, las mismas introducen distorsiones en la entrevista. Para atenuar los efectos de esa violencia simbólica que se produce, Bourdieu (1999) propone una escucha atenta y metódica, legitimar al encuestado sin fingir anular la distancia social que los separa, ponerse mentalmente en su lugar. Dar una comprensión genética y genérica de lo que el otro es, necesitarlo e interrogarlo, ponerse de cierto modo de su lado (Bourdieu 1999). “La entrevista puede considerarse como una forma de ejercicio espiritual que apunta a obtener, mediante el olvido de si mismo, una verdadera conversión de la mirada que dirigimos a los otros en circunstancias corrientes de la vida” (Bourdieu 1999:533). La pregunta debe ser hecha de persona a persona si queremos ser respondidos plenamente (Fontana, Frey 1994).

La entrevista etnográfica es concebida como una técnica dentro de la estrategia general de la investigación. Dentro de la presente investigación podemos distinguir dos tipos de entrevistas: las entrevistas etnográficas mantenidas en el transcurso del trabajo de campo, durante la realización de observación participante y las entrevistas agendadas/pautadas en un tiempo y espacio acordado para dicho fin.

Se estableció como estrategia metodológica comenzar el trabajo de campo por una etapa exploratoria, pautada por la observación participante e instancias de entrevistas etnográficas ‘informales’, que me permitieran familiarizarme con el contexto y ‘códigos locales’, generar cierta empatía y confianza con los sujetos de estudio. La entrevista etnográfica en profundidad ‘pautada’, se introdujo en una segunda etapa con el fin de focalizar y profundizar en el objeto de estudio desde las diferentes perspectivas de los



actores estudiados. Estas entrevistas indagaron en diferentes aspectos del proceso de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de usuarios, trabajadores y gestores buscando acceder a sus representaciones sociales sobre dichos procesos y a sus experiencias.

A partir de la participación en los diferentes espacios se establecieron contactos con usuarios y trabajadores de la salud de la policlínica estudiada. El vínculo con los gestores se estableció mediante mecanismos institucionales previos al comienzo del trabajo de campo<sup>7</sup>. Los encuentros duraron entre cuarenta y cinco minutos y dos horas, se registró con grabador de voz digital y se trabajó con consentimiento informado. Los nombres de los usuarios fueron cambiados para mantener su anonimato. En el caso de profesionales y gestores se los identifica según las categorías 'gestores' o 'profesionales', y se les asigna una letra de referencia según el orden de aparición en el texto. El lugar y horario donde fueron desarrolladas las entrevistas era elegido por el entrevistado. En el caso de los usuarios del servicio de salud algunas fueron realizadas en los hogares de las personas y otras en el centro de salud; en el caso de los trabajadores la mayoría de las entrevistas fue realizada en el lugar de trabajo y durante el horario del mismo, exceptuando uno de los casos. Las entrevistas a los gestores fueron realizadas en las instituciones correspondientes.

En el caso de los trabajadores se entrevistó casi a la totalidad de los trabajadores médicos y no médicos de la policlínica estudiada (ocho en nueve) y a otros trabajadores del Centro de Salud que mantienen relaciones con dicha policlínica. En cuanto a los gestores, se entrevistó al Equipo de dirección del Centro de Salud y a la Directora de la Red de Atención Primaria de ASSE. Las entrevistas estuvieron orientadas a conocer las representaciones sociales, prácticas y estrategias puestas en juego por los trabajadores médicos y no médicos en la relación asistencial dentro del Primer Nivel de Atención.

Se realizaron entrevistas en profundidad a 25 usuarios/as y/o actores sociales vinculados al servicio de salud<sup>8</sup> estudiado. La selección de los entrevistados consideró: el acceso a

---

<sup>7</sup> Para comenzar el trabajo de campo se solicitó una autorización formal por escrito al Equipo de dirección del centro de salud estudiado. El 'ingreso al campo' fue facilitado por el hecho de que la investigadora había integrado un equipo de investigación que había realizado una investigación previa en dicho centro de salud.

<sup>8</sup> Se entrevistaron algunos actores sociales que tuvieron y/o tienen gran relevancia en el proceso de creación y en la dinámica de funcionamiento del servicio de salud estudiado que no tienen derechos asistenciales en dicho servicio.

los entrevistados a partir de algún encuentro previo durante el trabajo de campo, la voluntad de la persona de participar de la investigación y la heterogeneidad en género, edad, lugar de residencia y tipo de vínculo mantenido con el servicio de salud. En relación al vínculo mantenido con el servicio de salud, a partir de la fase exploratoria inicial se pudo observar al menos tres tipos de vínculo: a) personas con derechos asistenciales en ASSE y que asistían esporádicamente a consultas espontáneas o programadas, b) personas que también tienen derechos asistenciales en ASSE y que utilizan el servicio de salud de manera frecuente, participando especialmente de espacios asistenciales colectivos y c) personas que no tienen derechos asistenciales en ASSE pero que utilizan algunos servicios asistenciales de todos modos y/o participan de actividades sociales en las cuales está vinculada la policlínica. La mayoría de las entrevistas fue individual; en dos casos se entrevistó a un matrimonio (habiéndose agendado la entrevista con las mujeres en ambos casos, participaron los maridos de las mismas) y en un caso fueron entrevistadas tres hermanas a la vez (se agendó la entrevista con una de ellas y a su vez ella invitó a las otras a su casa para que participaran de la instancia.). Las entrevistas en profundidad realizadas a los usuarios buscaron indagar diferentes aspectos del proceso de salud-enfermedad-atención de los sujetos, con una perspectiva diacrónica, intentando reconstruir los diferentes ‘trayectos terapéuticos’ (Das & Das 2007, Menendez 2009) transitados por los usuarios.

Asimismo, se realizaron entrevistas etnográficas a trabajadores y agentes comunitarios de salud de otras dos policlínicas dependientes del centro de salud de ‘Jardines’. Estas entrevistas fueron realizadas a partir de sugerencias de trabajadores y usuarios del servicio de salud quienes me instaban a que ‘constatara’ las diferencias que había entre la policlínica de La Villa con otras policlínicas de la zona. Este contraste era señalado especialmente con la policlínica ‘24 de junio’ por una de las técnicas que trabajaba en ambos lugares. Esto me llevó a hacer algunas visitas a dicha policlínica (tres días en horarios diferentes) donde se entrevistó a la médica de familia, dos agentes comunitarias y se mantuvo conversaciones informales con diferentes usuarias en la sala de espera. La otra policlínica visitada fue la de ‘5 Barrios Unidos’. Dicha policlínica queda ubicada a unos 3 km de distancia de la de Villa Farré. El contacto fue realizado a partir de una de las referentes barriales de Villa Farré con una de las referentes barriales de la policlínica

de ‘5 barrios’ quien me la presentó en una actividad organizada por el Municipio.

#### ***D) ESTAR ALLÍ: ESPACIOS MÚLTIPLES***

Como se señaló anteriormente, el método etnográfico busca la inmersión en el mundo del otro. Para ello, tradicionalmente la antropología ha sostenido la presencia en campo por un tiempo prolongado, compartiendo y observando tanto las actividades cotidianas (vida doméstica, actividades productivas, actividades de ocio) como aquellas que suponen momentos significativos en una sociedad (ritos, celebraciones). Ese ‘estar allí’ de forma sistemática se ha convertido en una de las técnicas distintivas del método etnográfico y se la conoce como ‘observación participante’. Esta técnica “(...) consiste principalmente en dos actividades: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece entorno al investigador y participar en una o varias actividades de la población.” (Guber 2011: 52). La tensión implícita en la noción de ‘observación participante’ entre los dos factores que la integran (la observación y la participación) recuerda que el involucramiento y la investigación son parte de un mismo proceso de conocimiento social y no procesos opuestos. “La observación que se propone obtener información significativa requiere algún grado, siquiera mínimo de participación; esto es, requiere que el investigador desempeñe algún rol, y por lo tanto incida en la conducta de los informantes, que a su vez incidan en la suya. Así, para detectar los sentidos de la reciprocidad en la relación es necesario que el investigador analice cuidadosamente los términos de la interacción con los informantes y el sentido que estos le dan al encuentro.” (Guber 2011:59). En la presente investigación se ha realizado observación participante de diversas instancias vinculadas a la relación asistencial en la policlínica estudiada, enfatizando uno u otro polo dependiendo del momento de la investigación y de las características de las distintas instancias. Se trabajó durante el horario de atención de la policlínica seleccionada, en distintos días y horarios de la semana, con una frecuencia semanal desde agosto de 2012 a setiembre de 2013. El registro se realizó mediante cuaderno de notas *in situ* y *a posteriori* dependiendo de las características de cada instancia. En algunos casos se realizó registro fotográfico, previa solicitud de consentimiento de las personas presentes. También se realizaron

observaciones prospectivas en la zona de referencia de la policlínica estudiada indagando sobre el entorno, condiciones ambientales, vivienda, condiciones socio-económicas, espacio público, presencia de otras instituciones (estatales y no estatales) y servicios, comprendiendo estos elementos en un vínculo relacional con el proceso de salud-enfermedad-atención.

Se realizaron observaciones en sala de espera, en distintos días y horarios durante el horario de atención de la policlínica. En una primer etapa las observaciones se concentraron en hacer un registro del espacio, las actividades, los tiempos y las personas, comentarios y actitudes, tanto de usuarios como de trabajadores del servicio de salud en la sala de espera. Los intercambios se reducían a saludos o comentarios puntuales. En una segunda etapa se iniciaron diálogos informales con el fin de indagar distintos aspectos del proceso de salud –padecimiento – enfermedad -atención. Estos ‘diálogos informales’ forman parte de la estrategia metodológica de entrevista etnográfica.

Se realizó también trabajo de campo sistemático durante el segundo semestre de 2012 en un grupo dirigido a personas que padecen diabetes, obesidad y/o hipertensión y a sus familiares (ODH). Cuando me integré al grupo era el segundo año de funcionamiento del mismo. Concurrían entre cinco y diez personas por sesión. La posibilidad de mi inclusión en este espacio me permitió conocer a usuarios del servicio de salud con quienes también mantuve entrevistas en profundidad y que me abrieron las puertas a otras instancias de trabajo de campo significativas.

También se realizó observación participante durante el primer semestre de 2013 en el denominado ‘Espacio Adolescente’<sup>9</sup>. Dicho espacio tiene como objetivo la promoción de la salud en los y las adolescentes y la prevención de la enfermedad. Funciona

---

9 Según ASSE “El Espacio Adolescente (EA) es un espacio diferencial de atención y promoción de la salud para la asistencia integral de la población adolescente. Cumple con los criterios de calidad establecidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud del Ministerio de Salud. La intervención pone especial énfasis en la realización de los controles anuales de salud, de las y los jóvenes por parte de equipos técnicos de diferentes especialidades; atendiendo así mismo aspectos significativos para esta etapa vital como lo es la salud sexual y reproductiva. Se trabaja con enfoque de derechos, género y confidencialidad. Privilegia la promoción de hábitos saludables, la participación activa de las y los adolescente en coordinación con otras instituciones de la comunidad. En el marco del desarrollo de estas acciones se brinda a este grupo etario el Carné de Salud Adolescente tal cual lo indica la normativa vigente. Actualmente se encuentran en funcionamiento más de 50 EA en todo el país.” Disponible en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_5376\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_5376_1.html)

semanalmente los días miércoles. Es un espacio ‘flexible’ donde se desarrollan distintas actividades entre trabajadores del servicio de salud y usuarios/as del servicio de salud de entre 12 y 19 años aproximadamente. Asimismo, se acompañó la realización de talleres de promoción de salud sexual y reproductiva en una escuela de la ‘zona de referencia’ de la policlínica durante el segundo semestre de 2012 y el primer semestre de 2013. Durante 2012 los talleres se realizaron con un curso de sexto año escolar. Durante 2013 los talleres se realizaron con dos cursos de alumnos de quinto año escolar. Se participó de las instancias de planificación, coordinación interinstitucional, realización y evaluación del ciclo de talleres en cada año.

Se realizó observación participante de las reuniones de equipo de las trabajadoras de la policlínica estudiada. El ‘equipo de salud’ se conforma por distintos profesionales médicos y no médicos (en su amplia mayoría mujeres) y por dos ‘conserjes<sup>10</sup>’. Dichas reuniones se realizan con una frecuencia que varía cada uno o dos meses. Se realizan durante el horario de atención de la policlínica para lo cual se suspende la actividad asistencial. Se fomenta que participe la mayor cantidad de trabajadores de la policlínica posible (lo cual varía de acuerdo a los otros lugares de trabajo) así como de integrantes de otros programas estatales que trabajan ‘en territorio’, para fomentar la planificación y coordinación de actividades. Estas instancias proporcionaron datos valiosos sobre las experiencias y concepciones de los trabajadores de la salud y permitieron conocer diferentes articulaciones que establecen las policlínicas ‘dependientes’ con otros niveles del sistema de salud así como con otros agentes estatales. Pude acceder a esta instancia de trabajo ‘interna’ por el hecho de haber sido invitada a participar por parte de la médica de familia.

Además de lo que podríamos denominar como actividades cotidianas o regulares del servicio de salud pude participar de diferentes actividades sociales de las cuales participaba la policlínica con mayor o menor grado de involucramiento. Se destacan una serie de actividades festivas como una cena de fin de año organizada por los integrantes del grupo ODH, una actividad de fin de año de toda la policlínica organizada en su local; una quermese abierta al barrio organizada por el ‘espacio adolescente’; la despedida a una de las estudiantes de medicina familiar y comunitaria. También se

---

10 Más adelante se profundizará en las características del equipo, las tareas que desempeñan y especialmente en la figura de ‘las conserjes’.

realizaron actividades sociales centradas en propuestas o aspectos a discutir sobre la policlínica como una serie de asambleas de usuarios de la policlínica donde se discutieron aspectos relativos a su inauguración; una actividad sobre los servicios de salud en la Zona 9 donde se invitó a distintas autoridades y vecinos de varias zonas convocada por el Partido Socialista; reuniones convocadas por agrupaciones de usuarios de la zona del CSJH y actividades organizadas entre vecinos de la zona y del programa estatal ‘Aleros’<sup>11</sup>, participación en jornada de ‘sensibilización’ del dengue, entre otras. Por otra parte, resulta fundamental explicitar que no se realizó observación participante en la instancia asistencial de consulta configurada por el médico y el paciente en un consultorio. Esta decisión metodológica comenzó como una intuición y se fue consolidando a medida que fui avanzando en mi trabajo de campo. Inicialmente yo había dejado esta posibilidad supeditada a que los profesionales me habilitaran dicho espacio, sin embargo, cuando la posibilidad me fue habilitada (una de las médico pediatras me invitó a participar de su consulta cuando quisiera luego de entrevistarla) preferí no hacerlo. Esta opción fue fundada en la existencia de antecedentes nacionales de análisis de relación médico paciente en consultorio (Romero 2003, Mesa y Viera 2004, Rostagnol y Viera 2006,); el hecho de que yo ya estaba teniendo acceso a una diversidad de prácticas ya mencionadas; y que a partir de las entrevistas individuales en profundidad realizadas a profesionales y usuarios del servicio de salud tenía la posibilidad de indagar aspectos subjetivos de la relación médico-paciente en ambos. Sin embargo, el motivo que tuvo mayor peso para tomar esta decisión fue el hecho de considerar el espacio de consulta asistencial como un espacio íntimo. “El dominio de la intimidad puede ser pensado como un espacio interno, individual o familiar, un espacio reservado de la mirada pública, secreto o sujeto a discreción.” (Giddens 1992 en Pozzio 2011). En distintos trabajos donde se analizaba la relación médico-paciente en servicios de salud públicos de nuestro país (Romero 2003, Álvarez 2009, Mesa y Viera 2004, Rostagnol et al.. 2006, Rostagnol y Viera 2006) se criticaba el hecho de que los/las usuarias tuvieran que estar expuestos a numerosos grupos de estudiantes de medicina

---

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

que miraban y tocaban sus cuerpos en reiteradas ocasiones durante su período de formación, cosificando a los/las pacientes y reforzando el ‘habitus asistencial’<sup>12</sup> postulado por Romero (2003). ¿Qué diferencia había entre ese tipo de situaciones criticada y que yo, como antropóloga entrara a hacer ‘observación’ en la instancia de consulta individual? ¿No estaría yo también invadiendo un espacio íntimo o privado y ejerciendo la misma violencia simbólica que era criticada? ¿Quién debía conceder el acceso a ese espacio, sólo el médico o también los/las usuarios/as? Y en el caso de consultar a los/las usuarios/as sobre su consentimiento a que yo participara de dicha instancia, esa consulta, hecha por una profesional universitaria, de clase media, en el contexto del servicio de salud al cual la persona iba a consultar, ¿no era también coercitiva y podría ser leída por el usuario/a como un pre requisito para su atención en dicho servicio?

El método etnográfico requiere una relación permanente de reflexividad frente al objeto de estudio y al propio método (Mercado Martínez et al. 2000). La ‘reflexividad’ (Bourdieu 1995) puede ser entendida como una manera de objetivación de la relación subjetiva del investigador con su construido objeto-sujeto de estudio. “Adoptar el punto de vista de la reflexividad no significa renunciar a la objetividad, sino poner en tela de juicio el privilegio del sujeto conocedor (...) tomar conciencia y lograr el dominio (hasta donde sea posible) de las coacciones que pueden operar contra el sujeto científico a través de todos los nexos que lo unen al sujeto empírico, a sus intereses, impulsos y premisas, las cuales necesita romper para constituirse plenamente” (Bourdieu 1995:156 En Grimson 2001:15).

Asimismo, es importante considerar la relación entre el investigador y los sujetos o grupos con los que investiga (y no a los que investiga). Como afirma Cardoso (1986), la relación intersubjetiva no es el encuentro de individuos autónomos y autosuficientes sino que es una comunicación simbólica que supone procesos básicos responsables por la creación de significados y de grupos. Es en este encuentro entre personas que se

---

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

extrañan y que hacen un movimiento de aproximación que se pueden desvelar sentidos ocultos y explicitar relaciones desconocidas. (Cardoso 1986:103 traducción personal). Althabe (2008) propone el análisis metódico de la implicación en el campo como forma también de construir conocimiento sobre el mismo “(...) la implicación es el horizonte insuperable de la producción de conocimiento en el marco de un trabajo de campo” (Althabe 2008:60). Para el autor, la práctica de investigación es un componente del campo social y en tanto tal trata de interpretar lo que ella produce. El análisis de la implicación consistiría en que el investigador pueda establecer una convergencia entre su lugar en el espacio social y simbólico local y su producción intelectual.

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

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



### **III) SOBRE EL POBLAMIENTO DE VILLA FARRÉ Y LA CONSTRUCCIÓN DE SU POLICLÍNICA**

Históricamente esta era una zona de chacras. Los primeros poblamientos por criollos en la zona datan del siglo XVII. Las tierras donde se asienta el barrio de Maroñas salen del dominio fiscal cuando son adquiridas en 1834 por María Maroñas. Durante la Guerra Grande, Juan María Pérez, socio capitalista en una pulpería establecida en la propiedad propiciaba la inmigración de canarios. “Llevados en carretas de bueyes desde el Buceo, donde desembarcaban, hasta Maroñas, allí se distribuían entre los pueblos y chacras de Canelones, Montevideo y San José. Algunos se hicieron soldados y se quedaron con Oribe en el Cerrito.” (Barrios Pintos 1977:34) Después de la Guerra Grande surgen en la zona comercios e industrias. En agosto de 1873 se levantan los planos de Pueblo Maroñas y un año después el del barrio Flor de Maroñas. En el paraje de Manga, a 17 km de Montevideo, el ex presidente Berro compró una chacra a principios de s XIX, donde funcionó uno de los primeros saladeros del país y en 1898 comienza a funcionar una escuela de la congregación salesiana donada por la familia Jackson y en 1905 una escuela agrícola (Barrios Pintos 1977). En Punta de Rieles, a 14 km de Montevideo, también sobre Camino Maldonado funcionó un noviciado de la compañía de Jesús. Este recinto sería adquirido en 1968 por el gobierno de Jorge Pacheco Areco y convertido primero en lugar de reclusión de presos políticos varones detenidos bajo el régimen de Medidas Prontas de Seguridad y luego en 1973 abrirá como en lugar de detención de alta seguridad de presas políticas (Serpaj 1989 en: Montealegre y Montealegre 2010). Se ubica también en la zona el cuartel ‘Las Piedras’.

Hasta la década del 70’ del siglo XX la zona seguía siendo caracterizado como una zona rural y había algunas poblaciones ‘dormitorio’ como la de Villa García ubicada en el km 22. “A excepción de cinco o seis propietarios de grandes quintas, los vecinos trabajan en Montevideo y solo llegan a sus viviendas al término de sus tareas. (...) Manga y Toledo defienden aún los antecedentes agrarios de su historia y le dan a la zona rural de Montevideo la gracia de un cinturón agrícola de quintas, viñedos, de huertas, de largas y

encaladas ringas de frutales.” (Barrios Pintos 1977).

En el ‘Plan Montevideo. Plan de Ordenamiento Territorial 1998 – 2005’ (IMM 1998) se caracteriza a la zona de ‘Punta Rieles – Don Bosco – Villa García’ dentro del área periférica de la Ciudad de Montevideo. “Estos barrios se desarrollan en una zona de quintas de pequeños agricultores, estructuradas en función de camino Maldonado y, por lo tanto, de traza irregular. Sus tejidos urbanos, de escasa consolidación, se conforman con un amanzamiento de diferentes dimensiones y por calles sin solución de continuidad, con problemas de equipamiento y de mantenimiento del espacio público. En las pequeñas centralidades locales se detecta un déficit en lo referente a equipamientos comunitarios y a servicios. (...) El uso preferente es mixto controlado. Se excluyen las actividades que presentan riesgos de peligrosidad, insalubridad y/o contaminación, así como las que provocan molestias generadas por efluentes o por actividades que, por la baja dinámica de intercambio con el entorno, presentan vacíos urbanos significativos que repercuten negativamente en la calidad del espacio circundante y/o que producen interferencias en su entorno, afectando al sistema vehicular y al tránsito en general, y/o por invadir el espacio público.” (IMM 1998: 151). Desde el punto de vista productivo, en las zonas de Maroñas, Flor de Maroñas, Punta de Rieles y el eje de la calle Veracierto hay un importante desarrollo de la industria y presencia de importantes empresas de varias ramas de actividad: industria automovilística, metalúrgica, maderera, farmacéutica, curtiembre, vestimenta, textil, marroquinería, calzado, alimentación y plástico. La creciente localización de empresas dedicadas a la logística así como la reciente puesta en funcionamiento del Anillo Perimetral, construye a esta zona como un territorio privilegiado para la localización de este tipo de actividades. Las empresas dedicadas a la logística, están situadas en el eje de la calle Veracierto y en Zona América<sup>13</sup> (Mendy 2012). En la zona también viven muchos funcionarios policiales y militares, por la cercanía con la escuela de policía número 25 y el cuartel ‘Las Piedras’ localizados ambos sobre camino Maldonado. Distintos referentes locales afirman que un factor de inyección económica en la zona ha sido la participación de los funcionarios militares en ‘misiones de paz’ del ejército en el exterior. La participación en este tipo de misiones (se destacan el Congo y Haití) supone

---

13 Zona Franca de Montevideo ubicada en Ruta 8 km 17500

la permanencia en el exterior por períodos prolongados y una buena remuneración económica. Muchas mejoras de viviendas en la zona son atribuidas a este hecho.

***A) CONDICIONES DE EXISTENCIA, ORGANIZACIÓN SOCIAL E  
IDENTIDAD***

La Villa Farré fue fundada por unas doscientas familias que compraron una antigua chacra. La chacra fue loteada en terrenos por un privado y vendidas entre el año 1989 y 1990. Los compradores de los terrenos se enteraron de la venta de los mismos fundamentalmente a partir de conocidos y familiares. Por este motivo es posible identificar redes primarias entre los pobladores que preceden a la fundación del barrio. Estas redes primarias están compuestas por relaciones de parentesco, amistad o vecinazgo. Si bien la conformación de ‘La Villa’ se da en su mayoría con un contingente de población que viene desde la ciudad consolidada hacia la periferia, varios de los pobladores habían atravesado previamente por una migración interior - capital en busca de trabajo en las décadas del 70’ y 80’, habiendo muchos vecinos de los departamentos de Flores, Salto, Cerro Largo y Treinta y Tres. En la primer migración se asentaron en zonas centrales de la ciudad adoptando el alquiler como forma de acceso a la vivienda. Las personas entrevistadas para este trabajo se autodefinen en su mayoría como ‘trabajadores’ o ‘de clase media’. Las ocupaciones de los hombres entrevistados algunos están actualmente jubilados y otros siguen realizando algunos trabajos puntuales ‘changas’ mientras esperan su jubilación. La mayoría de ellos se dedicaron o dedican a diferentes oficios dentro de la construcción o industria en tareas de logística y mantenimiento así como funcionarios policiales. Se destacan la albañilería, sanitaria, eléctrica, soldadura y arreglos en general. Las mujeres entrevistadas en su mayoría son amas de casa y se dedican al cuidado de los hijos y/o nietos y de la casa. Algunas complementan sus ingresos con algunos trabajos puntuales. La mayoría ha realizado trabajos en el sector servicios. Se destacan los servicios de limpieza (ya sea en casa de familia o en empresas), en locales comerciales (principalmente supermercados o almacenes del barrio). Algunas de las mujeres entrevistadas han trabajado en emprendimientos productivos familiares, por ejemplo elaborar comidas caseras para la

venta o la compra y venta de ropa y artículos de bazar.

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

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

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

*“Nosotros vivíamos en Punta de Rieles y nos enteramos de que se había formado una comisión precaria que pagando una suma irrisoria, que eran 20 pesos, te hacía adherente al grupo y después se pagaba una cuota mensual que eran 60 dólares de aquel entonces, o el equivalente a 60 dólares, y era para pagar el campo que en su momento salió 50 mil dólares. Una vez pagado el campo que se obtuvo carta de pago y todo, se fraccionó, se sorteó y a cada uno le tocó un terreno. (...) en realidad somos 100, 185, yo tengo por ahí la escritura, y después bueno de a poquito... es un barrio que no digo que es un espejo pero acá no hay mugre, el que más el que menos quiere progresar, tiene la casa ordenadita, vos ves que estos barrios, vos vas a cualquier barrio y está lleno de papeles o bolsas de nylon, acá nadie dijo que tenía que limpiar la casa ni el jardín para que el vecino se sintiera cómodo pero nadie deja mugre en el barrio.”* [Walter]

Teresa, esposa de Ramón, me cuenta en una entrevista realizada en el living de su casa cómo llegaron a La Villa.

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

Teresa y Ramón estaban juntos hacía algunos años, y tenían dos niñas a cargo. Se

conocieron por el Parque Rodó, ella trabajaba limpiando en una casa de familia donde vivía con su hija menor. Había llegado desde Cerro Largo buscando trabajo con una hija pequeña a su cargo. Él vivía en una pensión casa por medio. Se conocieron, 'hicieron novios' en la placita Varela y unos meses después se juntaron. Alquilaron en distintas zonas de Montevideo, cuando se enteraron de la Villa estaban viviendo cerca de Punta de Rieles, con la hija de Teresa de su pareja anterior y una niña de ambos.

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

*“- ¿Y cómo fue que se vinieron para La Villa?*

*-Bueno, estaba mi esposo trabajando donde era La Onda vieja. En el Ballmorall [Hotel]. Él era electricista. Y un vecino le dijo, sabés que están dando unos terrenos, dice. Entonces ese mismo día que él agarró, todo eso. la policía los sacó. Les dijo que todo bien, que tenían que juntarse en el predio y él les vendía. Entonces ese vecino fue y lo invitó a mi esposo si quería comprar a 500 dólares. Y él le preguntó si se podía hacer eso y él dijo que sí, que el dueño estaba dispuesto a vender. Entonces viste, yo tenía casa en Salto, pero trabajo en Salto no hay. Es muy lindo, todo, tenés la casa, todo, pero en esa época no había nada. Ahora hay mucho más posibilidad en Salto. Por eso decidimos comprar acá. Después compramos el terreno entre varios vecinos y fuimos haciendo las casitas. Mi hermano vino, me ayudó a hacer un poco y mientras eso vivíamos en el Parque Rodó. Pero el alquiler no daba para más.(...) Nosotros antes vinimos a Rivera y Acevedo Díaz. Estuvimos cinco años. Nos fuimos y volvimos. Tuvimos que alquilar una pensión. Digan que ta, era una persona muy bien y vio que teníamos casa y todo en Salto y nos alquilaron dos piezas ahí. Yo le cuidaba la pensión. Y después de ahí, ya el trabajo estaba feo, en el 83, entonces como yo me iba y ella estaba muy acostumbrada a nosotros nos consiguió otra pensión para cuidarles los muebles. De ahí, eh, la persona, el patrón de mi esposo le consiguió como dos años después para alquilar en el Parque Rodó. Nos salió de garantía, todo, pero ya el*

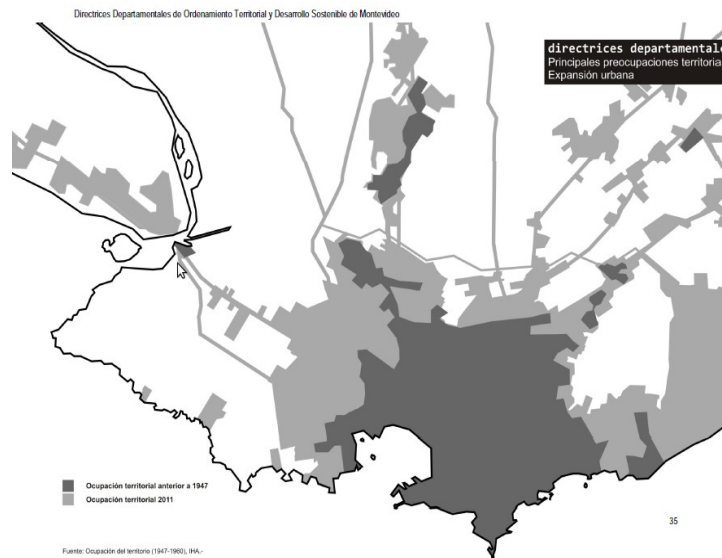
*alquiler no. Era impresionante lo caro que estaba. E incluso nos vinimos con dos piezas. Porque no podíamos pagar el alquiler y hacer casa. Nos vinimos al medio del barro, todo. Me daba miedo ir a tomar el ómnibus. Iba hasta abajo a tomar el ómnibus, el 100, porque yo seguía trabajando en el Parque Rodó. Iba con un poco de miedo pero nunca me pasó nada. Por suerte. Y a mi me tocaba sobre teniente Galeano. Pero como tenía miedo, tenía terror, lo cambié por uno más allá. Como nunca había salido para las afueras de Montevideo tenía terror. Entonces por eso vinimos a parar acá por ese vecino que trabajaba en la obra con mi esposo que vive en la misma cuadra nuestra. [Gladys]*

Desde la década del 50' se conocían en nuestro país formas de asentamiento irregular en el territorio denominados como 'cantegriles'<sup>14</sup>, los cuales estaban compuestos por población rural que emigraba hacia la periferia de Montevideo en busca de trabajo y otras oportunidades. En las décadas del 70' y del 80' la demografía de los asentamientos comienza a cambiar cuando gradualmente se van poblando por personas que fueron expulsadas del centro de la ciudad en un contexto de movilidad social descendente (Corboz 2013). Con el advenimiento de la dictadura cívico-militar se adoptan una serie de medidas neoliberales que tuvieron como consecuencia la pérdida del salario real y la inflación afectando principalmente a las clases populares y trabajadoras. Se desregula el mercado de alquileres, ocasionando una importante suba de los mismos. Esto trajo como consecuencia el desalojo de las clases populares empobrecidas de zonas centrales de la ciudad. Se produjo un desplazamiento masivo de esta población a zonas de la ciudad carentes de servicios (Portillo 2003). El término conocido como 'nueva pobreza' ha sido empleado para definir el proceso de movilidad social descendente en las poblaciones de América Latina de clase media y clase trabajadora. Según Corboz (2013) en Uruguay este fenómeno ha cobrado una dimensión espacial particular ya que los nuevos pobres residen predominantemente en asentamientos irregulares peri urbanos luego de haber migrado de barrios urbanos formales. Es posible enmarcar la fundación de Villa Farré dentro del mencionado proceso.

---

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

### Mapa 3: Expansión Urbana 1947 – 2011



Fuente: IMM 2012:35

A partir de los años 90, bajo el influjo combinado de diversos factores, vinculados con la globalización, la integración regional, los cambios tecnológicos, el ascenso de los servicios, las nuevas pautas de consumo y las nuevas formas de inversión y gestión territorial, se configuró la evolución de Montevideo y la zona Metropolitana (Bermejillo y Lombardi 1999 en: Veiga y Rivoir 2001). Dentro de ese período en la Periferia de Montevideo (Norte, Oeste y Este), se verifica un crecimiento demográfico muy significativo, caracterizado por el predominio de sectores populares. Dicho crecimiento se origina en migraciones desde la ciudad consolidada (Área Central), y combina tres modalidades: vivienda autoconstruida en lotes regulares, conjuntos habitacionales públicos, y los asentamientos irregulares (Veiga y Rivoir 2001:6).

En el caso de Villa Farré las viviendas fueron construidas mediante autoconstrucción en un terreno irregular. La autoconstrucción implicaba mano de obra familiar y para algunas actividades especiales (como por ejemplo la realización de la planchada de la casa) se organizaban jornadas de trabajo colectivas. Al explicarme cómo eran estas jornadas colectivas, una de las entrevistadas afirma “*éramos como una cooperativa, pero sin ser una cooperativa*”. Esta forma de construcción de las viviendas por ayuda mutua está relacionada con cierto tipo de solidaridad y forma de establecer intercambios recíprocos en sectores marginalizados. Larissa Adler Lomnitz (1973) en un estudio

sobre la barriada Cerrada del Cóndor, en México, demostró que ante la inseguridad económica que prevalecía en las barriadas los pobladores establecen redes de intercambio como un mecanismo efectivo para afrontar dicha inseguridad. Si bien las condiciones socioeconómicas en la Villa Farré no son tan extremas como las de la barriada de Cerrada del Cóndor, su trabajo nos aporta elementos significativos para comprender algunas de las formas de reciprocidad e intercambios recíprocos que se desarrollan en las clases populares y que también se dieron en el poblamiento de Villa Farré. El tipo de reciprocidad establecida así como los objetos intercambiados dependen de la distancia social entre los integrantes de la red. Adler afirma que la base que sustenta la red son los intercambios recíprocos, y cuando estos cesan, la red se diluye. Los objetos intercambiados, pueden ir desde información, ayuda para obtener empleo, préstamos y servicios, apoyo emocional y moral. Entre los servicios intercambiados la autora identifica específicamente la ayuda mutua en la construcción de viviendas. Durante el proceso de poblamiento en la Villa Farré también encontramos procesos de ayuda en la construcción de viviendas. *“Nosotros hicimos todo ayudándonos. Sin pagar a nadie. Bueno, ta, un asado, diez litros de vino, una botella de caña para los que estaban cuando se hacía la plancha. Pero todos eran iguales, cuando se hacía, íbamos todos los del barrio a ayudar.”* [Ramón]. Como identifica Aldler, existen una serie de mecanismos que refuerzan las redes como son las relaciones de compadrazgo, de amistad masculina (cuatismo) y la *“ideología de ayuda mutua”*. *“El deber de otorgar este tipo de ayuda se encuentra revestido de todas las cualidades morales positivas, y constituye la justificación ética que cimienta las relaciones personales en las redes.”* (Adler 2001:83). Por otra parte, el chisme y la envidia son los mecanismos utilizados para mantener las relaciones de igualdad a que cualquier individuo que se niegue abierta o indirectamente a proporcionar ayuda es enjuiciado por los demás.

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



el saneamiento, el alumbrado público.

*“-Ahí está. Pero cuando nos enteramos, cuando se compró no estaba nada claro. Nos enteramos un día. A, porque necesitábamos hasta tener nombre las calles. ¿Porque cómo llegaba alguien? Llamábamos, cuando fuimos, queríamos hacer lo de tener luz, pero dónde vamos a poner luz. Algo viste, cuando nos dimos cuenta, que no teníamos, que no existíamos en ningún lado. Bueno, entonces se hizo una comisión (...)”* [Blanca] La luz, el alumbrado público, la demarcación y pavimentación de las calles, la construcción de un local comunal donde se realizaban fiestas y cumpleaños fueron los principales frentes de negociación y logros provenientes del proceso de organización social. Desde la antropología médica crítica entendemos que la salud no solo responde a un bienestar biológico sino que la salud es un concepto elástico que debe ser evaluado en un contexto socio cultural más amplio. El acceso y el control sobre los recursos materiales y no materiales que sostienen y promueven un mayor nivel de satisfacción en la vida de las personas también está relacionado con la salud. En este sentido, en el proceso de organización social del barrio de Villa Farré, aún antes de centrarse en la posibilidad de tener un servicio de salud en el barrio, se estaba desarrollando un proceso de participación social en salud, ligado a la construcción del espacio de vida de los nuevos pobladores.

En dicho proceso de organización y participación social también es posible identificar disputas de 'micropoderes' (Menéndez 2008), las cuales están a su vez atravesadas tanto relaciones de liderazgo y prestigio local como por el sistema de partidos políticos. *“Se formaron comisiones. Hubo un tiempo en que funcionaban dos comisiones, teníamos al barrio partido en dos, más que nada por el tema político. Blancos y colorados contra nosotros”* [María. Registro de cuaderno de campo 2012]. Esta disputa de poderes entre ambas comisiones tuvo como consecuencia en algunos casos la ineficiente utilización de los recursos públicos. *“En el 98 la comisión que está ahora consiguió que se hicieran saneamiento. La otra comisión había logrado que se hicieran las calles y al mes la IMM vino a hacer el saneamiento. Fue un tiradero de plata.”* [María. Entrevista 2013].

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

públicos urbanos eran parte de su vida cotidiana previa.

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

El hecho de distinguir que quienes 'salieron a trabajar' eran aquellas personas que no eran provenientes de la zona, pone el énfasis en el lugar de origen de esas personas. Aquellos que venían de los barrios consolidados, en un proceso de movilidad descendiente, pertenecían a clases medias y trabajadoras, con una fuerte ética del trabajo. Algunos tenían formación y experiencia de participación ciudadana y cívica, fuera en organizaciones sociales o políticas. Esta formación previa les proveía de capital social y político al momento de realizar las diferentes gestiones ante los organismos estatales. Cristina hace 18 años que vive en la zona, trabaja en un taller metalúrgico y es madre de tres hijas. Es también militante política de uno de los partidos que conforman la coalición de centro izquierda Frente Amplio. Se involucró con el trabajo en comisiones vecinales desde su llegada al barrio y durante el presente trabajo de campo asumió en las elecciones de 2013 la presidencia de la Asociación Civil Villa Roberto Farré. Asimismo, fue electa Consejal Vecinal en las elecciones municipales. Ella nos explica cómo ha sido la estrategia de acción de la Asociación.

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

El poblamiento de 'la Villa' se realizó con mucho sacrificio. Varias familias relatan que se fueron a vivir allí con las viviendas a medio hacer, con una o dos piezas e incluso sin haber colocado las aberturas, a una zona sin servicios públicos ni calles demarcadas, al

medio del 'campo'. La mayoría de los entrevistados se fueron a vivir allí con hijos pequeños, buscando el sueño de la vivienda propia y de 'salir del alquiler'. Según Álvarez (2008) a partir del proceso de 'colonización' podemos comprender el sustrato originario de toda comunidad humana, "(...) pues los principales procesos, acciones compartidas, están ancladas en el acondicionamiento del territorio, la accesibilidad a los recursos básicos según los valores y costumbres de las sociedades modernas" (Álvarez 2008:214). En el proceso de colonización se comparte durante un período de tiempo procesos que definen las subjetividades, condiciones de existencia y se construye identidad. En este caso, servicios públicos como la conexión formal a la energía eléctrica, la conexión al agua potable y al saneamiento, la delimitación y denominación de calles, los servicios de recolección de basura, forman parte de recursos básicos en zona urbanas según los valores de la sociedad contemporánea.

La forma en que se había realizado la demarcación de los terrenos, tipo 'condominio' así como la utilización de los planos de los 'chalets' provistos por la intendencia le dan al barrio un aspecto de pueblo del interior. La mayoría de las viviendas respetan los retiros frontales y cuentan con jardines u otros elementos decorativos. Este orden del espacio construido, así como la autoidentificación de clase de los vecinos como 'trabajadores' o de 'clase media' conforma una identidad de pertenencia muy fuerte a la interna del 'nosotros' así como una fuerte separación respecto de 'los otros'. Según Halbauchs (1980), las imágenes que nos formamos del espacio son muy importantes para la memoria colectiva. Los grupos no solo transforman el espacio físico en el cual han sido insertados sino que también ceden y se adaptan a su medio físico. "La imagen que el grupo tiene del ambiente que le rodea y de su estable relación con ese ambiente, es fundamental para la idea que el grupo se forma de si mismo, y penetra cada elemento de su conciencia, moderando y gobernando su evolución." (Halbauchs 1990:13)

A pesar de que actualmente la situación de la propiedad de los terrenos siga sin regularizarse, todos los entrevistados enfatizan el hecho de que los mismos fueron pagos y que tempranamente los vecinos se organizaron para pagar por los servicios públicos como luz y agua así como los impuestos correspondientes. Este énfasis opera, implícitamente, como una distinción respecto de otras formas irregulares de acceso a la vivienda como los 'asentamientos' o 'cantes' así como la denominación de 'villa' o

‘barrio’ que remiten a la idea de una urbanización formal. Corboz (2013) en una investigación realizada en un asentamiento irregular en la zona de Camino Maldonado durante 2006 identifica que sus informantes recientemente empobrecidos establecen categorías de distinción para mantener su estatus simbólicamente y separarse de otras formas más crónicas de pobreza mediante las categorías emic de 'asentamiento y 'cantegril', las cuales exageran distinciones sociales y morales entre personas que viven muy próximas. Mientras que para los sujetos investigados por Corboz (2013) en los asentamientos vivirían las personas pobres pero trabajadoras, ordenadas y limpias y en los cantegriles los 'sucios, desordenados y perezosos', en el caso de Villa Farré, se introduce una nueva categoría: la Villa. El término Villa proviene del latín *villa* y sus dos primeras acepciones según la real academia española<sup>15</sup> connotan ciertos privilegios respecto de otro tipo de poblaciones así como un aire rural.

Una serie de rasgos diacríticos son adjudicados a la identidad del barrio y sus habitantes por ellos mismos y por otros que no viven allí (tanto vecinos de zonas aledañas como técnicos de la policlínica). Los pobladores como mencionamos anteriormente se autodefinen como 'trabajadores', de 'clase media', 'ordenados', 'prolijos' y 'propietarios'. Algunos usuarios de la policlínica que viven en la zona pero no en ‘La Villa’ también identifican una identidad particular del barrio *“Te digo que es un barrio muy especial ese. Que lo hicieron juntos. La mayoría de ellos. Que son muy buena gente.”* [Helena (55-70 años) Entrevista 2013]. Asimismo, establecen claramente la distinción de los límites del territorio.

*“Primero que nada yo no vivo en la villa. Media cuadra antes vivo. Y que estoy viviendo acá hace seis años. (...) A partir de venir a la policlínica fue que conocí a la gente acá. (...) Yo realmente, si había pasado dos, tres veces por La Villa para ir a otro lado es mucho. Como que agarraba Leandro Gómez para atrás y nada más. Después que entré, vi la gente que había, conocí la gente que había, vi que son gente como uno, trabajadora. Y como a mi me gusta, luchadora por un montón de cosas”.* [Nicolás]. Desde la visión de los profesionales respecto de los vecinos de la Villa también se destaca la importancia de la condición de propietarios del terreno y cómo eso influye en la pertenencia y en la apropiación del espacio.

*“(...) desde cómo se fundó el barrio por ejemplo, porque en Villa Farré hay un sentimiento de apropiación de todo. Porque ellos son dueños de sus terrenos entonces*

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

*cómo no van a sentir así su policlínica”*. [Profesional (d)].

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

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

Esta fuerte identidad de pertenencia también ha generado conflictos con 'los otros', especialmente se mencionaron conflictos con los vecinos de 'La Esperanza', quienes eran echados del barrio en un momento y no se les permitía utilizar los contenedores de basura. Es importante tener en cuenta que el área de referencia actualmente establecida para la policlínica trasciende el barrio de Villa Farré e incluye barrios aledáneos como 'La esperanza', las viviendas que se ubican frente a las instituciones educativas sobre Leandro Gómez así como otras viviendas sobre Teniente Galeano e incluso llegan usuarios de zonas más distantes. Asimismo, durante el trabajo de campo se comenzaron a hacer movimientos de tierra en unos terrenos linderos a la policlínica que serán destinados a la construcción de cooperativas de vivienda por ayuda mutua (FUCVAM) integradas en su mayoría por hijos y parientes de los primeros pobladores de La Villa. Resulta de interés señalar y prestar atención a cómo estas definiciones e identidades definidas por procesos socioespaciales<sup>16</sup> también atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención respecto a un servicio de salud, ubicado en un territorio determinado y con una historia particular.

### ***B) TENER LA POLICLÍNICA EN EL BARRIO***

La organización vecinal en torno a la idea de tener 'una policlínica el barrio' inicialmente es vista por parte de los involucrados como un aspecto más de la disputa

---

<sup>16</sup> Las diferentes modalidades de habitar y vivir la ciudad construyen espacialidades y temporalidades que conforman memorias plurales y matrices espaciotemporales de la ciudad (Basini, Guigou 2011).

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

*“Y ta, el Socat fue el que dijo que había la posibilidad de traer un médico de familia. Un médico de familia no. Estaba la posibilidad de un médico nomás. Después mandaron un médico de área, que son parecidos a los médicos de familia.”* [María]

A partir de entrevistas realizadas a gestores, trabajadores médicos y no médicos y usuarios es posible afirmar que el proceso de surgimiento de las policlínicas dependientes y su criterio de distribución en el territorio no responden a una estrategia de planificación centralizada. Los procesos de conformación de cada una de las 'policlínicas dependientes' del CSJH han sido diferentes, pero en al menos cuatro casos<sup>17</sup> pueden identificarse procesos de participación social subyacentes. Si bien antes de conformarse la policlínica de Villa Farré habían servicios del primer nivel en la zona (Policlínica Municipal a diez cuadras aproximadamente y Centro de Salud Jardines del Hipódromo a treinta cuadras aproximadamente) ante la posibilidad de contar con un médico en el barrio algunos vecinos se organizaron para recibirlo de la mejor manera posible.

*La distribución de los servicios de salud en nuestro país tienen un origen que implica lo atomizado, lo disperso y lo no siempre conveniente de su presencia en esta... en general, en la mayoría de los casos y sobre todo las policlínicas surgen por el interés de una persona, que puede ser un político, puede ser un profesional, puede ser la comunidad que quiere... ese concepto uruguayo de en cada manzana tener una policlínica y un médico ¿no? es una idea, un imaginario colectivo que uno duerme como protegido, no sé, es muy interesante para la antropología sobre todo estudiar eso. Pero el tema es que nacen “como hongos”. Si tú ves la distribución que podemos tener*

---

17 Se mantuvieron entrevistas formales e informales en relación a este punto con con referentes médicos y/o sociales de las policlínicas 24 de Junio, Cinco Barrios Unidos, Bella Italia, Nueva España y Villa Farré

*de los servicios no tiene ningún sustento académico ni que explique (...) Entonces, nosotros tendríamos que tener la población que tenemos, los usuarios que tenemos, en relación a esos –de acuerdo a determinado porcentaje o determinada cantidad de usuarios– la cantidad de médicos, de auxiliares de enfermería, de licenciados, de nutricionistas. Como se calcula en muchos lugares del mundo, eso acá no existe, todavía no existe, estamos caminando a eso. El tema es que de repente vos caminás 15 cuadras y encontrás 3 policlínicas y hacés 25 km y no encontrás ninguna. Entonces, en ese interjuego entre lo que ya existe y la comunidad que está absolutamente empoderada de sus espacios y los intereses de los funcionarios, todos muy valederos, hace que sea muy difícil empezar a repensar una estructura diferente.[Gestora RAP-ASSE]*

Como se admite desde algunos ámbitos de la gestión de ASSE, la distribución de los servicios de salud no se ha hecho de la manera más eficiente y equitativa en todo el territorio nacional. En nuestro caso de estudio, la policlínica surge por el interés de un grupo de personas organizadas de la sociedad civil que aprovecha una oportunidad ofrecida de contar con un recurso humano para la zona. Entendemos que el proceso que lleva adelante la concreción de la construcción de la policlínica está íntimamente ligado con las subjetividades, condiciones de existencia e identidad de los pobladores de Villa Farré.

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

*“Esto acá antes era todo campo. Ahora está todo edificado y cada vez somos más. Y digo, la intendencia, ahora hay más policlínicas de ASSE pero antes venía la gente hasta del km 21 acá a la policlínica de Punta de Rieles. Y para sacar un número con la pediatra había que ir a las 5 de la mañana. Y tenías que ir con lluvia, como fuere. Y a las siete, cuando empezaban a anotar no llegabas con los números. Porque vos en realidad ibas de mañana a anotarte, pero la pediatra estaba de tarde.” [María 2013]*

Como se señaló en el apartado anterior durante la década de los 90' y también a principios del 2000 la ciudad de Montevideo experimentó un crecimiento demográfico muy significativo en su periferia. Este crecimiento impactaba en el acceso a los servicios de salud disponibles en la zona, ya que eran requeridos por un gran número de personas.

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

Si bien la RAP-ASSE pagaba el sueldo del recurso humano, el local de funcionamiento debía de ser provisto por los vecinos. Conseguir y mantener los locales donde funcionó la policlínica requirió del esfuerzo y de la colaboración de diferentes personas comprometidas con la idea de tener un médico allí. Se conformó una ‘comisión de salud’, integrada principalmente por mujeres, para ‘ayudar a la doctora’ con la limpieza del local y algunos procedimientos administrativos y de enfermería básicos como ordenar las historias clínicas, dar número a los usuarios y tomar la presión entre otros mediante trabajo voluntario. Ocho mujeres que rotaban sus tareas, cubriendo los diferentes turnos de funcionamiento mientras la policlínica funcionaba en los diferentes ‘apartamentitos’.

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

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

*“Para ello [la venida de la doctora] nosotros teníamos que facilitarle un local, en ese momento había un vecino que no estaba viviendo en el barrio que dijo que iba a demorar y que tenía una casita bastante adelantada en construcción, le faltaba terminación, que él nos la cedía, hicimos pila de trabajo, la hicimos habitable y todo y de golpe y porrazo el vecino se mudó, entonces tuvimos que... de apuro hablamos con otra vecina, que está dentro de esta comisión y siempre ha trabajado con nosotros, ella tiene su casa y un apartamentito porque ahí vivía su mamá, su mamá se fue, '¿Nos podrías facilitar el lugar para que funcione acá la doctora? sino es una pérdida, una lástima porque vamos a perder el servicio', (...) Y así empezó y después se le complicó a la vecina porque su hija formó pareja y no tenían dónde vivir y precisaba el lugar, nos*



*lo informó con anterioridad y nos pusimos en campaña a buscar otro lugar con otro vecino y así fue que fuimos a otra casa, donde también acondicionamos y funcionamos, estuvimos en 4 casas en Villa Farré hasta que dijimos "Esta situación no se puede dar, nos vamos a quedar sin casa, ya no podemos seguir así" y surgió, planteamos la inquietud al MTOP, el Departamento de Convenios" [Cristina]*

Finalmente, se gestiona un convenio entre la Asociación Civil, el MTOP y ASSE para la construcción de un local. El proceso de gestión del convenio y de construcción de la policlínica es representado por parte de los integrantes de la comisión y por usuarios afines a la misma como una gesta heroica, donde la participación social y la capacidad de los ‘vecinos organizados’ es puesta como pilar fundamental. Según el expediente N°2007/10/001/628 del Ministerio de Transporte y Obras públicas, el 15 de diciembre de 2008 da cuenta del convenio celebrado entre dicho Ministerio y la Asociación Civil “Por una Villa Farré de Cara al Futuro” se aprueba el mismo con el fin de realizar la construcción de un local destinado a la instalación de una policlínica. Se autoriza una inversión de \$1.231.000 como contribución del Ministerio a las citadas obras, el cual será pagado en cinco cuotas a la Asociación Civil en cuenta del BROU a nombre de dicha asociación. Asimismo, en el expediente se deja constancia de que en el convenio firmado el 20 de noviembre de 2008 entre el MTOP este se comprometía a realizar la inversión antedicha y la Asociación Civil contribuía con la suma de \$172.000. Los ‘sinchones’ implicaron distintas instancias de confrontación entre los líderes locales con gestores del sistema de salud y autoridades políticas del gobierno nacional de turno, tanto a nivel municipal como ministerial. Según se comenta ‘por lo bajo’, el convenio se habría negociado en un encuentro que uno de los referentes barriales tuvo en un evento social (casamiento) con el ministro de Transporte y Obras Públicas. Asimismo, la gestión directa de los fondos del convenio supuso enfrentamientos, rumores y sospechas por parte de miembros de la comisión contraria.

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

Es importante destacar que en el proceso de organización y demanda de recursos al

Estado, los vecinos también aportaron tres elementos clave: el predio para la construcción de la policlínica, la gestión y realización de la obra con mano de obra local y la comisión de salud que apoyó de forma honoraria por varios años el trabajo del recurso médico financiado por el Estado en los diferentes locales provisorios.

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

*“Y ahí se hace una experiencia muy rica con los vecinos y ahí nos demostramos que si realmente se junta un grupo de vecinos y tienen objetivos claros, podíamos lograr hacer una policlínica con los propios vecinos de acá de la Villa. Así fue que hicimos compromiso con salud pública que dice que sí, que estaba de acuerdo en hacer la policlínica y había costos de la policlínica, ellos estaban dispuestos a otorgar entre 50 y 60 mil dólares para la policlínica y el otro 50 % los teníamos que volcar nosotros, muy bien, no teníamos esos 50 mil dólares; entramos en un proyecto con Obras Públicas, que entra dentro de lo que son los proyectos de... no me acuerdo del nombre, donde se le otorgan a los barrios préstamos para obras sociales, entramos con el proyecto, era muy enriquecedor para la zona. [José]*

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

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

*“Pero no se, para mí esto, para nosotros esto fue una experiencia y un dolor de cabeza bárbaro. Esta policlínica, nos dio mucho trabajo. Nos dio mucho trabajo. Pero es una cosa que en comparación, vos ves todas las policlínicas que hay acá y no hay otra igual a esta, no se cuidan igual a esta. Porque acá la comunidad también la quiere, más allá de que la use. Pero vos acá ves, que hay alguien en la puerta y llaman a Cristina. 'Cristina, hay gente en la policlínica.' [María]*

La colaboración y el trabajo voluntario de distintos vecinos del barrio en diferentes tareas a lo largo del proceso de construcción del local, así como la ubicación del local en

si en un terreno que es 'propiedad' de los vecinos de 'La Villa' contribuyeron a generar un fuerte sentido de pertenencia de la población local con la policlínica, más allá de tener derechos asistenciales en la misma.

Figura 1: Construcción de la policlínica.



Fuente: Imagen utilizada para proyección presentada el día de la inauguración oficial de la policlínica.

### **C) EL TRABAJO EN EL NUEVO LOCAL Y LA INAUGURACIÓN OFICIAL**

En el año 2009 se comienza a atender en el nuevo local. En principio se contaba solo con un médico financiado por ASSE y el apoyo honorario de la comisión de salud. Sin embargo, poco tiempo después de que se comenzó a trabajar en el nuevo local, se empezó a presionar para que parte de dichos recursos humanos fueran contratados y remunerados por el Estado. Las vecinas que integraban la comisión de salud acordaron no realizar más las tareas de apoyo como forma de presionar a las autoridades sanitarias. Además de las dos conserjes rentadas progresivamente se fueron incorporando técnicos al equipo de trabajo de la policlínica, lo cual permitió ampliar la oferta de servicios

asistenciales. Se fueron implementando consultas asistenciales con diferentes especialistas y espacios grupales como el grupo ODH, el Espacio Adolescente y otras actividades grupales y comunitarias en articulación con instituciones de la zona como la Escuela N° 140 o el CAIF 'Las Luciérnagas'.

La asociación vecinal por su parte solicitó 'apoyos' mediante donaciones de equipamiento y mobiliario en empresas que están ubicadas en la zona. Una de esas empresas es la fundidora de metales pesados más importante del país de capitales multinacionales y la otra una fábrica de productos de limpieza conocida en el medio local. El primer día que fui a la policlínica, una de las conserjes que también integra la asociación civil vecinal me hizo un recorrido mostrándome la policlínica y señalándome los distintos objetos que o 'eran de ellos' o 'ellos habían logrado conseguir para la policlínica.' Desde camillas, archivos y sillas que se ubican en la sala de espera hasta computadoras, productos de limpieza, cepillos y pastas dentales. - Todo esto – me dice señalando el moderno mobiliario de la sala de espera – lo conseguimos nosotros con el proyecto de la cuenca del arroyo carrasco.' Me explica que el apoyo de la Asociación Civil fue fundamental para conseguir la financiación del equipamiento para la policlínica ya que, *'Ahora [para los proyectos con fondos internacionales] es fundamental tener el apoyo de la comunidad.'* La utilización del término 'comunidad' ha sido criticada en el ámbito antropológico nacional por autores como Romero (2010) y Fraiman y Rossal (2008) por considerarlo un concepto proveniente del poder transnacional inspirado en la comunidad de fieles protestante que supone una concepción de comunidad homogénea que no coincide con las realidades estudiadas (Romero 2010) y que se ha cristalizado en el discurso a pesar de su ineficacia heurística ya que “en las prácticas de la sociedad montevideana sólo encontramos relaciones de vecinazgo, que no suelen implicar el sentimiento comunitario (...)” (Friman y Rossal 2008:131). Ahora bien, en este caso, resulta interesante señalar cómo esta categoría (miembros de 'la comunidad') resulta apropiada por los supuestos destinatarios de la misma como una forma de organizarse para acceder a bienes tanto materiales como simbólicos.

Si bien la policlínica llevaba casi tres años funcionando en el local actual y atendiendo a los pacientes allí, la misma no fue inaugurada oficialmente hasta el miércoles 13 de

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

En el mes de octubre de 2012 se rumoreó la inminencia de la inauguración del local. El origen del rumor estuvo dado por intercambios entre una de las autoridades de ASSE y la médica de familia en un espacio de socialización del ámbito profesional, donde le 'prometieron que pronto le iban a inaugurar la policlínica'. Por su parte, la presidenta de la comisión de usuarios también tuvo un encuentro con dicha autoridad, en este caso en un ámbito de militancia político partidario y le dio la misma información. Fue sugerido además, que para acelerar el trámite la Asociación Civil redactara una nota solicitando la inauguración.

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

construcción de la policlínica; integrantes del equipo de salud, especialmente la médica de familia de la policlínica y usuarios 'frecuentes' de la policlínica que no integraban la comisión vecinal.

Si bien la asamblea era de usuarios de la policlínica, la misma estuvo conducida por la médica de familia y otros integrantes del equipo de salud acompañaron la instancia. La organización de la palabra, la apertura de la reunión así como la explicitación de los objetivos de la misma fueron introducidos por la médica a pedido de los propios usuarios que allí se encontraban. La discusión se orientó en torno a dos temas: la inauguración de la policlínica, qué cosas faltaba hacer y especialmente la definición del nombre de la misma y algunas propuestas de mejoras en el funcionamiento. La inauguración oficial se concebía como un reconocimiento necesario y merecido.

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

Integrantes de la Asociación Civil de Villa Farré pusieron al tanto al resto de los presentes de qué implicaba la inauguración y los pasos necesarios para que el local estuviera apto. Asimismo, convocaban a que los usuarios se organizaran y colaboraran en las tareas faltantes. *“Yo le quería explicar a la gente que la idea de inaugurar es también la cartelería que la policlínica no tiene. También terminar algunos detalles que tendríamos que organizarnos nosotros los usuarios y hacerlo. Falta la portland y la arena, pero las baldosas están.”* (Integrante comisión vecinal en Asamblea del 16/10/2012. Cuaderno de campo). Uno de los usuarios presentes en la asamblea pregunta *“¿Cuando se haga la jornada va a haber gente calificada? Porque yo como peón vengo, pero acá son todas mujeres.”* Se acuerda en hacer una o dos jornadas solidarias para terminar las cosas que faltan para que el local esté apto para inaugurarse. Al discutir qué nombre se le iba a poner a la policlínica los distintos actores pusieron en juego sus memorias individuales y colectivas sobre el proceso de construcción de la policlínica así como procesos identitarios con dicho espacio. Existe una relación de mutua constitución entre memoria e identidad que implica un vaivén para fijar ciertos parámetros de identidad (Jelin 2002). Esto implica comprender la identidad en tanto dinámica relacional y contrastativa que requiere de una legitimidad temporal que

elabore su continuidad y que ‘cree sentido’ (Guigou 2008). Asimismo, la identidad supone la “(...) cristalización al interior de un individuo de las relaciones sociales y culturales en el seno de las cuales él/ella está comprometido/a y a las cuales es inducido/a a reproducir o a rechazar.” (Godelier 2010:25).

Sin embargo, no existe una ‘memoria colectiva’ como cosa en sí, reificada por encima de los individuos, sino que “lo colectivo de las memoria es el entretrejo de tradiciones y memorias individuales, en diálogo con otras, en estado de flujo constante, con alguna organización social – algunas voces son más potentes que otras porque cuentan con mayor acceso a recursos y escenarios – y con alguna estructura, dada por códigos compartidos.” (Jelin 2002: 22) Algunos actores pertenecientes a la Asociación Civil de Villa Farré proponían nombrar la policlínica con el nombre de la doctora que había sido directora de la regional Este de la RAP, por entender que esa persona había sido clave en el proyecto de la policlínica. Se alegaba que ella había apoyado en distintas instancias a la comisión de salud con confianza personal y con recursos económicos ‘sacados de su propio bolsillo’ cuando la policlínica funcionaba en los apartamentitos ‘para pagar el alquiler y la luz’.

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

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

Por otro lado, entre los usuarios que querían que el nombre fuera el de Villa Farré había usuarios que incluso no residían en ‘La Villa’ propiamente, pero sostenían que la policlínica ya era nombrada de hecho como ‘Policlínica de Villa Farré’ y que la gente la identificaba como tal. *“Pero es para los trámites nomás, porque para todos es la policlínica de La Villa”* (Usuaría en Asamblea del 16/10/2012. Cuaderno de campo).

*“Si no fuera por los vecinos de Villa Farré la policlínica no estaba, estaba solo la policlínica de Punta de Rieles, que tenés que ir a las 5am”* (Usuaría en Asamblea del 16/10/2012. Cuaderno de campo). Es decir, que se reconocía el esfuerzo de la organización social de los vecinos de 'La Villa' en la concreción del proyecto, también al nombrarla. En la asamblea también se conversaba sobre cómo sería la inauguración, qué se iba a hacer y a quiénes convocar e invitar. Había que cortar el pasto y *“No olvidarse de todas las personas que nos ayudaron, porque nosotros tenemos memoria”*. [Cristina] Se propone otra reunión de usuarios para la semana siguiente. Si bien estaba convocada a las 17 hrs hasta las 18 hrs en que llegó la médica de familia la reunión no comenzó, aunque ella aclaró que no tenían que esperarla. Se comenzó con un relato de la reunión anterior y se hizo un recorrido por la historia del servicio de salud.

*“El servicio de salud de Villa Farré existe desde 2006 y funcionó en diferentes locales. En 2008 llegué y desde 2010 estamos acá. Esta policlínica nunca ha sido inaugurada oficialmente. Es importante que un servicio de salud sea inaugurado porque es reconocido, te dan cartelera para la gente que viene de otras zonas y no saben dónde es”* (Asamblea del 25/10/2012. Cuaderno de campo).

Entre la conserjes, la médica y otras mujeres intercambian sobre problemas con los que estaban teniendo dificultades y que una vez se inaugurara oficialmente suponían iba a ser mejor: el servicio de limpieza del local, el mantenimiento del pasto en los espacios verdes, entre otros.

José, quien trabajó como capataz en la construcción del nuevo local interviene *“Yo quiero rescatar toda la movida de la historia de la policlínica. fue todo un desafío, estábamos con la comisión, buscar un local. (...) Después había gente que siempre colaboraba y otros vecinos que se fueron acercando en forma desinteresada. Cuando logramos hacer un convenio con el Ministerio de Transporte y con Salud Pública, haciendo un experimento con nosotros. Porque no había una empresa constructora. Hacerla con mano genuina del barrio es todo un logro.”* (Asamblea del 25/10/2012. Cuaderno de campo)

En el debate se evocaron públicamente diferentes acontecimientos que eran señalados como mojones en el mito de origen de la policlínica: la llegada del médico al barrio, el peregrinaje por los diferentes locales provisorios cedidos por los vecinos, el rol de las mujeres de la comisión de salud, identificándose como especialmente significativas las figuras de María y Teresa, actuales conserjes, el 'logro' del convenio y la construcción de la nueva policlínica. En la construcción de la policlínica, José, usuario frecuente de la



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

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

*“El nombre bueno, habían usuarios que le querían poner nombres de unas personas que están en la salud y habían ayudado con el tema económico de la policlínica, a armar la policlínica y todo eso. Pero nosotros, la mayoría de los demás usuarios nos pareció que tenía que ir a votación. No nos pareció que teníamos que imponer, o ellos tenían que imponer un nombre porque solamente habían ayudado económicamente no. Entonces lo que hicimos fue, todos plantear un nombre y los pusimos en unos cuadernos a los nombres que salieran más votados. En realidad se plantearon varios y [entre los que estaban en la reunión] elegimos los que nos parecían mejores para la policlínica y esos los dejamos en un cuaderno y lo dejamos durante una semana en la policlínica para que cada usuario que fuera con la cédula pudiera elegir el que el gustaba. Porque en realidad son los usuarios los que tenían que elegir porque somos los que lo usamos. Entonces bueno, durante una semana estuvo ese cuaderno y se les decía, -mirá, podés votar el nombre de la policlínica para la inauguración- entonces*

*iban con la cédula, votaban, dejaban el nombre y el número de cédula este y después a la semana nos juntamos los que hicimos la reunión de usuarios, hicimos el recuento de los votos y ahí fue que decidimos que se iba a llamar Villa Farré.” [Valeria]*

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

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

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

Los discursos se realizaron desde la entrada de la policlínica, la cual se encuentra elevada sobre el resto del terreno, quedando las autoridades elevadas respecto al resto de

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

#### ***D) ¿UN CASO EXITOSO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD?***

El apoyo y la participación de los usuarios en el proceso de la creación de la policlínica fue muy destacado en el acto de la inauguración oficial de la policlínica, así como durante todo el proceso de investigación. Para Rifkin (2009) la participación comunitaria fue uno de los principios fundadores de la Atención Primaria en Salud y se volvió una de las características definitorias del enfoque de APS. “This principle reflected the underlying value of social justice, confirming the view that all people have the right to be involved in decisions that affect their lives.” (Rifkin 2009:31). Junto con

la autoatención, el papel de la mujer y los saberes médicos populares, la participación social o participación de la comunidad es reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar varios de los principales problemas que afectan la salud colectiva e individual, en particular de los grupos subalternos (Menéndez 2008). En investigaciones de organizaciones internacionales tales como WHO, United Nations Children's Fund (UNICEF) y la Christian Medical Commission, se argumenta que la participación en salud es importante porque 1) Es más probable que las personas usen y respondan de manera positiva a servicios de salud si ellos estuvieron involucrados en las decisiones sobre cómo dichos servicios son provistos; 2) Las personas tienen recursos individuales y colectivos (tiempo, dinero, materiales, energía) para contribuir a las actividades de mejora de la salud en la 'comunidad'; 3) Es más probable que las personas cambien comportamientos riesgosos si ellos estuvieron involucrados en la decisión sobre cómo debería ocurrir dicho cambio y 4) Las personas adquieren información, habilidades y experiencias al involucrarse en procesos de participación social lo cual a su vez les ayuda a tomar control sobre sus propias vidas (Rifkin 2009). Ahora bien, la categoría de 'participación social y comunitaria' es usada con acepciones diferentes e incluso contradictorias y adquiere diferentes sentidos a lo largo del tiempo.

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

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

La gran mayoría de las tendencias que promovieron la participación social desde la década de los 50' asumieron su importancia y la eficacia de la Participación Social para “(...) organizarse, para integrarse, para modificar, para generar o reforzar pertenencias o para solucionar problemas puntuales. El concepto/instrumento PS evoca algún tipo de eficacia social, que fue especialmente reconocida respecto del proceso s/e/a<sup>18</sup>.” (Menéndez 2008b:75) Esta concepción condujo a que muchas personas manejaran tácitamente la idea de la participación social como buena en sí, asociándola solo con objetivos correctos y saludables y sobre todo considerándola como un medio para asegurar la modificación de la realidad en términos positivos. Como afirma Menéndez (2008), la participación social, así como otros procesos, también puede tener consecuencias negativas o consecuencias positivas y negativas a la vez respecto de la salud de las personas y los grupos sociales. “La PS no constituye un proceso unilateral y unívoco, sino que opera dentro de juegos transaccionales que se dan entre los grupos y sujetos, y en consecuencia dependerá del poder (micropoder) de cada uno de los grupos no solo la orientación ideológica o teórica, sino también los usos que se den a la PS.” (Menéndez 2008b:77).

La reflexión sobre la participación social en los procesos de salud-enfermedad-atención

---

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

debería tener como marco referencial las múltiples trayectorias de la participación: técnica, política, sindical, académica así como otras. La inclusión de la dimensión histórica es necesaria, tanto en términos teóricos como prácticos para el análisis, buscando y reconociendo la existencia de formas previas de organización y participación en las comunidades, grupos y sujetos con los que se trabaja en procesos participativos. Estas formas previas deben buscarse no solo en el campo específico sobre el cual se está trabajando, como si los actores sociales recortaran en su subjetividad los campos de la realidad establecidos desde el Estado o desde una determinada disciplina (Menéndez 2008b).

Se pueden identificar distintos actores sociales y unidades al analizar la participación social como personas, micro grupos, meso grupos y macro grupos (Menéndez 2008c). Si bien nos centraremos en la reflexión sobre la participación desarrollada a nivel de los meso grupos, es importante tener en cuenta que en los grupos domésticos y de amigos denominados como microgrupos también existe participación social en salud<sup>19</sup>. Los 'Meso grupos'<sup>20</sup> se conforman a partir del entorno o de un objetivo específico a partir de relaciones primarias. Su rasgo distintivo son sus construcciones intencionales y voluntarias que casi siempre producen una organización momentánea o permanente que asegure la continuidad del grupo y sus actividades. Implica la constitución de algunos roles jerarquizados (Menéndez 2008c).

En el caso estudiado, la participación social y comunitaria en salud a nivel de los meso grupos cobra particular relevancia ya que en el 'mito de origen' del barrio y de la policlínica está fundado en la ideología de ayuda mutua (Adler Lomnitz 1973). Entendemos el mito desde una perspectiva antropológica, no como 'ficción' sino como

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

20 Dentro de los meso grupos se pueden encontrar grupos de autoayuda de padecimientos específicos (como el grupo ODH), redes sociales amplias, comités de salud y grupos que se constituyen para acciones inmediatas o a mediano plazo como por ejemplo las Asociaciones de vecinos, la comisión de salud de las mujeres de la policlínica o la Comisión de Participación del CSJH.

mito que tiene 'vida' (Eliade) “(...) en el sentido de proporcionar modelos a la conducta humana y conferir por eso mismo significación y valor a la existencia.” (Eliade 1999:10). La organización de diferentes grupos de vecinos y comisiones se da a partir de objetivos específicos y necesidades de su hábitat y entorno: la construcción de sus viviendas, la gestión de servicios públicos en la zona ante los entes responsables, etc. La organización vecinal en torno a tener una 'policlínica en el barrio' surge en el marco de ese contexto más amplio, como un recurso más con el que contar. Es importante el hecho de que existían relaciones primarias entre los pobladores que precedían a la fundación del barrio y que durante la fase de colonización se generaron nuevos vínculos de solidaridad y de redes de intercambios entre los mismos.

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

Una segunda etapa es la de la organización para contar con una policlínica en el barrio. Dentro de esta etapa se identifican dos procesos significativos: por un lado la recepción del médico en locales vecinales y el apoyo de la 'comisión de salud'. Por otro lado, la gestión del convenio y la construcción de la policlínica. Didier Fassin (2008) propone caracterizar las diferentes prácticas de participación a partir de la oposición fundamental que surge entre movilización y delegación. “En la movilización el esfuerzo se centra en obtener la participación directa de la población, mientras que la delegación se basa en la participación indirecta a través de agentes o comités.” (Fassin 2008:121). En esta etapa se combinan ambos tipos de participación. El trabajo en los locales vecinales está signado por un tipo de 'participación por movilización'. La participación como movilización pretende al asociar directamente a la población a las actividades de salud y ponerlas en relación con el poder sin la intervención de ningún intermediario. Esta modalidad apela a la adhesión de valores, normas y conductas y supone un movimiento

por el cual se asocia a las poblaciones a un proyecto colectivo (Fassin 2008). La gestión del convenio y la construcción de la policlínica por administración delegada de obra supone la combinación de la participación por delegación del poder (Fassin 2008) a los integrantes de la Asociación Civil quienes realizan la administración delegada de la obra y la participación por movilización en distintas instancias colectivas como la construcción de la planchada, las poroteadas, etc.

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

Encontramos que muchas veces se critica la 'falta de participación', la 'falta de compromiso', que la gente 'solo reclama' y no se preocupa por 'el bien común'. Sin embargo, consideramos que estas críticas muchas veces no consideran la variedad de formas en que la gente participa de su salud en prácticas concretas y cotidianas, a nivel



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

Cuando existen condiciones propicias, objetivos claros, capacidad de organización y de incidencia pueden darse condiciones exitosas para la participación social en salud. Como señala la literatura, no es posible considerar la participación por fuera de un contexto político ya que la participación efectiva abarca cuestiones de poder y control sobre las decisiones, particularmente aquellas relacionadas con la utilización de recursos (Rifkin 2009). Este proceso fue dado en una determinada coyuntura social, económica y política donde la participación activa de los 'usuarios' y 'vecinos' ha sido, al menos en el nivel normativo, valorada positivamente desde los servicios de salud del Estado. A nivel nacional, el marco de la reforma del Sistema Nacional de Integrado de Salud y el papel que es dado a la participación de usuarios y trabajadores en su normativa fue clave. A nivel departamental, el gobierno ha estado en manos del Frente Amplio en los últimos veinticinco años y ha implementado políticas de descentralización<sup>21</sup> las cuales también incidieron en los procesos de participación ciudadana y de organización y disputa por bienes y servicios estatales en territorio. Existieron condiciones institucionales y políticas que alentaron la participación de los usuarios así como la posibilidad de incidir sobre decisiones concretas y recursos técnicos y materiales. Como señala Rifkin (2009) una de las 'lecciones aprendidas desde programas comunitarios de participación'<sup>22</sup> es que

---

21 La descentralización del gobierno municipal de Montevideo comenzó en 1990. Se dividió el territorio del departamento de Montevideo en 18 zonas y se instalaron los CCZ como unidades político administrativas desconcentradas del gobierno municipal. Dentro de cada CCZ se crearon organismos de participación social (Consejos Vecinales) y de representación política (Juntas Locales). (Veneciano 2005)

22 “Effective participation encounters issues of power and control over decisions, particularly those

la participación efectiva involucra cuestiones de poder y control de las decisiones, particularmente relacionadas con la utilización de recursos.

---

related to resource utilization.” (Rifkin 2009:32).

## **IV CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN UNA POLICLÍNICA DEL PRIMER NIVEL**

Los procesos de atención están constituidos tanto por una construcción profesional, de carácter teórico y técnico, como una construcción social en la que se articulan procesos económicos, sociales, políticos e ideológicos (Menéndes 1994 en Barber y Margulis 2009). En nuestro país, con la reforma del SNIS, la ley 18.211 se apunta a una estrategia de Atención Primaria y se prioriza el primer nivel de atención según lo define el el Artículo 34 “(...) Tendrá como estrategia la Atención Primaria en Salud (APS) y priorizará el primer nivel de atención.” En el capítulo IV de la Ley 18.211 se define que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención. Desde la literatura médica se define a los niveles de atención “como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.” (Vignolo et al. 2011:12).

Se distinguen tres niveles de atención: primer, segundo y tercer nivel. El primer nivel de atención “es el más cercano a la población, osea, el nivel de primer contacto. Está dado, en consecuencia como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas de salud prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población permitiendo realizar una atención oportuna y eficaz.”(Vignolo et al. 2011:12). El Art. 36 de la Ley 18.211 define al primer nivel como: “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto

directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.”

En el segundo nivel se ubican los hospitales y centros donde se prestan servicios de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y segundo nivel de atención se pueden resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población y que en el tercer nivel se resuelven aproximadamente un 5% de los problemas de salud. (Vignolo et al. 2011). “El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.” (Vignolo *et al.* 2011:12). Para que el proceso de atención se pueda dar de forma ininterrumpida a los usuarios los niveles de atención deben funcionar con una adecuada referencia y contrareferencia. Para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles (Vignolo et al. 2011).

La estrategia de atención primaria en salud (APS) fue definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 como “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.” (Alma Ata 1978 en: Vignolo et al.. 2011). La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba más allá del limitado modelo médico y reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, debían abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. Los valores defendidos eran los de justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Si bien se malinterpretó a la APS como la prestación de una mala atención a los pobres y se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención actualmente “Numerosos datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la

atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas.” (OMS 2008:18). Las características principales de la APS se definen como: atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades (OMS 2008). Para poder brindar una atención con estas características se requiere de servicios de salud organizados “(...) con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias.” (OMS 2008:18). Tanto la reforma del SNIS como las orientaciones de la APS constituyen elementos fundamentales en las orientaciones teórico y técnicas de los sistemas de atención en nuestro país. La reforma del SNIS ha constituido en si misma un proceso social y político que a su vez ha modificado las bases económicas del financiamiento del sistema de salud. En tanto la policlínica estudiada integra el sistema de salud, está vinculada de manera relacional con todos los aspectos del mismo.

**A) EL ÁREA DE SALUD 9.1 Y LOS Y LAS USUARIOS/AS DE LA  
POLICLÍNICA VILLA FARRÉ**

Cuando desde ASSE se otorgó un médico para la policlínica estableció un 'área de salud' (denominada 9.1), a cuya población se debía atender. El área de influencia formalmente comprende a los usuarios de ASSE que residen en el Barrio de Villa Farré así como en el barrio conocido como 'La Esperanza', una zona cercana a las viviendas policiales así como la zona de viviendas cercana a un polo educativo ubicado en Leandro Gómez y Camino Maldonado. Según una de las residentes de Medicina, además, se asisten personas que viven fuera del área de influencia *'En ASSE nos recortaron un pedazo de tierra, pero en realidad viene mucha gente de afuera'*.

Si bien desde ASSE se delimitó un área de influencia, la RAP-ASSE aún no cuenta con la georreferenciación de sus usuarios. Existe un antecedente de estudiantes de enfermería que realizaron un 'Diagnóstico de Salud' para la zona de Villa Farré en el mes de diciembre del año 2009. En dicho trabajo establecen que el barrio de Villa Farré está compuesto por cerca de doscientos hogares. Encuestaron a noventa y siete (97)

hogares, los cuales sumaban un total de trescientas sesenta y un personas (361). Si bien en el trabajo no realizan un tratamiento estadístico de los datos, por lo cual no se puede afirmar el grado de representatividad de los mismos, algunas cifras resultan de interés para aproximarse a las características del barrio. Un 26.7% de los entrevistados se atendían en ASSE, un 19,4% en el Hospital Militar, un 5.4% en el Hospital Policial y un 47.9% en Mutualistas. Es importante destacar que en la encuesta no incluyen hogares de los otros barrios comprendidos en el área de salud de la policlínica.

Con el fin de hacer una caracterización de la población que efectivamente utiliza o ha utilizado los servicios de la policlínica se construyó una base de datos con información de de todas las historias clínicas abiertas en algún momento en la policlínica. La base de datos fue elaborada y sistematizada a partir de un cuaderno de papel (con formato de índice) donde existía un registro de las historias abiertas<sup>23</sup>. Digitalicé y sistematicé los datos de inicial del apellido, sexo y fecha de nacimiento y caractericé la población según sexo y tramos etáreos, calculando la edad de la persona a la fecha de realización del relevamiento (Agosto 2013). Cabe aclarar que si bien el índice incluye a todas las historias clínicas que fueron abiertas en dicha policlínica, no especifica si en la actualidad los usuarios cuentan con derechos asistenciales en ASSE o en otro prestador.

Cuadro 1: Caracterización de Usuarios de Policlínica Villa Farré Agosto 2013

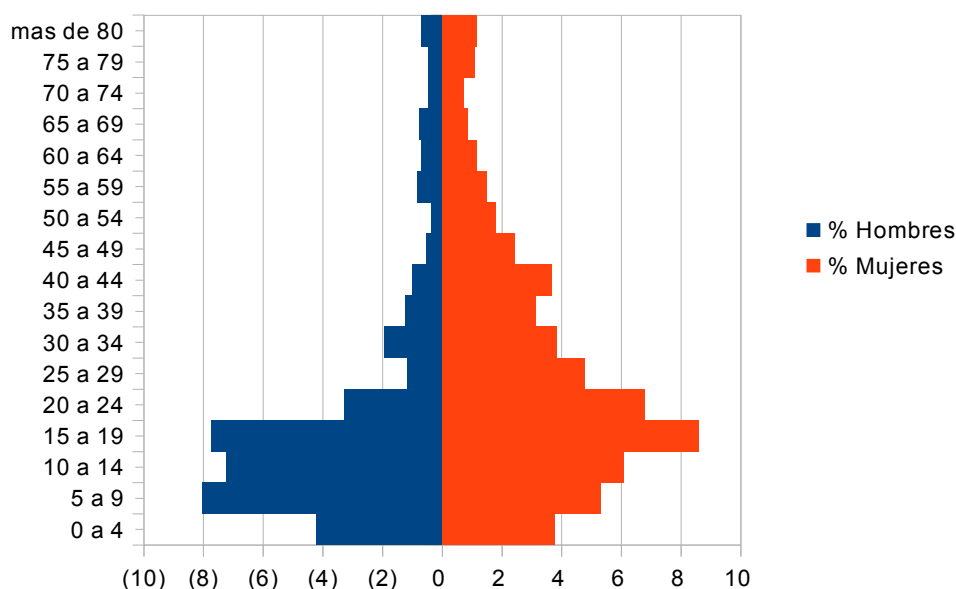
Grupos de edad	Población total (H+M)	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
0 a 4	101	54	4,2	48	3,8
5 a 9	170	103	8	68	5,3
10 a 14	171	93	7,3	78	6,1
15 a 19	209	99	7,7	110	8,6
20 a 24	129	42	3,3	87	6,8
25 a 29	76	15	1,2	61	4,8
30 a 34	74	25	2	49	3,8
35 a 39	56	16	1,3	40	3,1
40 a 44	60	13	1	47	3,7
45 a 49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

Fuente: Elaboración propia en base a Índice de Historias Clínicas

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

Como se observa en el cuadro, el total de las historias clínicas abiertas en la policlínica estudiada en el período considerado es de 1280. De ellas, el 41,6% corresponde a hombres y el 58,4% a mujeres. A partir de la base de datos se construyó una pirámide poblacional de la población de usuarios.

Gráfico 1: Pirámide Poblacional Usuarios Policlínica Villa Farré  
Agosto 2013



Fuente: Elaboración propia en base a Índice de Historias Clínicas

Al analizar la composición por sexo, encontramos que la mayoría de los varones se ubican entre los 0 y 19 años de edad. Los niños y lactantes (0 a 9) representan un 12,2% de la población total y un 29% de los varones, los adolescentes (10 a 19) representan un 15% de la población total y un 36% de los varones, los adultos (20 a 59) representan un 10,6 % de la población total y un 25% de los varones y los varones en edad avanzada (60 años o más) representan un 3,2% de la población total y un 8% de los varones. En el caso de las mujeres, las niñas y lactantes (0 a 9 años)<sup>24</sup> representan un 9,1% del total de la población y un 16% del total de las mujeres; las adolescentes (10 a 19 años) un 14,7%

<sup>24</sup> Se toma para la periodización de las distintas etapas vitales (niñas y lactantes, adolescentes y adultas) así como para las mujeres en edad fértil las referencias de la OMS para Salud de la Mujer (Noviembre 2009).

del total de la población y un 25% del total de las mujeres, las adultas (20 a 59 años) un 27,9% del total de la población y un 48% del total de las mujeres y las mujeres en edad avanzada (60 años o más) un 5,1% de la población y un 9,1% del total de las mujeres. Las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) representan un 30,8% de la población y un 53% del total de las mujeres.

Mientras que la población masculina se concentra en la infancia y adolescencia (sumando ambos grupos un 65% del total de los varones), en el caso de la población femenina se destaca especialmente las mujeres en edad fértil (15 a 44) quienes componen un 30,8% de la población total y un 53% de las mujeres. Estos datos coinciden con lo observado durante el trabajo de campo en diferentes instancias, días y horas en sala de espera, donde se observa en su mayoría mujeres, solas o a cargo de niños. Adolescentes, tanto varones como mujeres de entre 13 y 18 años aproximadamente participan del Espacio y Adolescente y algunos adultos y adultos mayores del grupo ODH.

**Cuadro 2: Hombres y Mujeres según etapas vitales (números absolutos)**

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

Fuente: Elaboración propia a partir de registro de Historias Clínicas

Resulta llamativo el hecho de que en números absolutos hay más varones que mujeres en la infancia y adolescencia. Esta característica se revierte para las etapas de adultez y edad avanzada, siendo especialmente significativa la diferencia en la etapa de la adultez. Estas cifras dejan algunas preguntas abiertas sobre la utilización de la policlínica de Villa Farré y de los servicios del primer nivel de atención en general, por parte de varones jóvenes adultos. ¿Cómo es la distribución de la población según edades y sexo en otros servicios del primer nivel de ASSE? ¿Los varones adultos consultan menos en servicios de salud del primer nivel que las mujeres de la misma edad? ¿Es posible que los varones adultos estén insertos en el mercado laboral formal en mayor porcentaje



que las mujeres y que elijan utilizar servicios de IAMC en vez de servicios de ASSE? ¿Sería necesario pensar en políticas de promoción y prevención en salud desde el primer nivel orientadas a varones adultos? Estas preguntas exceden el alcance de este trabajo, pero las dejamos planteadas para futuras investigaciones.

Asimismo, se realizó un cálculo de los potenciales usuarios de la policlínica. Para ello se tomaron los microdatos del último Censo Nacional del INE realizado en el 2011 (disponibles a la fecha) para el área de referencia de la policlínica. Se consideró la sección censal número 11 del departamento de Montevideo y dentro de ella los segmentos 69 y 91. El segmento 69 queda comprendido en su totalidad dentro del área de referencia mientras que el 91 es un poco mayor. En el segmento 69 se contabilizaron un total de 947 viviendas, y un total de 3191 personas. De ellas, un 48,79% son hombres y un 51,21% mujeres. En el segmento 91 se contabilizaron un total de 1621 viviendas, y un total de 6093 personas, de las cuales un 50,42% son mujeres y un 49,58% son hombres. La población total del área de referencia de la policlínica sería de 9284 personas. Según Bertoche et al. (2010) en la zona de referencia del CSJH, el 66,7% tiene derechos asistenciales en el sector público. Tomando ese porcentaje como referencia, podemos afirmar que de las 9284 personas que viven en el área de referencia de la policlínica, un total de 6192 personas podrían tener derechos asistenciales en el sector público. Resulta pertinente recordar que dentro del sector público también están comprendidos los usuarios de sanidad policial y militar ya que en la zona residen policías y militares debido a la cercanía de cuarteles y viviendas policiales. Existe por convenio la posibilidad de que usuarios de sanidad policial utilicen servicios del primer nivel de ASSE, pero no así con los usuarios de sanidad militar.

A partir del trabajo de campo y las observaciones en sala de espera y en los diferentes espacios se pudo identificar un núcleo de usuarios ‘asiduos’, que participan de actividades colectivas como el grupo ODH y el Espacio Adolescente (EA) y otro grupo de usuarios ‘esporádicos’ que asisten a consultas asistenciales (programadas o espontáneas) pero no participan de actividades colectivas.

Figura 2: Sala de Espera.



Fuente: Imagen tomada durante trabajo de campo con consentimiento de los usuarios. Año 2013

Los usuarios ‘esporádicos’ concurren a la policlínica a realizar consultas programadas (controles) o espontáneas. Se caracterizan por ser mayoritariamente mujeres y concurren generalmente con uno o más niños a cargo (hijos, sobrinos, nietos) ya sea que realicen la consulta por ellas o por alguno de los niños. Estas usuarias provienen tanto del barrio donde se ubica el servicio de salud como de barrios aledaños. Todas las usuarias a las que se entrevistó en sala de espera eran usuarias de ASSE y se atendían previamente en otro servicio de la zona (Centro de Salud o Policlínica Municipal). Comenzaron a asistir a este servicio de salud por recomendación de alguna amiga, vecina o familiar. Las usuarias valoraron como principal característica positiva que el servicio es tranquilo (en relación a la cantidad de usuarios que asisten a otros servicios), es lindo y las expresiones de ‘atienden bien’ o ‘acá te tratan bien’ son muy frecuentes. La relación de afinidad y confianza generada con el profesional es valorado como un elemento importante para elegir el servicio y seguir concurrendo. Sin embargo, el tiempo de espera para la consulta es criticado en algunos casos por ellas. Se observa en la sala de espera expresiones que van desde suspiros y otras expresiones corporales que denotan cansancio o aburrimiento, consulta frecuente de la hora en el reloj del celular, hasta comentarios por lo bajo entre alguna de las usuarias. En algunos casos también se observaron comentarios entre las usuarias y la conserje en relación a los tiempos de

duración de la consulta. Durante las observaciones en sala de espera se realizó un registro de los tiempos que duraba la consulta (desde que entraba un usuario hasta que salía del consultorio) y el tiempo que se demoraba en llamar al siguiente usuario una vez que salía el anterior. Los tiempos de consulta son variables, oscilando entre 10 minutos y media hora, y en algunos casos extendiéndose hasta cuarenta minutos. El tiempo de demora entre usuario y usuario también oscila, en algunos casos se llama de manera inmediata y en otros llega a demorar hasta unos diez minutos.

Los usuarios que participan de los espacios colectivos tienen una apropiación del espacio, cuidado de los lugares comunes, colaboran con la limpieza y decoración de los mismos (cartelera, plantas, objetos decorativos). Asimismo es frecuente observar que lleven alimentos para compartir en instancias colectivas. Los integrantes del grupo ODH son hombres y mujeres adultos de entre 50 y 80 años, que padecen alguna de las enfermedades que motiva la formación del grupo. En la mayoría son vecinos de la Villa y estuvieron muy involucrados con la fundación de la policlínica, pero se han integrado también vecinos más ‘nuevos’ y que residen en zonas cercanas. Los y las adolescentes del EA son un grupo que de entre diez y quince jóvenes de entre 12 y 19 años que viven en ‘La Villa’ y en un barrio próximo. Utilizan las instalaciones ‘como si fuera su casa’, transitando tanto por la ‘front stage’ como por el ‘back stage’, en ocasiones con música y bailes. Esto genera en ocasiones ciertas resistencias por parte de la conserjería ya que ‘desordena’ el funcionamiento habitual de la policlínica, pero es promovido por los profesionales durante el tiempo previsto de funcionamiento del ‘EA’. Se observa un trato amigable con las integrantes del equipo de salud que incluye chistes, abrazos y juegos.

## ***B) PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA POLICLÍNICA***

En la actualidad la policlínica cuenta con un equipo multidisciplinario que desarrolla diferentes actividades se llevan a cabo distinto tipo de actividades asistenciales y de promoción y prevención en salud. Algunas de ellas son desarrolladas en el local de la policlínica por los integrantes del equipo de salud, otras en locales comunitarios o en

articulación con instituciones de la zona (intersectoriales). Las personas que trabajan y conforman el 'equipo multidisciplinario' cuentan con diferentes trayectorias vitales y educativas así como con diferentes responsabilidades dentro del sistema. La primera distinción dentro del equipo de salud es entre las conserjes y los profesionales. Luego, dentro de los profesionales, se puede distinguir entre los profesionales médicos y no médicos así como por la frecuencia con la que asisten al servicio y el tipo de tareas que realizan.

Inicialmente se contaba solo con un médico de familia y una comisión de salud integrada principalmente por mujeres voluntarias del barrio. Una vez inaugurado el local nuevo se logró la contratación de dos conserjes para realizar tareas de vigilancia. Las conserjes fueron seleccionadas entre las mujeres que habían participado anteriormente de la comisión de salud y además de las tareas de vigilancia y portería cumplen con tareas de apoyo administrativo y de enfermería. Luego se fueron incorporando los otros profesionales y también estudiantes de la residencia en medicina familiar y comunitaria y un médico internista que asiste mensualmente. Dentro de los profesionales médicos el servicio cuenta con una Médico de Familia, quien tiene la mayor carga horaria y asiste todos los días de la semana, dos estudiantes residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, quienes tienen también una alta carga horaria y asisten unas tres veces por semana al servicio, una Médico Pediatra, que asiste con frecuencia semanal y un Médico Internista, quien asiste una vez por mes. Dentro de los profesionales no médicos, está prevista una persona para cumplir con las tareas de enfermería<sup>25</sup>, asiste una licenciada en psicología que está contratada con el cargo de 'Agente Socioeducativa'<sup>26</sup> y una Partera Comunitaria. Los profesionales tienen diferentes formas de contratación, algunos por el régimen de residencias de ASSE-FMED, otros contratados por ASSE y que dependen del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo y

---

25 Durante el período en que se realizó trabajo de campo de forma sistemática y continuada desde agosto de 2012 a octubre de 2013 solo se contó un mes con el recurso de enfermería ya que la persona que trabajaba pidió un traslado a otro departamento y no se la suplió con otra persona. En Noviembre de 2013, previo a la inauguración de la policlínica se consiguió que enviaran a una persona a cumplir con dichas tareas.

26 Los Agentes Socioeducativos son técnicos contratados para coordinar y dinamizar los 'Espacios Adolescentes'.

otros contratados por Comisión de Apoyo. Las conserjes están contratadas por una empresa tercerizada que gestiona los servicios de conserjería y limpieza del Centro de Salud de Jardines.

Si bien el equipo de salud cuenta con distintas profesionales (en su amplia mayoría mujeres) los y las usuarias las nombran a todas como ‘doctoras’. La tradicional medicalización de la atención de la salud en nuestro país (Barrán 1992) que promovió un rol preponderante de los profesionales médicos puede ser un factor que explique por qué se da esa identificación homogeneizada por parte de los usuarios respecto de las diferentes profesiones de la salud. La presentación personal de las técnicas es bastante homogénea compartiendo tanto las disposiciones corporales como la estética de mujeres jóvenes de clase media. Yo misma fui tildada en ocasiones de ‘doctora’ por diferentes usuarios por compartir también ese ‘estilo’.

Las conserjes por su parte, son vecinas de ‘La Villa’, rondan los cincuenta años y son claramente identificadas por las y los usuarios como figuras diferentes, más cercanas, tanto por la función de recepción que cumplen como por una cercanía social y de clase. Se pudo observar en numerosas instancias que luego de que los usuarios salían de la consulta profesional le pedían orientaciones a las conserjes sobre cómo realizar distintos trámites: desde las condiciones para la realización de análisis clínicos como la coordinación de una hora con un especialista al cual fueron derivados. Asimismo los y las informan sobre diferentes estrategias para sortear obstáculos administrativos del sistema de salud. En la mayoría de los casos las conserjes tienen un conocimiento previo de los y las usuarias por su condición de vecinos, esto opera en algunos casos como facilitador del acceso pero en otros puede inhibirlo. Se observó en algunos casos prácticas que favorecían a ‘conocidos’ en la agenda de consultas o en la facilitación de muestras de medicamentos así como prácticas de ‘filtro’ con usuarios que ellas consideraban ‘problemáticos’.

Dentro de las actividades asistenciales en consultorio mencionamos: consultas clínicas con médico de medicina familiar y comunitaria individual o familiar (MfyC) (lunes a viernes), consultas clínicas con pediatra (semanal), consultas clínicas con partera comunitaria (dos veces por semana), consulta con médico internista (una vez por mes), espacio de orientación individual o de pareja para adolescentes con 'agente socio

educativa' (una vez por semana). Dentro de las actividades de promoción y prevención desarrolladas: jornadas mensuales de toma de PAP, sesiones del grupo ODH (frecuencia quincenal), Espacio Adolescente (frecuencia semanal), talleres sobre salud sexual y reproductiva en Escuela de la zona, talleres de preparación para el parto en CAIF de la zona, jornadas de vacunación. Además, desde la policlínica se participa de la Red Camino Nordeste (instancia de articulación intersectorial de instituciones estatales en la zona), se coordina con la Asociación de vecinos de Villa Farré y se participa de actividades sociales y comunitarias organizadas por dicha organización o por otros programas estatales que intervienen en la zona. Se destaca el trabajo en conjunto desarrollado con el programa Aleros, entre otros.

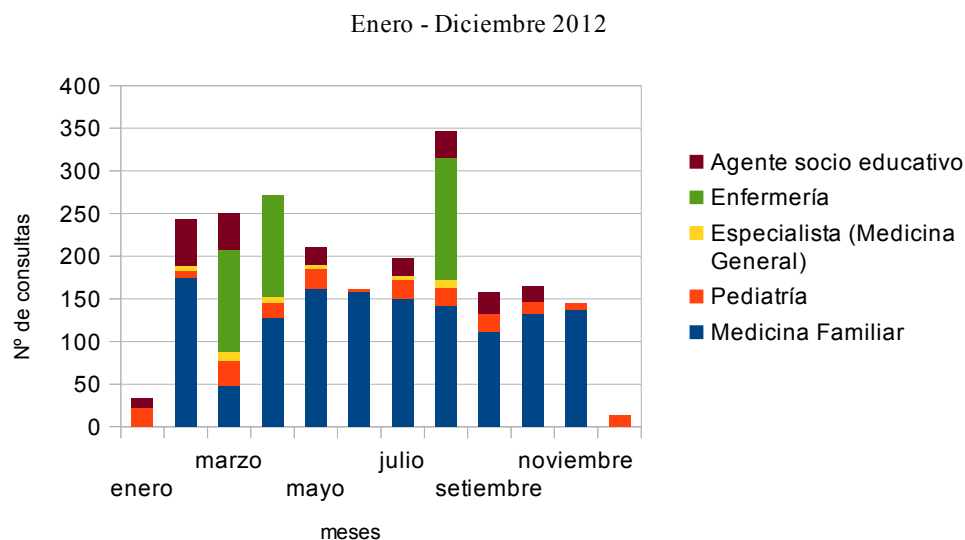
Si bien no existen estudios epidemiológicos locales, desde el punto de vista de los diferentes técnicos la mayoría de consultas son con fines de control. Se realiza control de 'niño sano' tanto a cargo de una médica pediatra que concurre semanalmente como por parte de los médicos de familia; control de adolescentes, a quienes se les otorga el 'carné de salud del/la adolescente'<sup>27</sup> el cual es exigido por las instituciones educativas. También se realizan control y seguimiento de embarazos 'normales'. En cuanto a las consultas por patología los principales motivos de consulta son infecciones de las vías respiratorias (especialmente en invierno), gastroenterocolitis, problemas dermatológicos (infecciones, hongos y alergias), seguimiento de enfermedades crónicas (obesidad, diabetes, hipertensión) y actividades de prevención secundaria como el PAP.

Según datos de los informes de gestión facilitados por la dirección del Centro de Salud, es posible tener una aproximación a la cantidad de consultas realizadas según los distintos técnicos que asisten en la policlínica. Como se observa en el Gráfico 2, en relación a las tareas asistenciales, durante 2012 se realizaron consultas de Medicina Familiar, Pediatría, Enfermería de forma intermitente, Medicina General a cargo de un Médico Internista y Agente Socioeducativa (Lic. En Psicología). Nos consta que se realizaron también consultas de Partera Comunitaria pero no hay registro de las mismas. Para la categoría de Enfermería se consideraron el Número de Atendidos en vez del número de procedimientos ya que a un mismo paciente pueden realizarle más de un procedimiento. En el caso de la Agente Socioeducativa, se consideraron los datos

<sup>27</sup> Por el decreto N°295/009 el día 22 de junio de 2009 se declara "Válido en todo el territorio nacional el carné del/de la adolescente y su uso obligatorio para los controles en salud entre los 12 y 19 años."

referidos a consultas.

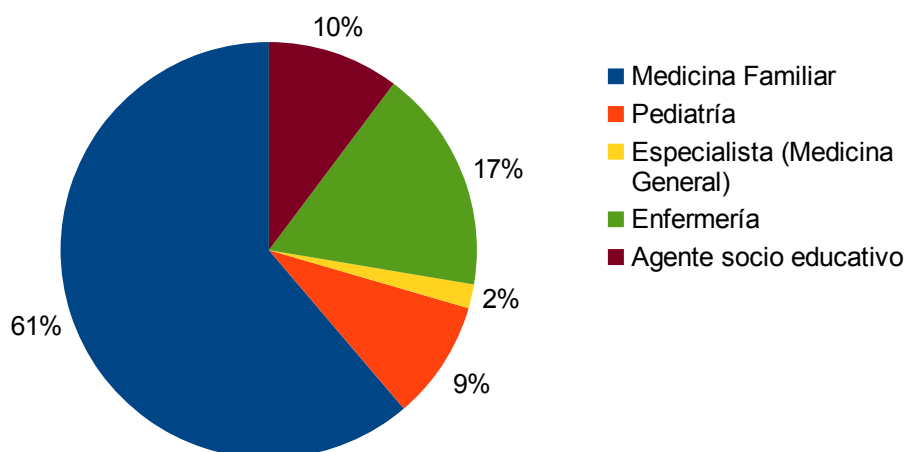
Gráfico 2: Consulta asistencial Villa Farré según profesional



Fuente: Elaboración propia en base a Informes de Gestión Policlínicas Dependientes CSJH

Según los datos registrados se observa que en los meses de enero y diciembre disminuyó sensiblemente la actividad asistencial. Sin embargo, durante diciembre de 2012 se realizó trabajo de campo y fue posible constatar que no hubo tal disminución de la actividad asistencial ya que al menos la consulta de Medicina Familiar y de la Agente Socioeducativa se mantuvo por lo que se presume un sub registro. Si se analizan los porcentajes anuales de consultas según profesional (Gráfico 3) se constata que un 61% de las consultas anuales corresponden a Medicina Familiar, un 17% a Enfermería, 10% a orientación Socio Educativa a cargo de una Licenciada en Psicología, 9% de Pediatría y un 2% de Medicina General ejercida por un Médico Internista.

Gráfico 3: Total consultas asistenciales Villa Farré por profesional 2012



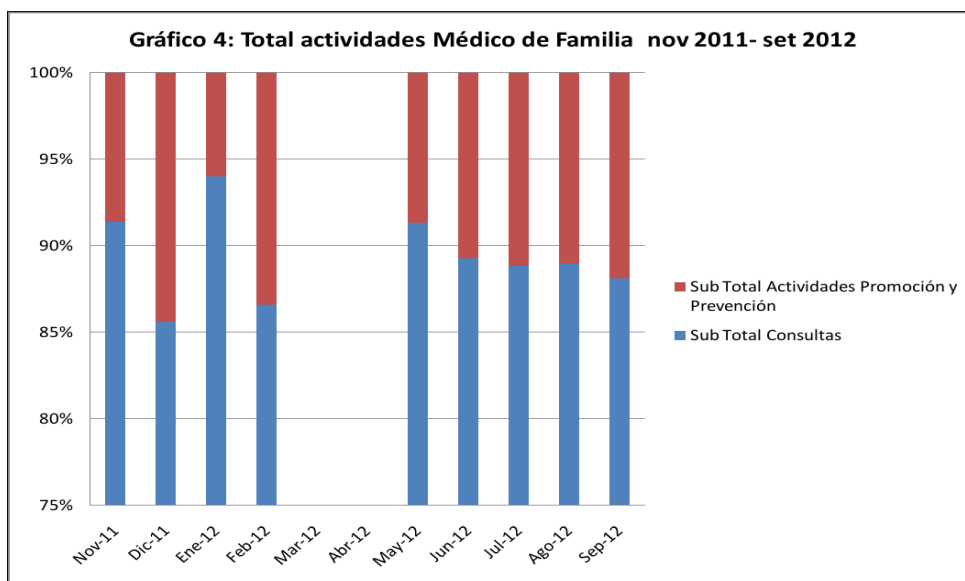
Fuente: Elaboración propia en base a Informes de Gestión Policlínicas Dependientes CSJH

A partir de datos recogidos de los informes de gestión de la médica de Familia<sup>28</sup> fue posible desagregar qué tipo de actividades asistenciales se realizan desde esa especialidad (Gráfico 4). Se distingue entre consultas y actividades de promoción y prevención en el período Noviembre 2011 – Setiembre 2012. Para los meses de Marzo y Abril no se contó con datos. Del total de las actividades anuales registradas (1401) un 89% (1251) se corresponden con consultas asistenciales y un 11% (150) con actividades de promoción y prevención. La distribución de este tipo de actividades a lo largo del año es homogénea.

---

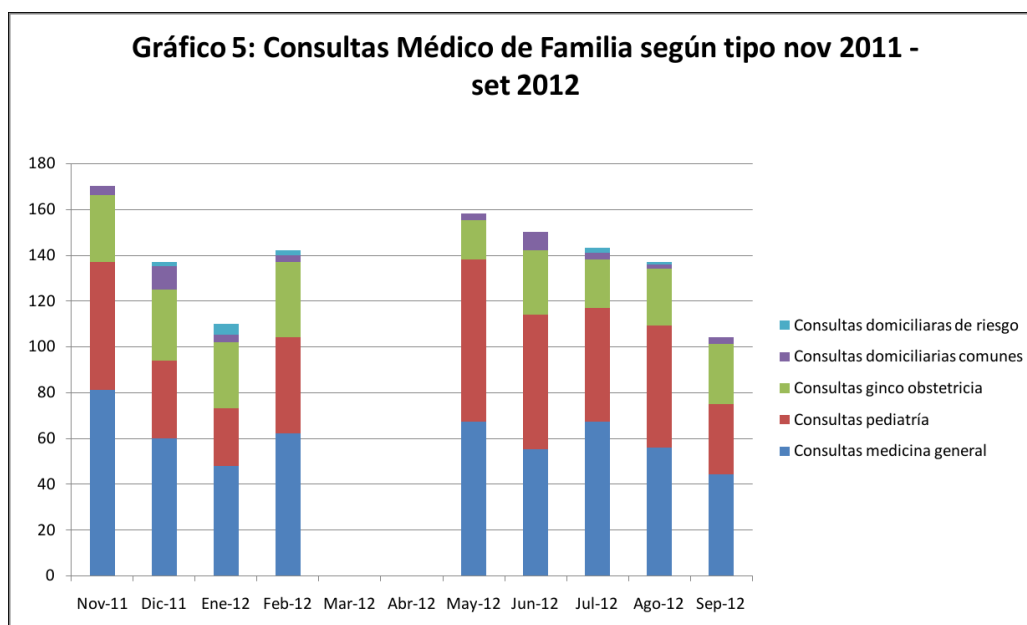
28 Los mismos cuales fueron facilitados directamente por la profesional.





Fuente: Elaboración propia en base a Informes de Gestión Médico de Familia Villa Farré

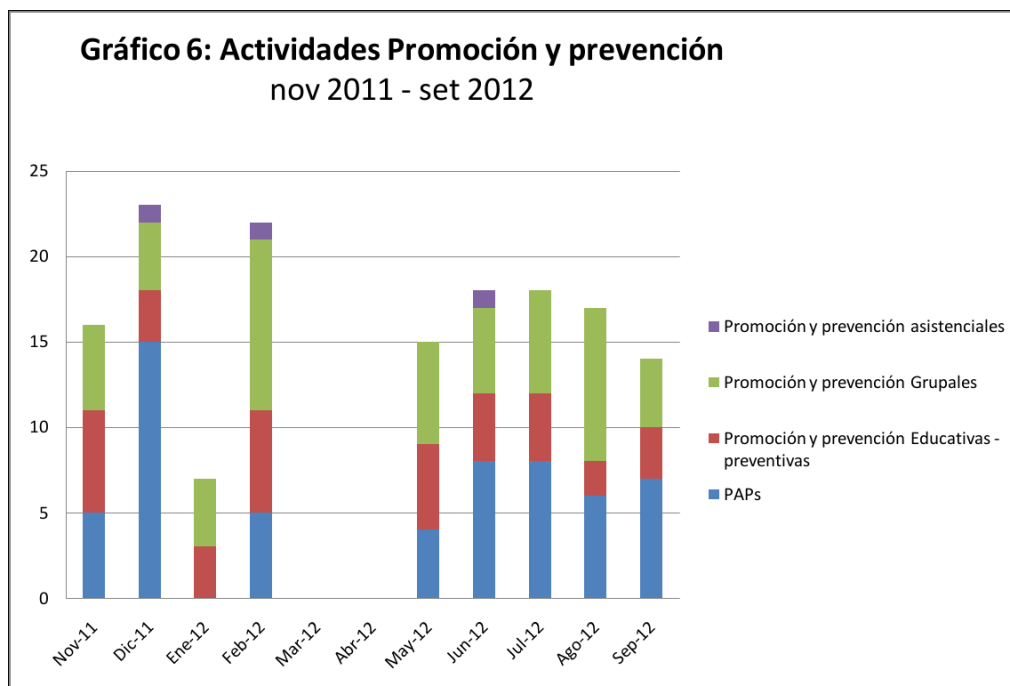
Dentro de las consultas llevadas a cabo por la médica de familia se distinguen consultas de medicina general, pediátricas, ginecoobstétricas, consultas domiciliarias y consultas domiciliarias de riesgo (Gráfico 5). Del total de consultas anuales las de medicina general representan un 43%, las pediátricas un 34%, las de gineco obtetricia un 19% y las consultas domiciliarias un 4%, siendo de riesgo solo un 1% de las mismas.



Fuente: Elaboración propia en base a Informes de Gestión Médico de Familia Villa Farré

En relación con las actividades de promoción y prevención (Gráfico 6) se distinguen las actividades de promoción y prevención asistenciales, de promoción y prevención

grupales, de promoción y prevención educativas – preventivas y la realización de la toma de PAPs.



Fuente: Elaboración propia en base a Informes de Gestión Médico de Familia Villa Farré

Pudimos observar a lo largo del trabajo de campo que el sistema de registros médicos tiene fallas en la gestión de la información. Si bien la mayoría de los profesionales completan las planillas con los datos sobre las consultas realizadas, datos demográficos de los pacientes, y diagnóstico entre otra serie de datos, desde el Centro de Salud solo se procesan administrativamente la cantidad de consultas realizadas. En una entrevista informal que mantuvimos con la técnica de registros médicos encargada de esa tarea nos explicaba algunos motivos de esta falla en el sistema de registro. Por un lado, el sistema informático que se utiliza centralizadamente para toda la RAP-ASSE permite cargar los datos mes a mes y solo en determinado período de tiempo una vez cerrado el mes a registrar. Si bien en las distintas policlínicas dependientes los profesionales realizarían los registros, si estos no son entregados a tiempo ese trabajo 'se pierde'. Asimismo, cuando se pidió acceder a los registros originales en papel para poder reconstruir información epidemiológica, el acceso no fue posibilitado ya que el archivo no se encontraba en condiciones de ser consultado. Según nos informó la persona encargada de llevar adelante las estadísticas del servicio de salud, como el volumen de datos a

sistematizar exceden la capacidad de trabajo de una persona, se elige sistematizar solo algunos datos, priorizando la información que es requerida por las autoridades sanitarias, especialmente la cantidad de consultas y/o actividades de promoción y prevención según especialista. Aún en estos datos se observaron sub registros para algunas policlínicas o para algunos profesionales.

La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición sine qua non para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud (OPS 2001). Es fundamental que la tarea de sistematización de la información generada por los registros médicos sea priorizada ya que constatamos que se pierden datos importantes para el sistema de salud en el proceso (motivo de consulta, diagnóstico, datos socio demográficos de la población, entre otros). Si bien algunos profesionales le dedican tiempo de trabajo a completar los partes diarios, otros prefieren priorizar la atención y no agregar más tarea en lo referente a los registros, o los registros son enviados fuera de fecha a la dirección del centro de salud. Incluso en algunas policlínicas existe un sistema doble de registros, el que es pedido por el Centro de Salud y el que se realiza en el marco del programa UDAs. Creemos que el hecho de que los profesionales no reciban ningún tipo de retroalimentación sobre la información que ellos mismos aportan a construir contribuye a que no visualicen la importancia de la tarea. Existen antecedentes en las policlínicas municipales donde la información estadística procesada a partir de los registros era presentada y discutida junto con los trabajadores, a partir de distintos indicadores de uso del servicio, frecuencia, etc. (Fernandez Galeano 2000), práctica que podría ser incorporada.

## V) LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD

Como ya mencionamos, se prevee que la atención en salud en el primer nivel sea provista por equipos multidisciplinarios. Ahora bien, la denominación de 'Equipo de Salud', como se autodenominan los trabajadores de la policlínica de Villa Farré, supone cierta concepción de lo que es 'un equipo', o lo que es el 'trabajo en equipo'. El 'equipo' de salud no es algo dado por el mero hecho de que haya profesionales trabajando juntos, sino que se construye a partir de distintos intercambios.

*“(...) creo que un gran facilitador es el trabajo en equipo, el sentirte también sostenido y parte de un equipo y de un espacio, eso es alucinante, y me parece que si uno tiene un buen equipo de laburo donde te sentís cómodo y te sentís sostenido y hay ganas y un equipo creativo y todo lo demás, ahí tenés 90 %; y también el trabajo con otras redes del barrio, trabajar en la escuela, poder hacer equipos también con gente de la escuela, no solamente el equipo de la salud sino poder también generar equipo con las instituciones educativas”* (Entrevista Trabajadora Equipo de Salud (a)).

Podemos distinguir espacios formales e informales donde se va 'construyendo el equipo'. Dentro de los espacios informales, identificamos los traslados desde y hacia la policlínica, los almuerzos y los momentos entre 'paciente y paciente' en los cuales se comparte generalmente un mate. Dentro de los espacios formales identificamos a la planificación de actividades y a la 'reunión de equipo'.

El almuerzo es una instancia de encuentro cotidiana, informal. En general aprovechaban un momento donde la consulta estaba tranquila y se comía en alguno de los consultorios. Las conserjes, que viven en el barrio y trabajaban durante la mañana o durante la tarde almorzaban en sus casas antes o después de la jornada laboral y no compartían esa instancia. Durante los almuerzos se hablaba sobre todo de aspectos de la vida personal, se comentaba algún acontecimiento de las noticias o de algún espectáculo al que alguien había asistido. Las profesionales, tanto médicas como no médicas, entre las cuales también me fui incluyendo de a poco, si bien con trayectorias diferentes compartíamos varias características en común. Eramos todas mujeres, en un rango etéreo de entre 27 y 37 años, con estudios universitarios de grado concluido y varias con estudios de posgrado en curso, de clase media.

Los traslados desde y hacia la policlínica, en el auto de una de las profesionales también resultaban un tiempo y espacio productivo, donde se reflexionaba sobre los acontecimientos del día, se planificaba o coordinaban actividades y se compartían noticias de la vida cotidiana, generando un clima de confianza entre las profesionales. También 'el auto' servía muchas veces para intercambiar sobre situaciones conflictivas, problemas afrontados en la jornada laboral o malestares de algún tipo en relación con el trabajo.

La planificación de actividades en conjunto entre distintos profesionales implica un espacio donde deben generarse acuerdos entre visiones diferentes, los talleres sobre 'Salud sexual y reproductiva' con la escuela 140 (donde también se incluía a los maestros en la planificación), los 'Espacios Adolescentes' o la organización de actividades 'extra muros' de la policlínica resultaron instancias donde la perspectiva interdisciplinaria era valorado. Todos los involucrados ponían al servicio de esa planificación no solo saberes técnicos sino también creatividad, imaginación y otras habilidades adquiridas en distintos ámbitos de la vida y que no provenían necesariamente del campo disciplinar. Esto me interpeló también en mi rol de investigadora, fui de a poco integrándome al 'equipo' y construyendo mi experiencia de trabajo de campo no solo observando las prácticas y acciones de los otros, sino también comprometiéndome con dicha experiencia. Ese compromiso fue in crescendo, no solo bastaba con estar, sino que también era necesario animarse a intercambiar opiniones y contrastar visiones.

Las 'reuniones de equipo', se realizan mensualmente y participan la mayoría de los profesionales, las conserjes y también asistían dos Licenciadas en Enfermería del Centro de Salud que supervisan las policlínicas dependientes. En ocasiones se invitaba a técnicos de programas estatales que estaban trabajando en territorio como Uruguay Crece Contigo, Aleros, Jóvenes en Red, ETAF, Socat, entre otros, o de instituciones estatales de la zona (Escuelas, Liceo, CAIF) con el fin de coordinar las acciones a nivel local y planificar acciones en conjunto. Ese día la actividad asistencial era suspendida. Haber sido invitada a participar de las reuniones de equipo fue una oportunidad de ver en funcionamiento al 'Equipo de Salud'. La médica de Familia tenía en dichas reuniones un rol de organizador, ya que llevaba adelante los puntos del orden del día, en los casos

que era necesario realizaba las presentaciones pertinentes y moderaba el uso de la palabra. Los temas tratados variaban desde anuncios 'bajados' desde la dirección del centro de salud sobre cambios en la gestión de algún trámite (números para especialistas, horarios de funcionamiento de algún servicio, etc.), la situación de algún usuario en particular que se considerara de interés mencionar a los otros integrantes, funcionamiento de actividades asistenciales de la policlínica, planificación y coordinación de actividades 'extra muros' como se les denominaba en sentido genérico a cualquier actividad de promoción y prevención en salud realizada con alguna institución de la zona, novedades de Programas de Salud Ministeriales, problemas de funcionamiento interno de la policlínica, etc. Los acuerdos se registraban en un acta que posteriormente era enviada a todos los presentes vía correo electrónico.

Además de funcionar como una instancia de planificación conjunta de las tareas a ser desarrolladas por el servicio de salud, las reuniones son espacios de circulación de información sobre actividades científicas y/o académicas y sociales entre los profesionales, así como novedades e informaciones sobre los últimos acontecimientos del barrio con las conserjes. También se comparten estrategias del proceso de atención entre los integrantes del equipo, ya fuera en relación al abordaje de determinado paciente o situación con la familia de algún usuario como sobre cómo obtener de la mejor forma posible y en el menor tiempo posible los análisis y estudios paraclínicos que necesitaban solicitarles a sus pacientes, cómo derivar a determinado paciente con un especialista 'codiciado' para el cual hubiera pocos cupos, a qué programa estatal se podía derivar a alguien, etc.

Pero el trabajo en equipo también supone tensiones. Es conocido que el sistema de salud biomédico es un sistema jerárquico y centrado principalmente en la figura del médico<sup>29</sup>

---

29 Menéndez ha definido al Modelo Médico Hegemómico como un modelo que está presente en los sistemas de atención biomédico y que se ha ido fortaleciendo y consolidando especialmente luego de la década del 60'. Si bien este modelo ha recibido fuertes críticas de la sociedad en las décadas del 70' y del 80' sigue vigente. Los principales rasgos del MMH son: "(...) Biologicismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente subordinada, exclusión del saber del paciente, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez 1978, 1981, 1983, 1990a en

y que establece jerarquías entre las personas que integran un equipo según su grado de formación y/o especialidad. En este caso, como ya mencionamos, se puede distinguir dentro del equipo entre profesionales y conserjes y a su vez dentro de los profesionales entre médicos y no médicos (psicóloga, partera, licenciada en enfermería). Además de las posiciones diferenciales respecto del saber biomédico, a la hora del trabajo en conjunto en los vínculos establecidos no sólo se ponen en juego niveles de formación o perspectivas disciplinares, sino también de características personales. Las afinidades, los gustos, las posturas ideológicas y las formas de manejar los ámbitos de poder de cada se ponen en juego también en el trabajo y muchas veces de forma conflictiva. Es importante considerar que por las características del proceso de conformación de la policlínica y por la particularidad de la figura de las conserjes (que analizaremos a continuación capítulo), el poder dentro del Equipo de Salud no está dado solo por el nivel de formación (saber) sino también por los apoyos y alianzas a nivel social.

A pesar de estas tensiones presentes, podemos afirmar que se observaron distintos mecanismos para tramitar dichos conflictos que fueron más o menos efectivos. Si bien el conflicto es inherente a los grupos humanos, entendemos que en un conjunto de personas que trabajan juntas en pos de servir y cuidar a otras, dichos conflictos no deberían paralizar su tarea. El contar con un espacio institucionalizado de 'reunión de equipo' es importante en este sentido ya que la reunión de equipo opera como una instancia reglada<sup>30</sup> donde poder tramitar los problemas y diferencias. En la mayoría de los casos era posible generar acuerdos de funcionamiento generales más allá de las personas puntuales involucradas en los problemas.

#### ***A) 'PONIENDO LA CARA TODOS LOS DÍAS': LAS CONSERJES***

Las conserjes son, a la vez, usuarias de la policlínica y trabajadoras de la misma.

---

Menéndez 2007:194).

30 Todos los integrantes son convocados en un día previamente acordado y durante el horario laboral, se establece un 'orden del día' mediante el cual todos los integrantes están al tanto de los temas a discutir y a su vez es posible introducir nuevos temas a dicho orden. Asimismo se realizan actas con los acuerdos a los que se llegó y las mismas son socializadas entre todos los integrantes del equipo aunque no hayan podido participar.

Integran el 'Equipo de salud', pero no entran dentro de la categoría de profesionales. Si bien su cargo de conserjes estipula que deben hacer tareas de vigilancia, las tareas que desempeñan efectivamente exceden su función formal. Ambas conserjes habían integrado previamente la comisión de salud y habían trabajado de forma honoraria en los locales vecinales.

*“En la policlínica esta trabajo hace un año y medio. Pero trabajé casi cinco años como voluntaria. Cuando se inició la policlínica acá en el barrio yo ya trabajaba. No trabajaba como ahora de lunes a viernes. Trabajaba dos veces por semana.(...) Y la única tarea sería, servir al público y dar información. Pero, yo me salgo de la tarea y tomo la diabetes, tomo la presión, peso, mido, ayudo a la doctora en la tarea de la policlínica. Hago tarea de archivo también porque saco las historias, guardo las historias, anoto a los pacientes. Todo eso que no lo debo hacer pero lo hago igual.”*  
[Teresa]

Durante los meses que en la policlínica no se contó con auxiliar de enfermería las conserjes también ayudaban con este tipo de tarea, desde toma de medida y peso, toma de presión, realización del hemoglucotest, manejo de archivo de historias clínicas entre otros. La creación de la figura de conserje y la posibilidad de contar con dos cargos rentados para cubrir las tareas de apoyo que antes realizaba la comisión de salud de forma honoraria surge luego de que las integrantes de la comisión de salud decidieran no seguir trabajando gratis y comienzan a presionar.

*“Pero nosotras estuvimos allá un tiempo. Estábamos. Y un día dijimos bueno, vamos a decir que no hay más el voluntariado. Dijimos viste ponele, un mes, dos meses, no vamos a ir, para ver si nombran. Porque claro, ahí ya habían ampliado todo y faltaba la parte de secretaría, de enfermera. (...) Y nombraron a esa empresa tercerizada que nombraron a María y a Teresa que cubren todo el día.”* [Blanca]

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

*“Y bueno ta, cuando vinimos para acá a mis siempre me habían dicho, que me iban a tomar, que me iban a tomar y bueno, yo veía que no, no aparecía ninguna solución. Ta, buenísimo. Sos divina porque trabajás gratis y funciona bárbaro la policlínica pero no te pagan un sueldo nada. (...) Y siempre me dijeron (...) 'a bueno, si, ta cuando esté ya si, te irán a tomar, te irán a tomar'. Después ta, no estaba ella. Cambiaron las*



*autoridades y y, el director también. ¿Entendés? Entonces yo un día fui y le dije, bueno, está la policlínica, empezó a funcionar ya acá ¿me van a tomar? Ah, no. Porque no tenés tercer año de liceo. Ta. Entonces yo, no trabajo más. Gratis no trabajo más. Mandé una carta a Jardines deslindándome del tema. Y después cuando vino la empresa, que iban a poner conserje de día, habló con la doctora a ver si conocían a alguien y ella los mandó para que hablaran conmigo. Y yo a su vez les dije de Teresa. Porque ta, porque me pareció que lo correcto es que los que arrancamos, los que estuvimos desde hace más años, eran los primeros que teníamos que ingresar.” [María]*

Si bien había otras vecinas que colaboraban de forma honoraria sin tener una expectativa laboral, en otros casos esto no quedaba tan claro. Una de las mujeres que había integrado la comisión de salud durante la entrevista por momentos se vio reticente a hablar sobre la policlínica. Mencionó que estaba actualmente desvinculada de la misma e incluso a partir de la reforma en el SNIS había elegido cambiarse a una mutualista. Finalizada la instancia 'formal' de la entrevista, casi al despedirnos, dejó entrever la idea de que estaba decepcionada porque ella no había sido 'tenida en cuenta' para que 'la tomaran' como funcionaria. En la priorización por determinadas vecinas para integrar el puesto frente a otras se alegan derechos adquiridos moralmente por el fuerte compromiso demostrado durante la etapa de trabajo voluntario.

*“(…) y, bueno, fue ahí cuando se buscó la forma de poder contratar a María y a Teresa, no es la mejor, no estamos conformes, entraron de conserjes de una empresa subcontratada, cuando en realidad a ellas se las podría haber ido capacitando y ser personal directamente, funcionarios directamente, tienen todos los derechos adquiridos no solo por su trabajo sino moralmente, por el compromiso que ellas tuvieron antes, hay otras vecinas ¿no? pero en realidad las que primero priorizamos primero estaba María, todos priorizamos que se buscara una solución para María, y Teresa y hay otras vecinas que también participaron, que el día de mañana si se puede ver de otra forma serían por las que hablaríamos e intercederíamos ¿no? pero fue así.” [Cristina]*

La contratación con el cargo de 'conserje' se realizó mediante una empresa tercerizada que presta servicios de vigilancia, conserjería y limpieza para el centro de salud y algunas de las policlínicas dependientes. Desde que fueron contratadas por primera vez cambiaron tres veces de empleador sin que les fueran reconocida la licencia generada o la antigüedad en el cargo. Además de sus cargos como conserjes y de haber trabajado como voluntarias de la comisión de salud, tanto María como Teresa viven en el barrio desde sus orígenes. Ambas se han capacitado haciendo los cursos de Formación de Agentes Comunitarios en Salud del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, María en

la primer edición y Teresa se encontraba cursando durante el trabajo de campo. Estos cursos son ofrecidos por el Centro de Salud en conjunto con la Unidad Docente Asistencial del mismo. “El objetivo general es contribuir a fortalecer y desarrollar los recursos de la comunidad a través de la capacitación en prácticas saludables que contribuyan a la salud de la población y la construcción de ciudadanía” (ASSE 2012). María a su vez integra la comisión vecinal y es una referente barrial conocida y controversial, ya que ha tenido enfrentamientos con algunos vecinos y con gestores del servicio de salud.

Las conserjes trabajan en dos turnos de cinco horas, uno matutino y otro vespertino, cubriendo el horario de funcionamiento de la policlínica. Su puesto de trabajo se ubica en la recepción, por lo que son la primer persona que recibe a los usuarios cuando entran al servicio de salud, además de que son quienes atienden el teléfono. En algunos horarios, la policlínica está abierta pero no hay profesionales trabajando, y son las conserjes quienes quedan allí. Podríamos afirmar, que las conserjes son el primer contacto que los usuarios tienen con el servicio de salud, como comentó Teresa el día de la inauguración oficial de la policlínica, *“Tendríamos que estar nosotras allí<sup>31</sup>, somos las conserjes quienes estamos todos los días poniendo la cara con los usuarios”*. Además de estar todos los días en la policlínica, las conserjes son quienes viven en el barrio, quienes se encuentran con los vecinos – usuarios en las actividades cotidianas, quienes se quedan cuando los médicos se van, quienes están los fines de semana, quienes tienen la experiencia personal de ser usuarias de salud pública, de vivir en ese barrio, de enfrentarse a los problemas y dificultades que otros vecinos/as usuarios/as se enfrentan.

*“ -Igual que a vos, al ser agente comunitaria mucha gente te viene a preguntar, un sábado, un domingo si le da o no le da. O si tengo remedio para darle para la fiebre.*

*-¿Y vos qué hacés?*

*-Y si tengo para la fiebre le doy. Porque la fiebre la tenés que bajar si o si. Después lo demás no. En esta zona hay muchas cosas, mucha gente que le enchufa a los niños ya de entrada antibióticos. Así, chun. Acá es muy fácil conseguir, se consigue como si vas a un almacén y pedís caramelos. Acá es muy fácil conseguir medicación. En estos barrios. Se vende la medicación como se vende en la feria. Cómo la consiguen no se. Los inhaladores, antibióticos. Por 50 pesos conseguís un antibiótico, conseguís un amoxidal 500. (...)*

---

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

*-Y vos decías que en tu casa recibís muchas consultas de gente que ...*

*-Que me va a preguntar. Como me van a preguntar - ¿Y el lunes me lo podrá ver la doctora que está con fiebre?'- Y ahí le tengo que preguntar – Bueno, hace cuántos días que está con fiebre? – Si hace cuatro días que está con fiebre llévalo a la emergencia. Y ahí si te mandan a controlarlo si llévalo a la doctora. Generalmente la emergencia te manda después a las 48 hrs a controlarlo a la policlínica.” [María]*

En relación a los usuarios, existe una mayor cercanía social y de clase, lo que las convierte en interlocutoras más amigables para despejar algunas dudas, pedirles favores o que intercedan ante los profesionales o incluso para informarse de diferentes estrategias a la hora de moverse dentro del sistema de salud o de otros servicios y programas estatales ofrecidos. Además, se encargan de llevar la agenda de las consultas programadas y por lo tanto, su criterio pesa a la hora de darle mayor o menor prioridad a una consulta o la flexibilidad de negociar según los horarios de consulta disponible lo que le resulte mejor para el usuario. Teresa a su vez también está encargada de citar telefónicamente a los participantes del grupo ODH antes de cada sesión, a quienes llama semana a semana motivándolos para asistir.

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

*-'Cambíame a Santiago que tenía hora para las 11 que fue a ver un trabajo', le dice a María.*

*-'¿Santiago está trabajando?', pregunta María*

*-'No, no está trabajando. Ahora fue a ver un trabajo'.*

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

En otros casos interceden o articulan entre las doctoras y los usuarios.

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

*María – No creo que te la mande si no la ve. ¿Porqué no la traés más tarde?*

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

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

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

*“Llega un señor. Saluda a María. Parecen conocidos. María le comenta que 'le*

*consiguió' hora para el médico internista que atiende en la policlínica una vez al mes en el Centro de Salud. 'Usted va primero a la dirección y pregunta por Pérez que como lo anoté por teléfono, ella le tiene que dar el papelito. Cualquiera cosa si no está ella usted pida que ella lo dejó atrás de la impresora.'* [Cuaderno de campo. Sala de espera.]

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

*“¿Sabés lo que pasa? Que una cosa es que vos hagás un curso de agente comunitario y otra cosa es que vos te involucres con la comunidad. Porque gente por ejemplo que hace los cursos pero no le gusta la gente de la comunidad. Y eso se ve. Será que yo a veces les trato de solucionar. Pero yo también estuve a veces de ese lado del mostrador de que, entendés, se me enfermaba la gurisa y no tenía donde llevarla o no había número. A vos a veces se te enferman y no tenés plata para tomarte un taxi o para ir a otro lado. No se, yo lo veo desde ese punto de vista. A mi me gusta el trabajo comunitario que yo hago y ta, siempre y cuando uno lo sepa hacer responsablemente. Pero no a todo el mundo, entendés, le gusta. Eso es lo mismo que acá. Yo podría decir, bueno, yo trabajo acá y que se venga todo abajo. Pero si veo una pared sucia voy y la limpio. Las plantas las tengo todas, las traje todas yo. De lo que donaron ese arbolito es lo único que queda. Las plantas, ta, las trajeron para la policlínica, pero las cuidó yo. Yo que se. Hay que poner una cartelera y las pongo, yo que se, hay que cambiar una bombita y la cambio. Pero no se, para mi esto, para nosotros esto fue una experiencia y un dolor de cabeza bárbaro. Esta policlínica, nos dio mucho trabajo. Nos dio mucho trabajo. Pero es una cosa que en comparación, vos ves todas las policlínicas que hay acá y no hay otra igual a esta, no se cuidan igual a esta. Porque acá la comunidad también la quiere, más allá de que la use.”* [María]

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

*“Al estar tan metida la comunidad en lo que es el funcionamiento de la policlínica a veces pasan cosas de funcionamiento como de pacientes de clase A, clase B, lo que sea, de acuerdo al estereotipo en el barrio, a veces se atiende mejor o se da más bola a algunos pacientes o de repente hay pacientes que no son de salud pública y que porque son colaboradores de la policlínica se los atiende (se les soluciona lo puntual, no le mandás mucha cosa ni paraclínica ni nada porque después tiene que ir a su centro de salud), como que hay mucha disponibilidad a algunas situaciones que de repente no le correspondería pero como son colaboradores y amigos de la policlínica yo que se pero a otras personas que si les corresponde, que son de salud pública, este, les corresponde la atención ahí no tienen tanta dedicación o por el estigma que tienen en el barrio o*

*porque se consumen drogas o por el estigma que se trae, este, o por la prioridad que le da la persona que agenda a veces en el momento. Y hay cosas que parece que son impostergables a veces porque es un amigo o por lo que sea y otras que parecen no tan importantes a veces. ¿Se entiende?” [Trabajadora Equipo de Salud (b)]*

Las personas adictas a la pasta base, son los que han sido fruto de mayor estigma y conflicto a lo largo del trabajo de campo. Alusiones despectivas a su consumo problemático, comentarios en relación a actividades delictivas atribuidas a estas personas como robos cometidos en el barrio (incluso la casa de una de las conserjes fue robada por una usuaria de la policlínica calificada de 'adicta'); alusiones a su aspecto personal (descuido en la higiene y vestimenta), a su conducta sexual (tachada generalmente de promiscua) y en las mujeres a su condición de 'malas madres'. Durante diferentes instancias del trabajo de campo presencié comentarios de ese tipo.

*Mañana de lluvia. Conversamos con la pediatra que está sin pacientes en la consulta y María en la sala de espera. Tomamos mate, ceba María. Me comenta de algunas situaciones de Salud Pública que la frustran, porque quedan las cosas a medio hacer, sin resolver.*

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

*-Pero yo que los conozco a los dos de niños, el padre es bien, pero la madre, es adicta, drogadicta. (...)-*

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

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

*“-Creo que también la gente que trabaja en la policlínica y es también de la zona, creo que también está con determinados... No se como decirle. Claro, la palabra no es prejuicio, pero ya tiene, trabaja en la zona, vive en la zona, todo, es como que (suspira) muchas veces es como que... muchas veces es como que ... ¿me entendés lo que quiero decir? Creo que me entendés (risas). Lo que quiero decir es que tenga una visión más de vecino y no tanto de técnico. Entonces eso puede hacer que limite un poco, por*

*ejemplo, en algunos aspectos*

*-¿En el relacionamiento con los usuarios decís?*

*-Sí, o en la llegada de determinado usuario. Si por ejemplo llega un usuario y yo ni lo conozco, yo que se, si, antes sacaba fecha y no se atendía, o por ejemplo 'No, está acostumbrado a pedir fecha y no atenderse, entonces para qué'. No, si yo no lo conozco, le doy fecha y yo que se. Por ejemplo, digo el tema de la fecha como un ejemplo, no de la realidad. Quiero decir que si yo no conozco al usuario porque no soy de la zona no tengo la manera de catalogarlo, clasificarlo o encasillarlo en nada. Porque no lo conozco. Es como que vinieras vos, 'peteco' o cualquiera que tenga carné de asistencia. Es lo mismo. Así como también, tener una persona que es del barrio o de la zona facilita un montón de cosas. Por ejemplo, si alguien no viene a la consulta te dice, 'No te preocupes, que yo te la encuentro en el almacén y te la traigo'. Que yo si vengo a trabajar y vivo en el centro seguramente no me la cruce ni en el almacén, ni en la feria, y no se cuándo la vuelva a ver si ella no viene. Osea, como todo tiene sus pro y sus contras. [Trabajadora Equipo de Salud (c)]*

Una mañana, durante uno de los 'Espacios Adolescentes' se estaba desarrollando una conversación informal entre la Agente Socio Educativa, la médica de Familia y cuatro jóvenes que estaban participando del espacio, tres varones y una chica. Si bien María no participa formalmente del espacio, como la charla se estaba dando en la sala de espera de hecho quedó incluida. La discusión giraba en torno a temas de violencia entre jóvenes y abusos sufridos por personal policial. Surgió a raíz de algo que le había pasado a uno de los muchachos esa semana. Había tenido problemas con otro muchacho de un barrio vecino, '*se había sacado*' y lo habían mandado a la comisaría. El joven contaba que en la seccional había sido golpeado por uno de los policías que allí se encontraba y él le había devuelto el golpe, dejándole el ojo negro. Al día siguiente, fue a la UTU donde estudia y el mencionado policía era el mismo que estaba realizando la vigilancia (servicio 222) en el patio de la institución educativa. El joven cuenta también otro problema que tuvo con un compañero de la UTU y cómo se '*había sacado*' y lo quería '*reventar*' con una piña americana que llevaba en la mochila. La médica de familia y la agente socioeducativa intentaban hacer intervenciones en relación al cuidado de si y del cuidado de los otros, de cómo hacer para controlar esos impulsos de ira, donde el joven decía '*sacarse*', desde una perspectiva de la prevención de riesgos. Por otro lado los jóvenes daban distintos argumentos sobre cómo era necesario '*hacerse respetar*' porque si no '*los pasaban por encima*'. La chica contó a su vez cómo a su hermano lo habían ido a '*buscar a la casa*' jóvenes de otro barrio para '*matarlo*'. Si bien

su hermano había sido amenazado previamente por mensaje de texto y había hecho la denuncia en la comisaría, la misma había sido ignorada por los policías. Sucesivas situaciones de violencia policial hacia los jóvenes y violencia entre los jóvenes eran intercambiadas, y las profesionales intentaban intervenir desestimando las acciones violentas, proponiendo una lógica de cuidado y condenando a su vez las situaciones de abuso u omisión policial. La conversación se va caldeando y en un momento María interviene en tono agresivo dirigiéndose a las técnicas, defendiendo el argumento de la autodefensa por parte de los vecinos y de la necesidad de la represión policial a los '*malandros*'. '*Es que hay que hacerse respetar, porque si no acá te pasan por encima. Ustedes no viven acá en el barrio, ustedes vienen y se van, no tienen que salir de noche. Yo a mi hija después que llega del liceo no la dejo salir ni al almacén.*' [Cuaderno de campo] Mientras que desde las profesionales se sostenía una postura de evitar el conflicto violento y una perspectiva de derechos de los adolescentes frente a la violencia policial, desde la visión de la conserje como vecina, muchos de esos jóvenes '*estaban de vivos*' y se justificaba en cierto sentido la represión policial. Este incidente es ilustrativo sobre cómo entran en tensión ciertas categorías y lógicas desde una moral de clase media profesional, que busca realizar una intervención en salud desde una perspectiva de derechos con otras lógicas '*locales*' derivadas de la convivencia diaria y cercana con situaciones de violencia.

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

realizaba previamente como 'agente comunitaria'). Este 'ser a la vez' puede conceptualizarse recurriendo a la categoría de 'hibridación': “(...) entiendo por hibridación procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas.” (García Canclini 2003).

La figura de 'conserje' tal y como es desempeñada en el caso estudiado se constituye en una nueva estructura en los servicios de salud descentralizados del primer nivel, que está 'entre' los usuarios-vecinos, el equipo de salud-profesionales-compañeros de trabajo y las políticas de gestión de los servicios de salud. Las trayectorias de las personas que ocupan ese cargo en el caso estudiado están atravesadas por fuertes procesos de legitimación social, pero también están expuestas a expectativas, señales y reclamos de diferentes actores los cuales pueden resultar contradictorios y generar conflictos.

Además del caso de Villa Farré encontramos que en otras policlínicas también existen conserjes rentadas por el servicio de salud, y cuyos cargos son ocupados por personas (generalmente mujeres) que han estado vinculadas con dichos servicios de salud de forma voluntaria previamente y que tienen legitimidad social local en otros espacios de participación ciudadana<sup>32</sup>. En otros casos como la policlínica 24 de Junio, encontramos la figura de “Agente comunitaria de salud”, o 'Agente en salud' como se presenta una de ellas. En el caso de la policlínica de 24 de junio se trata de dos mujeres que colaboran de manera voluntaria con el servicio de salud (sin ningún tipo de contrato o de remuneración económica) con actividades como la limpieza del local, manejar el archivo de historias clínicas, agendar pacientes y llevar el orden de la consulta y colaborar con algunas tareas de enfermería.

*“Hace tres años que estoy trabajando en la policlínica. Hago un poco la parte de pesar a los niños, tomar las presiones, ayudar en todo lo que sea necesario. Y bueno, acá estamos, hacemos de todo. Si hay algún paciente que necesite que se le tome la presión*

---

32 Nos referimos especialmente al caso de la policlínica de Cinco Barrios Unidos y a la ex- policlínica ubicada en la parroquia de Bella Italia. En el caso de la policlínica de Cinco Barrios Unidos, Betty está contratada para realizar tareas de limpieza y algunas horas de conserjería. Conocimos a Betty en el 'Cabildo abierto' organizado por el Municipio F del año 2012 a través de María, ya que Betty además de estar vinculada durante muchos años a la 'lucha' por la policlínica de Cinco Barrios Unidos también es Concejal Vecinal. En el caso de la policlínica COVIPRO sabemos que recientemente también se contrataron conserjes pero no tuvimos la posibilidad de entrevistarlos con ellas.



*se la controlo, también, que necesite hablar, desahogarse, también voy, los escucho. Si hay que llamar a una emergencia también. Voy. Llamo. Todo lo que es trabajo, más que comunitario, yo diría Humanitario, porque te tiene que salir del corazón. Si no no da” (Vanesa, Policlínica 24 de Junio)*

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

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

## B) ESTRATEGIAS DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Cuando indagamos con los profesionales qué estrategias ponían en juego a la hora de trabajar en el primer nivel de atención desde una perspectiva de APS, pudimos identificar dos tipos. Por un lado, identificamos las estrategias que los profesionales y técnicos adoptan a la hora de sortear las dificultades de fragmentación del sistema. Por otro lado, identificamos las estrategias que desarrollan en el vínculo con los usuarios, tanto a nivel de la consulta como en espacios puntuales, para fortalecer la relación asistencial.

## **i) “Terminamos tratando de sobrevivir en el sistema”**

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

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

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

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

Si bien los ejemplos varían en el tipo de problema que enfrentan, tienen en común que ante determinadas situaciones los profesionales deciden saltar los mecanismos formales previstos por el sistema de salud para poder resolverlos. Generalmente, el

mecanismo 'alternativo' recurre a contactos personales entre profesionales que trabajan en diferentes servicios de salud que son activados mediante comunicaciones informales. En otros casos, un mismo profesional que tiene inserción tanto en el servicio del primer nivel como del segundo opera él/ella mismo/a como articulador entre ambos servicios. Una de las profesionales comenta las diferentes dificultades que existen para conseguir una hora con un especialista de cardiología, y cómo en algunos casos seguir la vía 'formal', implicaría que dicha consulta no fuera realizada. Ante situaciones de pacientes que no pueden esperar para esa interconsulta, se despliegan distintos mecanismos informales, o vías alternativas.

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

En este otro ejemplo, la profesional comenta cómo dentro de dos servicios del primer nivel de atención (policlínica descentralizada y Centro de Salud) se ponen en juego relaciones interpersonales entre técnicos para facilitar la colocación de un Dispositivo Intra Uterino (DIU) a una usuaria.

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

*pero el cometido que quería se da.* [Trabajadora Equipo de Salud (c)]

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

En este otro caso, la escasez de disponibilidad de ecógrafo de acuerdo a las necesidades de salud de la población de referencia del CSJH también es 'sorteada' en algunos casos derivando a las usuarias directamente al segundo nivel de atención.

*“-Pero por ejemplo, el tema de la ecografía, es mortal. Por ejemplo, yo le solicito una ecografía a la usuaria y es, es muy difícil. (...) Hablo por Jardines pero creo que puede extenderse a otros centros. Por el tema de la ecografía había pasado que había solo un ecógrafo para toda la población de jardines y para las 12 policlínicas dependientes. Entonces a veces yo necesito solicitar una ecografía al comienzo del embarazo porque necesito saber si este embarazo está dentro del útero y en realidad está vivo y capaz que se la hacen a las 20 semanas y no en la semana 10. Porque en realidad hay muchos usuarios para usar un servicio y pocos técnicos que puedan cubrirlo entonces hace que la calidad del control del embarazo sea bastante pobre. Eso hace que si una embarazada llega al Pereira Rossell con mala calidad en el control de su embarazo capaz que todavía la retan a la embarazada. Digo 'la retan' porque a lo mejor le dicen '¡qué horrible usted por qué no se fue a hacer' ¿no? (...) Cuando viene una embarazada, y yo veo que la cosa viene más o menos, y quiero una respuesta más rápida, yo no la mando a Jardines, la paso a otro nivel. Más allá de que estaría bueno que eso se resolviera en un nivel más bajo y no en uno tan alto mando a otro nivel porque se que eso lo van a resolver más rápido. (...) No es que lleno al tercer nivel de cualquier cosa que se pueda resolver en el primero, pero muchas veces pasa esto con el tema del embarazo.*

*- ¿Y cuando decís, no derivó cualquier cosa, ese margen de decisión de qué sí y qué no, cómo hacés para tomar esa decisión?*

*-Depende de cada caso. Pero cuando creo que pone en riesgo la vida de cualquiera de los dos, la vida o creo que pueden, capaz que decir 'pone en riesgo la vida' es muy dramático, pero por ejemplo, cuando pido una ecografía y es un embarazo que está creciendo normal, que más o menos dentro de lo esperado, de los pocos parámetros que tengo para poder definir lo normal, pero creo que está dentro de lo normal, sigo esperando esa ecografía de Jardines. Pero si yo veo que eso empieza a desviarse de lo normal, por más que capaz tengo mi duda que capaz no es tan así y es un niño chiquitito y no es que esté creciendo menos, pero a la primera dificultad o señal de que eso se desvíe de su crecimiento normal ya es una señal para pasarlo.* [Trabajadora

Equipo de Salud (c)]

Según la OPS (2010) “La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Algunos ejemplos concretos incluyen la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada, con lo cual se elude la consulta ambulatoria, la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en forma ambulatoria o la prolongación de la estadía en los hospitales por dificultades para dar de alta a los enfermos con problemas sociales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.” (OPS 2010: 2)

Tanto las dificultades relacionadas con las faltas de recursos necesarios para resolver los problemas de salud en el nivel en que están previstas como las dificultades de coordinación con otros niveles, específicamente en lo que hace a la referencia y contrareferencia entre el médico de referencia de la persona y los diferentes especialistas son señales de que aún falta camino por recorrer hacia la integración del sistema de salud. Este punto de la fragmentación y descoordinación entre servicios y niveles también es percibido por los usuarios y en el próximo capítulo se abordarán las estrategias que ellos despliegan para enfrentarlas, “*Una vez que llegás a la consulta funciona bien. El tema es llegar.*” [María].

## **ii) La relación asistencial: qué está en juego para el otro**

Los profesionales y funcionarios de los servicios de salud están atravesados por orientaciones teóricas y técnicas y por las condiciones sociales y económicas en las que se desempeñan. Si conceptualizamos a la accesibilidad a los servicios de salud como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud. Este vínculo surge

de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner 2006). Sin lugar a dudas, la estructura edilicia, el equipamiento adecuado y el confort forman parte de las condiciones de los servicios de salud y conforman el espacio donde la relación asistencial se desarrolla.

*“Claro, la estructura edilicia, te da otrooo, desde todo punto de vista. Desde el usuario que viene y se siente más cómodo hasta no pasar frío en una consulta, hasta no pasar calor en una consulta si es verano. ¿No? Es como que... tener un baño en condiciones. Hay policlínicas en las que no hay un baño solo para usuarios, el baño es único y lo tenés que compartir, con todos. Por ejemplo, no, entonces creo que la estructura hace que sea más amigable también. (...) Igual creo que lo amigable de las policlínica dependientes o comunitarias de los centros de salud, aunque la infraestructura influya (si estás en el km 21 no vas a venir acá aunque sea fantástica) eh, son los recursos que trabajan en ese lugar. En este caso da para nombrar el tema de lo edilicio porque es algo que no pasa en ningún otro lado, desde la comodidad que tiene el usuario que viene hasta el técnico que trabaja. Desde poder contar con jabón para lavarse las manos y sanitas y etc, hasta la organización. Es diferente.” [Trabajadora Equipo de Salud (c)]*

La infraestructura edilicia y el cuidado del espacio es significativa tanto los profesionales a la hora de llevar adelante su trabajo, como para los usuarios, al utilizar un servicio de salud.

*Al no tener ningún cartel, no tiene ningún cartel que diga ASSE, y al verla de afuera tan fantástica, seguramente. Claro, 'yo ahí seguro que no'. Y me han dicho, no muchas usuarias, pero me han dicho 'Yo pensé que esto no era para mí', para 'mí' con estas características de pobreza que yo tengo, no podía acceder a esta policlínica. No lo dijeron muchas, pero te juro que una me dijo, 'No, yo pensé que acá no era para mí, o que no podía, o que no'. [Trabajadora Equipo de Salud (c)]*

Además de que se cuenten con condiciones adecuadas de trabajo, la mayoría de los profesionales coincidieron en la importancia del vínculo con los pacientes desde una perspectiva de trabajo de APS.

*“(...) Yo creo que como un algo grande que se puede hablar es justamente eso: lo que es educación para la salud, y no entender educación como "yo tengo conocimiento y paso conocimiento a personas". No. La educación como el contexto de un aprendizaje que se construye en conjunto, que siempre es bidireccional y siempre trabajando desde esa posición horizontal con el otro. Y yo creo que esa es la estrategia, porque esa es la estrategia en las consultas, es la estrategia cuando uno discute una conducta, esa es la estrategia que cuando uno trata de ver cuáles son las causas que llevan a alguien a*

*hacer determinada cosa, esa es la estrategia cuando estás trabajando en un grupo, esa es la estrategia de relacionarte con el otro más allá de APS, porque también lo asumo como un principio de vida, digamos.* [Trabajadora Equipo de Salud (d)]

Es importante señalar que buscar la horizontalidad en el vínculo no significa desconocer que usuario y médico se encuentran en situaciones diferenciales de saber y de poder frente a una situación de consulta asistencial. Tender hacia la horizontalidad significa intentar comprender la posición del otro. Si bien reconocen que como profesionales están en una situación de saber diferencial, el desafío sería llegar a una situación de aprendizaje conjunto. Para ello, la claridad del lenguaje empleado es muy importante.

*“tratar de hablar con un lenguaje sumamente claro. Y en eso si me empeño, pongo todo mi esfuerzo y toda mi, mis fuerzas en eso. En poder tratar de transmitir a la usuaria, desde cómo tomar las pastillas hasta porqué va a ir al Pereira Rosell por una internación de RCIU<sup>33</sup> hasta que es importante que se haga las rutinas desde un lenguaje claro, cercano (...) Creo que los términos médicos quedan para mi, para la historia, para una receta, para derivarle, pero creo que hay cosas que se pueden hablar claro, sin que la persona se asuste, por ejemplo.”* [Trabajadora Equipo de Salud (c)]

Otra de las estrategias identificadas por algunos profesionales en su trabajo en el primer nivel, es la de estar informados sobre los diferentes programas estatales y recursos disponibles y poder disponibilizar la información para los usuarios.

*“Y uno también más o menos intenta tener conocimiento de todo lo que hay para cuando uno está frente a esa situación puntual tener las formas más oportunas de articularle redes a esa persona en caso de ser necesario..”* [Trabajadora Equipo de Salud (d)]

Además del lenguaje claro y de la horizontalidad en el vínculo mencionan la 'apertura' de la consulta como otra característica importante del trabajo en el primer nivel. Esta apertura consistiría en darle al otro, en este caso el paciente – usuario, el espacio para que coloque su problemática, lo que está realmente en juego en esa situación. Mientras que en algunos casos el paciente puede tener eso claro y elaborado, en otros, se daría un descubrimiento conjunto entre el médico y el paciente dentro de la propia consulta.

*“Claro, que de repente venís vos y me decís "vengo porque me duele al orinar" y de repente tenés una infección urinaria, pero además hablando resulta que lo que vos me colocás como principal situación tuya no es eso (...) A veces, muchas veces pasa que en verdad en seguida llega el paciente, te lo vuelca, porque venía para eso, no venía por lo otro, venía para eso; pero a veces no, a veces uno lo encuentra dándole una apertura,*

---

33 Retraso del crecimiento intrauterino.

*si se quiere, a la consulta y es que surgen las otras cosas y ya te digo, no lo estoy planteando con la perspectiva de que ah yo escucho eso entonces digo esto "es el problema", no, estoy hablando de una construcción conjunta, digamos, porque identificado por la persona, por la familia o a veces por referentes, digamos.* [Trabajadora Equipo de Salud (d)]

Si bien la relación asistencial no se remite a la consulta, dicho espacio fue mencionado como un espacio de importancia en el encuentro del usuario con el sistema de salud. Para las profesionales es necesario ver la particularidad de cada persona para lo cual se emplean la apertura y flexibilidad como estrategias.

*"(...) según el problema particular, la persona más que el problema, según cada persona cómo uno se va manejando y ahí va también eso. Y poder ubicarse a eso también es la habilidad, es parte de la estrategia también, claro, tal cual, pero después va ahí la capacidad de uno siempre estar en el rol y saber que vos estás siendo el contacto con el sistema de salud en muchos casos y que cuando las cosas llegan al contacto con el sistema de salud es como que algo pasó, por lo cual se genera ese contacto, entonces uno ahí abre la puerta a todo lo que hay detrás que todavía no ha llegado al contacto, que no llegará o que se manifiesta por otras cosas. ¿Se entiende a lo que voy? Es como que es una responsabilidad importante también pararse desde el rol de ser un médico de primer contacto, si se quiere también."* [Trabajadora Equipo de Salud (d)]

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

Esta concepción sobre la horizontalidad del vínculo entra en tensión con una concepción más clásica donde el médico 'aconseja' o 'rezonga'.

*"Como la charla, como el consejo y el enseñar al principio, a veces cuando ves que te dicen todo que sí pero a veces te das cuenta que no te escuchan, a veces cuando vuelven te das cuenta que no les importó, entonces a veces también como que utilizás la coacción o la exigencia, como que te ponés vos del lado de médico, a veces como que es más como un consejo, como tratar de explicarles por qué les decís tal cosas, como de explicarles y de enseñarles por qué hacés eso, que no es como un capricho, cuando después ves que no te responden a veces empezás como a exigir y a ponerte más del lado de médico "yo soy el que sé, tenés que...", pero a veces es complicado."* [Trabajadora Equipo de Salud (e)]



La postura del enojo o del rezongo es explicada por la médica como una actitud coercitiva que se toma cuando no posee más recursos para lograr que la persona adopte conductas que ella cree apropiada ejerciendo su poder del saber médico.

Entendemos que la práctica clínica está fuertemente apoyada no sólo en las capacidades técnicas del profesional para diagnosticar (lo cual es de suma importancia) sino que también la comunicación establecida en la relación asistencial es clave para poder comprender qué es lo que está en juego para el otro en esa situación. Arthur Kleinman (2006) ha establecido en su obra que los factores culturales son importantes para los diagnósticos, tratamientos y cuidado de los pacientes en la clínica. La cultura conforma a las creencias relacionadas con la salud, los comportamientos y los valores de las personas. Desde esa perspectiva, el autor propone la importancia de indagar sobre los modelos explicativos de la enfermedad del paciente y de su familia. El “explanatory models approach” es utilizado en las universidades norteamericanas como una técnica de entrevista que intenta entender como el mundo social afecta y es afectado por la enfermedad y las creencias que el paciente y su familia tienen en torno a este padecimiento. Además, el autor afirma que es importante establecer qué es lo que está en juego ('what is at stake') para el paciente y sus seres queridos ante un episodio de enfermedad. Para poder tener esto en cuenta en la clínica, es necesario que las preguntas realizadas durante la consulta sirvan más para abrir la conversación con el paciente y su familia que para cerrarla. Indagamos con los profesionales entrevistados sobre los diálogos que establecen desde su consulta clínica con los pacientes sobre otros sistemas de atención a los cuales ellos recurrían, prácticas de autoatención que utilizaran o creencias religiosas que estuvieran presentes, en el entendido de que estas prácticas y creencias también integran las concepciones de salud - enfermedad de los pacientes.

Como vimos los profesionales entrevistados afirman que buscaban darle 'apertura' a la consulta. Esta actitud de apertura facilitaría comprender qué es lo que está en juego para el usuario y su familia, permitiendo integrar la dimensión de las creencias en torno a la salud y la enfermedad, las prácticas de autocuidado, las relaciones con otros sistemas de cura (medicina complementaria o alternativa) y las creencias religiosas del paciente en

la práctica clínica. Si bien el grado de integración de estas creencias a la práctica de atención biomédica varía dependiendo de las características de los usuarios y del ámbito en el cual se de el encuentro, entendemos que es positivo que desde el equipo de salud se busque reconocerlas. El uso por parte de los pacientes de plantas medicinales sería una de las prácticas que es indagada con mayor facilidad y asiduidad. Desde el punto de vista médico, se incluye en la entrevista clínica cuando se indaga el consumo regular de sustancias. Los profesionales estiman que como el uso de este tipo de preparados son socialmente más aceptados que otras prácticas de cura son transmitidas con menor temor a los profesionales del sistema biomédico.

*“Dentro del espacio de la consulta la verdad es que es algo que uno siempre indaga, porque es parte de los antecedentes de una persona, cuando uno pregunta por ejemplo consumo de sustancias, en el sentido más amplio, esto está incluido, es algo que preguntamos en la consulta, "bueno, ¿algún yuyo que tomes? ¿algo que tomes todos los días", es parte de entender o armar la imagen de la persona, digamos, para entender el proceso en el cual se encuentra, como que es algo que siempre es relevado pero siempre desde el conocer la situación, nunca desde una postura "ah no, estás tomando yuyos", siempre desde ese nivel. Yo creo que la postura nuestra es abierta frente a eso y motivada por lo que surja, a veces me dicen "no, tomo ginko" y me pasa que le digo bueno y tengo que ir a buscar a ver si hay algo escrito en la literatura que diga que el ginko con una insuficiencia renal puede ser complicado ¿se entiende? por ese lado. Como que integrándolo por ese lado pero siempre apoyando que si la persona está motivada con eso y se siente bien, siempre va a ser bueno, como parte de los objetivos con el rol que nosotros queremos tener.” [Trabajadora Equipo de Salud (d)]*

El uso de preparaciones (tes y tisanas) a partir de plantas medicinales es abordado con mayor precaución, ya que se parte del supuesto de precaución de que en concentraciones elevadas los principios activos de las plantas pueden ser riesgosos.

*“Eso de hierbas en general, porque las hierbas son medio riesgosas, porque a veces es como el anís estrellado que siempre se usaba en los lactantes para el dolor de panza, eso sí como que les digo, les trato... porque eso es medio arriesgado, a veces si hacen el té —no siempre— pero si se hace muy concentrado causa convulsiones en el niño, eso puede ser negativo, entonces ahí sí como que el hecho de que vaya a un curandero, que se tire el cuerito, de pronto que vaya a acupuntura, como que eso no está mal, donde haya que ingerir cosas ahí tienen que abrir el ojo (...) Los yuyos sobre todo, porque a veces se hacen esas tisanas que se concentra mucho y no sabemos lo que le puede provocar.” [Trabajadora Equipo de Salud (e)]*

Algunas prácticas de la medicina popular como 'tirarse el cuerito' o 'curar el mal de ojo' que fueron relevadas entre los usuarios también son mencionadas por los médicos como

prácticas que surgen en la consulta clínica por parte de los usuarios ya que serían socialmente 'más aceptadas'. Sin embargo, los usuarios no siempre les informarían a los médicos de las mismas.

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

En el caso de la consulta de la partera, ella identifica que si bien el período del embarazo está asociado con varias creencias y prácticas del campo de lo popular, este tipo de prácticas no es mencionada en la consulta en la policlínica. Los ámbitos donde las mujeres se sentirían más cómodas para manifestar sus creencias y prácticas populares en torno al embarazo, puerperio y lactancia serían los talleres de preparación para el parto. Mientras que no afecten la salud materno-infantil estas creencias son valoradas por la profesional como algo positivo porque implican un traspaso intergeneracional de esas prácticas.

*“Por ejemplo, se dice que si se pasa por abajo de un alambrado el niño se puede enredar en el cordón. Entonces ellas no pasan porque cuidan la salud de su niño con esas estrategias que pasan de generación en generación. Entonces yo creo que el embarazo, en el caso que me toca a mi está muy lleno de esos mitos y de esas formas de cuidar el embarazo que están relacionadas con lo popular. Que no se si muchas veces eso pueda tener una evidencia científica de que eso suceda.”* [Trabajadora Equipo de Salud (c)]

En cambio, creencias que puedan ser nocivas para la madre o el niño, como por ejemplo la afirmación de que si la madre de la embarazada no tuvo leche ella tampoco la va a tener, son abordadas por la profesional que las intenta '*desmitificar*'.

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

secularización del Estado-Nación<sup>34</sup> y la visión instalada del 'uruguayo ateo' (Da Costa 2010 en Brena 2011).

Sin embargo, en algunos casos puntuales fue posible intentar un abordaje donde se integraran las creencias religiosas de los pacientes. Una de las profesionales nos cuenta un caso donde se incorporan elementos de la religión Umbanda. Las religiones de “matriz africana” en el Uruguay incluyen un variado grupo de cultos, si bien guardan diferencias significativas que los constituyen como religiones independientes, también tienen algunas semejanzas, como el rendir culto a entidades de la naturaleza denominados 'Orishás'. Pueden distinguirse cultos afrobrasileros (Umbanda, Kimbando, Candomblé y Batuque; sincretismos surgidos en latinoamérica como consecuencia de la fusión entre la religiosidad africana con la nativo-americana y europea) y por otro lado los cultos africanos que migraron de aquel continente directamente (Brena 2011). En relación a los cultos “afro – brasileros”, Pi Hugarte denominaba al conjunto de estas prácticas religiosas “cultos de posesión”, ya que es el hecho de alcanzar estados de trance donde se “incorporan” diferentes entidades (tanto africanas como americanas) lo que singularizaba a este tipo de prácticas (Pi Ugarte (1993) en: Oro y Scuro 2013).

*“Sí, de hecho por ejemplo me pasó de trabajar con algunos adolescentes que en su familia profesan la religión Umbanda, entonces ahí es eso: tenés que entrar en esa lógica e integrar de alguna manera, y escuchar y no juzgar e integrar también esas prácticas "bueno, a ver contame cómo esto...", "¿pensás que lo que a vos te pasó es un trabajo que te hicieron?",... y esa pregunta por ejemplo, ahí te miran y aflojan porque es como "ah bueno" ¿no? (...) por ejemplo yo trabajé con una pareja que los dos eran de religión Umbanda. Y si yo no preguntaba estas cosas, yo decía "estas dos personas están delirando" ¿se entiende? Hay una línea a veces muy sutil, entre lo que puede ser un delirio o una locura de a dos, o lo que puede ser una religión y lo que puede ser una sugestión. Entonces si vos entrás en esa lógica de decir "Bueno, esto viene por el lado*

34 La primer constitución de la República Oriental del Uruguay de 1830 reconoce a la Iglesia Católica Apostólica Romana como su religión oficial. El fenómeno secularizador comienza unas tres décadas después y se efectiviza en 1919 con la una reforma constitucional, en la que el artículo 5° pasa a expresar que: “Todos los cultos religiosos son libres en el Uruguay. El Estado no sostiene religión alguna”. (Constitución de la República Oriental del Uruguay de 1918). Con el nacimiento del Estado-Nación e decidió forjar una identidad ciudadana laica y culturalmente homogénea en pos de la integración nacional (Brena, 2011). “Igualitarismo culturalmente descaracterizante [que] constituyó la piedra angular de la construcción de la nación” (Guigou, 2010: 65). Se ha invisibilizado la presencia de las particularidades para construir un único ser nacional, lo que significó el desplazamiento de las manifestaciones religiosas al ámbito privado (Brena 2011).

*de lo umbanda y por el lado de un trabajo y por el lado de la pombayira, la no sé qué, la Iemanjá", le das otra lectura distinta que si te quedás con la lectura tradicional de "está delirando", psicopatológica. (...) Y también de preguntar "Che, explicame más esto que no entiendo, y qué es esto Yangó y que son tal cosa y cómo es los Preto velho". Y después investigar, llegar a mi casa y empezar a investigar la kimbanda, la umbanda, el sincretismo, qué es un Preto, de ver cómo son los rituales; me parece que es eso, tratar de no obturar y también como meterte... (...) Yo lo que intento hacer es como abrir esa puerta ¿entendés? Que me puedas contar esto, yo no te voy a juzgar, no te voy a mirar como... y muchas cosas que puedan ser a los ojos de otra persona un delirio, si vos lo enmarcás en un contexto cultural donde todas estas prácticas y donde esto de tener un "trabajo" de que se te aparezca un "aparecido" es re normal y natural para ellos, si vos lo sacás de contexto dicen "Ay esta persona está delirando, vamos a mandarle un antipsicótico" ¿Se entiende? Pero en el barrio es algo re normal, el aparecido, y el trabajo, todo eso está super naturalizado, entonces si vos no abris un poco y no integrás esto, entonces sí, son todos delirantes." [Trabajadora Equipo de Salud (a)]*

Este caso resulta significativo porque a partir de la apertura de la dimensión de la religión en la práctica terapéutica, fue posible integrar aspectos psicológicos, sociales y culturales para la comprensión del padecimiento de dos personas y al hacerlo descartar un diagnóstico psicopatológico. A partir de enmarcar los padecimientos que los pacientes le transmitían (visiones sensoriales, fobias y paranoias) en un contexto religioso, la profesional interpreta esa situación como parte de una creencia que tenía su sentido en un marco social y cultural compartido con otros. Según Magnani (2002) en las prácticas umbandistas las perturbaciones, sean físicas o mentales, están siempre relacionadas con el plano espiritual. Las enfermedades son producidas por las interferencia del plano cósmico en la vida de los mortales. Hay enfermedades que pueden ser 'kármicas', otras que se desencadenan porque la persona tiene capacidades de 'medium' no desarrolladas u otras producidas por espíritus que poseen a las personas. Estas últimas son denominadas 'encostos'. "As doenças decorrentes de encostos, trabalhos feitos e fluidos negativos de outras pessoas, ainda que induzidos pela ação de terceiros, de uma forma ou outra passam pela mediação da esfera espiritual: o encosto é a alma de algum morto, geralmente próximo ao enfermo (parente, colega) que por ignorância ou vingança apossa-se dele; os trabalhos feitos supõem manipulação de forças e entidades espirituais através de determinados ritos e as más influências são consideradas irradiações fluídicas maléficas". (Magnani 2002:8). En el caso de las perturbaciones producidas por 'encostos', los síntomas aparecen repentinamente. La

persona está bien y de un momento para otro comienza a tener visiones, ideas compulsivas de suicidio, raptos temporarios de locura, peleas con familiares, accesos de furia o ser acometidos por algún mal físico inexplicable (Magnani 2002). En el caso referido, ambos jóvenes tenían apariciones. Si bien la comprensión del sistema cosmológico de la religión Umbandista excede el objetivo de este trabajo, mencionamos algunas características sobre las concepciones de salud y enfermedad en dicha religión con el fin de dar elementos para la comprender porqué el testimonio analizado puede ser entendido como un caso exitoso de apertura de la práctica clínica a variables sociales, culturales y religiosas que permiten comprender qué es lo que está en juego para los otros en ese momento.

### **C) CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD ENTRE LOS PROFESIONALES, ¿UN MODELO INTEGRADOR?**

Para la antropología médica, ni la salud es algún tipo de estado absoluto de bienestar ni la enfermedad es un resultado directo de un patógeno o de un disturbio fisiológico. Tanto la salud como la enfermedad son concebidos como categorías que son a la vez biológicas y sociales (Ember y Ember 2003). Reflexionando con los profesionales entrevistados sobre sus concepciones sobre la salud y la enfermedad encontramos que en ellos también predomina una visión relacional de la mismas.

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

*“Es como complicado, en realidad la salud como que abarca todo, como un bienestar tanto físico como psíquico, como mental, como que la salud estaría englobando todo. (...) Creo que eso ha tenido como un cambio, tanto desde el psicólogo como desde el médico en hacer todo algo más integral y no solo apuntar el médico a lo orgánico, el psicólogo a la mente y a lo psíquico, sino que englobar y tratar de trabajar todos en una cosa, porque la persona es una sola, toda. Y bueno, la enfermedad es lo que se sale fuera de ese equilibrio, que todo tendría que tener un equilibrio, porque en realidad estar como bien desde todos los puntos de vista del equilibrio para estar sano. Me parece que también la búsqueda espiritual o la fe en algo, en que vas a curarte,*

*también tiene importancia, como que estaría bueno, si alguien viene y te plantea buscar sanación está bien también. Que no es solo “tomá la medicación, así te vas a sanar”, no, no es solo eso.” [Trabajadora Equipo de Salud (e)]*

*“Entonces, creo que la salud es producto de la vida cotidiana y de cómo nos paramos para vivir con la mejor calidad de vida, y lo más felices posibles. Yo no soy de usar mucho la palabra felicidad, pero bueno, si la satisfacción de las cosas. Tener trabajo, trabajar de lo que uno quiere, bueno, tener una salud laboral que está interesante, tener un salario que es acorde, y que también determina se estás más sano o enfermo. Porque si estás quemado que no llegás a fin de mes generás problemas de estrés, de relacionamiento, y en definitiva después seguramente algún problema físico. Entonces creo que miramos la salud, si apuntamos a sembrar y cosechar productos que sean satisfactorios para uno mismo y para las relaciones que establece con los demás. Y la enfermedad, la enfermedad es como no poder adaptarse a esto” [Trabajadora Equipo de Salud (f)]*

Vemos que los profesionales trascienden el plano biológico e incorporan dimensiones de la vida social tales como las condiciones materiales de vida y de trabajo de las personas, los vínculos con sus pares, la posibilidad de disfrute y la dimensión espiritual. Si bien el foco sigue estando en la persona, en tanto individuo, también se incorporan algunos elementos que permiten situar a esa persona en un entramado más amplio de relaciones sociales y en sus condiciones materiales de existencia.

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

Esas concepciones de salud y de enfermedad son las que guían y orientan cómo esos profesionales desarrollan sus prácticas de atención, cómo planifican su tarea, cómo orientan el vínculo con las personas que consultan y precisan utilizar esos servicios. Desde qué actividades asistenciales se ofrecen (recordemos que además de la consulta en el servicio de salud estudiado hay grupos orientados en torno a padecimientos y se realizan distintas actividades orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad), hasta cómo se orientan y enfocan cada una de esas actividades. Se reconoce la importancia de la participación de las personas en su propia salud, el

conocimiento de las personas sobre su propio cuerpo y la posibilidad de decidir la mejor alternativa ante un estado de padecimiento.

*“Es complejo, porque por la definición o el concepto, representación-idea que yo tengo de salud, es todo. Es decir, creo que toda la práctica va a tener que ver con la salud y lo que yo también hago, en el rol de médico, sí tiene que ver con la salud y mil quinientas cosas, si lo vemos así, salud que incluye todo. (...) Eso quiero decir, que capaz que el rol nuestro nos paramos mucho en esa filosofía: acá estamos no para curar, estamos para mantener la salud, estamos para promover, entonces el pararnos en eso nos hace ver que es tan importante a veces procesar la instancia de grupo como agendarnos pacientes y tener más números en la consulta, como otras cosas (...).” [Trabajadora Equipo de Salud (d)]*

*“Me parece que la definición de salud, o la definición de salud que yo quiero transmitir es la capacidad que tienen las personas para poder cuidar ellas de su salud. Cuidar ellas de su salud integral y cuidar ellas de su salud en el sentido de que puedan ser capaces de ser, como que responsables de su salud, pero de su salud en general. Responsables en el sentido de brindar herramientas para que esas personas puedan consultar en el momento, en el tiempo que lo necesiten y que sean capaces de, de eso, que con o sin nosotros puedan ser ellos responsables, o empoderarse ellos de su salud. (...) Pero que también depende de que los que sabemos más de un tema podamos brindarle las herramientas para que en realidad ellos sean los primeros que diagnostiquen cómo está su salud y puedan decidir cuándo tienen que venir a consultar, cuándo no, cómo pueden hacer para mejorar su salud, en nada, desde psíquica, emocional, vincular. [Trabajadora Equipo de Salud (c)]*

En diversos trabajos a partir de la década del 90' del sXX se han señalado y discutido los efectos de la hegemonía médica en nuestro país, asimismo, se han constatado distintas actitudes y respuestas poblacionales a dicha hegemonía. Actualmente, se estaría produciendo “(...) un cambio cultural dentro del propio campo de la salud, con el ingreso de nuevos agentes y nuevas tensiones planteadas por profesionales médicos con búsquedas e intereses que obligaron a pronunciamientos de la Facultad de Medicina y del Estado como agente regulador. (...) estudiamos el pasaje de un modelo biologicista excluyente de cualquier otro enfoque, hacia otro modelo en el que cabe una integración más tolerante para con tratamientos y formas de sanación (...)” (Romero 2013: 199). Este cambio dentro del campo de la salud estaría introduciendo nuevas formas de hacer medicina<sup>35</sup>, “Medicina(s) dentro de las medicina” (Romero 2013:199).

---

35 Este trabajo se centra en la incorporación de medicinas alternativas y complementarias, las tensiones entre la libertad de elección y la reglamentación y vigilancia por parte del Estado sobre las mismas como principio de 'protección' de los usuarios, las actitudes de apertura personal por parte de



La constatación de estos cambios está en consonancia con los procesos analizados en nuestro trabajo. Como se evidencia a partir de diferentes aspectos de la presente etnografía, podemos constatar que entre los profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención encontramos un modelo de atención más 'integrador' y 'tolerante' y que, si bien sigue basándose en los principios de la biomedicina, integra aspectos relacionales en sus concepciones de salud-enfermedad y en sus prácticas de atención. Detrás de este modelo más 'integrador' reconocemos una serie de principios de la APS que si bien fueron formulados en 1973 en Alma Ata siguen vigentes en la actualidad tales como una visión holística de la enfermedad, la atención centrada en las personas, la continuidad asistencial y la apertura a la participación de los pacientes, las familias y las comunidades. Estos principios los encontramos en la actitud de 'apertura' y 'escucha' en la relación asistencial, cuando se busca integrar en la práctica clínica dimensiones sociales y culturales que buscan comprender lo que está en juego para el otro (Kleinman 2006). Asimismo, se integran aspectos relacionales en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dando lugar a que se pongan en juego relaciones de sociabilidad e intercambio entre los usuarios. En el siguiente capítulo se abordarán algunas de estas actividades, como el grupo ODH y el Espacio Adolescente, desde el punto de vista de los usuarios. Por último, se observó que existe una intención de apertura no solo al saber de los usuarios en las instancias asistenciales, sino que se han dado diálogos desde el servicio de salud con usuarios organizados en instancias como las asambleas de usuarios, trabajo en conjunto y coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales e incluso una apertura al diálogo con actores religiosos en la búsqueda de abordajes conjuntos frente a al problema del consumo problemático de sustancias. Por otra parte, el propio 'Equipo de Salud' está integrado por diferentes disciplinas del campo de la salud (médicas y no médicas) y por las 'conserjes', lo cual también supone un esfuerzo de diálogo a la interna de esas disciplinas y personas, no sin conflictos y disputas de mircopoderes.

Recordemos que estos procesos se enmarcan a su vez en un contexto social y político donde la reforma del Sistema Nacional de Salud incide y orienta las líneas de las

---

profesionales hacia este tipo de terapias y las limitaciones de las instituciones sanitarias a la hora de incorporarlas dentro de su oferta.

políticas de salud pero donde también la formación de las personas que llevan esas políticas adelante es un tema a tener en cuenta. En este sentido, nos preguntamos sobre el papel que la Universidad de la República ha jugado y tiene para jugar en la formación de profesionales capacitados para el trabajo desde el primer nivel<sup>36</sup>.

***D) DIÁLOGOS ENTRE EL ESTADO, ACTORES RELIGIOSOS Y  
VECINOS A PARTIR DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE  
DROGAS. UNA ACTIVIDAD 'PUERTAS AFUERA' DE LA  
POLICLÍNICA***

Durante el trabajo se dio un acercamiento entre la policlínica, el programa estatal 'Aleros' que estaba trabajando en la zona en torno al consumo problemático de drogas y un hogar que depende de una iglesia neo pentecostal<sup>37</sup> donde viven varones jóvenes que recurrieron allí para buscar ayuda especialmente ante el consumo problemático de sustancias. El vínculo comenzó a raíz de que el Pastor de la iglesia acompañó a alguno de los jóvenes del hogar a la policlínica para que se atendieran por problemas de salud que estaban experimentando (algunos de ellos relacionados con el consumo problemático de drogas). El hogar queda a pocas cuadras de la policlínica, está ubicado en una antigua chacra. Según nos contaron el pastor y algunos de los jóvenes que viven allí, en el hogar se recibe a varones que asistan de manera voluntaria. Uno de los

36 En relación al largo proceso de institucionalización de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la Facultad de Medicina ver “Orígenes y posibilidades de desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay” (Ponzo 2013)

37 Desde las décadas de los 80' y 90' se asiste en Uruguay al arribo de corrientes neopentecostales, principalmente de origen brasileño (Guigou 2006). Se trata un tipo de pentecostalismo que comienza a hacerse visible a partir de la reapertura democrática de mediados de la década de 1980. “En Brasil el pentecostalismo llega inmediatamente después de su surgimiento en los Estados Unidos, en 1906, siendo históricamente las iglesias “Congregação Cristã do Brasil”, fundada en 1910, “Assembléia de Deus”, de 1911, y “Igreja do Evangelho Quadrangular”, de 1930, de las más importantes. Las más representativas iglesias brasileras neo-pentecostales son: Iglesia Dios es Amor, fundada en 1962, Iglesia Universal del Reino de Dios, de 1977, Iglesia Internacional de la Gracia de Dios, de 1980, Iglesia Renacer en Cristo, de 1986 e Iglesia Mundial del Poder de Dios, de 1998” (Oro y Scuro 2013:30).

muchachos que vive en el hogar y que es reconocido por los otros jóvenes como 'líder' era conocido del barrio de la villa antes.

El tema del consumo problemático de sustancias, especialmente de Pasta Base de Cocaína (PBC), así como las redes de comercialización y diferentes episodios de robo y violencia protagonizados por personas relacionadas al mismo es un tema cotidiano en la zona. En la literatura se señala que el momento de aparición de la PBC en nuestro país fue la primera década del siglo XXI seguido de la rápida adicción a la misma por parte de muchos usuarios de otras drogas (Folgar, 2006; Garibotto et al, 2006 en Rossal et.al. 2013). Dos técnicas del programa estatal de 'Aleros' tenían el cometido de realizar actividades a nivel barrial y comunitario con el fin de problematizar el tema con vecinos y referentes de distintas zonas cercanas a Punta de Rieles, entre ellas Villa Farré. En el marco de esa intervención, aprovechando los acercamientos previos entre el 'Hogar ELA' y la policlínica así como los contactos y coordinaciones que las propias técnicas de Aleros habían mantenido con el hogar a raíz de jóvenes con los desarrollaban un 'acompañamiento' o 'intervenciones' en común, se planificaron algunas actividades barriales en conjunto entre la policlínica, el programa Aleros, vecinos de La Villa y el pastor y jóvenes del 'Hogar ELA'.

El primer día que se reunían yo estaba en la policlínica fuera del horario habitual, me invitaron y me quedé. Estaban las dos técnicas de Aleros, una de ellas ya era muy conocida en el barrio porque había trabajado como residente de medicina familiar dos años en la policlínica, el pastor del 'Hogar ELA', una de las conserjes de la policlínica, Nelly, una vecina de La Villa que tiene un hijo 'adicto' (como ella lo nombra), Martín, 'el líder' y dos muchachos más del hogar, Pablo y Rafael. El objetivo era hacer una actividad que involucrara a los vecinos de la zona, y que pudiera colocar el tema del consumo problemático de drogas, sin culpabilizar o demonizar a los consumidores, sino poder trabajar con los vecinos, en qué medida era un problema 'de todos'. Se manejaron diferentes ideas. Se destacan de ese intercambio dos elementos: por un lado el rol fundamental de los jóvenes integrantes del hogar prestando testimonio, por otro, los niveles de negociación y acuerdos logrados entre las técnicas de Aleros y el pastor del hogar. Brevemente, la presencia de los jóvenes, su presentación personal impecable, bien vestidos, perfumados, con camisa y championes, dando testimonio constantemente

(con sus palabras y su mera presencia) de que es posible salir del 'mal camino' gracias a la Gracia Divina, al poder de Dios y de sus Hermanos en el Hogar, y claro está, al Padre (que no es dios, sino el Pastor) y al líder, que los acompañaron fue clave para conquistar a la conserje. Nelly preguntaba, ávida de las respuestas que su propio hijo no podía darle, cómo habían comenzado a consumir, cómo eran sus hogares de origen, cómo se habían dado cuenta de que podían 'salir', cómo habían logrado dejar el consumo. Ellos le contestaban, con testimonios plagados de imágenes y alegorías, donde siempre se veía la luz de la intervención divina, a través de sus hermanos y del 'Hogar'. Sus discursos eran producidos desde la emoción, interpretando y sobre interpretando al sufrimiento, como eje de entrada y de salida (Guigou 2006).

Las técnicas del programa estatal de Aleros respetaban el discurso religioso, sin compartirlo explícitamente, y donde ellos mencionaban la intervención divina en el proceso de 'cura', ellas introducían, alguna explicación de tipo psicológica. Desde el hogar se sostenía una propuesta de abstinencia absoluta, ellas comentaban que una opción posible también era hacer una 'reducción de daños', cambiando una sustancia como la pasta base, por otra menos nociva como la marihuana. En ese punto, decidieron no ahondar la discusión. Con un gesto cómplice y a medias palabras dieron a entender que entre el pastor y el equipo técnico ya habían discutido mucho sin llegar a un acuerdo. Después de intercambiar varias ideas y luego de un par de reuniones más de organización y de convocatoria (mermada) a más vecinos, llegó el día de la primer actividad abierta.

Era un sábado de invierno de tarde. La convocatoria era a las 15 hrs, hacer tortafritas y después tener una instancia de intercambio y taller sobre 'los problemas del barrio' genéricamente propuesto, y ver cómo se introducía el tema de las 'drogas' en todo eso. La actividad se hizo en 'el Obrador', salón comunal gestionado por la Asociación Civil de Villa Farré. Coincidió con un evento del Frente Amplio, por lo que varios de los referentes de la asociación civil no concurrieron. El Pastor, Martín, Pablo y Rafael amasaban las tortas, junto con algunos vecinos de la zona. Estaban también Nelly, Victor el marido de Helena, Nestor del Grupo ODH, Mirta quien estaba realizando en ese momento el curso de Agentes Comunitarios en Salud que ofrecía el CSJH junto con el Pastor, y dos vecinas más a quienes había invitado Mirta con sus hijos. Del hogar

ELA fueron al menos diez jóvenes. Se había convocado a la actividad mediante algunos carteles que se habían pegado en almacenes del barrio y unos folletos que se habían dejado en la policlínica. Como faltaba grasa para freír y las almacenes estaban cerradas ya, una comitiva fue hasta lo de Walter y Silvia, para ver si ellos tenían para vender porque Walter es feriante. Silvia les dio unos paquetes que tenía empezados en la cocina y más tarde fueron a la actividad también. Mientras amasaban y fritaban las tortas unos conversaban con otros. Varios de los jóvenes del hogar estaban alrededor de Nestor, que había llevado la radio porque jugaba Peñarol y escuchaban el partido. Cuando salieron los bandejones con tortafritas, sobre las 17 hrs.

Las técnicas de Aleros propusieron sentarse en ronda y comenzar a intercambiar, empezando con una breve presentación para saber quién era quién. Cuando los jóvenes de ELA comenzaron a presentarse, cada uno de ellos dio su testimonio, de cómo se llamaba, de dónde venía, cómo había 'caído' en las drogas, el robo, la calle, la soledad y cómo, de distintas maneras, pero todos mediante la gracia divina, habían llegado al hogar ELA y habían logrado 'salir' y transformarse en personas nuevas. Algunos de los testimonios llegaban a durar entre diez y quince minutos, ahondando en los detalles los efectos devastadores que el consumo problemático de sustancias, especialmente la Pasta Base de Cocaína (PBC) había tenido en sus vidas. Según investigaciones recientes en nuestro país (Rossal et.al. 2013), la mayoría de los consumidores inician su consumo durante la adolescencia (se diferencian tres grandes momentos: inicio antes de los 12 años, entre los 12 y los 16 y luego de los 16). Se inicia en el consumo de drogas con la marihuana y el alcohol, conociendo más adelante otras sustancias como la cocaína o la PBC. También se investigó que a medida que el consumo de vuelve un hábito cotidiano cambian aceleradamente los vínculos con la familia y el grupo de amigos, las instituciones de protección social o sanitaria (Rossal et.al. 2013). Los testimonios presentados por los jóvenes coincidían con estas características generales, siendo el contacto con el Hogar ELA y especialmente con el Pastor, el líder y los otros hermanos el punto de inflexión en ese recorrido.

Cuando se terminó la ronda de presentaciones (incluidos los 'testimonios' de los jóvenes del hogar) y se comenzó a discutir sobre los 'problemas del barrio', eran casi las 18 hrs. Los principales problemas identificados fueron la inseguridad y la basura. Una de las

técnicas de Aleros registraba en un papelógrafo. La 'poca participación' también era identificada por los vecinos como una dificultad. Había pocas personas que se involucraban, decían, la gente ya estaba 'desgastada'. *'Hoy tenemos más vecinos de otros barrios que de la propia Villa Farré'* señaló Mirta. Walter, comentó por lo bajo que no había que meterse tanto en los problemas del barrio, *'no había que revolver'*. Sin embargo, luego habló largo rato sobre sus desilusiones de haber participado de la comisión barrial y los problemas que eso le había traído con varios vecinos. A las 19 hrs los muchachos del hogar hacían una proyección de cine para los niños de la iglesia, por lo que se disolvió la actividad porque ellos se tenían que ir. Nestor, que había escuchado gran parte del partido con los chicos del hogar, cuando se estaban despidiendo comentó bajito, sin dirigir a nadie en especial su reflexión, *'Eran todos chorros estos al final'*. La idea del cine gustó, y quedó como posible gancho para tener otra instancia de encuentro para seguir discutiendo y trabajando sobre el tema.

La actividad fue una mezcla de taller de educación popular, reunión de comité de base y catequesis evangelizadora, donde, a partir de la improvisación y de algunos puntos en común los distintos actores articularon para lograr sus múltiples objetivos. El Estado laico, representado por un servicio de salud y por técnicos de un programa estatal, dialogando con la religiosidad popular, no solo de los miembros del hogar, sino de varios de los vecinos allí presentes. Si bien cuando se habló de los 'problemas del barrio' en general se habló de la falta de participación de los vecinos, de que la gente vivía para adentro de sus casas, en la suya, a diferencia de un tiempo anterior donde habría una mayor participación y compromiso, idealizando el pasado en relación a la actualidad. La irrupción de los testimonios de conversión de los jóvenes del hogar ELA colocaron, de forma descarnada el tema del consumo problemático de sustancias en el tapete, introduciendo de lleno la religiosidad como camino de cura y transformación (entendida en términos de conversión) “(...) o objeto da cura não é a eliminação de uma coisa (uma doença, um problema, um sintoma, uma desordem), mas a transformação de uma pessoa, um sujeito que é um ser corpóreo.” (Csordas 2008:19). Los vecinos presentes, preguntaban o incluso asentían, compartiendo al parecer esa sensibilidad religiosa neopentecostal performativa.

Algunas semanas después, y luego de ser suspendida varias veces por lluvia se organizó

otra actividad, con cine para niños, chocolatada y pop. El sábado era soleado y la propuesta del cine tuvo mucho más éxito en la convocatoria que la de hablar de los problemas del barrio. Unos cincuenta niños llegaron al lugar así como algunos adultos que los acompañaban. El pastor no pudo ir ese día, acompañaron si la actividad, 'el líder' y un par más de muchachos del hogar. Estaba también una de las conserjes de la policlínica, e integrantes de la Asociación Civil de Villa Farré. Mientras los niños veían los dibujos animados o jugaban y corrían en las inmediaciones de la policlínica, afuera se armó una ronda con los adultos (principalmente mujeres y tías). La presidenta de la asociación de Villa Farré apoyó la actividad con su presencia y palabras, y algunos vecinos de la comisión atendían una mesa de venta de libros usados para recaudar fondos para la actividad del día del niño. En el intercambio las personas presentes valoraron especialmente el hecho de tener una instancia de encuentro, recreativa, donde poder intercambiar con otros. El encierro y vivir 'puertas adentro', el miedo a los robos y a la violencia eran valorados negativamente. Sin embargo, *'había que cuidar a los niños'*, no se los podía dejar jugando en la calle como antes, viendo a los muchachos de la esquina fumando marihuana o pasta base como si eso *'fuera normal'*. Cuando comenzó a bajar el sol y terminó la película se barrió el local, se desarmó la pantalla y se juntaron las sillas. Si bien la instancia fue valorada por los asistentes, y se mencionó lo importante de reiterar ese tipo de encuentros, no quedó ningún grupo a cargo de dinamizarlo y como las técnicas del programa estatal tampoco incentivaron otra instancia el ciclo de actividades no continuó.

Más allá de la continuidad o no de las actividades, el hecho de que sucedieran una serie de reuniones de planificación y se organizaran actividades abiertas al barrio realizadas en conjunto entre técnicas de un programa estatal que tomaron como punto de referencia y sede una policlínica también estatal, vecinas (algunas de ellas participantes del Curso de agentes de salud comunitarios organizados por un centro de salud y la propia Facultad de Medicina), una de las conserjes de la policlínica, el pastor de un hogar religioso y jóvenes que fueron a vivir allí para recuperarse de las drogas (y en ese camino también se convirtieron) es significativa en relación a los diálogos y aperturas que se están dando a la hora de abordar problemas que pueden ser considerados de 'salud' pero que trascienden por completo el campo sanitario. En el problema del

consumo problemático de sustancias, y especialmente la PBC, abarca dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales. En este caso se intentaron articular y poner en diálogo diferentes saberes y miradas: el saber biomédico, representado por la policlínica, los saberes psicosociales de técnicas de un programa estatal, la experiencia de un líder religioso que mantiene un hogar donde se recibe a jóvenes que quieren dejar la PBC, la experiencia de jóvenes que habían atravesado por ese padecimiento, la experiencia cotidiana de familiares y vecinos del barrio que conviven diariamente con los efectos del 'problema'.



## **VI) EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS**

Los sujetos y grupos sociales emplean diferentes estrategias a la hora de enfrentar un padecimiento y pueden utilizar diferentes formas de atención en un contexto determinado. A partir de entrevistas 'informales', observación participante de diversos espacios y entrevistas en profundidad, buscamos indagar sobre el vínculo asistencial con los servicios de salud biomédicos así como sobre otras prácticas y formas de atención empleadas por las personas y sus grupos familiares en sus trayectos de salud-enfermedad-atención.

Como afirma Menéndez (2007) partiendo de los conjuntos sociales es posible ver el uso articulado de las diferentes formas de atención que usa cada grupo, para solucionar sus padecimientos reales e imaginarios. Este tipo de abordaje permite comprender los comportamientos respecto del proceso de salud/enfermedad/atención posibilitando comprender las racionalidades de los sujetos y grupos sociales (Menéndez 2007). Asimismo, indagar sobre la experiencia de la enfermedad implica prestar atención no solo al nivel discursivo textualista, sino a la experiencia corporificada, comprendiendo al cuerpo como la base existencial de la cultura. Para Csordas (2008), la experiencia corporeizada es el punto de partida para analizar la participación humana en un mundo cultural.

Das y Das (2007) en una investigación realizada sobre la experiencia de malestar subjetiva entre personas pobres de Nueva Delhi constataron que existían variaciones significativas entre las experiencias de los participantes de la investigación. Mientras que algunas son comentadas de manera casual, otras conllevan relatos sobre involucramientos con diferentes contextos sociales y terapéuticos. La diversidad de contextos en los cuales los participantes experimentaban los malestares variaban desde un extremo del espectro donde eran fácilmente absorbidos como parte del flujo normal de la vida a otro donde las historias de la enfermedad estaba perseguida por el sentido de la falla del cuerpo y de las relaciones sociales. En nuestra investigación encontramos

que las personas también ponían en juego esta clasificación sobre sus padecimientos y distinguimos tres grandes categorías: por un lado, la enfermedad como parte del flujo 'normal' de la vida, por otro, malestares que ameritan la consulta a un especialista del sistema biomédico pero no son considerados 'graves' y por último, experiencias significativas de enfermedad. Pudimos ver que además del tránsito por los servicios de salud biomédico en sus distintos niveles, las personas recurren a otro conjunto de formas de atención y actividades de autoatención que articulan de la mejor manera posible para solucionar sus padecimientos.

***A) LA ENFERMEDAD COMO FLUJO NORMAL DE LA VIDA:  
AUTOATENCIÓN Y MODOS DE ATENCIÓN POPULARES***

A lo largo de la presente etnografía pudimos identificar lo señalado por Das y Das (2007), las experiencias de padecimiento y malestar pueden ubicarse en un continuum, donde algunas son atribuidos a la vida cotidiana, al paso del tiempo o cambio de las estaciones y no requieren mayor preocupación, mientras que otras experiencias de malestar y enfermedad representan momentos significativos no solo en el trayecto vital de la persona que lo padece sino también de su entorno social.

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

Observamos que la atención de malestares menores se realiza en gran medida a partir de la 'autoatención'. La autoatención, según Menéndez (2007), es la forma de atención a la enfermedad más frecuente utilizada por los grupos sociales y sintetizadora de las otras formas de atención, de forma constante (aunque intermitente) y autónoma. La autoatención “son las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar,

curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa.” (Menéndez 2007:198) A partir de las trayectorias terapéuticas (Das y Das 2007) es posible identificar la mayoría de las formas de atención que intervinieron en un contexto determinado, identificando y describiendo las formas de atención y lo que los sujetos y grupos sociales hacen para atender sus padecimientos

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

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

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

Asimismo, las personas desarrollan prácticas para atender, controlar, curar y solucionar 'en casa' o sin la necesidad de consultar a un médico. Se combinan prácticas de atención que provienen de la biomedicina como ser el uso de analgésicos con prácticas provenientes de las prácticas de atención populares especialmente tes e infusiones preparados en base a ciertas plantas medicinales o 'yuyos'. A pesar de que los médicos

advertían sobre el posible riesgo de este tipo de preparados debido a las concentraciones de los principios activos, observamos que los mismos son muy utilizados en las prácticas cotidianas de autoatención. Desde el siglo XVIII las fórmulas de la biomedicina han influenciado las representaciones generales concernientes al padecimiento, esta 'difusión' se ha dado mediante formas de reinvencción, lo que hace que las fronteras entre los modelos biomédicos y las experiencias cotidianas de las personas sean fluidas (Duarte 1998). Quienes llevan adelante los procesos de autoatención en el hogar son principalmente las mujeres: madres, esposas, abuelas, tías, hermanas mayores. Esto coincide con lo señalado en la literatura (Menéndez 2008, Fritzpatrick et. al. 1990, Kleinman 1980, Oliveira 1998) que identifica a mujer como vehículo de cura, en tanto es la que generalmente maneja los remedios, la alimentación y la que decide si verdaderamente hay enfermedad o no.

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

*“-Bueno, por ejemplo. Si vos estás con un dolor de cabeza no vas a ir a la policlínica. - O con un dolor de estómago, tomás un te. -Una aspirina, una cosa. Ta. Cuando te duele la barriga si no es mucho tomás un certal, o ta (...) El Culé, es una planta que es digestiva. Cuando ando mal del estómago me tomo un tesito de Culé. Buenísimo. Y la hoja de parra, cuando estás con mucha diarrea, después de que echás todo lo que tenés de diarrea y tomás un te de hoja de parra y te corta. Y boldo en el mate.”* [Roberto y Teresa]

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

El 'mal de ojo' se le atribuye a la influencia que determinadas personas adultas ejercen

sobre el niño. Cuando el niño es sometido miradas insistentes, se le presta demasiada atención, se le está 'muy encima' y/o se le transmite el cansancio y/o malestar puede ser 'ojeado'. Los síntomas del mal de ojo son identificados con problemas de sueño en el niño: tener el 'sueño cambiado' o cuando el niño duerme con los ojos entreabiertos.

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

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

Patricia (35-55) nos cuenta que ella siempre llevó a sus hijos a que le curaran el empacho, el mal de ojo y la paletilla caída con una señora que le dicen 'la abuela. Llegó a consultarla a través de sus hermanas que también iban allí.

*“No sé, ella les pone la mano en la cabeza para curarle el mal de ojo y dice algo para adentro de ella, que nunca escuché lo que dijo, y la panza con un aceite que pasa en cruz y ta, así los cura”. Cuando le pregunto si este tipo de terapia funciona ella me explica que “Sí, y si creés mejor todavía. (...) Porque si vos vas a una persona que no creés como que no te da resultado. Y yo toda la vida mis hijos estaban empachados o algo, yo los llevaba y santo remedio, porque a veces no me dormían porque, viste, la panza les queda durita o algo, o hacen la caca muy fuerte o algo, ya ves, decís están empachados, los llevás, cuando querés ver duermen toda la noche tranquilos”.*

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

*“No, porque yo creo que un médico no te va a sacar el mal de ojo o el empacho, hay yuyos para el empacho, yo sé que hay yuyos para el empacho, y la paletilla el médico tampoco te la va a volver al lugar. Eso es lo que digo yo, no sé (...) ¿Entendés? No creo que un médico te vaya a sacar el mal de ojo, te va a decir no, no va a saber lo que tiene capaz y uno sabe que ellos tienen mal de ojo porque les duele la cabeza cuando tienen mal de ojo también, les duele la cabeza y duermen con los ojos abiertos. [Patricia]. Existiría por lo tanto una serie de malestares que le son propios al campo de la medicina*

popular y para los cuales el sistema biomédico no sería eficaz.

Este saber de la medicina popular está asociado a 'cosas de antes'. Doña Concepción vive en el barrio de La Esperanza y ella 'sabe curar'. Nos cuenta cómo fue que aprendió de su madre a curar el mal del ojo, el empacho y otros malestares.

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

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

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

Según Barrán (1992), en documentos y crónicas del siglo XVIII ya se registraban las propiedades medicinales de ciertas prácticas y la presencia de 'yuyeros' en la campaña y en la ciudad. La vergüenza a la que Concepción refiere y el miedo a que la cataloguen de bruja puede relacionarse con la persecución de las prácticas de atención populares que comenzó en nuestro país a fines del novecientos con el proceso de medicalización<sup>38</sup> (Barrán 1992).

---

38 Es conocida la tesis de Barrán que sostiene que la medicalización de la sociedad fue uno de los fenómenos culturales más definatorios del siglo XX. “(...) la obsesión por el cuidado del cuerpo, la medicalización consiguiente y el poder que comenzó a tener el dirigente de esa medicalización como su saber sobre el resto de los poderes y saberes, a todos los cuales infiltró cuando no dominó” (Barrán 1992:12)

## ***B) CUANDO SE DECIDE CONSULTAR AL MÉDICO***

Si la intensidad o duración del malestar supera lo considerado como un vaivén normal del flujo de la vida, o no es un malestar que pueda ser claramente identificado con la experticia de un curandero de la medicina popular, las personas consultan al saber biomédico. Más allá de las diferentes críticas que ha recibido la biomedicina se observa una continua expansión de la misma. Este proceso está basado en la investigación biomédica, en la producción farmacológica y en la medicalización no sólo de padeceres sino de comportamientos. Se da básicamente en dos niveles: a través de las actividades profesionales que se realizan y que refiere a los niveles de cobertura de atención alcanzados, al número de profesionales, al número de camas de hospitalización, entre otros y a través del proceso de medicalización, que implica convertir en enfermedad toda una serie de acontecimientos de la vida cotidiana de los sujetos que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades (Menéndez 2007). Según datos del INE de la ECH 2012, en nuestro país un 97,5% de la población tiene derechos asistenciales en algún prestador de servicio de salud biomédico.

Como señalamos, generalmente son las mujeres quienes deciden si hay enfermedad o no, evalúan la gravedad del caso y escogen el camino más adecuado para cada situación. Los recursos de cura son empleados de manera escalonada, desde el núcleo familiar a los servicios de salud oficiales (Leal 1992 en de Oliveira 1998). Los síntomas como el dolor o la fiebre son los más mencionados a la hora de decidir consultar al médico. Dentro de los servicios de salud biomédicos, las personas no pueden asistir a cualquier servicio de salud, sino que generan derechos asistenciales en un prestador, sobre los cuales se tienen diferentes concepciones. En el caso de las personas entrevistadas que se atienden en ASSE, analizaremos qué significa para ellos atenderse en un servicio de 'salud pública'. A su vez, dentro de los servicios de salud las personas elegirán cuándo y en qué ocasiones recurrir al primer nivel de atención y establecerán estrategias para transitar entre los distintos niveles del sistema.

## **i) Atenderse en Salud Pública ¿una elección?**

La gran mayoría de las personas entrevistadas que se atienden o se atendieron en la policlínica estudiada han tenido derechos asistenciales en diferentes prestadores de servicios de salud, tanto del sub sector público como privado en distintos momentos de su trayectoria vital. De 25 personas entrevistadas en profundidad solo dos afirman haberse atendido sólo en Salud Pública durante toda su vida. Los derechos de atención en prestadores de salud del sub sector privado han sido en prestadores del tipo IAMC. La elección por un prestador privado de salud estaba asociada al trabajo formal, al empleo. La atención por Salud Pública, por otro lado se asociaba al hecho de no estar laboralmente activo o de no tener un empleo formal.

*“- ¿Y hace cuánto tiempo que sos usuaria de Salud Pública?*

*-Y hará..., no se, después que estuve acá, cuando dejé de trabajar que ya me quedé sin sociedad. Hará 14 años...” [María (35-55 años). Entrevista 2013]*

*“Yo era de la Médica Uruguaya. Pero cuando me jubilé no entré en el FONASA. No entré hasta ahora. Igual hubiese sido igual. (...) O sea, me quedé sin cobertura cuando me jubilé. (...) Al año siguiente empezó lo del FONASA. Y yo me quedé en una franja ahí. Ganaba más de los que entraban. Ahora corrieron la franja y yo sigo sin entrar. (...) Yo me hice el carné de asistencia y me atiendo por carné. Soy de ASSE, si. Ahí está, desde que me jubilé, porque eso fue automático. Entonces me hice carné”. [Blanca]*

Esta idea de que atenderse en un prestador público era consecuencia de estar ‘sin cobertura’ nos remite a una noción de falta. El ‘carné de asistencia’ era nombrado despectivamente como ‘carné de pobre’. Con la reforma del SNIS, fue posible que los derechos asistenciales en los prestadores del tipo IAMC los usufructuara tanto el trabajador activo como su cónyuge e hijos menores de edad a cargo. Esto presentó la posibilidad de migrar del sub sector público al privado. Podemos tomar como ejemplo el caso de Margarita y su familia. Margarita era usuaria de Salud Pública, y fue una de las integrantes de la comisión de salud de mujeres que colaboró con el proceso fundacional de la policlínica e incluso colaboraba en tareas de ayudante de enfermería.

*“Era antes [de ASSE] pero después con este, con esto nuevo que salió del FONASA nos atendemos toda la familia en sociedad. Pero yo era de la policlínica, en aquel momento, y mis hijos también. Todos se atendían con ella [la policlínica]”. [Margarita]*

Si bien ella valora tener la policlínica en el barrio como un logro importante y evaluaba



positivamente la atención allí decidió realizar el cambio por una mutualista. Al conversar sobre los motivos de este cambio surge la importancia de los tiempos de espera para la atención y la accesibilidad económica.

*“Mi sociedad es muy accesible. Los tickets es todo gratis. Después el medicamento es que pagás y cualquier medicamento no te sube de \$70. (...) Y yo me hice un chequeo completo y me salió \$460. Y vos decís, \$460, pero después cuando tengas que ir una semana, después, otra semana, dos veces más, después en la otra semana dos veces más. Después se te van como cuatro meses y con los ómnibus y todo se te va el boleto también”. [Margarita]*

Sin embargo, hubo personas que eligieron quedarse en salud pública, aún aportando por FONASA, o que cambiaron de servicio a sí mismos o a sus hijos y luego volvieron a atenderse en ASSE. Gabriela vive en La Esperanza, a pocas cuadras de la policlínica. Desde que comenzó el servicio en el barrio ella utiliza el servicio, fundamentalmente en relación a consultas por sus hijos Jessica (16 años), Joao (10), Emilia (3). Gabriela convive con Ricardo desde hace varios años, quien es el padre de sus dos hijos menores. Ricardo trabaja en una fábrica como repostero. Gabriela siempre se atendió en Salud Pública. Ricardo, en una mutualista a la cual está afiliado por FONASA.

*“-¿Y vos siempre te atendiste por salud pública?*

*-Sí, siempre, siempre. Porque al varón fue que lo tuve en una sociedad médica y la verdad no me sirvió de nada. (...) La única vez que precisamos y llamamos y aparecen a cualquier hora. No sácalo y volvemos a salud pública. (...) Si, si. Aparte yo a Joao lo atendí siempre en salud pública. Y Joao tuvo internaciones y todo en el Pereira y siempre fue bárbaro. Y cuando lo paso para ahí y todo pensé que iba a ser mejor. Y no fue mejor. No. Volví a Salud Pública. Él [su pareja] no se pudo borrar, como que cuando terminó ellos mismos lo pusieron sin avisarle. Él también, cada vez que va... Ahora estuvo con tendinitis y se gastó un platal, entre placas y consultas y todo. Se gastó un platal. ¡Sabés lo qué! ¡Nos dolió horrible!” [Gabriela]*

Valeria también transitó entre prestadores de salud pública y privada. De niña se atendía en la policlínica de Punta de Rieles del barrio y en otros servicios de Salud Pública. Cuando comenzó a trabajar formalmente pasó a atenderse en una IAMC, afiliada en aquel entonces por DISSE. Cuando se queda sin trabajo vuelve al sub sector público y comienza a atenderse en la policlínica en el barrio. Comienza a atenderse allí con su médica de referencia, con quien construye una relación asistencial a lo largo del tiempo (longitudinalidad) donde la confianza y el vínculo personal son valorados. Luego, cuando Valeria comienza a trabajar formalmente de nuevo y tiene la opción de volver al sistema

mutual elige seguir asistiéndose en ASSE

*“-Después cuando dejé de trabajar me quedé en el público viste y después no me quise mover de salud pública. Aparte me empecé a atender con [ nombra médico de familia]. Y como que creás una confianza y quise seguir siempre con ella- incluso después trabajé dos o tres veces más haciendo promociones y eso y me ofrecieron sociedad médica pero no las aceptaba. Prefería seguir por ASSE. (...) Entonces había todo un montón de cosas que te servía si ibas y pagabas pero en la atención no era la atención que yo buscaba. Un médico que se preocupe por vos. Si, bueno, mirá, te está pasando esto, vamos a hacer esto o vamos a ayudarte en esto.*

*¿Y en salud pública si encontrás esto?*

*-Si, totalmente. Siento que que se preocupan más por uno, como que, por lo menos con las doctoras que yo me atiendo ahí, que las conozco hace pila de tiempo, como que ellas se interiorizan más y como que, este, se hacen parte un poco de tus problemas y a veces aunque no son psicólogos te sirve, cuando te sentís mal hablar. Más allá de lo que es la salud mismo de lo físico. Entonces encontrás otra cosa, otro apoyo, otra manera de que te atiendan, que se preocupen por vos. Sentís que se están preocupando porque te está pasando algo y no que sos una más porque estás pagando la cuota y ta”.*  
[Valeria]

El 'apoyo', la 'preocupación' y 'el sentir que no sos una más' que Valeria siente en su médica de referencia dan cuenta de que los aspectos interpersonales de la relación médico-paciente son valorados como positivos. A su vez, se necesita de tiempo (dado por una atención longitudinal) para construir esos vínculos. El marido de Valeria trabaja en una empresa siderúrgica de la zona y también se atendía en una IAMC y decidió pasarse a Salud Pública, a partir de las buenas referencias que tenía de la policlínica de la zona y de la 'confianza' generada con el servicio de salud.

Además de haber participado en la realización de la obra de la policlínica José es un referente barrial de peso. Estuvo involucrado desde los comienzos con el proceso de organización de la sociedad civil y la conformación de la Asociación Barrial de Villa Roberto Farré, ha sido presidente de la comisión vecinal en varios períodos y fue un actor clave en la concreción de la construcción de la policlínica en el barrio. Asimismo es un militante orgánico del Partido Socialista. En el garaje de la casa de José y Blanca hay una cartelera colgada con distintas fotos donde se los ve de vacaciones en excursiones de caza durante la semana de turismo en Treinta y Tres, fotos de las hijas y fotos con algunos líderes políticos del Frente Amplio. En una de ellas se registra la visita del ex intendente Mariano Arana al barrio, o fotos de comidas realizadas en esa misma casa con vecinos y dirigentes políticos del partido socialista. En una entrevista

que mantuvimos algunos meses después José me explicó por qué eligió pasar de la mutualista a atenderse en ASSE.

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

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

Sin embargo, a pesar de esta valoración positiva del servicio y la elección por ASSE como prestador de salud, José también reconoce las limitaciones del sistema que requiere que para poder moverse dentro se precisen 'conocidos'. En la primer reunión del grupo ODH a la que asistí estaban intercambiando con otros integrantes del grupo sobre la situación de la policlínica en relación con otras policlínicas periféricas de la zona.

*“Siempre tenés que ir no por el lado de la formalidad, tenés que tener un conocido.(...) Esto es un servicio que tenemos que cambiar la cabeza de que esto es gratuito. Nosotros como usuarios pagamos. Yo por ser jubilado pago y elegí estar en este servicio (...) Yo entiendo que como usuario y como ciudadano que pago este servicio que la propuesta siempre es para mejorar. Pero esto no es nuestro, esto se pagó con los impuestos. Esto no es lujo, es lo que corresponde. Que esté bien, que haya calor.” [Cuaderno de campo]*

La perspectiva de José coloca la cuestión del acceso a la salud como derecho, dado tanto por la condición de ser ciudadano como por la condición de usuario, que no solo utiliza un servicio de salud sino que además aporta a su financiamiento. En el argumento de

José del derecho a ese acceso parece priorizarse más el cambio en el modo de financiamiento del sistema (en su caso personal, que mediante el aporte al FONASA), que la condición de ciudadano como garante del derecho a acceso a servicios de salud de calidad. Si bien podemos discrepar con la idea de que el derecho esté dado por el hecho de 'pagar' ya que entendemos que el acceso a la salud es un derecho para todas las personas, resulta interesante reflexionar sobre la afirmación de que *'tenemos que cambiar la cabeza de que esto es gratuito'*. En esta afirmación se contiene la representación de que los servicios de salud pública son gratuitos para la población y que por serlo podían ser de peor calidad. El *'cambio de cabeza'* consistiría en que las personas puedan apropiarse de que las buenas condiciones del local no son *'lujo'* sino que son *'lo que corresponde'*.

Según datos de ASSE para Junio de 2013, ASSE tiene un total de 1250115 usuarios. De estos, un 69% se atienden gratis, un 25% por FONASA, un 6% por Sanidad Policial y Militar. Observamos entonces que hay personas que eligen atenderse en 'Salud Pública' o ASSE, aportando al fondo financiero y no solo porque no tenga la opción de acceder a un servicio de salud mutual. La percepción sobre la accesibilidad económica y geográfica así como la calidad y calidez de la atención parecerían ser factores importantes a la hora de tomar esta decisión.

## **ii) ¿A qué se va a la policlínica? Actividades asistenciales y espacios de socialización**

A partir de más de un año de trabajo de campo se observó que las personas que asistían a la policlínica usualmente lo hacían o por consultas de control o por consultas denominadas 'espontáneas'. Los controles eran programados y agendados, ya fueran pediátricos, embarazos normales o adultos con algún padecimiento crónico.

Las consultas espontáneas se recibían en 'el momento', usualmente se dejaba algún lugar en la agenda para las mismas. Los motivos de consultas espontáneas que se observaron con mayor frecuencia estaban asociados a malestares en niños o en mujeres, como por

ejemplo gripes y resfríos, infecciones respiratorias, gastroenterocolitis, etc. Las consultas 'espontáneas' están asociadas a determinados síntomas que son identificados por los usuarios, principalmente el dolor, malestar, o fiebre. Estos síntomas que resultan significativos a la hora de decidir consultar al médico están relacionados con las concepciones de salud/enfermedad.

*“-¿Cuándo creen necesario ir al servicio de salud?*

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

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

Otro motivo observado de utilización de la policlínica eran los espacios de asistencia colectivos, como el Espacio Adolescente para los jóvenes y el grupo de ODH para los adultos así como otros espacios de sociabilidad. Todas las personas entrevistadas fueron consultadas sobre los diferentes motivos por los cuales podían ir a la policlínica, procurando explorar tanto sobre las actividades asistenciales como las actividades de socialización.

*“Claro, también no solamente la información que es importante, se logró un lugar de esparcimiento y recreación a iniciativa de las doctoras que están al frente de la policlínica, y han logrado hacer reuniones importantes con los vecinos informando distintas características de enfermedades y los vecinos hacen preguntas, es un centro*

*donde también te podés informar de distintas enfermedades cotidianas. (...) no solamente reuniones acá, a fin de año hicimos una reunión -que tú estuviste-, es importante, que vecinos salgan a hacer un festejo de esa naturaleza, que estemos... es agradable, lindo ¿no? y bueno, teniendo en cuenta que en la zona no hay zona de recreación, no hay para jóvenes, para niños ni menos para personas de la tercera edad, esa es la realidad de la zona dentro de lo que son las debilidades”. [José].*

Los grupos centrados en los padecimientos (el caso paradigmático es el de Alcohólicos Anónimos) buscan rehabilitar y apoyar al sujeto a través de mecanismos grupales. Según Menéndez (2008) un aspecto importante en este tipo de grupos es la búsqueda de relaciones sociales entre los miembros. Se caracterizan por la frecuencia de sus encuentros (semanales o quincenales) ya que esta frecuencia de relaciones supone para estos grupos el desarrollo de implicaciones emocionales centradas en lo terapéutico. La participación se circunscribe a sujetos específicos que comparten un padecimiento común y no a la comunidad como un todo. “(...) se trata de sujetos cuya identidad y pertenencia no refieren tanto a la comunidad sino que se centran en un padecimiento del cual también participan/padecen los restantes miembros del grupo, de tal manera que la identidad, pertenencia y relación con los otros se basa en un padecimiento en común a los miembros del grupo. Por lo tanto es el padecimiento el que establece la posibilidad de una participación comunitaria.” (Menéndez 2008b:72).

Las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la causa del 70% de las defunciones producidas en Uruguay (33,8% de causa cardiovascular, 22,6% neoplasias malignas). Además las ECNT insumen el 60% de los costos de atención médica (Buglioli et. Al 2008). El abordaje grupal de pacientes crónicos ha sido definido como una herramienta del Programa de Atención a la Población Adulta en el marco del cambio de modelo de atención (Martínez et al. s/f) y dentro de esa línea programática a nivel nacional del Ministerio de Salud Pública se enmarca el grupo ODH. El mismo está organizado en torno a la obesidad, diabetes e hipertensión. La población convocada al grupo estudiado son personas que padecen una o varias de estas enfermedades y/o un familiar, que residan en la zona de referencia de la policlínica. No es excluyente que la persona sea usuaria de ASSE. El grupo funcionaba con una frecuencia quincenal, los días martes de 17 a 19 hrs y se suspende por lluvia. Está coordinado por la médica de familia de la policlínica y una doctora residente de tercer ciclo de medicina familiar. La

convocatoria inicial se realizó mediante la identificación de los potenciales usuarios a partir de sus historias clínicas por el 'Equipo de Salud' luego convocados a participar personalmente y mediante llamada telefónica o sms realizada por la conserje de la policlínica quien también asistía al grupo junto con su marido.

Las sesiones del grupo funcionaban en la sala de espera de la policlínica y durante su desarrollo no se realizaban otras actividades asistenciales. Los participantes se sentaban en círculo, aproximando los asientos. En general uno o más de los integrantes llevaba mate para compartir. Asistían entre cuatro y diez personas por encuentro. Las actividades a desarrollar en cada encuentro eran propuestas por las coordinadoras del grupo. En general eran planificadas previamente y tenían algún tema central como ser características de algunas de las enfermedades, hábitos cotidianos, el funcionamiento del grupo, entre otros. El uso de la palabra era moderado por las coordinadoras del grupo.

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

En las sesiones en general las médicas proponían algún tema a tratar, y se realizaban dinámicas para abordar los mismos. Cuando yo me integré venían trabajando la cuestión de la hipertensión. En una de las instancias las médicas propusieron hacer una 'prueba' para ver cuántas de las nociones que se habían trabajado durante las sesiones del grupo se habían incorporado. Se trataba de una hoja con preguntas opción múltiple impresas, donde las personas debían señalar cuál era la respuesta correcta. Esta forma de evaluación, resultó extraña para varios de los participantes del grupo. Algunos tuvieron problemas para la lectura de las preguntas, fuera por el tamaño de la letra o por tener

dificultades en la lectura y comprensión lectora. Además, el hecho de marcar una respuesta correcta generaba dudas, ¿cómo se marca? ¿dónde? ¿hay más de una correcta? ¿y si me equivoco? Superados los obstáculos dados entre una propuesta que venía de un habitus académico a otro donde dicha práctica no era habitual, se comenzó la discusión sobre los contenidos.

Una de las preguntas indagaba sobre las condiciones en que debía ser tomada la presión (la persona debe reposar por unos minutos previo a la toma y no puede haber consumido previamente estimulantes como te, café, mate o tabaco). El intercambio sobre las respuestas generó un diálogo tanto sobre los contenidos teóricos abordados por el grupo en sesiones previas como sobre la forma de llevar adelante las prácticas de atención cotidianas.

*“-Yo puse la respuesta c), porque cuando yo me vengo a tomar la presión nadie me pregunta nada”*

*-En general lo cierto es que nadie presunta cuándo se va a tomar la presión. Es más, viene gente tomando mate o fumando un cigarrillo y lo apaga en la puerta y entra a tomarse la presión. También hay que sentarse un rato antes. (...) estos talleres también sirven para darnos cuenta de eso, de las fallas del sistema, no solo para decir las cosas teóricas.”*(Registro de campo. Sesión grupo ODH 2012)

Ese mismo día, luego del trabajo con las preguntas y respuestas las médicas propusieron realizar una actividad expresiva. Llevaron plasticinas de colores con la consigna de que cada uno de los integrantes del grupo representara qué significaba para él o ella dicho espacio. Si bien uno bromeó con que habían vuelto al Jardín de Infantes, por jugar con plasticina, la mayoría se enganchó con la propuesta. *“En esto de lo que José decía que siempre son cosas bajón, que trabajamos con enfermedades, con cosas que nos pasan y nos hacen mal y queremos ver qué pueden expresar”* comenta la residente (Registro de campo. Grupo ODH 2012). Cada uno trabajaba individualmente, y se les pidió que compartieran luego sus creaciones y por qué las habían hecho. En varias se repetían los motivos de corazones o manos unidas. El corazón, además de representar las enfermedades del corazón como la hipertensión, señalaban, representaba la unidad del grupo, el compañerismo. Durante el intercambio recordaron a un vecino que había integrado el grupo y que había fallecido, también hablaron sobre reuniones y comidas que se hacían en lo de José antiguamente y una fiesta que habían hecho donde despidieron a la enfermera que trabajaba en la policlínica y había pedido el traslado.



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

*“Además cambié. Me cambió el humor; cambió la percepción de la vida. Cuestiono todo. Estoy viviendo de yapa. Eso lo hablamos una vez en la policlínica que más de uno estamos diciendo que estamos viviendo el hoy porque no sabemos si llegás a mañana. Porque cuando vos tenés 20 años la situación es la misma, pero no lo pensás. Y las probabilidades son 90/1 en contra. Un gurí de 20 años tiene toda la vida por delante. Un viejo de 70 le queda poco. Y capaz que llega a los 10 (risas)”* [Gladys (55-70)]

En otra sesión del grupo, se realizó una dinámica de trabajo en sub grupos, rotando por diferentes 'estaciones' donde se enseñaba a tomar la presión y a medir y pesar adecuadamente. La propuesta era que cada uno pudiera aprender cómo hacerlo. Se trabajó en un ambiente de juego e intercambio, aprendiendo a colocar el aparato de la presión e intentar escuchar el ruido que indicaba la presión máxima y la mínima o colocar las pesas de la forma adecuada en la balanza. Desacralizar los aparatos y socializar un saber experto en un ambiente lúdico generaron un intercambio interesante entre los diferentes miembros del grupo. Algunos, como Teresa que trabajaba de conserje en la policlínica ya sabía como tomar la presión mientras que otros nunca lo habían hecho, se anotaban las medidas y se comparaba quién había logrado escuchar de forma más precisa. También se trabajó, a partir de las medidas de peso y altura sobre el tema de Índice de masa corporal (IMC). Las personas preguntaban sus dudas o hacían comentarios de sentido común, intercambiando sobre el tema. Las médicas intentaban desarrollar una explicación en el pizarrón sobre la forma científica de calcular el IMC, pero recogiendo las inquietudes de los participantes.

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

*“Ahora, el grupo ODH me dio conocimiento. Porque yo jamás en la vida me había preocupado por lo nutricional. Ni sabía muy bien cuándo era presión alta. Me dio con la diabetes. Yo no soy diabética, pero abrí los ganchos porque capaz que él (se refiere al marido que está al lado) es diabético. Entonces cada cosa, yo vine de allá la vez que se calculó la masa corporal y lo primero que hice fue calculársela a él (risas). Digo, entonces, y además que no es solo porque sos obeso. Porque pará un poco, si sos obeso podés tener esto, esto y esto. Si tenés la presión alta te puede pasar esto, esto y esto. Entonces porqué te tenés que cuidar. Porque no es hablar, ‘si, hay que comer sano y hacer ejercicio’, sino porqué, para qué y cómo. (...)*

*– Vos decías que en el grupo de ODH te explican qué y cómo. Yo te preguntaba si en tus consultas individuales con el especialista, si esa información te la dan*

*–No, no. No te la dan. Por eso hoy yo le pregunté. Yo hoy fui a la cardióloga. Y me hicieron un examen que demostró que no se qué cosa había mejorado. Entonces le pregunté a la mujer qué era eso. Y la mujer dice, es el ritmo de su corazón, su corazón está trabajando mejor. Está casi normal a pesar de que tiene la esquemia. (...) – A pesar de que tiene una parte del corazón que está muerta, su corazón, - dice – Está funcionando mejor.- Pero le pregunté. Y si no, no me dice.” [Helena]*

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

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

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

Helena asiste asiduamente a las reuniones del grupo ODH. Ella y su marido hace unos tres años que viven en una chacra de la zona. En una charla en el comedor de su casa me

comenta cómo fue que comenzó a ir a la policlínica.

*“Iba pasando y me encontré con una de las conserjes, con María, que me vió interesada, yo leyendo los carteles de a qué hora se iba a poner la mesa y todo eso. Y ella se puso a conversar conmigo. Me invitó a que conociera la policlínica, me mostró todo y me contó que acá había una grupo de ODH. Le dejé el teléfono y ella me dijo que me llamaban. Llegó el domingo, fuimos a votar, fue mi marido, fue Julia [la nuera] y este, en caravana a votar. Ta, pasaron los días, un día me llamaron y fui a ver qué era. Tampoco tenía muy claro qué era el grupo ese. Llegué, conocí a las doctoras y me gustó. Creo que me costó un poquito y me integré bien. Además lo llevan muy bien, muy entretenido, te enseñan, te aclaran, te, lo hacen, yo que se. La condición humana que anda ahí es buenísima”. [Helena]*

Asimismo, el tener una instancia de encuentro colectiva, presencial y a nivel local con otros usuarios del servicio de salud promueve la discusión de propuestas concretas sobre el funcionamiento de dicho servicio (participación por movilización). Otros temas que generaban interés era la posibilidad de tener más servicios en la policlínica, por ejemplo dentista, extracciones de sangre, entre otros.

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

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

Si bien el grupo ODH es un espacio que tiene como objetivo la educación para la salud

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

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

Figura 3: Comida de fin de año de Grupo ODH 2012



Fuente: Video proyectado en inauguración oficial de la policlínica

El Espacio Adolescente es otro espacio donde se juntan jóvenes, promovido por distintos técnicos del equipo de salud. Este espacio es valorado como positivo tanto por los jóvenes que asisten como por los adultos del barrio. Comenzó a funcionar cuando a

la Agente Socioeducativa que ya venía trabajando en el CSJH le destinaron algunas horas semanales para dinamizar un 'Espacio Adolescente' en la policlínica dependiente de Villa Farré. Junto con la partera, la enfermera y la médica de familia comenzaron a planificar el espacio. La primer tarea fue armar el grupo. Para ello agendaban los controles de los 'adolescentes' el mismo día en la tarde, para que coincidieran en el horario de la sala de espera. Los iban invitando al espacio. A su vez, algunos jóvenes iban invitando a otros y comenzó a funcionar a fines de 2011 el 'espacio'. Los jóvenes llevaban música y desde el Equipo de Salud se planteaban a veces actividades, temas a discutir y otras simplemente juegos y compartir un espacio de sociabilidad entre los jóvenes. Ni en el barrio de Villa Farré ni en zonas cercanas existen plazas, parques, u otro tipo de espacio público o de infraestructura pública donde poder reunirse. La policlínica se convirtió en un espacio de referencia para algunos jóvenes del barrio.

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

*“-Cómo te enteraste del espacio?*

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

*- Ahí va. ¿Y él como sabía?*

*-No se, ni idea. Me dijo, vamos pa ahí arriba, pa la policlínica que - y dale, vamos. Vine con él y ta”. [Joao]*

*“Bueno, después de que empecé a venir a los controles un día vine a un control y la doctora me dijo si quería quedarme que justo era el espacio. Y me quedé y me pareció re bien y me dijeron que era todos los miércoles. Y empecé a venir, empecé a venir y me quedé”. [Natalia]*

Natalia vive en La Esperanza, con su madre, su padre y cuatro hermanos. Ella es la mayor. Va al liceo de la zona de tarde y los miércoles de mañana va Espacio Adolescente desde el año 2012. Al mediodía tiene que irse un poco antes de que termine porque tiene que llevar a uno de sus hermanos menores al CAIF.

*“En el espacio nos divertimos mucho, hacemos a veces actividades, hablamos de temas que nos interesan a todos, hacemos actividades para poder recaudar dinero para salir algún lado entre todos. Tenemos una página de Facebook que nos comunicamos entre todos para contarnos algunas novedades de la policlínica. Ahora estamos tramitando la tarjeta joven. (...) Como que somos todos amigos, es fuera ya de lo laboral de las*

*doctoras. Fuera del trabajo de ellas, es más personal, está buenísimo. (...) Cuando yo recién empecé a venir como que no sabía mucho de qué se trataba. Ellas todo el tiempo están buscando lugares a los que podamos ir, o cosas que podamos hacer o cosas con las que podamos ayudar a los demás, o que nos puedan hacer bien a nosotros. Siempre están pendientes de las cosas que nos puedan hacer bien a ellas y a nosotros. A todos”.*  
[Natalia]

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

### **iii) El tránsito entre los diferentes niveles de atención: encuentros, desencuentros y estrategias adoptadas**

Desde una perspectiva conceptual, es importante considerar a los procesos asistenciales como una construcción social y política, resultantes de modos de institucionalización históricamente específicos de la enfermedad y la muerte. Se constituye una lógica institucional (o lógicas institucionales), “(...) que se presenta centrada en los dispositivos, estructuras y normativas de los servicios de salud y frente a la cual los conjuntos sociales se configuran como sujetos que consumen, se adaptan o se desvían de las pautas así establecidas. (...) En efecto, son sus actividades – a través de sus trayectorias terapéuticas y sus 'estrategias de supervivencia' dentro de las instituciones

las que relacionan a los diferentes servicios entre si.” (Barber y Margulies 2009:96).

En algunos casos el Primer Nivel si opera como 'puerta de entrada' al sistema y se da una atención oportuna y una derivación adecuada, es decir, las articulaciones esperadas entre los diferentes niveles de forma exitosa ocurre de manera exitosa.

*“Él estaba como con un ruidito en el pecho como si fuera flema. Vino la doctora y le dijo que estaba con, que respiraba con dificultad y que parecía que no era flema. Que era algo del pecho. Que no tenía flema, que tosía pero del pecho. Y le dijo que fuera hasta el Pereira. Y fue como viendo a ver qué tenía y le dijeron que tenía que dejarlo, porque tenía dificultad para respirar y tenía que dejarlo en observación. Y lo tuvieron días. Y ta. Porque decían que no podía dejar por si solo, porque si lo dejaban respirar por si solo podía dejar de respirar de golpe porque estaba respirando con mucha dificultad. Y ta. Lo dejaron. Le estaban pasando oxígeno y dependía de ese examen para...era chiquito, tenía pocos meses. Y ta, le dijeron que dependía de ese examen para que lo pasen a CTI o no. Y ta, ese examen salió bien y después de a poco se fue mejorando. Un día probaron dejarlo sin oxígeno y ta, mejor; se le estaba yendo la flema y todo y después lo mandaron para casa. Igual le mandaron inhalador y eso.”* [Natalia]

Si bien todas las personas entrevistadas valoran a la atención de la policlínica, como buena o muy buena, y destacan especialmente la calidez de la relación con los distintos profesionales y con las conserjes, también hay problemas cuando es necesario coordinar alguna actividad asistencial con el Centro de Salud o con algún otro servicio del segundo o tercer nivel. Así, muchas veces los usuarios utilizan diferentes estrategias de supervivencia para poder lograr la mejor solución en el menor tiempo posible a sus problemas de salud, en algunos casos sorteando los mecanismos institucionales previstos.

*“- El año pasado por ejemplo le mandó el cuatro de setiembre un pase a Ramón para el urólogo. Fue para pedir fecha. Y el otro día hablé con la nurse porque no ha venido. Y fue para pedir fecha. Desde el cuatro de setiembre. Y me dice la nurse, ah, no, hay que pedir de nuevo porque ese se perdió. Vuelta y media se pierde. Entonces ahora la semana pasada pedimos y no se si el jueves o el viernes y no se, andá a saber cuándo vuelven.*

*– ¿Pero dónde se pierden?*

*– Y en Libia. Porque de acá a de la policlínica lo llevan, pero en Libia se pierde.*

*– ¿Un papel?*

*– Si, la interconsulta. Pero ahí te piden fecha y la firman, pero no se si habrá pedido, si salió de ahí o no. Porque la nurse me dijo, que si no había venido ya no iba a venir. (...) Ahora nomás me dieron la orden de la mamografía, me dijeron que la podía dejar ahí para que en Libia me sacaran fecha. Pero me sacan para dentro de un mes o dos. Y yo fui directamente al Pasteur y me dieron fecha y hoy lunes ya me la hice”.* [Teresa]

Ante los problemas que experimentó en el primer nivel de atención para realizarse los estudios que le habían indicado Teresa optó por ir directamente al segundo nivel (Hospital Pasteur) y solicitar el estudio directamente allí. Una de las estrategias empleadas por las personas es evaluar la 'gravedad' del padecimiento, la cual es realizada a partir de criterios diagnósticos (Menéndes 2007, Fitzpatrick et.al 1990), para decidir en primer lugar si consultar a un servicio de salud biomédico o no, y, si se decide consultar, qué servicio utilizar. No siempre los usuarios recurren como 'puerta de entrada al sistema' a un servicio del primer nivel de atención, sino que en algunos casos prefieren ir directamente a una puerta de emergencia de un servicio del segundo o tercer nivel.

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

En los datos recientemente publicados por el MSP (febrero 2014) con el fin de informar a la ciudadanía para el período de 'Movilidad Regulada' para los usuarios del FONASA se establece que la razón entre las consultas realizadas en policlínicas sobre las consultas urgentes centralizadas para ASSE es de un 2,9, mientras que el promedio para el país es de un 6,2<sup>39</sup>. “El indicador Razón [consultas policlínica] / [consultas urgentes centralizadas] refleja la relación entre las consultas ambulatorias de policlínicas y las consultas urgentes centralizadas, es decir, las efectuadas a nivel del servicio de Urgencia/Emergencia Institucional, realizadas en el último año (desde octubre de 2012 hasta setiembre de 2013). El número de consultas realizadas en cada ámbito son informadas al MSP por las instituciones mensualmente.” (MSP 2014).

A partir del análisis de las distintas trayectorias de los usuarios entrevistados, pudimos observar que algunos de los principios de la organización del sistema de salud en

---

39 Esta información se encuentra publicada en la página web del MSP en una planilla adjunta que proporciona información respecto a datos de los diferentes prestadores de salud. <http://www.msp.gub.uy/noticia/comienza-el-per%C3%A0dodo-de-movilidad-regulada-para-usuarios-fonasa> consultada 6/02/2014



niveles y su adecuada coordinación no se da en las prácticas cotidianas. Estas descoordinaciones percibidas por los usuarios coinciden con la visión de fragmentación del sistema de salud que tienen los propios trabajadores. Así como los trabajadores, los usuarios adoptan sus estrategias para moverse dentro del sistema e intentar “sobrevivir”. La evaluación de qué servicio resulta más adecuado para resolver determinado problema de salud son parte de dichas estrategias. El dato de que la razón de consultas en policlínicas sobre consultas centralizadas en urgencias es sensiblemente menor en ASSE que en otros servicios de salud concuerda con la hipótesis de que las personas recurren con mayor frecuencia de la esperada a la atención en 'puertas de emergencia'. Se necesitarían mayores investigaciones sobre las características de las consultas en las puertas de emergencia para comprender el fenómeno con mayor profundidad. De todas formas, en los testimonios que recogimos es posible afirmar que si bien en algunos casos la consulta en el segundo nivel (Hospital Pereira Rossel, Hospital Pasteur) o en la 'Puerta de emergencia' del CSJH resultaban pertinente de acuerdo al nivel de complejidad del problema, en otros casos se recarga el segundo nivel con situaciones que podrían ser resueltas desde el primero si las coordinaciones se realizaran en tiempo y forma.

### ***C) EXPERIENCIAS DE ENFERMEDAD SIGNIFICATIVAS***

Como ya mencionamos, en nuestra investigación encontramos que existen diferencias significativas entre las experiencias de enfermedad. Mientras que en un extremo encontramos malestares que son considerados parte del flujo normal de la vida o que son mencionados de manera casual, hay otros malestares y experiencias de enfermedad que resultan significativas tanto para el sujeto como para su grupo cercano. Durante el relato de estas experiencias significativas la mayoría de las personas ofrecía muchos otros 'insights' sobre diferentes dimensiones de la la sociabilidad como por ejemplo las relaciones de amistad y parentesco, sobre el paso del tiempo, o sobre las condiciones sociales y económicas de vida. En este caso, la experiencia del malestar es profundamente social. Esto coincide con lo observado por Das y Das (2007) “(...)la

historia de las enfermedades en muchos casos eran también las historias de las relaciones de parentesco, de quién había ayudado y quién hacía traicionado; los entrevistados describían a menudo cómo el episodio de ese momento se relacionaba con episodios de enfermedad anteriores, o reflexionaban sobre las condiciones sociales y económicas en las que ellos vivían. No todas las enfermedades invitaban a dicha reflexión, indicando que existía una variación significativa en las experiencias de enfermedad: algunas son mencionadas de manera casual mientras que otras llevaban a más historias sobre relacionamientos con diferentes contextos sociales y terapéuticos. La enfermedad en sentido amplio es profundamente social<sup>40</sup> (Das y Das 2007 traducción personal).

### **'Le robaban la sangre de a poco'**

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

*"- Ahí a mí me atendieron bien, a mí, no me gustó la atención que tuvieron para con mi padre, para con mi padre no porque mi padre tenía la sangre universal y para mí se la robaban de a poco, porque él cuando era... él estuvo internado cuando era joven, no sé por qué, y él mismo se dio cuenta que le estaban robando la sangre, porque dicen que con esa sangre se hacen miles de cosas, y él agarró y salió del hospital y dijo que nunca más iba a caer internado, no le gustaba ir a un hospital, y la atención que tuvieron para con él nunca me gustó. (...) Y porque todos los días dice que le sacaban medio litro, todos los días no, cada tanto, le sacaban medio litro de sangre ¿y para qué? Hasta que él averiguó que con esa sangre se hace esto y esto y ta, se dio cuenta.*

---

40 "(...) the story of illness in many cases were also the story of kingship relations, of who helped and who betrayed, respondents often described how the episode of the moment related to earlier episodes of their own or other's illnesses, or they reflected on the social and economic conditions in which they lived. Not all illnesses invited such reflection, indicating that significant variations exist in illness experiences: some are passed over in a casual manner, others lead to more stories about engagements with different social and therapeutic contexts. Illness in the latter sense is profoundly social." (Das y Das 2007:68-69)

*(...) Iban y le decían, él estaba en el hospital; si vos estás en el hospital y vienen "Esto es para esto, esto es para aquello" Pero ta, vienen y te sacan y se pela. "Ah el médico mandó", Bueno, viene la enfermera, si vos no estás tampoco ahí encima o él que estaba capaz que solo, no sé bien.*

*- ¿Eso fue antes de que...?*

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

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

*- Claro. Nunca me gustó igual la atención, porque yo estaba siempre, yo iba, estaba embarazada de Maicol, pero yo iba todas las mañanas y una vuelta llegué y él estaba con los circuitos sacados, no daban corte a nada, todo el mundo esperando que los enfermeros vinieran y todo lleno de sangre, no daban corte a nada y él allí, claro, como no había quedado bien de la cabeza porque tuvo un golpe en la cabeza, y él se sacaba todo, era una persona que no le gustaba el hospital, y llegué y cuando lo vi armé un relajo total. (...)Él falleció, yo tenía 7 meses de embarazo. Y no me gustó nada, para nada, nada. Eso fue algo que me quedó para toda la vida y bueno, uno no lo puede cambiar, si uno pudiera cambiar... Y nunca más fui, por nada, ni por atenderme ni nada por el estilo." [Patricia]*

La idea del padre de Patricia de que en una internación anterior en el mencionado hospital le robaban la sangre fue transmitida a Patricia y sus hermanos. Esta experiencia tuvo tanta fuerza que en el relato de Patricia es asociada a las experiencias de internación posteriores en dicho hospital de manera contradictoria, ya que comienza afirmando que su primer parto lo atendieron bien pero luego afirma que nunca le gustó la atención de allí y que ella nunca más volvió. En la concepción de Good (1994 en Ferreira 1998) las representaciones son construidas de acuerdo con una amplia red de asociaciones tales como las creencias religiosas y experiencias familiares, por ejemplo. Más allá de que la sangre fuera efectivamente robada 'para hacer miles de cosas' o simplemente fueran extracciones de control resulta interesante destacar que la sospecha surge en el paciente y luego es transmitida a su familia porque el personal de salud realiza distintas maniobras técnicas sin informar al paciente sobre su propósito. Sumamos a la sensación de vulnerabilidad de estar en el hospital, una institución total (Goffman) donde diferentes personas 'vienen y hacen' a la escasa comunicación con el paciente de 'el médico mandó'. Como señala Allué (2009) "Un paciente informado, aunque se trate de un niño al que se le explique cómo y por qué van a pincharle, extraerle sangre o curarle las heridas, es un paciente mucho más predispuesto ante la actuación asistencial."

### **'Hay uno enfermo y sacude a toda la familia'**

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

En las narrativas sobre la enfermedad se elabora y expresa la relación entre el sujeto y el contexto, percibida como fundamento de la experiencia de enfermedad "(...) el narrador sintetiza situaciones y acontecimientos vivenciados, evaluándolos, emitiendo opiniones y expresando sentimientos. En ese aspecto, los segmentos narrativos no se constituyen solo por elementos figurativos (expresiones que revelan acontecimientos causales), sino también por abstracciones (categorizaciones, conceptualizaciones, evaluaciones, etc.) y emociones. De tal manera, es por la secuencia del conjunto de esos segmentos como se constituye la 'unidad semántica', o el todo de significado de la narrativa." (César Alves y Ravelo 2009:61).

Gabriela y sus hijos utilizan la policlínica desde su creación

*"Me informaron que se abrió una policlínica. El primer lugar fue donde vivía la gordita. Es verdad que se llovía y todo por todos lados. que se inundaba. Ahí. Y desde ese primer momento que supimos que había una policlínica nos arrimamos para ver cómo era el tema".*

Además ha utilizado diversos servicios de salud de ASSE siguiendo el trayecto

terapéutico de su hija Emilia, especialmente la Unidad de Trastornos Alimenticios del Hospital Pereira Rossel y el Centro Seis. Durante los estudios e internaciones que atravesó Emilia, Gabriela fue apoyada por su familia, destaca especialmente la presencia de su hermana Valeria y de su madre, Teresa. En ocasión de un estudio para evaluar el canal deglutor, la niña sufrió una neumonía química a causa de una mala maniobra del personal de salud.

*“Desde que nació y todo. Ellos hicieron una carta y todo que le corresponde le Pereira. Porque si no no le corresponde el Pereira, le corresponde el Pacheco, pero como los especialistas están en el Pereira, viste, la UTA, la Unidad de Trastornos Alimenticios. (...) Desde que tenía 30 días empezó con el reflujo. Le mandaron a hacer estudios y todo. Y cuando tenía 3 meses fue que calló internada porque le hicieron el estudio ese para ver lo del reflujo y se le aspiró el medicamento para los pulmones. Ahí fue la primera vez que me fue a parar para internar. Que estuvo un montón de días. Como doce días estuvo. Yo no me desprendí de ella. Mamá y Valeria iban para que yo pudiera venir a descansar y yo no me desprendí de ella. Me quedaba en un sillón al lado de la cuna. Ahí me decían que me iba a terminar enfermado porque yo no me quería dormir viste. Porque para mejor qué pasó. Justo vino un brote de diarrea. Trajeron hasta niños del policial porque no daba abasto. Entonces Emilia se me agarró diarrea. Me quedó pesando cinco kilos. Perdió el pelo. No sabés lo que era. Flaquita, flaquita. Entró por una cosa y se fue por otra. Entonces costó recuperarla. Horrible. Ahí le sacaron el pecho. Ya con tres meses. Teníamos que darle a los tres meses con cuchara. Imaginate. Y yo que andaba cansada, muerta, angustiada, me ponía histérica porque claro, la gurisa qué iba a querer comer con cucharita con tres meses. Y después le dan el alta con una leche de esas en lata e hizo como una reacción alérgica. Otra vez al Pereira a internarla de nuevo. Ahí la alimentaron por sonda con un montón de cosas para subirla de peso. Así tuvo como cinco o seis internaciones. Me dijeron que el pulmón que recibió el medicamento lo quedó lesionado de por vida.*

- ¿Y eso fue un error técnico?

- *Fue mala praxis. Porque después el equipo de las enfermeras y el equipo médico del Centro 6 hizo una carta este, enviada al coso de salud, por la enfermera y el médico que le hicieron el coso a Emilia. Porque vos fijate que ella no tomaba mema. Del pecho la pasaron a nada, no se, le dieron una mamadera, la acostó. Porque con el reflujo no puede estar horizontal, tiene que estar levantada y ella - no, cómo que no va a tomar-. Y ella no sabía. Emilia tiene un trastorno. Ella no sabe mover la mandíbula. Que por eso la atendió todo este tiempo fonoaudiólogo para ayudarla con eso. Entonces la acostó y la socaba así, la socaba con la mamadera que tomara, que tomara, que tomara el líquido. Y ella lloraba y hacía (inspira para mostrar el gesto que hacía la beba) y el líquido le salía por la nariz, le salía por todos lados y el médico decía, déjela, déjela señora porque si no toma el líquido no se lo podemos hacer. Y ta. Se lo hicieron. Yo fui con mamá y papá en el auto. Volvimos para casa y volvimos y yo la notaba mal, con fiebre y la respiración agitada, el corazoncito yo se lo notaba muy agitado. Y llamamos médico y ya volando para el Pereria en ambulancia y ya quedó internada. Le hicieron la placa y le salió. Una neumonía química porque se le pasó*

*para el pulmón. Se le había ido. Ahí fue que empezamos toda la cosa con la Emi. Después en el Pereira, las doctoras que me atendían me decían - Madre, ¿tu sos conciente de que la niña se te podría haber muerto en ese momento?- Dice,- Porque un niño con reflujo no puede estar horizontal y mucho menos con la forma en que le estaban dando la medicación.- Y yo bueno, qué iba a hacer. Obvio que me desesperé, pero el médico me decía, tiene que dejarla, tiene que dejarla, yo qué iba a hacer.*

*- ¿Encima te culpaban a vos de que no le habías dicho al médico que la niña tenía reflujo?*

*-Claro. Y ella fue, porque en todos los papeles dice, los médicos se supone que tienen que ver la historia lo que dice. Ah sido una odisea con esta niña. Toda una vuelta de médicos.”*

Otro de los hijos de Gabriela, Joao, cuando era chico también tenía problemas de salud graves, pero a diferencia de Emilia, no lograban un diagnóstico médico.

*“Joao por suerte nunca tiene nada. De chico fue horrible, ahora de grande no tiene nada. Joao pasó internado, internado, internado. Le hicieron de todo, vieron médico dos por tres y de todo le hacían porque no sabían qué tenía. Se pasaba haciendo episodios de fiebre altísima, lo tenían internado, le hicieron de todo y no daban con lo que era. Y lo terminamos llevando a un hombre. Porque a veces hay que creer o reventar. Trajeron un médico holandés que no se de dónde con una traductora. Porque le hicieron de todo a Joao y no daban con lo que era que tenía. Y pasaba internado. Me lo atendieron en la Peluffo Higgens porque le venían unas alergias, unas cosas en todo el cuerpo y todo lo mismo. Pero no dieron con lo que era. Y me decían - Madre, no te vamos a decir que tal cosa porque no sabemos lo que tiene. ¿No entiende? ¡No sabemos lo que tiene!.Claro. Un día lo llevamos a un hombre. Nos dijeron, mirá, andá a tal hombre y fuimos. Y yo lo que se que a Joao le dieron de alta. Llegamos a casa. Y Joao pasó la noche que no paraba de vomitar. Vomitaba, vomitaba, vomitaba. Estaba lloviendo horrible. Viene la madrina de mi esposo y me dice. -¿Porqué no lo llevas al Don de acá a la vuelta? - dice - Vamos-. Mi esposo fue solo. Dice - Llevá una ropa de él - Mi marido fue con una batita. Dice, - Si podés traémelo ya.- Ta. Lo envolvimos todo y arrancamos para la casa del hombre. ¿Qué íbamos a hacer?! Y ta, no nos quedaba otra. Porque ya, ya lo llevamos a todos lados. Era ir todas las semanas. Íbamos a la Pelufo Higgens y veías cada cosa, te venías muerto para atrás. Ta. Lo llevamos a este hombre. Ta, el hombre estuvo con él ahí. Le hizo unos sarabás. No se, el hombre le hablaba. No entendíamos lo que decía. Le dice, ahora comprá una coca bien frío y dásela. Ta, se la dimos. Al otro día en el patio jugando a la pelota. Miralo cómo está. Joao no tuvo más nada. Después de eso... le hicieron una tomografía me acuerdo, después de eso, porque ya tenía la fecha. Nada. Después ta. Los médicos me dijeron ta, no tiene nada el niño. No le vamos a decir que tiene porque no tiene. Era de placa, de ecografía, de todo. Después de eso no se enfermó nunca más. No se ataca de una gripe, no se ataca de la garganta. Él va al control una vez al año. No tuvo más nada. No se qué decirte...”*

En primer lugar Gabriela y su marido recurrieron al sistema biomédico ante la enfermedad de su hijo. Luego de múltiples estudios, internaciones y recaídas y ante la

ausencia de una explicación de las causas de la enfermedad de su hijo decidieron recurrir a otro tipo de curador popular. Si bien el 'hombre' no es adscripto a ninguna religión en particular, en el ritual de cura descrito emplean técnicas donde se combina el uso de la palabra e imágenes del rituales provenientes del catolicismo.

*“-La madrina de mi esposo nos dijo. Hay un señor allá a la vuelta que hace esas cosas de curar empacho, todas esas cosas. Y fuimos ahí y tenía todo imágenes del niño Jesús, la Virgen María. No tenía imágenes de esas cosas de diablo. De esas cosas no. De santos, Virgen María y niño Jesús. Esas cosas así. Y el hombre ta, hablaba, no se qué hablaba, dijo lo de la coca y se le pararon los vómitos.(...) A voluntad. Que mi marido qué hacía. Le llevaba bandejones de alfajores, bandejones de ojitos. ¿Viste? Esas cosas así que te decía. Y él te decía. Usted, lo que quiera. Si teníamos plata le dejábamos plata, yo una vez le llevé velas blancas, porque para prenderle a los santos. Ta, si no tenía plata le llevaba lo que podía.”*

Ante las enfermedades de sus hijos Gabriela vio afectada su propia salud como mujer. Postergó el cuidado de su salud en pos de sus hijos faltando a consultas previstas u omitiendo la realización de controles previstos, tanto por 'dejarse estar' como por miedo de los posibles resultados.

*“- Y me decías que vos te habías descuidado  
-Ah, yo mi salud si. Yo tenía HPV, que me hicieron biopsia y todo. Me mandaron a Argentina. Biopsia de alto riesgo, que ella me acompañó y todo. Yo me hacía colposcopia, si mirás la foto, espantoso. Son unas fotos en color. Vos mirabas aquello y espantoso. Ta, bárbaro. Yo tuve el otro embarazo que perdí. Ta. Esto es una cosa que no tiene tratamiento, que tenés que ir controlando. Yo después de que la tuve a Emilia (...) Ahí me relajé, no vi más médico ni nada. Ahora la última vez me hice el Papanicolau en la policlínica. Tenía la fecha para ir a hacerme la colposcopia y todo. Justo se me enfermó Emilia y no fui a cambiar la fecha y no fui más. Para mi no vi más médico. (...) Ah, y el vértigo, que me vió la doctora. Me levanté un día que me iba. Se me iba la cabeza, me iba de costado, horrible. Y Valeria me vino a buscar a casa para llevarme a [ nombra a la médica de familia] para ver qué tenía. Y me dijo que era vértigo. Todo por el estrés porque andaba con Emilia viste, porque andaba muy nerviosa, se me había juntado todo. Y me mandó una medicación que me ayudó un montón. Ya me saturó tanto con Emilia que no quiero ver más médico, no quiero ver más nada. Y además pienso, si caigo internada yo, me mandan alguna cosa o algo ¿qué hago con los gurises?  
- Estamos nosotros (le responde la hermana)”*

Por otro lado, el estrés atravesado, las horas de hospital, las andanzas, la odisea que ha significado para Gabriela y su familia la enfermedad de Emilia han afectado sus 'nervios'. Los nervios se han estudiado en diversos contextos socioculturales en la antropología médica, se trata de una categoría polisémica característica de un modo de

pensar la persona (Duarte 1986, 1994 en Alves y Rabelo 2009). En términos generales los nervios componen tres núcleos de signos: a) signos de agresividad y violencia, b) signos de agitación y violencia y c) signos de tristeza y aislamiento. Además de estos tres ejes, el descontrol se asocia a la debilidad de los nervios. En el caso de Gabriela, ella no se define a si misma ni es definida por otros como una persona nerviosa, sino que en un determinado momento estuvo nerviosa, a lo cual atribuye sus problemas de vértigo.

En un estudio de Alves y Rabelo (2009) sobre mujeres nerviosas en Brasil, los autores afirman que en los relatos autobiográficos de estas mujeres el estado nervioso aparece como una reacción inadecuada o desproporcionada al contexto. Esa reacción generalmente es atribuida a una situación de pobreza y privaciones que imponen serios límites a la posibilidad de conducir la vida con tranquilidad, maximizados por un contexto cotidiano de violencia y falta de autodeterminación, como la imposibilidad de sostener una identidad personal y una red con otros que sostengan esa identidad. En el caso de Gabriela, su red con otros, especialmente su familia nuclear de origen, es fuerte y la ha ayudado a afrontar y sostener las diferentes dificultades a las que se ha enfrentado.

*“[la enfermedad] nos ha tocado tanto. Porque hay uno enfermo y sacude toda la familia. Porque es la verdad. Con lo de Emilia han estado todos conmigo, todos conmigo. Hasta el otro día que tuvo que hacerse unos estudios, Valeria ya arrancaba conmigo al Canzani. Y está uno enfermo y está toda la familia mal. Porque es así. Nos preocupamos todos. Te dicen puede ser esto, puede ser aquello. Cuando hay uno enfermo es bravo. Es bravo eso, es bravo monetariamente. En el caso de mi marido cuando estuvo con tendinitis nos vinimos abajo. Mal. Nos tapamos de cuentas. Porque el que trae el dinero a la casa digo, siempre es el marido, porque nosotros tenemos, estamos emprendiendo un negocio en casa y se nos vino todo abajo. Yo estaba haciendo limpiezas y dejé de hacer limpiezas para dedicarme a lo de casa. Que nos pusimos a elaborar comida. Y se nos vino todo a casa. Y está uno enfermo y no sabés el gasto que vas a tener. Nosotros hacíamos empanadas para llevar a la fábrica. Cuando él llegaba de la fábrica nos poníamos a hacer empanadas para llevar y él las vendía. (...) Y habíamos comprado montones de cosas. Lo que son bandejonas, papel, fiambres, nylon, todas esas cosas que es plata que está ahí trancada. (...) Y fue al seguro y no te da para nada. Pagando alquiler y todo no te da para nada. Entonces préstamos y préstamo a la fábrica y ahora cuando fue la liquidación de licencia, todo eso, aguinaldo, le descontaron todo de una vez sola. Todo de una vez sola. ¿Qué hacés con ocho mil pesos pagando alquiler, luz, agua, impuestos, los boletos para ir a trabajar todos los días, los gurises que empezaron las clases y hay que comprar las cosas? Entonces está uno enfermo y te tapás de cuentas. Te tapás de cuentas.”*



Como afirmaban Das y Das (2007) la experiencia de la enfermedad es profundamente social. En este caso vemos cómo las relaciones de parentesco y el contexto social y económico están profundamente entrelazados con las diversas experiencias de enfermedad que transitaron Gabriela y su familia. El no trabajar acarrea problemas financieros inmediatos, ya sea el descuento de los días parados o la dificultad de conseguir dinero para aquellos con actividad autónoma. El no trabajar afecta sobre todo al proveedor de la casa. Así, la definición de enfermedad se entrecruza con una concepción físico/moral, el no trabajar asociado con la pereza o la debilidad. Para no ser tomado por 'vago' o 'perezoso' es necesario contar con la palabra autorizada del médico, quien otorga un 'certificado médico' que certifica que la persona no se encuentra en condiciones de trabajar y en el caso de los trabajadores formales los ampara en la seguridad social (de Oliveira 1998). En el caso de las mujeres, la enfermedad no solo interrumpe el empleo formal en caso que lo hubiere sino que también interrumpe el trabajo doméstico, tanto las tareas domésticas como el cuidado de los niños. En el caso de Gabriela, su principal preocupación si 'cayera internada' sería qué hacer con sus hijos.

### **'A raíz de eso vi todo'**

Blanca (65 años), comenzó a sufrir de fuertes dolores de cabeza en sus últimos años como maestra. Además, en ese mismo momento una de sus hijas se fue a vivir al exterior y falleció su padre. Consultó en la policlínica por su depresión y la derivaron a Salud Mental en el CSJH. Allí ella siguió un tratamiento con psicóloga y psiquiatra que valoró como positivo. Además, por los dolores de cabeza la derivaron a distintos especialistas del segundo nivel de atención para que la evaluaran. Ante la falta de una respuesta eficaz para su dolor en el sistema de atención biomédico Blanca decidió recurrir a otros sistemas de atención, algunos de ellos incluso recomendados por los propios médicos.

*- Bueno, yo lo que tuve, ah, esos problemas que te decía de depresión y todo. Yo simultáneamente o anterior tenía dolores de cabeza. El último año de trabajo. Y, claro, se juntó con todo eso que te decía. Unos dolores de cabeza fuertísimos. Y ahí me diagnosticaron y aparte de la salud mental me derivaron a reumatología, a traumatología, yo se que anduve por todos lados, y neurólogo y ... Y a raíz de eso vi todo, médicos, no médicos, quiroprácticos. Esos otros que aparecen en la televisión (...)*

*yo miraba la televisión y lo vi y allá fui. Es carísimo. Te ponen aparatos eléctricos. Me ponía porque ahora dejé de ir porque es muy caro. Me hacía bien. Son todas cosas, eso, terapias, son todas técnicas que te ayudan. Como los masajes. Los masajes sigo yendo una vez por mes. Iba una vez por semana. Son todas cosas que son buenas, que te ayudan. Acupuntura no. no me hice nunca. Eso está*

*V - ¿Y esas opciones eran, te complementaban algo que lo otro no te estaba dando? Te aliviaba el dolor? ¿Porqué elegiste?*

*O - Claro. Porque... al final ahora lo tengo dominado. Porque claro, a nivel medicinal me mandaron analgésico que eran hasta 6 pastillas por día. Dos cada ocho horas. Después en el hospital que hiciera fisioterapia. Que hice, pero poquísima. Porque no tenían. (...) Entonces claro, empecé a ver, que si tomaba seis pastillas por día, me iba a agarrar una úlcera. Entonces empecé a ver eso. Y las técnicas esas. Eso del hombre ese que era caro, era bueno. Fui como un año. Pero todas las cosas me han ido a que me fue pasando el dolor de cabeza. También los problemas. Superé jubilarme, superé lo de mi hija. Que mi hija al principio se fue de acá y después se fue a España, a vivir, entonces claro. Tenés que, si no, una locura. Me daban dolores muy fuertes de cabeza. De esos dolores que no querés hablar ni ver la luz, la televisión de nada.(...) Todavía estaba en la fisioterapia de la Médica Uruguaya cuando fui a los masajes. Y después empecé a ir particular. Porque vi que me hacía bien. Hago yoga también. Ahora lo único que hago así es yoga y los masajes. Y bue, y ta, la voy llevando. Todas son cosas que, para esto que tengo me hacen bien. (...) Yo al neurólogo le dije. Porque a raíz de todo eso, como no tenía nada neurológico. (...) Si puede ir, señora me dijo, a hacer alguna gimnasia relajante o yoga eso le va a aliviar. Y bueno. (...) Y después hay una que hace masajes, y hace reiki que yo he ido. Que vive acá, delante de La Villa. Y hace, que es más conocida porque por eso le dicen la bruja, que es más conocido por eso y tira cartas. Pero es bien separado. Vos vas para el masaje y no te implica ninguna conversación.”*

Vemos como Blanca, con el fin de aliviar su dolor, recurrió a distintos sistemas de atención, principalmente biomédico y new age, combinando las sugerencias de cada uno así como sus posibilidades financieras de pagar por los servicios. El uso de ambos sistemas de atención no fue excluyente sino complementario. Existe evidencia de que durante la carrera del enfermo “(...) los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida, pero si dicha atención no resulta eficaz la remplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento.” (Menéndez 2007:191). Este proceso podría terminar en esta segunda etapa o motivar nuevas consultas, pudiendo volver el enfermo a consultar nuevamente al curador buscado inicialmente.

### **“Dice como que fue algo milagroso”**

En La Villa Farré hay personas que practican diferentes religiones, católicos, testigos de Jehová, mormones, pentecostales y umbandistas entre otros. De las personas entrevistadas, si se les preguntaba específicamente, la mayoría manifestaba 'creer'. Cuando indagábamos sobre las características de esas creencias, la mayoría manifestaba creer en dios, pero los vínculos con las religiones eran muy variados. Algunos asistían esporádicamente a iglesias pentecostales de la zona, otros habían sido católicos, pero ya no eran practicantes, otros preferían la imagen de la Virgen Niña o de Cristo. Algunos entrevistados comentaron que tenían parientes mormones y testigos de Jehová que residían en la zona. Según el INE, la Encuesta Continua de Hogares 2006 relevó que, el 82,8% de los uruguayos creen en Dios de diferentes maneras<sup>41</sup> (Brena 2011).

En la mayoría de los casos, ante problemas de salud de algún pariente o persona cercana, las personas habían pedido o rezado por su mejoría. Algunas mujeres llegaron a participar de grupos de oración o cadenas de pedidos. Otras personas decían rezar habitualmente, directamente con Dios, como una forma de aliviar sus angustias y pesares, de 'desahogarse'.

Otros, si bien se decían creyentes, también se manifestaron decepcionados por dios.

*“(...) a decir la verdad, soy muy creyente yo, iba a la iglesia, pero cuando vos te decepciona... a mí me decepcionó la iglesia, me decepcionó la vida, me sucedieron muchas cosas, yo perdí un hijo en un accidente, entonces mi hijo no tendría que haber muerto, tenía 22 años, y era creyente, iba a la iglesia, no le debía a nadie, no le hacía mal a nadie, y me lo llevó un 2 de noviembre, mirá qué fecha (...) ¿A quién le voy a pedir yo si cuando yo necesité no estuvo nadie?” [Wallter]*

Una de las personas entrevistadas llegó a narrar cómo su madre había sido curada por un Pai de Umbanda, al cual decidió recurrir ante la falta de respuesta del sistema biomédico para aliviar su sufrimiento. La dinámica del hogar se había visto alterada ya

---

41 En una investigación realizada en el año 2002 se concluyó que en nuestro país se practicaban más de ciento diez cultos religiosos entre los cuales se pueden mencionar los Testigos de Jehová, de la Iglesia Universal de Dios, Apostólicos Armenios, Evangélicos de Nazareno, Bautistas, Evangélicos Valdenses, Adventistas del Séptimo Día, Mormones, Luteranos, Menonitas, Staroveris, Umbandistas, Pentecostales, Evangélicos Armenios de la Hermandad, Budistas, Fé Bahá'ís, Musulmanes, Sofistas, Judíos, Krishnas (Triano 2002 en Brena 2011).

que por causa del dolor su madre no podía hacerse cargo de las tareas domésticas, ni del cuidado de los hermanos menores y se había vuelto dependiente para todas las actividades cotidianas. La mayor de sus hijas, que actualmente participa del espacio adolescente, había dejado de concurrir a las clases del liceo para cuidar de la salud de su madre y de sus hermanos, situación que puso en riesgo su año lectivo.

Al comienzo de su trayecto terapéutico la madre de Natalia concurre al sistema biomédico. Su pareja estaba vinculado a un Pai de Umbanda, pero por diferencias personales e incluso religiosas ella no quería atenderse con él. Natalia cuenta que su madre era devota de la Virgen Niña, creencia que le transmitió a ella también y que uno de sus tíos maternos asistía a una iglesia neopentecostal en Punta de Rieles, probablemente sede de la Iglesia Universal del Reino de Dios<sup>42</sup>. Sin embargo, como el dolor procedía y el sufrimiento la limitaba cada vez más accedió

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

*-¿Y sabés de qué religión era él?*

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

*- ¿Umbandista?*

*- Si, algo así de Umbanda. Pero no me gusta eso. Cuanto más lejos mejor.*

*-¿Por qué?*

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

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

*- Por otro lado me alivió cuando curaron a mamá.(...) Como que papá era hijo de*

---

42 En los últimos años, las religiones afrobrasileñas vienen sufriendo discriminación interreligiosa por parte de la Iglesia Universal del Reino de Dios. La discriminación es producto del rechazo de un grupo religioso sobre otro (Brena 2011).

*religión o algo así de él, pero después no fue más. Como que se alejó porque le costaba. Tenía que hacer algo ahí que tenía que poner mucha plata y papá no podía. Y el hombre le dijo que estaba todo bien, que cuando necesitara algo estaba a las órdenes. Y como mamá estaba re mal la llevó pero no le cobró nada. (...) Y papá estuvo muchos días para decirle que vaya y ella no quería, no quería no quería y cuando vio que no podía más del dolor ella fue y la curó. (...) Y mamá como que no, no se vincula mucho pero la re ayuda. Igual a mi no me gusta mucho eso”. [Natalia]*

El discurso de Natalia en relación a la cura de su madre resulta contradictorio, mientras que por un lado manifiesta 'alivio' por la cura de su madre, por el otro manifiesta rechazo y miedo ante la religión Umbandista. Los miedos que expresa Natalia, reflejan prejuicios que siguen presentes en la sociedad uruguaya en relación a las religiones afrobrasileras, especialmente la Umbanda. “(...) Muchos todavía piensan que los afroreligiosos somos brujos hacedores de magia negra y no entienden que Umbanda es una religión y como tal busca el bienestar de las mujeres y los hombres” (Andrade, 2009: 60, 61 en Brena 2011:20).

#### **D) REPRESENTACIONES Y EXPERIENCIAS SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD ENTRE LOS USUARIOS**

Como hemos venido desarrollando a lo largo de este trabajo, las personas elaboran construcciones e interpretaciones a partir de su experiencia del proceso salud-enfermedad-padecimiento-atención, sean estos interpretados como parte del flujo normal de la vida o como padecimientos significativos. “La idea que domina con amplitud es que la causalidad (bio) médica es inmune a la representación, como si experimentásemos la dificultad de admitir que la interpretación de la enfermedad es un fenómeno social no exclusivo del especialista, sino absolutamente de todo el mundo.” (Laplantine 1999: 17).

En nuestro trabajo hemos buscado abordar las representaciones de las personas tratando de que el énfasis en el sentido no eclipsen las condiciones específicas en que las personas experimentan la salud y la enfermedad. En este sentido procuramos distinguir las experiencias de malestar como parte de la vida cotidiana, las experiencias significativas de enfermedad, y los diferentes trayectos terapéuticos que las personas realizan ante un padecimiento, sea consultando al sistema biomédico o sea consultando

algún otro tipo de curador especializado.

Cuando indagamos con las personas qué significa para ellos estar sanos y qué significa estar enfermos, la dimensión de la experiencia corpórea resulta fundamental, ya que la salud y la enfermedad están relacionadas con cómo son percibidos, experimentados y representados esos cuerpos. El cuerpo se vuelve un problema cuando deja de funcionar 'normalmente' (Oliveira 1998).

Dentro de las concepciones de enfermedad podemos distinguir dos ejes de análisis, complementarios entre sí. Uno de ellos son los síntomas asociados a la enfermedad y otros sus consecuencias. Los síntomas más identificados son '*estar mal*', '*no tener ganas de nada*', sentirse '*bajoneado*', tener '*dolor de cabeza o malestar*', tener '*fiebre*', ver algo '*fuera de lo normal*'.

Dentro de las consecuencias se identifican por ejemplo, no poder relacionarse de forma adecuada con la sociedad. "*Porque si no tenés un bienestar mental, por ejemplo, es imposible que te relaciones con la sociedad*" o no poder cumplir con los roles socialmente esperados, como trabajar o cuidar a los hijos. Estar enfermo '*es lo peor*'. Ante esta consecuencia de 'falla', las personas sienten temor.

*"Yo soy muy, eh, tengo miedo a estar enferma, no me gusta estar enferma. Porque te enfermás vos, se que tengo al enano también [su hijo]. Uno trata de estar sano, aunque no hagas todo para estar sano. (...) No me preocupo en el sentido de todo eso que te dicen de hacer ejercicio, comer sano, para evitar la diabetes y el colesterol. Todas esas cosas no las hago, pero si me siento mal, si veo algo fuera de lo normal enseguida consulta."* [Valeria].

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

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

La falta de equidad en el ambiente laboral o la violencia a nivel social también son vistas como 'enfermedades' de nuestra sociedad contemporánea.

*“Y enfermo, claro, no es solo cuando vos padecés un... ¿Cómo te lo puedo decir? Cuando vos padecés algún síntoma de deterioro o de alteración en el cuerpo, vos podés estar enfermo porque también en tu trabajo no te respetan los derechos, no hay equidad, digo, para mí esos también son tipos de enfermedades, el tema de la violencia para mí es una enfermedad, hoy lo que está pasando, estamos quedando enfermos de violencia, de tanta violencia, no sé si se entiende eso, pero bueno es eso”.* [Cristina ]

Asimismo, algunas personas relacionan sus problemas laborales o sus preocupaciones económicas con sus problemas de salud, siendo las primeras las que causan el malestar. Una usuaria que asiste al grupo ODH que sufre de obesidad y admite sentirse mejor cuando está 'liviana' comenta que

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

Para otros, la enfermedad es consecuencia de una acción de la persona

*“Y la enfermedad es consecuencia de algo que usted hizo, siempre es por algo que vos hiciste, vos te enfermás por algo, o te bañaste y te agarraste una pulmonía”.* [Nelly]

La salud por su parte también es vista como algo concreto, un estado asociado a la vitalidad. *“Estar sano es estar vivo”.* La salud permite disfrutar 'joder', 'pavear con tus amigos' 'divertirte', 'poder salir a algún lado', *“(...)Y te sentís mucho mejor, estando sana, liviana, todo. Este. Y estar sin sobre peso ni te cuento.”* [Gladys] Para algunos, la salud solo sería debidamente valorada en contraste con la enfermedad *“Cuando vos te enfermás te das cuenta de lo que es la salud.”* [Nelly]

Existe una concepción holística del estado de salud, donde tanto lo físico como lo mental o espiritual se influyen mutuamente. Asimismo, el contacto con la naturaleza y con el resto de la sociedad colaborarían a mantener el bienestar tanto físico como mental.

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

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

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

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

Las personas tienen su propia definición de qué es estar 'sano' o 'saludable' asociada justamente al bienestar o la vitalidad, al sentir a su cuerpo en un funcionamiento 'adecuado'. Esa representación de las personas sobre su propia salud no coincide necesariamente con la ausencia de 'enfermedad' desde una concepción biomédica. Por ejemplo, personas que tienen problemas de sobrepeso o de hipertensión o colesterol encuentran que tienen un buen estado de salud en tanto los síntomas no son experimentados sensorialmente.

Los lazos sociales, especialmente la familia, las condiciones de vida y de trabajo, la posibilidad de disfrutar y relacionarse con otros son asociados a la concepción de salud. Por otro lado, el encierro, el aislamiento, la soledad, el malestar físico, mental, y económico son asociados a la enfermedad. Encontramos que existe una visión holística de los procesos de salud, enfermedad, atención, donde el cuerpo y su modo de estar en el mundo, emerge como un elemento central, siendo esto congruente con la reflexión de Csordas (2008) de que la subjugación de lo corpóreo a lo semántico es empíricamente insustentable. Esta vinculación entre el cuerpo, lo psi y lo social en la concepción de los sectores populares entra en tensión con la concepción de persona del individualismo y la modernidad.

El individualismo se ordena en una representación específica de la Persona, a diferencia de todas las demás culturas cuyas teorías de Persona se ordenan sobre principios cosmológicos que la engloban y sitúan diferencialmente. La representación individualizada de persona moderna tiene una cohorte de efectos concomitantes que afectan las demás dimensiones de la vida social: la racionalización y el alejamiento de lo sensible, la fragmentación de los dominios, la universalización de los saberes, la interiorización y psicologización de los sujetos, la autonomización de la esfera pública,



la intimización de la familia, la autonomización de los sentidos y consecuentemente de una estética y una sexualidad. Si bien el fenómeno de 'la enfermedad' en la cultura occidental moderna constituye un sub producto los principios, del individualismo, las sociedades han sido influenciadas de diferente modo por los mismos<sup>43</sup>. Nuestra sociedad, así como el resto de latinoamérica y de europa oriental, se encuentra entre las sociedades periféricas de occidente, las cuales remiten a situaciones culturales básicamente pertenecientes a la cultura occidental, pero que, por muchos motivos, manifiestan baja o heterogénea institucionalización de la ideología individualista (Duarte 1998).

Si bien se reconoce una oposición entre las representaciones de los agentes de saberes biomédicos y aquellas que sustentan las experiencias de las vidas cotidianas de las personas, es necesario tener en cuenta que dicha oposición es dinámica ya que desde el siglo XVIII las fórmulas de la biomedicina han influenciado las representaciones generales concernientes al adolecimiento. Esta 'difusión' se da mediante formas de reinención, lo que hace que las fronteras entre esos modelos de diferencias sean fluidas. La diferenciación entre las representaciones de las 'clases letradas' – 'altas' – 'medias altas' – 'dominantes', etc y las de las 'clases populares' – 'trabajadoras' – 'pobres' – 'desfavorecidas' – 'dominadas' establecida en la literatura también es controversial ya que no es fácil establecer o medir la distancia entre esos polos sociológicamente anclados ni existen criterios unánimes para delinear las fronteras y zonas de transición entre ambos grupos (Duarte 1998).

A su vez, hemos encontrado que la mayoría de las personas entrevistadas en esta investigación han utilizado una o más formas de atención para resolver sus padecimientos. Esta integración de diferentes modos de atención también podría estar respondiendo a esa concepción holista de los procesos de salud y enfermedad y que por tanto procura también respuestas plurales para su atención. A nivel latinoamericano también existe evidencia de que los conjuntos sociales utilizan potencialmente varias formas de atención (Menéndez 2007, Duarte 1994, 1998, Magnani 2002, entre otros).

---

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

Los conjuntos sociales en latinoamérica potencialmente utilizan las siguientes formas de atención para aliviar sus padecimientos: a) de tipo biomédico, referidas a médicos del primer nivel de atención y especialistas de padecimientos físicos y mentales b) de tipo 'popular' y 'tradicional' donde incluye a curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, así como el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos y el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos; c) alternativas, paralelas o new age; d) devenidas de otras tradiciones académicas como acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc. y e) centradas en la autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Clubes de diabéticos, Padres de Niños Down, etc, cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co -padecen algún tipo de problema (Menéndez 2007). El referirse desde un punto de vista antropológico a las formas de atención no implica necesariamente reconocer su eficacia y/o eficiencia sino reconocer su existencia. “Lo que domina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen y más allá de la situación de clase o de la situación étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.” (Menéndez 2007:186).

En nuestro caso si bien podemos afirmar que la biomedicina es la forma de atención dominante y que las personas tienen un adecuado acceso a los servicios de salud biomédicos en la zona estudiada, las personas también recurren a prácticas de autoatención y formas de atención 'popular' y 'tradicional' así como al papel curativo de ciertas figuras religiosas y prácticas religiosas de grupos pentecostales y umbandistas. Las prácticas new age si bien son utilizadas, parecen ser menos comunes en esta población que en sectores de clase media y media alta en nuestro país<sup>44</sup>.

---

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

## CONCLUSIONES

Este trabajo se propuso analizar las representaciones sociales, estrategias y experiencias de usuarios y trabajadores de un servicio de salud, mediante una etnografía de una policlínica del primer nivel de atención de ASSE. La investigación fue desarrollada en una policlínica dependiente del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, que integra la RAP-ASSE Metropolitana, en un barrio de sectores populares de la ciudad de Montevideo. Si bien hay aspectos de este trabajo que hacen a las especificidades locales, entendemos que por el carácter relacional de los sistemas de salud hay algunas conclusiones que pueden ser útiles para la comprensión de aspectos más generales. En términos generales, la investigación desarrollada abarca temas relacionados con dos de los tres grandes ejes de la reforma de salud: el cambio de modelo de atención y el cambio de modelo de gestión, específicamente en relación a la participación de los usuarios. Dentro del cambio de modelo de atención, la reforma propone la organización del sistema de salud en tres niveles de atención, priorizando el primer nivel y desde una estrategia de trabajo en APS. Esta investigación permite, a través de la aproximación en profundidad a una situación, acercarse a las características de los servicios de salud públicos en el Primer Nivel de Atención, las actividades asistenciales y comunitarias que se desarrollan, los vínculos que tanto usuarios como profesionales establecen desde allí con otros servicios de salud y las estrategias que profesionales y usuarios desarrollan para moverse dentro del sistema. Asimismo, buscamos analizar y comprender las representaciones de salud y enfermedad de trabajadores y usuarios así como las experiencias sobre el proceso de salud-enfermedad-atención de estos últimos. En el primer capítulo de la investigación intentamos desarrollar algunos antecedentes de la antropología médica y de la salud a nivel internacional y nacional destacando una serie de premisas teóricas a la hora de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de la antropología médica crítica. Desde esta perspectiva concebimos la salud y la enfermedad como procesos dinámicos, donde la salud no es un estado absoluto de bienestar ni la enfermedad un resultado directo de un patógeno o de

un disturbio fisiológico. Abordar los procesos de salud y enfermedad implica también tener en cuenta las condiciones cotidianas de existencia de las personas (vivienda, trabajo, relaciones sociales, ambiente, etc). Asimismo buscamos tener una visión cultural y social de los procesos de salud – enfermedad- atención teniendo en cuenta la dimensión histórica de los mismos. La estrategia metodológica empleada consistió en el método etnográfico. En el segundo capítulo profundizamos sobre las características del mismo en la tradición disciplinar así como las características particulares que adquirió en esta investigación, presentando las distintas técnicas empleadas y reflexionando sobre la importancia de mantener una mirada reflexiva hacia el proceso de investigación.

En el tercer capítulo analizamos el proceso de poblamiento del barrio de Villa Farré así como la conformación de la policlínica en el marco de dicho proceso. Podemos afirmar que esta experiencia se ha constituido en un ejemplo 'exitoso' de participación social en salud, en tanto miembros de un barrio organizados, lograron construir de forma co-gestionada con el Estado una policlínica descentralizada con infraestructura y tecnología disponible acorde a un servicio del primer nivel de atención. Las redes de relaciones e intercambios recíprocos establecidas entre los habitantes de Villa Farré durante el proceso de poblamiento del barrio, así como las trayectorias y experiencias previas de algunos de sus habitantes fueron elementos claves en este proceso. La evidencia bibliográfica ha demostrado que la participación comunitaria puede contribuir de manera positiva a la mejora de la salud, sin embargo, la estandarización del concepto 'participación social en salud' no es posible ni deseable, ya que el éxito de la participación comunitaria es situacional (Rifkin 2009).

Ratificamos por tanto la importancia metodológica de abordar los procesos de participación social en salud desde una perspectiva histórica, considerando los aspectos sociales, culturales y experiencias previas que los atraviesan. En nuestro análisis procuramos evidenciar diferentes tensiones y conflictos que se hacen presentes en los procesos de participación social. No adherimos a las posturas que idealizan a la participación social y comunitaria como algo bueno 'en si', sino que entendemos que es necesario analizar en cada caso qué significados adquiere. En Villa Farré, la idea de contar con una policlínica descentralizada y accesible era una necesidad sentida por la

población así como la necesidad de acceso a otra serie de servicios que también inciden en la salud y calidad de vida de la población como, por ejemplo, el saneamiento, acceso regularizado a la electricidad, alumbrado público, pavimentado, transporte público, entre otros. Reconocemos la capacidad de organización social, negociación y gestión de los recursos que tuvo este grupo de personas para lograr acceder a varios de estos servicios. Fueron capaces de proveer diferentes locales provisorios de funcionamiento de la policlínica donde un profesional médico rentado por ASSE comenzó su trabajo, apoyaron durante años el trabajo de dicho profesional mediante un grupo de mujeres voluntarias organizadas en una 'comisión de salud'; llevaron adelante la construcción de un local nuevo para la policlínica mediante administración delegada de obra con mano de obra local administrando fondos públicos, para lo cual además cedieron un terreno que integraba el predio de la chacra que dio origen al barrio. Sin embargo, también nos cuestionamos y quedan abiertas algunas preguntas a partir de este proceso. Cuáles son las lógicas y criterios que se utilizan a la hora de definir las prioridades de cómo se distribuyen los recursos destinados a servicios de salud públicos descentralizados; cómo inciden los vínculos entre las organizaciones sociales de base y los apoyos de las organizaciones políticas en los procesos de participación social; cómo se elaboran los conflictos y micropoderes locales, quiénes resultan 'beneficiados' y quiénes relegados. La reforma del sistema de salud prevé que en el Primer Nivel de Atención se trabaje desde un equipo multidisciplinario de salud con una población delimitada. En el cuarto capítulo intentamos aproximarnos a caracterizar la población que efectivamente se ha asistido en la policlínica desde su creación hasta agosto de 2013. Se encontró que un mayor porcentaje de mujeres (58,4%) que de hombres (41,6%) utilizan el servicio de salud y que la población masculina se concentra principalmente en la infancia y adolescencia mientras que la población femenina se concentra especialmente durante la edad fértil. Este dato puede resultar de interés tanto para planificar actividades especialmente dirigida a mujeres en edad fértil y deja preguntas abiertas sobre la utilización de los servicios del Primer Nivel de Atención por parte de varones adultos. Otro dato de interés que se desprende de la caracterización general de la policlínica estudiada, es que si bien en sus casi seis años de funcionamiento se han atendido unas 1280 personas, estimamos que la población potencial de usuarios de salud pública para

la zona de referencia de la policlínica superaría casi cinco veces esta cifra<sup>45</sup>. A partir de la señalización con cartelería oficial que supuso la inauguración oficial suponemos que el número de usuarios que se acerque podría aumentar. También es necesario considerar el comienzo de obras para la construcción de cooperativas de vivienda en el predio lindero a la policlínica, que a mediano plazo supondrá más población residiendo en la zona y potenciales usuarios. Teniendo en cuenta las características del barrio de Villa Farré, donde a partir de su proceso de poblamiento se establecieron fuertes lazos de pertenencia entre sus integrantes y a la vez una fuerte diferenciación con los vecinos de otros barrios; que la policlínica fue fundada con el nombre de 'Villa Farré' porque así es reconocida socialmente; que hubo casos de usuarios que al encontrar que las características edilicias del servicio de salud eran muy buenas (lo cual no correspondía con sus experiencias previas de servicios de salud pública) consideraban que no tenían derecho a atenderse allí; que la mayoría de los usuarios entrevistados formal e informalmente refirieron que llegaron a la policlínica a partir del 'boca a boca', recomendamos que desde la policlínica se difunda el carácter público y abierto de la misma para todos los usuarios de ASSE.

En el cuarto capítulo también nos aproximamos cuantitativamente a las actividades asistenciales desarrolladas en la policlínica entre los años 2011 y 2012 a partir de registros del Equipo de Gestión del CSJH y de la médica de Familia de la policlínica. A partir de dichos registros fue posible establecer que si bien existe diversidad de actividades de promoción y prevención educativas y grupales la actividad de consulta asistencial sigue siendo la actividad con mayor peso dentro del total de actividades desarrolladas. Por otra parte, a lo largo de la etnografía pudimos observar que las actividades grupales, además de cumplir con objetivos de educación para la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad (primaria, secundaria o terciaria), constituyen espacios de sociabilidad donde las personas comparten sus experiencias de salud, enfermedad y de la vida cotidiana con otras personas. Destacamos los grupos como el ODH o el Espacio Adolescente ya que ambos espacios funcionan como ámbitos de pertenencia y referencia, sea para adultos mayores como para jóvenes de la zona.

Por otra parte, como intentamos mostrar en el quinto capítulo, el equipo

---

45 Esta estimación se realiza en las páginas 75 y 76 del presente trabajo.

multidisciplinario de salud no es una entidad abstracta, sino que está integrado por personas con diferentes trayectorias y formaciones, que se encuentran en la práctica del trabajo concreto de los servicios de atención. En estos procesos pueden generarse conflictos y tensiones, para lo cual consideramos importante contar con dispositivos (formales e informales) para abordar y elaborar dichos conflictos. Por otro lado, la heterogeneidad de experiencias y formaciones previas de los integrantes de los equipos puede ser potenciada a partir de tareas que requieran abordajes conjuntos. Dentro del 'equipo de salud' distinguimos entre los profesionales y las conserjes. La figura de 'conserje' tal y como es desempeñada en Villa Farré se constituye en una nueva estructura que está 'entre' los usuarios-vecinos, el equipo de salud-profesionales-compañeros de trabajo y las políticas de gestión de los servicios de salud. Conceptualizamos ese 'estar entre' como una figura híbrida (García Canclini 2003) que condensa distintas posiciones sociales e identidades (vecinas, usuarias, trabajadoras, voluntarias). Además de las 'conserjes' de Villa Farré, identificamos que en otros servicios de salud existen 'conserjes' o 'Agentes comunitarias de salud' a quienes también podríamos considerar dentro de esta categoría híbrida. Varias preguntas quedan abiertas en relación a estas nuevas configuraciones que se van estructurando en los servicios de salud descentralizados del primer nivel, para lo cual sería interesante profundizar las investigaciones en un estudio comparativo. ¿Por qué las tareas de 'Conserjes' o 'Agentes comunitarias' son asumidas en su gran mayoría por mujeres? ¿Las 'Conserjes' o 'Agentes comunitarias de salud' pueden ser consideradas como 'traductoras' o 'puentes' entre los servicios de salud y los usuarios? ¿Cómo influyen los micro poderes locales en los cuales estas personas están insertas en el acceso de los usuarios a los servicios de salud? ¿Cómo se legitiman o no dichas figuras desde el sistema de salud 'oficial'?

En relación a los profesionales del servicio de salud estudiado, encontramos que desarrollan un modelo de atención más 'integrador' y 'tolerante' que el tradicional Modelo Médico Hegemónico identificado por la antropología médica (Menéndez 1973, 1980, 1993) y que, si bien sigue basándose en los principios de la biomedicina, integra aspectos relacionales en sus concepciones de salud-enfermedad y en sus prácticas de atención. Los profesionales reconocen que la salud de la persona abarca las diferentes

dimensiones de su vida y está atravesada por creencias y experiencias previas. Asimismo, la mayoría intentan integrar de forma dialógica la perspectiva del otro ('usuario') tanto en las instancias de atención en consulta como en las actividades de promoción y prevención. Las diferentes formas de participación social en salud, desde las asambleas de usuarios hasta la participación en grupos orientados a un padecimiento como el ODH, también son espacios que promueven y generan el diálogo entre los saberes profesionales y los saberes legos. Esta integración y tolerancia pueden enmarcarse en procesos de surgimiento de 'Medicinas dentro de las medicinas' identificados en nuestro país en los últimos años (Romero 2013).

Sin embargo, más allá de la mayor apertura al diálogo y la integración que se puedan identificar a nivel local (policlínica), al analizar los trayectos que los usuarios deben transitar dentro de ASSE, aún no existe una adecuada integración entre los diferentes niveles del sistema de atención ni entre diferentes servicios del primer nivel (como puede ser el caso del vínculo policlínicas – centro de salud). Este aspecto es identificado tanto desde la perspectiva de los trabajadores como de los usuarios, como fue desarrollado en los capítulos cinco y seis respectivamente. Se mencionaron problemas tanto a nivel de la gestión (demoras, extravíos, errores) como falta de los recursos necesarios para resolver las situaciones asistenciales en el nivel correspondiente (por ejemplo falta de horas en determinadas especialidades o falta de recursos técnicos como en el caso del ecógrafo). Si bien identificamos que tanto los profesionales como los usuarios elaboran sus estrategias para sortear estas dificultades, dichas estrategias se basan en aprendizajes individuales o en contactos interpersonales que no están necesariamente disponibles en igualdad de condiciones para todos los usuarios. Es imprescindible por tanto seguir trabajando en la integración del sistema de salud, ya que la fragmentación del mismo tiene diversas consecuencias no deseadas no solo para los servicios de salud sino para la sociedad toda (OMS 2010).

Por otra parte, como desarrollamos en el capítulo seis, la mayoría de los usuarios además de utilizar el sistema de atención biomédico, en algún momento de su trayecto terapéutico utilizan prácticas de atención populares, prácticas de atención y cura religiosas u otras medicinas alternativas y complementarias. Desde un punto de vista antropológico no nos interesó indagar sobre el éxito de las diferentes prácticas de



atención, sino reconocer su existencia ya que los usuarios recurren a las mismas ante diferentes situaciones de su proceso de salud-enfermedad-atención. Encontramos que se recurre a este tipo de prácticas de atención ante malestares que pueden ser considerados como parte de la vida cotidiana y que no son representados como una enfermedad en sí misma (por ejemplo la cura del mal de ojo, la paletilla caída o el empacho) o ante situaciones donde la experiencia de enfermedad resulta significativa para las personas. En estas últimas, se recurre especialmente a prácticas de cura religiosas del campo de la religiosidad popular o a medicinas alternativas y complementarias en lo que refiere a terapias del dolor. El uso de otros sistemas de atención no es excluyente con la utilización del sistema biomédico, por el contrario, las personas combinan los diferentes sistemas y deciden cuál es el más adecuado ante cada situación de acuerdo con sus representaciones sociales de la salud y la enfermedad. Además de todo ello, las personas también despliegan diferentes prácticas de autoatención, las cuales constituyen el primer nivel de participación en su propia salud. Esta integración de sistemas de atención y prácticas de autoatención coincide con las representaciones y experiencias holísticas sobre la salud-enfermedad-atención de las personas para quienes la salud y la enfermedad son categorías relacionales y sociales donde la experiencia del cuerpo y su modo de estar en el mundo emerge como un elemento central. Esto coincide con el pluralismo médico identificado en otros países de América Latina en los sectores populares (Menéndez 2008).

Si bien en términos generales identificamos la apertura al diálogo y a la integración de saberes por parte de los profesionales, existen algunas prácticas de los sistemas de atención popular o de las creencias religiosas donde dicha integración se hace más dificultosa tanto por parte de los profesionales como de los propios usuarios. A pesar de que mostramos algunos ejemplos exitosos donde elementos vinculados a las creencias religiosas pudieron ser integrados por algunos profesionales en la clínica, se siguen presentando temores o desconocimientos especialmente cuando las prácticas de cura populares y/o religiosas requieren la ingestión de sustancias o implican ritos de posesión. Incluso algunos usuarios fueron reticentes a hablar sobre prácticas de atención populares o religiosas durante el desarrollo de la investigación. Otros, aunque abordaban el tema durante la entrevista etnográfica, manifestaban que no eran asuntos

de los que hablaran con los médicos. Esta distinción no implica necesariamente temor, sino que puede estar indicando que las personas delimitan en qué ámbitos hablar o no de prácticas que pueden ser consideradas dentro del ámbito de lo privado, o que incluso delimiten qué tipo de problemas competen a los sistemas de atención biomédicos y pueden ser resueltos en dicho sistema y cuáles competen a los sistemas de atención populares.

Si desde la reforma del SNIS se pretende poner en el centro de la atención a la persona, la familia y la comunidad, es importante que los servicios de atención biomédico reconozcan la pluralidad de sistemas de atención que las personas efectivamente utilizan y puedan desarrollar mecanismos para ir integrando en la mayor medida posible esas creencias y esas prácticas, no solo en el primer nivel de atención. La atención longitudinal y el fortalecimiento de la relación médico paciente resultan factores claves en este sentido. Los ejemplos desarrollados donde se buscó integrar este tipo de dimensiones a la práctica clínica dependían más de formaciones e intereses personales de los profesionales que de procesos generales. Nos preguntamos por tanto si se están generando condiciones para integrar las prácticas de autoatención y los otros sistemas de atención que las personas efectivamente utilizan de forma sistemática al SNIS y en cuyo caso, cuáles son/deberían ser las características de las personas que trabajan desde esta perspectiva y la formación que se les da para ello. En este sentido, proponemos que sería oportuno crear mecanismos para incorporar de forma sistemática la pregunta por las creencias en torno a las concepciones de salud-enfermedad de los usuarios así como programas de formación específica para los profesionales de la salud en esta área. Con esta propuesta no pretendemos contribuir al avance de la medicalización aún en el campo de las prácticas populares y de las creencias sino, por el contrario, que el sistema biomédico pueda abrir, de forma sistemática, espacios para el diálogo entre saberes que ponga en el centro de la atención a la persona-paciente-usuario con toda la complejidad de prácticas y representaciones que inciden en sus procesos de salud-enfermedad-atención.

Como última consideración quisiéramos reflexionar sobre el desafío que implica tener una aproximación antropológica a los temas de salud/enfermedad. La literatura antropológica enumera multiplicidad de sistemas de representación de salud/enfermedad

presentes en distintas sociedades, esto conlleva el desafío permanente del relativismo, aún teniendo en cuenta que el horizonte simbólico de la 'cultura occidental moderna' subyace a cualquier esfuerzo de conocimiento y comprensión antropológica (Duarte 1998). Por otra parte, como intentamos mostrar con nuestra etnografía en la policlínica de Villa Farré, analizar las representaciones, estrategias y experiencias en los procesos de salud-enfermedad-atención no solo reflejan procesos internos de la vida de las personas, sino que también permiten reflexionar sobre las condiciones cotidianas de existencia, las relaciones sociales que se establecen entre las personas, las creencias, valores y afectos, la experiencia corporeizada del bienestar y el malestar, las estrategias que las personas desenvuelven para enfrentarse a diferentes situaciones en sus vidas y los procesos estructurales económicos y políticos que atraviesan esas experiencias cotidianas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adler Lomnitz, L. (2001) *Redes sociales, cultura y poder: Ensayos de antropología latinoamericana*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- Allué, M. (2009) La gestión del dolor. En: Grimberg, M. (Ed.); *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia
- Alvarez Pedrosian, E. (2009) *Los estrategas del Maciel: etnografía de un hospital público*. Montevideo: Universidad de la República, CSIC.
- Alves, P. C. y Rabelo, M. C. (2009) Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia. En: Grimberg, Mabel (Ed.); *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia
- ASSE. Dirección de sistemas de información. Departamento de Gestión de la Información. Total del país de usuarios ASSE por años (2007-2010). Obtenido el 6/8/2013 en [http://www.asse.com.uy/uc\\_4844\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_4844_1.html)
- ASSE. Evolución de ASSE – Indicadores años 2004-2011. Departamento de Gestión de la información de ASSE. Obtenido el 6/8/2013 en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_4844\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_4844_1.html)
- Barber, N. y Margulis, S. (2009) Procesos de atención de personas que viven con Vih. Un enfoque desde las trayectorias terapéuticas. En: Grimberg, M. (Ed.); *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Barrán, J. P. (1992) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo I. El poder de curar*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1993) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo II. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Banda Oriental
- Barrán, J. P.. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental
- Bertoche, P. et al. (2010) *Informe final trabajo de campo, Facultad de Medicina, Ciclo Básico Clínico Comunitario, Cátedra: Medicina Familiar y Comunitaria*, Universidad de la República. 2010
- Bielli, H ; Dibarboure, H; Laborde, L.; Lindner, C.; Méndez, A.; Petit, I.; Pizzanelli, M.; Ponzó, J; Rosa, N; Sosa, A. (2009) Medicina Familiar y Comunitaria: Pasado, presente y futuro en el Uruguay. En: *Formación de Recursos Humanos para el Primer Nivel de Atención utilizando la Estrategia de la Atención Primaria de Salud*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina.
- Blanchet, A. (1989) “Entrevistar”. En: *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Narcea.
- Bourdieu, P. (1990) Da regra às estratégias. En: *Coisas ditas*. SP: Brasiliense
- Bourdieu, P. (1999) *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Cano, A.; Evia, V.; Apud, I. Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de

- Montevideo a partir de un estudio de caso. En: *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3 (1), 41-63 (mayo, 2013). Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/151/113>
- Cardoso, R. (1986) Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método, En: Cardoso, R. (Org.) *A Aventure Antropológica – teoria e pesquisa*. Sao Paulo: Paz e terra
- Cheroni, S.; Rial, V.; Rodríguez, E. (2010) Principales actividades y resultados de un estudio antropológico sobre el dengue con enfoque ecosistémico. En: Basso, C. (Ed) *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República.
- Clifford, J. (2001) *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*. Barcelona: Gedisa
- Corboz, J. (2013) Asentamientos and Cantegriles: New Poverty and the Moral Dangers of Proximity in Uruguayan Squatter Settlements. *Latin American Research Review*. Vol 48. n3. 44-62
- Csordas, T. (2008) *Corpo/ Significado /Cura*. Porto Alegre: UFRGS
- Dalmonil, B.; Penha, M. (2008) Etnografía de sujeitos em sofrimento psíquico. *Revista Saúde Pública, vol.42*
- Das, V.; Das, R.. (2007) How the Body Speaks. Illness and the Lifeworld among the Urban Poor. En: Biehl, J.; Good, B.; Kleinman, A. (Eds.) *Subjectivity. Ethnographic investigations*. London: University of California Press
- Declaración de Alma –Ata. (1978). Obtenida en junio 2009 de : [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
- Delgado, J.M.; Gutiérrez, J. (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Díaz Duarte, F. (1998): Pessoa e dor no ocidente. *Horizontes antropológicos*, año 4, 13 -28
- Dos Santos, I.; Grabino, V.; Montealegre, N.; Viera, M.(2003) *El poder sobre los cuerpos: barreras y estrategias frente a la atención médica*. Trabajo presentado en las I Jornadas de Jóvenes Investigadores. Sección Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras (UBA) Buenos Aires, 2003
- Eliade, M. (1999) *Mito y realidad*. Barcelona: Kairós.
- Fassin, D. (2008) Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En: Spinelli, H. y Menéndez, E. (Eds) *Participación social ¿Para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Fernandez Galeano, M. *Descentralización y participación social en salud. La experiencia de Montevideo*. Inédito. 2000
- Fitzpatrick, R.; Hinton, J.; Newman, S.; Scambles, G.; Thompson, J. (1990) *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de cultura económica
- Fraiman, R. y Rossal, M. (2008) “El retorno del Estado Políticas sociales y comunidad(es) imaginada(s) en Montevideo” En: Romero, S. (Comp. Y Ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2008-2009*. Montevideo: Nordan
- François, L. (2009). *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol
- García Canclini, N. Entrar y salir de la hibridación. *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, Año 25, No. 50, La Trayectoria Intelectual de Antonio Cornejo Polar

- (1999), pp. 53-57 Published by: Centro de Estudios Literarios "Antonio Cornejo Polar"-CELACP
- García, N. y de Souza, A. (2011) *Aproximación al estudio de los cambios en la eficacia simbólica en la relación médico paciente en el Uruguay*. Trabajo presentado en IV Jornadas de Investigación y III Jornadas de Extensión. Facultad de humanidades y Ciencias de la Educación
- Gary, A., Frizpatrick, R. & Scrimshaw, S. (eds). (2003) *Handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE
- Geertz, C. (2005) *Obras e vidas. O antropólogo como autor*. Río de Janeiro: Universidad Federal de Río de Janeiro
- Ghasarian, C. (2008) Por los caminos de la antropología reflexiva. En: Ghasarian, C. (Comp.). *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol
- Godelier, M. (2008) Romper el espejo de sí. En: Ghasarian, C. (Comp.) *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol
- Godelier, M. (2010) Comunidad, sociedad, cultura: Tres claves para comprender las identidades en conflicto. *Cuadernos de Antropología Social* n.32, 13-29.
- Grabino, V. *Prácticas y significados en torno a Salud Sexual y Reproductiva en una población del medio rural uruguayo*. Trabajo presentado en Seminario Regional sobre Investigación y Género en la Universidad de la República, realizado los días 15 y 16 de Setiembre 2006, Montevideo, Publicación en Formato CD.
- Grau, C.; Lazarov, L. ; Mieres,G.; Olivera, I.; Rodríguez, H.(2008) *Informe final de la consultoría sobre Salud en el marco del Plan Estratégico Nacional en Ciencia, Tecnología e Innovación* . Octubre 2008. Disponible en: [http://www.anii.org.uy/imagenes/libro\\_salud.pdf](http://www.anii.org.uy/imagenes/libro_salud.pdf)
- Grimberg, M. (2001) "Saber de SIDA" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. *Cad. Saúde Pública*. 2001, vol.17, n.3
- Grimson, A. (2001) Algunas consideraciones reflexivas sobre la reflexividad en antropología. Trabajo presentado en III Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos
- Guigou, N. y Basini, J. (2011) Ciudades en perspectiva. Un estudio socio-espacial sobre Manaus y Montevideo. En: *Anuario de antropología social y cultural en Uruguay 2010-2011*. Ed. Romero Gosky, S. Montevideo: Nordan
- Halbauchs, M. (1990). Espacio y memoria colectiva. En: *Estudios sobre las culturas contemporáneas. Vol III número 009*. Universidad de Colima. Colima, México.11 – 40 consultado el 7/2/2013 en: [http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2013/11/Halbwaks\\_espacio\\_y\\_memoria\\_colectiva\\_2\\_.pdf](http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2013/11/Halbwaks_espacio_y_memoria_colectiva_2_.pdf)
- IMM (2012) *Directrices departamentales de ordenamiento territorial y desarrollo sostenible*. Montevideo. Montevideo: IMM
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, medicine and psychiatry*, 15(3), 275-275.
- Kleinman, A. (1992). Local worlds of suffering: An interpersonal focus for ethnographies of illness experience. *Qualitative Health Research*, 2(2), 127-134.

- Kleinman, A.; Benson, P. (2006) Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med* Vol 3, num, 10. 291 - 294.
- Langdon, E. J.; Wiik, F. B. (2010) Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud En: *Revista Latino-america de Enfermería*, Vol 18
- Ley 18.211 - Sistema Nacional Integrado de Salud, Montevideo, Uruguay.
- Ley 18.335 – Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud. Se establecen sus derechos y obligaciones, Montevideo, Uruguay.
- Magnani, J. G. (2002) Doença mental e cura na umbanda. *Teoria e Pesquisa*. San Carlos. N 40. 5-23
- Marcus, G. (2001) Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*., pp 111-127
- Marcus, G.; Fisher, M. (2000) *La antropología como crítica cultural. Un momento experimental en las ciencias humanas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Martínez Hernáez, A. (2008) *Antropología médica teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona: Anthropos
- Martínez, M.; Nigro, I.; Petit, I.; Rossi, C.; Viré, M. (s/f) Recomendaciones prácticas para implementar grupos de obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel. S/f disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3612.18126>.
- Mauss, M. (1971) [1923] Ensayo sobre los Dones: Razón e Intercambio en las Sociedades Primitivas. 1923. En: *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos
- Mendy, M; González, V. (2012), El Territorio como ámbito de expresión de las desigualdades sociales. Disponible en: <http://www.pim.edu.uy/files/2013/04/El-Territorio-como-%C3%A1mbito-de-expresi%C3%B3n-de-las-desigualdades-sociales.pdf>
- Menéndez, E. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, La Plata. 1 (1) 9-32
- Menéndez, E. (2008a) Introducción. En: Spinelli, H. y Menéndez, E. (Coords.) *Participación social ¿Para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Menéndez, E. (2008b) Las múltiples trayectorias de la participación social. En: Spinelli, H. y Menéndez, E. (Coords.) *Participación social ¿Para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Menéndez, E. (2008c) Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En: Spinelli, H. y Menéndez, E. (Coords.) *Participación social ¿Para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Menéndez, E.. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar
- Mesa, S.; Montealegre, N.; Viera, M. (2006) Antropología y Medicina: análisis de una instancia áulica. En: Romero Gorski, S (Comp. Y ed.). *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2006*. Montevideo: Nordan
- Mesa, S.; Viera, M., (2004) *Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica*. Trabajo presentado en VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba. Edición digital.
- Montealegre, J.; Montealegre, N. (2010) Punta de Rieles, donde termina y empieza una vía. *Revista Encuentros Uruguayos*, Año 3, N° 3, 2ª parte
- Moreno-Altamirano, L.. (2008) Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1),

- 63-70. 2008 Recuperado en 17 de septiembre de 2013, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&tlng=es. .](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&tlng=es.)
- MSP (2010). Documentos de trabajo de Economía de la Salud N°1/10. *Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay*. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/consultada el 6/8/2013](http://www.msp.gub.uy/consultada%20el%206/8/2013)
- MSP (2012) Población afiliada a cada Seguro según tipo de afiliación. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucecsalud\\_7752\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucecsalud_7752_1.html) consultada el 6/8/2013
- MSP (2012) Población afiliada a las IAMC por tipo de afiliación a Diciembre de 2011. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucecsalud\\_7750\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucecsalud_7750_1.html) consultada el 6/8/2013
- Oakley, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2010) *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPS Consultado el 10/11/2013 en: [http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)
- Organización Panamericana de la Salud. (2001) *Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de situación de salud*. Boletín Epidemiológico OPS; 22 (4): 1-5.
- Oro, A.; Scuro, J. (2013) El aporte de Renzo Pi Hugarte sobre la transnacionalización religiosa entre Brasil y Uruguay. En: Romero, Sonia (Ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*. Vol II. 2013
- Oxman, C. (1998) *La entrevista de investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Eudeba
- Pizza, G. (2006) Antropología médica: una propuesta de investigación (pp 267-291) En: Lizón, C. (Ed) *Introducción a la Antropología Social y Cultural*. Madrid: Akal
- Ponzo J. (2013) Origins and possibilities of development of family and community medicine in Uruguay. *Medwave* 13(1)
- Portillo, A. (2003) *Montevideo: una modernidad envolvente*. Facultad de Arquitectura UdelAR. Publicaciones web. 2003 disponible en: <http://www.farq.edu.uy/sociologia/files/2012/02/montevideo-una-modernidad-envolvente.pdf>
- Pratt, M.L. (1991) Trabajo de campo en lugares comunes. En: Clifford, J.; Marcus, G.E. *Retóricas de la Antropología*. Madrid: Júcar. 1991
- Programa Integral Metropolitano. (2010) Mapeo de la Producción de los zonales 6 y 9 de Montevideo, *URSP-PIM,SCEAM* Universidad de la República del Uruguay (inédito)
- Rial,V. (2011) *Procesos de selección social y vulnerabilidad: varones jóvenes viviendo en la calle*. Montevideo: Universidad de la República, 2011..
- Rifkin, S. B. (2009) Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *Int. Health* 31-36
- Rodríguez, E. (2009) Violencia y contexto sociocultural en el caso ocurrido en la ciudad de Salto. En: Otero, J. (Ed.) *Cuadernos del CES N°5. Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico del Uruguay*. Montevideo: SMU
- Romero, S. (2003) *Madres e hijos en la Ciudad Vieja*. Montevideo: Nordan
- Romero, S. (2005) La diversidad en el campo de la salud. En: Romero, S. (Ed.) *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay*, Montevideo: Nordan



- Romero, S. (2006a) Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. En: Romero, S. (Ed.) *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay*, Montevideo: Nordan
- Romero, S. (2006b) Programa de Antropología y Salud. Departamento de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República-URUGUAY-2006. Disponible en: <http://fhuce1.fhuce.edu.uy/antrop/social/ProgramaAyS.htm> consultado 06/07/12
- Romero, S. (2007) Una re-visita a la Medicina tradicional berebere. El caso de la Cabília, Argelia. En: Romero, S. (Ed.) *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay*, Montevideo: Nordan
- Romero, S. (2009) Dossier: Veinte años de estudios en antropología y salud en Uruguay. En: Otero, J. (Ed.) *Cuadernos del CES N°5. Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico del Uruguay*. Montevideo: SMU
- Romero, S. (2010a) Discusión conceptual antropológica en el marco del abordaje ecosistémico. En: Basso, C. (Ed.) *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República, pp 125-147
- Romero, S. (2010b) Relaciones conflictivas entre usuarios y profesionales de la salud. Estudio de caso en base a hechos acaecidos en la ciudad de Salto entre diciembre 2008 y enero 2009. En: Romero, S. (Ed.) *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2009-2010*. Montevideo: Nordan
- Romero, S. (2013) Integración de paradigmas médicos, innovaciones en la atención de la salud. Proyección al siglo XXI. En: Romero, S. (Ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay. Vol II*.
- Rossal, M.; Albano, G.; Castelli, L.; Martínez, E. (2013) Consumo problemático de pasta base de cocaína. Una aproximación a sus efectos y prácticas. En: Romero, Sonia (Ed.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay. Vol II*
- Rostagnol, S; Dos Santos, I.; Espasandín, V. (2004) Varones adolescentes y jóvenes frente a la sexualidad y a la regulación de la fecundidad. Trabajo presentado en VII Congreso argentino de Antropología Social Villa Giardino. Córdoba, Argentina
- Rostagnol, S. (2002) Cuerpo, mujer, concepción: superposiciones y contraposiciones entre el cuerpo físico y el cuerpo cultural. En: APU (Asociación Psicoanalítica del Uruguay) *El cuerpo en psicoanálisis: entre la biología y la cultura*. Montevideo, Impresora Gráfica
- Rostagnol, S.; Viera, M. (2006) Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. En: Checa, S. (Comp.) *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires. 2006
- Rudolf, S., et al (2010), *Accesibilidad y participación ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología*, Montevideo: Editorial Fin de Siglo
- Singer, M.; Baer, H. (2007) *Introducing Medical Anthropology: a discipline in action*. Plymouth: Altamira Press
- Stolkiner, A. (2006) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En: *Anuario de Investigaciones Volumen XIV* (p.201-209), Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires
- Turner, V. W., & Bruner, E. M. (Eds.). (1986). *The anthropology of experience*. University of Illinois Press.
- Trylesinski, F. (2007) *Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y coportamiento*. INE, UNFPA, PNUD, Julio 2007

- Ugalde, Antonio. (2008) Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. En: Spinelli, Hugo y Menéndez, Eduardo (coords.) Participación social ¿Para qué?. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Veiga, D. y Rivoir, A.L. (2001) *Desigualdades sociales y segregación en Montevideo*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales
- Wilkins, A. (2004) Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu. *Revista Argentina de Sociología*, vol. 2, n. 003. pp 118-130