



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

**EL CUIDADO DE ENFERMERÍA COMO POTENCIADOR  
DE PROCESOS EMANCIPATORIOS, LA EXPERIENCIA EN  
LA FEDERACIÓN URUGUAYA DE COOPERATIVAS DE  
VIVIENDA POR AYUDA MUTUA (FUCVAM)**

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

**Autor:**  
Lic. Enf. Esp. María Cecilia Acosta

**Tutor:**  
Mgter. Ingrid Gabrielzik

**Montevideo, 2021**

## **Siglas y Acrónimos**

ALAMES – Asociación Latinoamericana de Medicina Social

APS – Atención Primaria de Salud

CAN – Comunidad Andina

FUCVAM – Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua

GER – Grupo de Estudio y Reflexión sobre los Cuidados Enfermeros

IAMC – Institución de Asistencia Médica Colectiva

INE – Instituto Nacional de Estadística

MSP – Ministerio de Salud Pública

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PNA – Primer Nivel de Atención

SciELO – Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Electrónica en Línea)

SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud

UASB – Universidad Andina Simón Bolívar

UdelaR – Universidad de la República

## **Resumen**

Este estudio abordó la temática del cuidado de la enfermería profesional, en una experiencia dentro del cooperativismo nacional, “Salud Comunitaria en FUCVAM” desarrollado entre el año 2003 y 2006, como un acercamiento a su contribución a la emancipación de las personas, familias y grupos.

El profesional de enfermería se ha caracterizado por haber participado en diferentes etapas de la historia de la humanidad en el cuidado a las personas. Tendencias y experiencias innovadoras la han colocado en nuevos roles dentro del área socio-sanitario, que requirieron un nuevo pensamiento en enfermería, que lograra comprender el mundo desde otros paradigmas, reconociendo que existen diferentes maneras de pensar, de vivir y de sentir.

El objetivo planteado fue el de describir las características de los cuidados de enfermería en el marco del equipo de salud que podrían favorecer la emancipación de las personas, familias y grupos.

Se realizó una investigación cualitativa, un estudio de caso, de tipo descriptivo, utilizando como técnicas principales de relevamiento la entrevista de corte retrospectivo y el análisis documental.

Los hallazgos del estudio contribuyen a identificar las características de los cuidados de enfermería que favorecen y promueven la emancipación de las personas, familias y colectivos destacándose que el contexto donde se produce el cuidado y desde donde emanan las necesidades humanas es uno de los canalizadores de la metodología del cuidado a brindar.

*Palabras clave:* cuidado de enfermería, emancipación, espacio cooperativo

## **Abstract**

This study addressed the topic of professional nursing care, in an experience within national cooperativism, "Community Health in FUCVAM" developed between 2003 and 2006, as an approach to its contribution to the emancipation of individuals, families, and groups.

The nursing professional has been characterized by their participation during different stages of mankind's history in regards to caring for people. Innovative trends and experiences have placed them in new roles within the socio-health area, which required a new approach to nursing, one that could understand the world from other paradigms, recognizing that there are different ways of thinking, living, and feeling.

The objective was to describe the characteristics of nursing care within the framework of the healthcare team that could benefit the emancipation of individuals, families, and groups.

Qualitative research was realized, a descriptive case study using retrospective court interviews, and an analysis of documents as main survey techniques.

The findings of the study contribute to identifying the characteristics of nursing care that favor and promote the emancipation of individuals, families, and groups. Thus, highlighting that the context where care occurs, and from where human needs emanate, is one of the provided care methodology channelers.

*Keywords:* nursing care, emancipation, cooperative space

## Tabla de Contenidos

1. Introducción.....	7
2. Planteamiento del Problema.....	10
3. Justificación y Marco Referencial.....	13
4. Antecedentes del Contexto Cooperativo.....	19
4.1 Antecedentes Sobre el Caso a Estudiar.....	23
5. Revisión Bibliográfica.....	27
5.1 Búsqueda en Bibliotecas Virtuales Internacionales.....	27
5.2 Búsqueda en Bibliotecas Virtuales Nacionales.....	28
6. Marco Teórico.....	30
6.1 Concepto de Cuidado.....	30
6.2 Concepto de Emancipación. Concepto de Cuidado Emancipatorio.....	37
7. Objetivos de la Investigación.....	43
7.1 Objetivo General.....	43
7.2 Objetivos Específicos.....	43
8. Metodología.....	44
8.1 Categorías.....	48
8.2 Procedimientos y Aspectos Éticos.....	51
9. Resultados.....	53
9.1 Categoría “Contexto Emancipatorio”.....	53
9.2 Categoría “Cuidados a la Salud”.....	60
9.3 Categoría “Cuidados de Enfermería Emancipatorios”.....	67
9.4 Categoría “Aprendizajes”.....	73
10. Discusión.....	75
11. Conclusiones.....	104
11.1 Conclusiones del Trabajo.....	104
11.2 Conclusiones que Trascienden el Trabajo.....	108
Referencias Bibliográficas.....	110
Apéndices.....	116

## Índice de Cuadros

Cuadro 1. Matriz de vocablos que identifican emancipación y no emancipación.....	41
Cuadro 2. Categorías elaboradas.....	49
Cuadro 3. Fragmentos de relatos y expresiones sobre “contexto emancipatorio” según subcategorías y fuentes de datos.....	54
Cuadro 4. Fragmentos de relatos y expresiones referidos a “cuidados a la salud” según subcategorías y fuentes de datos.....	61
Cuadro 5. Fragmentos de relatos y expresiones referidas al “cuidado de enfermería emancipatorio” según subcategorías y fuentes de datos.....	68
Cuadro 6. Fragmentos de relatos y expresiones de la categoría “aprendizajes” según fuentes de datos.....	74

## Índice de Figuras

Figura 1. Relaciones conceptuales.....	42
Figura 2. Interrelaciones entre contexto y cuidado.....	102
Figura 3. Proceso de técnica “bola de nieve” realizada en la investigación.....	122

## 1. Introducción

En el Uruguay la reforma sanitaria se ha construido desde varios y diversos ámbitos, tanto organizacionales como comunitarios y sindicales. Algunas de las experiencias más influyentes se iniciaron con un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) en espacios comunitarios y fueron llevadas adelante, mayoritariamente, por organizaciones no gubernamentales, desde mediados de los años '80. La maduración de las experiencias y la presentación de propuestas de diferentes colectivos e instituciones sobre la salud abonaron, entre otras, a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el año 2007. A través de la promulgación de la Ley 18.211, el Gobierno del Frente Amplio impulsa la salud como un derecho y crea un sistema de salud cuyos principios incluyen el combate a la exclusión y la disminución de la mercantilización de la salud, propias del modelo capitalista y neoliberal instalado fuertemente en las décadas de los '80 y '90.

Como antecedentes de esta creación legislativa se realizaron experiencias de salud en todo el país que forjaron una forma de entender la salud como constructo social y como un derecho humano.

En el año 2002 nuestro país sufre una de las crisis socio-económicas más importantes de su historia, aparecen en ese período múltiples experiencias en salud como forma de resistencia al modelo hospital-céntrico, y a su vez sensibilizadoras de nuevos modelos de atención, que con otras que se venían desarrollando, toman fuerza y generan una esperanza de cambio al respecto.

Tomando el enfoque de la determinación social, a partir del cual se interpreta el proceso salud-enfermedad de personas, familias y colectivos, como resultado de sus condiciones de existencia, modos de ser y de sentir, el contexto donde se produce toma particular relevancia.

En esta investigación cualitativa, se analiza una experiencia de “Salud Comunitaria” en un contexto cooperativo, entendiéndolo como un espacio emancipatorio por sus principios de organización, relacionamiento y democratización.

Ésta se desarrolló entre los años 2003-2006, en cooperativas de viviendas nucleadas en la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua (FUCVAM), de una zona de la ciudad de Montevideo. Este movimiento por la vivienda con estas características, tiene sus orígenes en la década de los años '50, donde toma fuerza frente al alza del precio de las viviendas haciéndolas difíciles de obtener para la clase trabajadora. En el año 1970 se crea la Federación nucleando a estas cooperativas que se habían formado en todo el país.

La experiencia estudiada surge como iniciativa desde un llamado por interés de FUCVAM para desarrollar un proyecto de salud comunitaria inmerso en aquellas cooperativas que, para aquel momento, ya habían finalizado su construcción o estaban en incipiente comienzo.

Partiendo de la conformación de un equipo interdisciplinario, se desarrolla esta experiencia, que toma recursos teóricos y metodológicos de la educación popular, de la atención primaria de salud y de la participación comunitaria en salud.

El rol de la enfermera como integrante del equipo de salud se entrelaza con el rol del resto del equipo, fue generando sinergias donde conflúan diferentes saberes disciplinarios encontrándose en su práctica con el saber y poder popular para articular nuevas formas de cuidar.

El rol de enfermería en esta experiencia toma relevancia al momento de entender su esencia disciplinar y aporte al equipo desde sus competencias profesionales, fortaleciendo el rol de la enfermera comunitaria.



Sensibilizar y entender el contexto donde se genera el proceso salud-enfermedad y conocer su entramado socio-sanitario favorece el desarrollo de una praxis sobre el cuidado de enfermería comunitario que se convierte en un desafío permanente para la disciplina.

En esta experiencia investigada se analizó la riqueza del cuidado a la salud y del cuidado de enfermería en un contexto donde las formas de sentir y de ser son transversalizadas por principios fundamentados en la libertad y emancipación de las personas y grupos.

## 2. Planteamiento del Problema

El cuidado como objetivo primordial de la profesión de enfermería es la base para el análisis de su quehacer, este cuidado está inmerso en una sociedad que impulsa conocimientos, experiencias y vivencias, que, en ocasiones, pueden llegar a ser opresoras y alejadas de las necesidades humanas fundamentales para la vida y la existencia. El cuidado ha sido y continúa siendo el núcleo epistemológico y social de la profesión constituyéndose en una temática a desarrollar. Para Cárdenas, Arana, Monroy y García (2010), el cuidado “ocurre en los seres, a partir de ellos y a través de ellos, coexistiendo en la naturaleza, donde sus estructuras pueden ser pensadas, ya que están presentes en su organización, en sus dominios biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos y, en general, en su vida cotidiana” (p. 82).

Existen varios modelos de enfermería que a través de la historia han orientado su práctica siguiendo diferentes paradigmas, siendo el paradigma positivista el que más ha influido en la profesión; el que surge “en la modernidad con la consolidación del modelo capitalista a partir de la industrialización y con el movimiento de la ilustración” (Breilh, 2001, p. 5).

Con el paradigma positivista se desarrollan modelos de enfermería que propician y validan la estandarización del cuidado por medio de protocolos únicos. Los conceptos de policía sanitaria, de población “cautiva” dentro del territorio, han sido creados y elaborados con una visión que fortalece el modelo medicalizador y controlador que expresa en diferentes formas el ejercicio del poder entre quien cuida y quien recibe el cuidado.

El cuidado de enfermería no escapa a ese modelo y continúa desarrollándose priorizando la biología humana, los tratamientos medicamentosos, el uso de equipamiento sofisticado, la jerarquía médica y el poder del conocimiento científico-técnico.

Frente a este tipo de intervenciones profesionales que se corresponden con el paradigma científico-técnico dominante, se torna fundamental pensar en un cuidado alternativo que transforme a las personas y colectivos involucrados en la atención en protagonistas de un nuevo modelo de cuidado emancipatorio.

La emancipación del ser humano en la sociedad exige una mirada crítica al modelo predeterminado de enfermería, para que, con un accionar transformador pueda favorecer a la ruptura de las relaciones de poder y de dominación del modelo sanitario, del cual aún es parte y al que, a su vez, reproduce.

Un cuidado emancipatorio refiere entre otros aspectos a romper con modelos únicos de planificación y de gestión, orientados a resultados, para comenzar un camino de aprendizaje con “el otro”, y construir modelos de enfermería integradores e integrados a una sociedad igualitaria y participativa, donde los involucrados son los actores indispensables de esa construcción.

Como referencia de un espacio con esas características, se conoce la experiencia de “Salud Comunitaria en FUCVAM”, desarrollada entre los años 2003-2006, con un inicio en un contexto social y de país de plena re-construcción, luego de una de las crisis más profundas del país en el año 2002. La esperanza de cambio, de la construcción colectiva y diversa eran pilares insustituibles para forjar un nuevo modelo de país, más igualitario, más justo y con mayor distribución de la riqueza. Experiencia que se entiende podría arrojar señales en relación a la práctica del cuidado con características emancipatorias, como las que se estudian en esta investigación.

Existe una gran interrogante sobre la contribución del profesional de enfermería a la emancipación de las personas, familias y colectivos. Por tanto, a partir de este estudio, se pretende contar con cierta información que permita entender ese proceso e identificar

características del cuidado emancipatorio, sus vínculos con estructuras organizacionales, interacciones personales e institucionales, contextos de vida, entre otros.

Se problematiza el cuidado que desarrolla enfermería en un contexto organizacional emancipatorio, con un enfoque y abordaje en equipo interdisciplinario, buscando respuestas a algunas preguntas como:

- ¿En qué consiste un cuidado de la salud que contribuya a la emancipación de las personas, familias y colectivos?
- ¿Cuáles son las características de los cuidados que podrían haber contribuido a la emancipación en la experiencia de FUCVAM?

### **3. Justificación y Marco Referencial**

En este apartado se explican los fundamentos que llevaron a la investigadora a realizar el trabajo teniendo en cuenta la profesión de enfermería, el sistema de salud y algunos antecedentes en una experiencia de salud inmersa en el cooperativismo, previa a la implementación de la ley del SNIS, que fue una de las muestras de la resistencia al modelo capitalista.

A partir del año 2000, la Federación a través de la Comisión de Salud y con la Dirección del movimiento de ese momento, proponen “poner en marcha un proyecto que permita experimentar una nueva forma de pensar y hacer entorno a la salud” (Guerra Martínez, Rodríguez Pastorino y Sosa Abella, 2006, p. 5).

El proyecto surge de una necesidad del propio movimiento cooperativo, de la Federación, que en conjunto con un “equipo técnico”, abordan la salud comunitaria con un grupo de personas integrantes de varias cooperativas de viviendas.

Se lleva adelante con una metodología participativa, realizando un diagnóstico desde el cual surgen los caminos a seguir: abordaje de temas a través de la educación para la salud, formación de agentes comunitarios y formación de multiplicadores de la prevención de accidentes en obra de ayuda mutua.

Este estudio se justifica en la importancia de la transformación del pensamiento y del quehacer de enfermería, rescatando esta experiencia de FUCVAM, en el marco de la elaboración de la reforma sanitaria en el Uruguay y específicamente en la construcción de un nuevo modelo de atención con el desarrollo de sus principios rectores. Repensar el proceso de atención de enfermería es nuevamente integrar la profesión al devenir de los cambios profundos y necesarios para contribuir a una sociedad más justa y convertirlos en principios contra-hegemónicos al modelo neoliberal y mercantilista que ha impregnado al sector salud.

Urge re-pensarse como profesión. Cárdenas et al. (2010) citando a Freidson (1978), plantean que los debates descontextualizados referidos a las actividades humanas como son las ocupaciones generan indefiniciones, por lo tanto, hay autores que optan por no definir las profesiones, ya que son parte de procesos dinámicos y cambiantes y sería más adecuado referirse y estudiar procesos profesionalizantes de las ocupaciones. Esta concepción llevada al plano de la profesión de enfermería permite introducirnos en ella con todas las posibilidades de transformación y cambios y desde allí reconstruir el rol para intervenir, tal vez, en espacios sociales contra-hegemónicos y con modalidades diferentes.

Se entiende que un espacio con esas características (contra-hegemónicas) es el Movimiento Cooperativo de Vivienda por Ayuda Mutua, que en su “Declaración de Principios” se define como “una parte de un bloque popular alternativo al sector dominante” (FUCVAM, 1999, p. 2), con características definitorias identitarias, como la Ayuda Mutua y la Autogestión.

Continuando con la concepción de procesos profesionalizantes, en el caso de la salud la mayoría de las acciones intervencionistas de los propios equipos de salud y también de enfermería como: controlar, infantilizar y mandar a las personas, fomentan y consolidan las relaciones de poder. Son parte del modelo y rol tradicional de enfermería, que sostienen y a su vez reproducen un modelo sanitario hegemónico y funcional al capitalismo.

Se podría pensar, entonces, que enfermería aún mantiene y desarrolla propuestas de acciones hegemónicas a ese modelo por lo que las propuestas contra-hegemónicas del cuidado de enfermería, se hacen difíciles de visualizar y concebir como tales.

El presente estudio buscó analizar y visibilizar una experiencia de cuidado de la salud desde un espacio emancipatorio nacional, como el cooperativismo por ayuda mutua.

El contexto histórico en el que se enmarca la experiencia a estudiada, año 2003, coincide con un momento de crisis socio-económica importante del país. Es el año posterior a la gran crisis generada en el año 2002, en el que se sucedieron una serie de situaciones sociales, productivas, políticas y financieras que desestabilizaron al país con consecuencias profundas. Según Pellegrino y Vigorito (2005), el aumento de la tasa de desempleo, disminución del consumo interno, la caída del salario real y el aumento de la desigualdad fueron algunas de las consecuencias claras. El Instituto Nacional de Estadística (INE) arrojaba datos de la Encuesta Nacional de Hogares que fijaban el Índice de pobreza en 32,5 en el año 2002, y para el año 2003 en 41,0.

En este contexto el movimiento cooperativo del país había acumulado experiencia y fuerza. Una publicación de la Universidad de la República, expresa que:

(...) para el movimiento cooperativo existe un balance favorable en el sentido que se logró una acumulación de fuerzas, que permitió que estas organizaciones fueran verdaderas islas de libertad, en plena dictadura, aportando en muchos casos propuestas autónomas y ejerciendo formas de organización y poder popular. (Bertullo, Isola, Castro y Silveira, 2003, p. 8)

De alguna manera este autor incorpora una visión de las cooperativas, que potencia la finalidad de las mismas, como movimiento que se formó para dar una respuesta diferente y contra hegemónica al capitalismo, ante un sistema empresarial y vertical de producción, que genera desigualdades sociales.

Este movimiento cooperativo, en nuestro país, surge en el año 1879-1880 como forma de construir una alternativa colectiva, que permitiera a los obreros, en el marco de emprendimientos solidarios, liberarse de la tutela y explotación empresarial, ante la dominación del capital.

Se unieron en confederaciones, asociaciones, formando parte de la “economía social”. Su organización interna responde a principios de: solidaridad, compromiso con la comunidad, autonomía, autogestión, independencia, adhesión libre y voluntaria, con un fuerte accionar democrático y colectivo.

Las cooperativas de vivienda por ayuda mutua, como FUCVAM surgieron en los años '50, años en los que se destacaba un alto porcentaje de inversiones privadas en la construcción de viviendas de alto costo y la inversión del estado en viviendas populares era insuficiente. Desde allí se constituye un movimiento social con doble dimensión productiva: por un lado, viviendas populares y por otras relaciones de valores como cooperación, autogestión, apoyo mutuo y acción comunitaria. La Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua se creó en 1970 y actualmente (2018) está conformada por 453 cooperativas “habitadas” totalizando unas 18.288 familias en todo el país (FUCVAM, s.f.).

Así mismo en el año 2002, el sistema sanitario se encontraba con el cierre de algunas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) y como consecuencia de ello las dificultades de atención a la salud se multiplicaban, sobre todo, en el departamento de Montevideo. Por otra parte, la inequidad y la enorme brecha en la distribución del gasto y la inversión pública y privada en salud era una característica sobresaliente del momento; también existían desigualdades en la cobertura y en la posibilidad del uso entre los servicios de salud de Montevideo y del interior del país. Para ese entonces el INE arrojaba datos sobre la mortalidad infantil que ascendía en el año 2002 a 13,5 por mil, y en el 2003 pasó a 15 de cada mil nacidos vivos, indicador principal de la situación de salud del país.

Se recuerda, a sí mismo, que la experiencia de “Salud Comunitaria en FUCVAM” inicia en el año 2003 y finaliza en el año 2006, donde el contexto social, político y financiero del país fue



cambiando, con la inminente creación, en el año 2007, del Sistema Nacional Integrado de Salud a través de la ley 18.211.

En su tesis de la Licenciatura en Trabajo Social, Gadea (2003) plantea que:

El movimiento cooperativo reconoce sus orígenes en los pensadores de corrientes socialistas como Owen, Saint-Simon, Fourier, Louis Blanc, entre otros. La concepción de socialismo que estos autores manejan, plantea “una subordinación de la individualidad a la sociedad, con ideas de asistencia, ayuda, protección, y subordinación de los medios económicos sobre la base de la socialización de la producción. Esta concepción resultó y resulta profundamente difícil de llevarla a cabo, y las razones pueden ser múltiples.

Principalmente la naturaleza de las relaciones humanas en este tipo de interacción no suele ser neutrales y plenamente solidarias. La trama suele ser más compleja que los planteos ideales de muchos socialistas. (pp. 41-42)

De alguna manera esta autora confirma la dificultad de llevar adelante en forma completa esta concepción socialista, por lo que las dificultades que se presentan y las relaciones humanas de sus integrantes podrían ser un factor esencial para el desarrollo del movimiento cooperativo.

Es por ello que la investigadora entiende que este espacio cooperativo es un espacio que favorece la emancipación frente a otros contextos de la sociedad, entendiendo que el avance de un nuevo o distinto modelo ideológico se desarrolla en la realidad coexistiendo de forma simultánea con el anterior hasta que se produce la absorción o rechazo del nuevo modelo o se continúa en la coexistencia de ambos.

Se entiende necesaria esta historicidad respecto a la contextualización de la experiencia a estudiar, dado que, en sus principios rectores, las cooperativas son movimientos sociales, que intentan transformar, con acciones solidarias y democráticas, tanto el modelo de producción

capitalista como el de relacionamiento en torno a la construcción de la vivienda y de los cuidados interpersonales del colectivo.

Los resultados obtenidos de este estudio, podrán ser incorporados en los contenidos programáticos del plan de estudios de grado y posgrado en la formación interprofesional de las profesiones del área de la salud y sin dudas en el área específica de la enfermería comunitaria. También podría incorporarse en programas de formación en servicio para el personal de salud.

En futuras investigaciones, para avanzar a partir de este estudio exploratorio, se podrán revalorizar experiencias como la estudiada dentro del cooperativismo y retomar ese camino en el marco de acciones sanitarias y proyectos financiados de extensión u otros.

#### 4. Antecedentes del Contexto Cooperativo

La Federación Uruguaya de Cooperativas por Ayuda Mutua en su página oficial expresa que: La Federación Uruguaya de Cooperativas por Ayuda Mutua (FUCVAM) es una organización gremial de segundo grado, que nació en 1970 y agrupa a las cooperativas de vivienda que tienen como características fundamentales y distintivas los principios de ser usuarios, ayuda mutua y propiedad colectiva. La propuesta de FUCVAM nace de los trabajadores uruguayos que vieron en este modelo un camino para resolver el tema de la vivienda para los sectores más comprometidos del país. (FUCVAM, 2021)

Está conformada por los siguientes órganos: A) Asamblea General, B) Dirección Nacional. C) Secretariado Ejecutivo. D) Regionales. E) Comisión Fiscal. F) Comisión de Educación, Fomento e Integración Cooperativa (CEFIC), G) Comisión Electoral, siendo la Asamblea Nacional el órgano supremo de la Federación.

Será competencia de la Dirección Nacional nombrar las comisiones o áreas que estime pertinente para el mejor funcionamiento de la institución.

Se cuenta con un documento “madre” correspondiente a la “Declaración de Principios” del año 1999. Allí el mismo Movimiento plantea que “las identidades que lo hacen distinguible de cualquier otro: por mencionar dos aspectos son la Ayuda Mutua y la Autogestión” (FUCVAM, 1999, p. 1).

En la búsqueda de materiales conceptuales que refieran a características de espacios que promuevan la emancipación, la investigadora entendió que este documento, “Declaración de Principios” de FUCVAM, deja claramente expresadas las características que autores que se toman en cuenta para la elaboración del marco conceptual de esta investigación, afirman que son emancipatorias para las sociedades.

En el documento se define la “ayuda mutua” como “una característica absolutamente original en el desarrollo del Movimiento Cooperativo” (FUCVAM, 1999, p. 1). A medida que han pasado los años, la Ayuda Mutua se ha enriquecido por diferentes aportes y se ha ido definiendo una forma, no sólo de contribuir de manera económica a la construcción de la vivienda, sino de contribuir en el diseño y en la participación creativa de los futuros beneficiarios de la cooperativa en la construcción de un modelo social alternativo. La Ayuda Mutua “prefigura la convivencia, define lo que es un proceso integrador y concientizador de la masa social” (FUCVAM, 1999, p. 1).

Para FUCVAM (1999):

La Autogestión, por otra parte, implica la asunción de responsabilidades por parte de los asociados en los distintos procesos de toma de decisión. Vistas en el contexto internacional, la Ayuda Mutua, así concebida, y la Autogestión, son elementos que no tienen parangones en ningún otro tipo de Movimiento. A lo sumo, la Ayuda Mutua muchas veces se concebía como “mano de obra barata” y la Autogestión como una tímida participación en la toma de decisiones. (p. 1)

Además, FUCVAM (1999) afirma que:

La autogestión no debe ser vista como un hecho aislado, sino que es un acto esencialmente colectivo: la autogestión tiene sus resultados inmediatos en el grupo, pero también incide en el crecimiento individual de los socios y en la profundización de la identidad del Movimiento y de su propia presencia política. (p. 4)

El Movimiento Cooperativo le da importancia principal al desarrollo comunitario, éste como otro de sus principios se encuentra expresado en que “la promoción social y la integración comunitaria son parte de nuestra estrategia de desarrollo” (FUCVAM, 1999, p. 3).

Otro de los principios que se encuentra plasmado por FUCVAM (1999) es que:

La Democracia Directa o la Democracia de Base asociada al proceso autogestivo de las cooperativas constituye un eslabón fundamental en el proceso de transformación social que sustenta el proyecto cooperativo. La Democracia Directa más que un ejercicio real de decisión es un ejercicio concientizador en el que se debe asumir a cada momento la toma de decisiones sobre los distintos problemas que se presentan en la vida cotidiana de las cooperativas. Ese proceso de pasar de la esfera de lo privado-familiar a lo público-comunitario genera una conciencia más abarcativa, una conciencia en definitiva sobre las posibilidades de desarrollo concreto que tiene cada individuo en su propia comunidad (p. 2).

El Movimiento Cooperativo nació en el año 1848, con principios que hasta la actualidad se han mantenido y a ese planteo original del acceso a la vivienda, en la Declaración de Principios de FUCVAM (1999) se suma:

(...) una serie de reivindicaciones o de propuestas programáticas que tienen que ver con el desarrollo social y económico de las familias que lo integran, abarcando, a partir de las conquistas del techo, otros espacios sociales económicos y culturales. Dicho desarrollo se lleva adelante teniendo en cuenta el entorno donde se insertan las cooperativas, transformándose las mismas en verdaderas promotoras de organización y desarrollo local (...). (p. 2)

A su vez se mantiene “independiente del poder político y del poder del Estado, reclamando, negociando, proponiendo, pero nunca complementando o estableciendo formas de someter uno al otro” (FUCVAM, 1999, p. 3).

Otro de los principios de la Declaración es el “defender el uso y goce de los beneficios que las cooperativas generen para sus socios, no aceptando involucrar sus bienes en las reglas

económicas del capitalismo salvaje ni ningún otro sistema en que el Capital impere sobre el trabajo” (FUCVAM, 1999, p. 3). Este principio sin dudas hace del Movimiento Cooperativo un espacio alternativo al modelo de producción capitalista y por lo tanto hace de él un espacio con características emancipatorias.

La Declaración de FUCVAM (1999) deja sentado que

Parte de la lucha del Movimiento Cooperativo es la defensa del espacio de la Economía Social frente a la agresión permanente de las reglas de consumo, que transforman la vida cotidiana de las familias en una vida competitiva, individualista, sin pausa para disfrutar verdaderamente de aquello que se produce. Sin espacio -en definitiva- para el disfrute de la Vida. (p. 3)

En la Declaración de FUCVAM (1999) se puede encontrar otra característica de este movimiento como espacio emancipatorio:

Está en contra de todo tipo de explotación del hombre por el hombre mismo y toda forma de dependencia o subordinación entre naciones. Propone y desarrolla todo tipo de solidaridad entre las organizaciones que, independientemente de las fronteras, luchan por un mundo más justo y solidario. Desde su definición clasista, la práctica del internacionalismo es una señal de identidad que no varía, a pesar de los cambios de contextos desarrollados en el escenario mundial. Los trabajadores siempre tienen las mismas banderas de emancipación. Esta definición internacionalista se entronca con lo más puro de nuestra identidad nacional, con las ideas federativas y libertarias de la Gesta Artiguista, propugnando una Patria común para todos los desposeídos y humildes. (p. 3)

#### 4.1 Antecedentes Sobre el Caso a Estudiar

El caso a estudiar, “Salud Comunitaria en FUCVAM: una experiencia en movimiento”, se originó en un momento histórico donde este tipo de experiencias colectivas de cooperativismo y movimientos sociales se extendían en el país. Es en la ciudad de Montevideo que se comienza a desarrollar esta experiencia, a través de diferentes etapas, transcurriendo en el período comprendido entre el año 2003 al año 2006.

Según los sistematizadores de la experiencia, los pilares teóricos que se desarrollaron se refieren a los conceptos de salud, acción dialógica y planificación participativa (Guerra Martínez et al., 2006).

La experiencia se referencia geográficamente en las Cooperativas de los siguientes barrios abarcados en los municipios A y G de la ciudad de Montevideo como: Lezica, Melilla, Colón al Sureste, Abayubá, Peñarol, Lavalleja, Paso de las Duranas, Nuevo París, Sayago, Conciliación, Barrio Ferrocarril, Colón Centro y Noroeste. Algunas de las cooperativas tienen “años de construidas, de historia de lucha y resistencia, de nietos y bisnietos (...)” (Guerra Martínez et al., 2006, p. 20).

El diagnóstico participativo se inició con un relevamiento de datos de las familias, del medio ambiente y aspectos de la vida cotidiana, los que recogían los propios cooperativistas luego de aceptar ingresar al proyecto. Concomitantemente a este diagnóstico se realizaron actividades de sensibilización en conjunto con la Comisión de Salud Zonal.

En ese diagnóstico algunos de los problemas identificados fueron: problemas de convivencia, trabajo inestable, desocupación, presencia de basurales, depresión, soledad, crisis en la participación, inseguridad en el barrio, dificultad en la movilización de adultos mayores en viviendas con escaleras, entre otros.

Los temas para educación para la salud que se plantearon desde ese diagnóstico fueron: prevención de accidentes en obras, medio ambiente, educación sexual, nutrición y cocina, guía de recursos comunitarios, salud mental, esparcimiento, enfermedades de la piel, participación femenina, consumo de sustancias psicoactivas, salud cardiovascular. Se abordaron a través de talleres con una metodología basada en la educación popular, incorporando actividades como campamentos, obras de teatro y ferias.

Con estos insumos del diagnóstico cada cooperativa elaboró un plan de actividades que fue desarrollando en conjunto con el equipo técnico. Se fueron trabando diferentes herramientas que permitieron a los cooperativistas apropiarse de los procesos tendiendo “a la autogestión”.

En el documento se plantean conflictos propios del desarrollo de las experiencias que permiten la revisión de roles en cuanto al “poder” de decisión y de acción: de técnicos y políticos, y en el área de la intervención: acciones locales y centrales. Desde esta mirada en el documento se expresa la permanente revisión de los modelos de intervención del “equipo técnico” promoviendo cambios en las concepciones de participación y poder. Se privilegió el acercamiento a los integrantes de las cooperativas, en un encuentro humano en los microespacios y en la vida cotidiana.

Una de las características del grupo que generó esta experiencia es que estuvo conformado por personas de diferentes disciplinas, con diferentes inserciones en el ámbito laboral y político, pertenecientes a la esfera zonal, departamental e institucional. Fue un equipo audaz y comprometido a asumir esa realidad para transformarla en aprendizaje y avance hacia nuevas concepciones de salud y del quehacer de los equipos, coincidiendo plenamente con el objetivo del proyecto. Ese proyecto se llevó adelante con un equipo que entendió y se comprometió con la necesidad, en ese momento histórico, de replantear los roles de los equipos de salud y



paralelamente el de los cooperativistas como involucrados principales de la construcción de la realidad cotidiana. En distintas ocasiones la participación de la Universidad de la República a través del Programa APEX- Cerro, amplió la intersectorialidad del proyecto y la posibilidad de que la experiencia pudiera llegar a los estudiantes y docentes. La red intersectorial también alcanzó a la Junta Nacional de Drogas, al Ministerio de Salud Pública y a la Intendencia.

La formación de agentes comunitarios se dio en un momento donde el proyecto se re-direcciona especialmente en la concepción de la salud y el rol de los cooperativistas y su aporte a la sociedad. El curso fue abierto a personas de la comunidad y se desarrolló en salones de las diferentes cooperativas. Participaron varios profesionales como docentes invitados. Lograron finalizar el mismo unas 40 personas, y luego se incorporaron a la Red Nacional de Agentes Comunitarios, continuando con acciones de colaboración con un alcance participativo y nacional.

La formación de multiplicadores en prevención de accidentes en obra de ayuda mutua, se realizó con una modalidad de ciclos de talleres, dirigido a los integrantes del Plenario de delegados, con los objetivos de sensibilizar a los delegados para introducir la necesidad de incorporar hábitos de prevención de accidentes en sus cooperativas y para la devolución y multiplicación de lo aprendido a la interna de sus cooperativas. En esta etapa se incorporaron como coordinadores de talleres estudiantes de la Federación de Estudiantes Universitarios Uruguay (FEUU) y se sumaron como participantes agentes comunitarios formados en el proyecto de agentes comunitarios. Se destaca la priorización del equipo, en cuanto a la necesidad de explicar a los participantes las herramientas, metodología, y marco conceptual “buscando la apropiación crítica y creativa de los participantes” (Guerra Martínez et al., 2006, p. 36).

Este proyecto continúa su desarrollo con escasa coordinación con los servicios asistenciales locales y zonales, aspecto que los sistematizadores problematizan con el equipo técnico central al momento de la re-construcción de la experiencia.

Según las autoras Guerra Martínez et al. (2006), en el documento de sistematización de esta experiencia se plantean como conclusiones:

- el diagnóstico dinámico, la importancia de su comprensión, de la sintonía con las decisiones que se toman desde él, así como también los tiempos de los proyectos y los tiempos que permite la realidad misma.
- tomar la realidad integrada por sujetos, en un contexto histórico, que esos sujetos, hombres y mujeres, irán tomando las “líneas de acción” del proyecto modificándolas y re-orientándolas para el logro de los objetivos.
- la participación comunitaria concebida como la “comunidad siente, analiza y prioriza sus necesidades y problemas, conscientemente decide y actúa para la solución de los mismos y asume una responsabilidad definida” (p. 43).

## 5. Revisión Bibliográfica

### 5.1 Búsqueda en Bibliotecas Virtuales Internacionales

La búsqueda de antecedentes de artículos académicos e investigaciones se realizó en forma digital utilizando las páginas de la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC), en la Scientific Electronic Library Online (SciELO), y en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Estas bibliotecas se utilizaron para la búsqueda de trabajos internacionales y para aquellos de origen nacional se buscó en la página de las Bibliotecas de la Universidad de la República

Los descriptores utilizados fueron: emancipación, cooperativismo, cooperativas/salud, especialmente en la REDALYC, encontrándose artículos centrados en la interculturalidad, la educación, la pedagogía y la economía solidaria, entre otros. Se tomaron 6 artículos centrados en aspectos sociales sobre emancipación e igualdad, actividades y prácticas emancipatorias, con el interés de que las bases teóricas de estos trabajos aporten a esta investigación siendo uno de ellos sobre cuidados en salud y subjetividades emancipatorias.

Es de interés resaltar que para Contatore, Malfitano y Barros (2018), el cuidado no es solamente la aplicación de las técnicas y procedimientos, sino que está la interacción con alguien que en ese momento demanda de los cuidados de los profesionales, que la empatía, la acogida y la solidaridad son recursos fundamentales para la construcción de sociabilidades cuidadoras y subjetividades emancipatorias en la atención a la salud.

En otro artículo llamado “Pedagogía y prácticas emancipatorias. Actualidades de Paulo Freire”, Prieto (2013) enfatiza en sus principales ejes de reflexión como la participación, la emancipación y la capacitación. Describe algunas características sustanciales de experiencias que sobresalen por las estrategias y herramientas de transformación de la realidad que han utilizado.

Se destacan la investigación acción, la economía solidaria, el trabajo colectivo, la construcción de redes, todas ellas entendidas como procesos emancipatorios que han permitido recuperar la dignidad a través de la participación y la formación.

En la búsqueda en SciELO se encontraron 56 artículos, de los cuales 5 eran en inglés, 15 en español y 36 en portugués. Se seleccionan 5 artículos en español y portugués con el tema centrado en el trabajo cooperativo y emancipación, pensamiento y cuidados críticos y reflexivos.

Es de interés destacar el artículo de Minguez-Moreno y Siles González (2014), sobre pensamiento crítico en enfermería, trabajo que identifica la evolución de la enfermería española, en la segunda mitad del siglo XX, mostrando evidencia del pensamiento crítico y la práctica reflexiva. Es una revisión sistemática, donde se utilizaron fuentes primarias para analizar los rasgos generales de los paradigmas dominantes como la influencia de éstos en la cultura enfermera. Estos autores concluyen por un lado que “la práctica reflexiva y el pensamiento crítico descritos por Habermas, permiten la emancipación y, por extensión, la autonomía del paciente por la vía de la participación activa en la solución de sus problemas”; y por otro, que “la toma de conciencia del rol participativo del paciente es inherente a la reflexión en la práctica y al desarrollo del pensamiento crítico”.

En cuanto a la búsqueda en la Biblioteca Virtual de Salud, y buscando en las categorías de “Antropología, educación, sociología y fenómenos sociales”, “Humanidades”, “Atención de salud”, no se encontraron resultados con descriptores de emancipación ni cooperativismo.

## **5.2 Búsqueda en Bibliotecas Virtuales Nacionales**

Se continuó con la búsqueda en las Bibliotecas de la Universidad, buscando las palabras claves de emancipación y salud encontrando un solo artículo que contenga a ambas, del autor De Biagiani (2007), de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, el cual se refiere al

tema de la independencia de los pueblos de América Latina, su historia, su memoria y la autoafirmación, temática que no tiene afinidad con esta investigación.

Con palabras clave de cooperativismo y emancipación se encontraron 2 artículos de la autora Rivero (2009 y 2010), los que se centran en la gestión obrera y en el sindicalismo, artículos que se descartan dado que los temas no son de interés de esta investigación.

En las mismas bibliotecas y con las palabras claves emancipación y cuidados no se encuentran artículos.

En estas bibliotecas nacionales sólo con la palabra emancipación se encuentran 262 elementos, introduciendo el filtro de año de publicación 2009-2019, se encuentran 64 y buscando sólo textos en español se encuentran 22 resultados. Éstos se centran en la emancipación abordada desde temáticas específicas como: la intelectualidad, la pedagógica, de la justicia, las mujeres, los jóvenes, los adolescentes, de América Latina, del pensamiento político y del conocimiento.

En la línea del conocimiento y la emancipación, el autor de Sousa Santos (2009), en su libro: “Una epistemología del sur: la inversión del conocimiento y la emancipación social”, luego de analizar las principales características de los diferentes paradigmas del conocimiento científico, plantea que éste al ser re-subjetivizado, enseña a vivir y se traduce en un saber práctico. Una característica que destaca de la ciencia posmoderna es la incorporación y diálogo entre la ciencia racional y otras configuraciones, como lo es el sentido común, el conocimiento vulgar y práctico, siendo de lo cotidiano y lo que da sentido a nuestras vidas.

Continuando la búsqueda utilizando el descriptor de cuidados con el filtro de emancipación, de cooperativismo, de libertario y de emancipatorio no se encuentran resultados en las Bibliotecas de la Universidad.

## **6. Marco Teórico**

En este ítem referido a los aspectos teóricos se abordarán dos conceptos claves para este trabajo como el cuidado y la emancipación, los que se desarrollan en forma separada a los efectos de profundizar en ellos.

Se entiende que el cuidado de la salud y el cuidado de enfermería no se producen aislados del contexto, por el contrario, los cuidados se impregnan de los principios fundamentales del espacio contextual, por lo que se podría entender que el contexto sería un determinante de la producción del cuidado y de sus características. Los cuidados se embeben de las características del contexto, son parte de él, son parte de la filosofía que sostiene el contexto. Son según el contexto en donde se producen.

Las características del espacio cooperativo, visto anteriormente, son forjadoras de un cuidado a la salud que emancipa a las personas, familias y grupos. El cuidado es parte inseparable del contexto donde se realiza, es parte de la vida misma.

### **6.1 Concepto de Cuidado**

La profesión de enfermería y su núcleo de conocimiento y acción, el cuidado, han sido alcanzados e impregnados por los diferentes paradigmas prevalecientes según los períodos históricos. El cuidado y su concepción fue cambiando en función de la organización y del modo de producción que se iba instalando en las sociedades.

Tanto el modo de producción y como la forma de producir conocimiento y poder también se fueron ubicando en la profesión, así que su organización habitual corresponde a jerarquías verticales, a organizaciones con poder escalonado, con subalternos y con jefes que desde un nivel central comandan los equipos y el quehacer de enfermería.

El cuidado habitualmente se centra en generar autonomía e independencia en relación a las funciones vitales, a las habilidades para la vida centrándolas en la esfera individual, personal, destacándose a su vez la importancia de un cuidado que progresivamente va independizando a la persona del cuidado de enfermería para retomar ella misma sus propias funciones vitales.

Waldow (2014) considera al cuidado “como el fenómeno resultante del proceso de cuidar, que, a su vez, representa la forma como ocurre, o debería ocurrir el encuentro entre el ser que cuida y ser que es cuidado” y entiende que “es necesaria una articulación entre conocimiento, poder y autonomía” (p. 7).

Tomando la definición del Diccionario de la Real Academia Española se define autonomía como “la capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás dentro de los límites que la ley señala” (RAE, 2020).

Así mismo en el campo de la salud se utiliza el término “autonomía progresiva”, el que se aplica para la atención de la salud de niñas, niños y adolescentes en cuanto a que son sujetos de derecho con protección a la salud y garantía plena del ejercicio de los mismos. En la Guía para la atención Integral de la Salud de Adolescentes, del Ministerio de Salud Pública (MSP) “la autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión” (Ministerio de Salud Pública, 2017, p. 15).

Cabe señalar que esa autonomía progresiva, tiene grados de expresión de acuerdo a los individuos, su situación de vulnerabilidad y los contextos donde se desarrollan los sujetos de derecho.

Varias teorías y modelos han desarrollado la concepción del cuidado con una mirada humana, aportando reflexiones de vanguardia a la profesión. Se podrían recordar en este sentido, la teoría Transcultural de Madeleine Leininger y la teoría del Cuidado humano de Jean Watson. Ambas

enfatan el cuidado desde el marco del paradigma fenomenológico no haciendo demasiado énfasis en los contextos que generan desigualdades en salud. En el caso de Leininger da importancia al contexto dentro de las culturas y hermenéuticamente al significado que se le da al cuidado, tanto el que los brinda como el que lo recibe. En el caso de Watson, se señala con importancia el contexto individual de curación e incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad del sujeto, centrándose en las relaciones de cuidado transpersonal (Marriner-Tomey, 1994).

En estas teóricas y en otras, como Dorotea Orem y Betty Neuman, no se toma en cuenta la determinación social que afecta al contexto y la relación de cuidado (Marriner-Tomey, 1994). Seguramente esto tenga que ver con lo expresado anteriormente en cuanto a que los modelos de Enfermería profesional llevan el sello de las corrientes del pensamiento predominantes de la época en las que surgieron.

Colliere (1993) reflexiona que “cuidar son todas las acciones que realizan las enfermeras con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus capacidades para mantener, conservar la vida y permitir que ésta continúe considerando sus derechos y sentimientos” (p. 15). Plantea una concepción del cuidado como acción esencial de enfermería y fortalece la idea del cuidado como elemento estructural y principal de la profesión de enfermería.

También en esa definición se le otorga a la enfermería una tarea indispensable para la vida, insustituible, que de alguna manera la coloca en una relación de poder con el otro y los otros. A su vez planteando que es una “intención”, deja de manifiesto que es importante la motivación de enfermería para el cuidar, siendo una acción consciente, voluntaria, intencionada y desde allí se verán los resultados o consecuencias del cuidado.



También privilegia la acción, aspecto que corresponde a una visión que se desprende básicamente de la organización del trabajo capitalista-positivista-racionalista, donde el hacer es la fuerza productiva. Sin embargo, en ese paradigma el poder se le otorga al que es capaz de generar conocimiento, claro está, un conocimiento funcional al mismo que hasta la actualidad se continúa desarrollando impregnando el modelo de salud.

Según Siles González (2008), doctor en enfermería y epistemólogo contemporáneo, el cuidado se puede entender como:

El producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano y que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana (...). (p. 5)

Para este autor, “las ideas” relativas a los cuidados incluyen las creencias, y valores, aspectos que están impregnados en quien da y recibe el cuidado. Ese mundo de las ideas podría incluir entonces el pensar, el tener la intención del cuidado, en lo práctico sería lo que se piensa y se planifica. Incluye también las conductas, y la situación contextual teniendo en cuenta el marco espacio-temporal.

Siguiendo la importancia de enmarcar el cuidado en el espacio y el tiempo, el contexto toma especial relevancia al momento de su análisis. Éste siempre remite al paradigma con que se define la acción operativa, la acción diaria de enfermería. Los espacios de vida de las personas y grupos toman particular importancia al momento de estudiar desde dónde parte el cuidado y desde dónde se tejen las “redes de cuidado”. Por lo tanto, ese entramado social es fundamental para definir el rol y las acciones de enfermería.

Con otro enfoque, Duque Cardona (1998) plantea que:

Lo social es un elemento esencial en el proceso salud-enfermedad, porque hace referencia a las condiciones de vida materiales y espirituales, donde cobran existencia las manifestaciones de enfermedades propias de cada grupo o clase social. Es decir, tiene que ver con las formas de vida de los colectivos humanos, con los patrones de trabajo y consumo que hacen parte de su diario vivir, con sus prácticas cotidianas, con sus formas de organización y participación, y con sus representaciones y significados de la salud y la enfermedad. (p. 2)

Siguiendo la visión de la autora, enfermería toma el elemento social como uno de los puntos de partida para cuidar, considerándolo parte inseparable y constituyente del proceso salud-enfermedad. Realizar el cuidado entendiendo que las raíces de la estructura social y de las desigualdades se manifiestan en el núcleo de la vida diaria, garantiza que éste responda a las necesidades manifestadas por la comunidad.

La misma autora define que “en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales” (Duque Cardona, 1998, p. 4).

Los sujetos a los que se refiere la autora son el profesional de enfermería y el individuo-familia-comunidad, por lo que ese encuentro es fundamental para construir los cuidados y conformar nuevos proyectos terapéuticos, saliendo del modelo hegemónico del cuidar hospitalocéntrico, biologicista y medicalizado.

El entender a los sujetos como creadores y actores de su propia vida, constructores de sus decisiones y que tienen conciencia de sí mismos, de su lugar en la sociedad disminuye la brecha de poder entre el profesional de enfermería y el individuo-familia-comunidad. Por lo tanto, las relaciones de cuidado se generan desde otros paradigmas, donde lo social toma parte

preponderante transformándose en cuidados integrados, integradores e integrales a la vida de las personas.

Según Duque Cardona (1998):

Proyectar el cuidado desde esta perspectiva, implica para la enfermería el compromiso de asumir la salud como un activo social y político, como un bien deseable, y no sólo como ausencia de enfermedad o como control de factores de riesgo. Exige reformular la importancia esencial del cuidado en torno a la calidad de vida y el bienestar, y por tanto, entender que es con relación a la vida y la salud como se construye, se realiza y se desarrolla el cuidado. (p 5)

Boff (1999) plantea que:

Lo que se opone al descuido y la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un *acto*, es una *actitud*. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo.

Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de involucrarse afectivamente con el otro. (p. 24)

El cuidado debe ser entendido en la línea de la esencia humana, de lo que responde a la pregunta qué es el ser humano. El cuidado debe estar presente en todo. En palabras de Martin Heidegger, “*el cuidado es un fenómeno ontológico -existencial básico*”.

Se podría decir que el cuidado es intrínseco al ser humano y no es una especificidad de una profesión. La enfermería ha profesionalizado el cuidado, le ha dado un contenido científico, un conocimiento, lo transforma en un objeto de acción y de transformación. El o la profesional de enfermería conoce las necesidades, porque se involucra y hay una apertura con el otro.

Para Boff (1999) es tiempo de rescatar el cuidado, que “no se hace a costa del trabajo sino mediante una forma diferente de entender y realizar el trabajo” (p. 84).

La estructura sanitaria actual promueve una forma de cuidar funcional a la máquina, al sistema, que favorece y estimula el cuidado estandarizado, protocolizado, en el que prevalece la concepción de la persona como “objeto” de cuidado, desconectado de su subjetividad, sin considerarlo “sujeto”.

El Grupo de Estudio y Reflexión sobre los Cuidados Enfermeros (GER) conformado por profesionales de enfermería del Uruguay en el marco del estudio del relacionamiento entre las enfermeras y las personas, hacen referencia a Levinas (1900), quien plantea la idea de alteridad: “el rostro ajeno es la evidencia que no estoy solo y así descubro la alteridad” (Carrasco, Delfino, González, Margel y Pi, 2011, p. 30). Desde allí conceptualizan al cuidado desde la visión del ser humano, como un ser esencialmente social, Por lo tanto plantean, que la única manera posible de entender y dar los cuidados es desde la alteridad. “Así es como se construye, desde el cuidado de enfermería, un mundo que transita hacia la mutua emancipación: enfermera/o y usuario se liberan de las cadenas del sometimiento y la dependencia que no han hecho otra cosa que sumirlos en la ajenidad” (Carrasco et al., 2011, p. 30).

Continuando con Boff (1999), cuidar del otro es cuidar mediante un diálogo, entre el que siente la necesidad, que tiene un rostro, una identidad y quien responde a la misma, en una acción liberadora, sinérgica y constructora de una alianza, sin dominación y de encuentro horizontal. En la misma línea de este autor, el epistemólogo boliviano, Bautista (2009) plantea que “quien dialoga es quien está dispuesto a escuchar, incluso a poner en duda sus propias certidumbres”, y afirma que:

Acepta el diálogo aquel que reconoce la dignidad del otro, porque lo que se pone en consideración son argumentos, en búsqueda de algo en común, reafirma la comunidad, porque la verdad no es propiedad de nadie sino asunto de todos. (p. 1)

También para Freire en “Pedagogía de la autonomía” el diálogo es un elemento importante refiriéndose a la apertura a otros, entendiéndola como “la disponibilidad curiosa hacia la vida, a sus desafíos” (2004, p. 61). Este autor expresa: “La experiencia de la apertura como experiencia fundadora del ser inacabado que terminó por saberse inacabado. Sería imposible saberse inacabado y no abrirse al mundo y a los otros en busca de explicación, de respuestas a múltiples preguntas” (Freire, 2004, p. 61).

Con estos autores el diálogo es una herramienta transformadora de las personas, que favorece la reflexión crítica de las relaciones de poder y desde allí concientizarse de la clase social a la que pertenece y transformar la realidad.

## **6.2 Concepto de Emancipación. Concepto de Cuidado Emancipatorio**

Retomando lo anteriormente dicho respecto de la autonomía y la autonomía progresiva y luego de analizar la importancia del elemento social en el proceso salud- enfermedad, para el ser humano tener una cierta autonomía no alcanza para responder a su necesidad de ser sujeto de derechos y actor principal del desarrollo de su vida.

Sin embargo, podríamos ir más allá de la concepción de “autonomía progresiva individual” para tomar del marxismo, como teoría científica, la de emancipación social asociada a la creación de un modelo de sociedad donde desaparezca la injusticia social, la opresión, la explotación del “hombre por el hombre”, la inequidad y la subyugación de las mayorías a las minorías.

Según el Diccionario de la Real Academia Española la palabra “emancipación”, proviene del latín, *emancipatio*, y es la acción y efecto de emancipar o emanciparse (RAE, 2020). A su vez en el mismo diccionario se encuentra la palabra “emancipar”, que también proviene del latín,

emancipãre, y es libertar de la patria potestad, de la tutela o de la servidumbre. Liberarse de cualquier clase de subordinación o dependencia (RAE, 2020).

La emancipación del ser humano en la sociedad exige una mirada crítica al modelo predominante de enfermería, para que, con un accionar transformador pueda favorecer a la ruptura de las relaciones de poder y de dominación del modelo sanitario, del cual aún es parte y al que a su vez reproduce.

Desde la teoría científica marxista y desde la medicina social, Breilh (2001) plantea que los supuestos avances del neoliberalismo están fracasando y haciendo que la sociedad reflexione acerca de sus discursos y tenga una mirada crítica hacia ellos.

Para el autor ecuatoriano no alcanza con la organización y el entendimiento del origen de la miseria, la pobreza y la desigualdad, sino que:

(...) se requiere de una “conciencia sobre la subjetividad” como herramienta de impulso colectivo. Y entonces, así como reconocemos la necesidad de estudiar las relaciones de producción y propiedad como condiciones *objetivas* de la materialidad social, comenzamos a entender mejor la importancia de trabajar el tema de la *subjetividad social* como clave para la construcción de un poder simbólico alternativo, sin el cual no podría sostenerse ningún avance contrahegemónico. (Breilh, 2001, p. 2)

El mismo autor continúa planteando en su artículo “Sujeto histórico: fractura y emancipación, El marxismo y la nueva dialéctica metacrítica” que es necesario un pensamiento crítico que supere las concepciones de modelo único-totalizador que homogeniza y que supere también la fragmentación y la separación de la sociedad para generar una nueva construcción social emancipadora donde “reconocemos “nosotros/as” el valor de nuestras historias de lucha, de las expresiones emancipadoras de nuestro pensamiento y de la práctica de nuestras organizaciones,

así mismo debemos hacerlo con las de los/as otro/as y con los procesos libertarios” (Breilh, 2001, p. 9).

Rebellato (2009) cita a Freire, quien plantea que el proyecto emancipador es:

Reinventar el poder creando las condiciones para que el pueblo, la sociedad civil los movimientos populares, lo conquisten y ejerzan efectivamente. Un poder que es necesario aprender a ejercer democráticamente y encuentra una fuente de prácticas y teorías en las luchas de los movimientos sociales. (p. 126)

Rebellato (2009) entiende que “para construir una teoría crítico-emancipatoria frente al proyecto neoliberal, es necesario elaborar propositivamente nuevos temas, nuevos desafíos y caminos alternativos” (p. 128). También es necesaria para el autor, la “transformación de la educación y recuperación de su dimensión “ético-política”” y “articular poderes populares hacia una democracia radical”

El cuidado emancipatorio existe desde el cuidado colectivo de la salud, no existe en un cuidado individual ya que la emancipación en sí misma encierra una interacción colectiva de intersubjetividades que se conjugan para la construcción de una sociedad justa. En este cuidado que se hace con otros, la conciencia del lugar que ocupa en la sociedad tanto enfermería como el colectivo es un punto de partida para generar la ruptura del proceso de dominación.

Esto pone de manifiesto la actitud con la que se realiza el cuidado y las formas de realizarlo.

Por lo que este cuidado tendría características como:

- consciente de la fragmentación social como producto de la sociedad capitalista y de un desarrollo de una subjetividad ingenua como forma de mantenerse funcionales al sistema.
- comunicación dialógica, aceptar que el otro tiene verdades, actitud de aceptar cuestionamientos, a dar y recibir críticas.

- asumir la salud como un activo social y político.
- promoción de todas las formas de vida, entendiendo que la vida del ser humano no sería posible sin un lugar donde vivir, es decir sin la tierra como elemento principal para conservar y mantener la vida misma.
- una planificación es factible de cambiarse en el proceso interactivo, cambiar protocolos y guías en esa construcción.

Un cuidado no emancipatorio sería aquel que es estandarizado, unidireccional, directivo, que no contribuye a la expresión del otro o los otros, un cuidado individual. Cuidado que no promueve la reflexión ni la autocrítica y que no aborda un proyecto colectivo de transformación social y no contribuye a romper los vínculos de subordinación o dependencia.

A la luz de los requerimientos de este concepto, se hace difícil pensar que el cuidado emancipatorio podría ser desarrollado en una institución de salud alineada con la concepción de la salud mercantilista, hospitalo-céntrica, individualista y curativa. Es por ello que se plantea una especie de hipótesis a partir de la cual este tipo de cuidados emancipatorios deberían encontrarse en organizaciones o espacios sociales intencionalmente creados con un fin emancipatorio y autogestionado, para trascender las condiciones de vida que impone el capitalismo. Es decir, un contexto privilegiado para el desarrollo del cuidado emancipatorio es el de cooperativismo, ya que incluye (entre otros) los principios de autogestión y ayuda mutua como aparece en la “Declaración de Principios” de FUCVAM (FUCVAM, 1999).

En el cuadro siguiente se presenta un resumen de los conceptos y expresiones que conforman la idea de emancipación desde la visión de tres autores: Jaime Breilh, Paulo Freire y José Luis Rebellato. Al mismo se incorpora la concepción desde el cooperativismo.



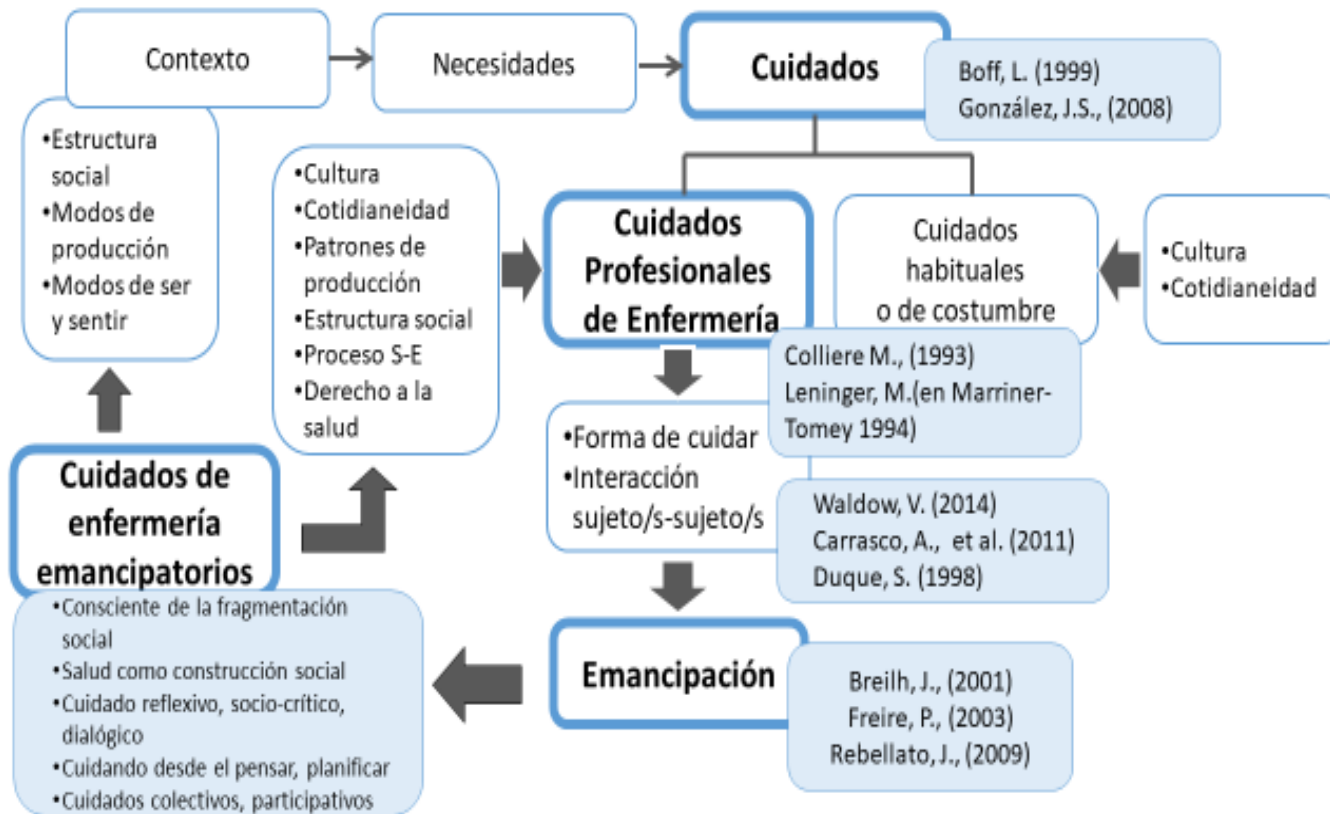
Cuadro 1  
Matriz de vocablos que identifican emancipación y no emancipación

Autor	Lo que sí es emancipatorio	Lo que no es emancipatorio
Breilh (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- progreso colectivo</li> <li>- construcción de proyectos de vida</li> <li>- construcción de proyectos colectivos</li> <li>- interés común</li> <li>- interculturalidad</li> <li>- sujetos liberados de identidades</li> <li>- diversidad</li> <li>- diferencia</li> <li>- sujetos capaces de proyectar</li> <li>- alteridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- progreso personal</li> <li>- sujetos sin proyectos</li> <li>- construcción de proyectos individuales</li> <li>- interés privado</li> <li>- uniculturalidad</li> <li>- fragmentación de sujetos</li> <li>- individualismo</li> </ul>
Freire (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lucha de movimientos sociales</li> <li>- educación popular liberadora</li> <li>- sociedad justa</li> <li>- sociedad democrática</li> <li>- poder del pueblo</li> <li>- reinención del poder</li> <li>- articulación de poderes populares</li> <li>- pensamiento dialéctico</li> <li>- diálogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- destrucción de la naturaleza</li> <li>- destrucción de la vida</li> <li>- destrucción de las culturas</li> <li>- pensamiento dominante</li> <li>- rigidez</li> <li>- espontaneísmo</li> </ul>
Rebellato (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- democracia integral</li> <li>- nuevas intersubjetividades colectivas</li> <li>- incertidumbre</li> <li>- diversidad cultural</li> <li>- interculturalidad</li> <li>- espacio público</li> <li>- acción colectiva</li> <li>- pensamiento holístico</li> <li>- construcción de redes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- desagregación</li> <li>- destrucción social</li> <li>- privatización</li> <li>- tecnocracia</li> <li>- competencia</li> <li>- instrumentalidad gerencial</li> <li>- eficacia sin deliberación</li> </ul>
Para el cooperativismo (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- construcción de un modelo social alternativo</li> <li>- acto colectivo</li> <li>- la promoción social</li> <li>- la integración comunitaria</li> <li>- la Democracia Directa</li> <li>- no establece formas de sometimiento</li> <li>- diálogo, negociación</li> <li>- no aceptando involucrar sus bienes en las reglas económicas del capitalismo salvaje ni ningún otro sistema en que el Capital impere sobre el trabajo</li> <li>- promoción de organización y desarrollo local</li> <li>- solidaridad</li> <li>- justicia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- actividades aisladas</li> <li>- privilegio de la esfera privada familiar</li> <li>- que el Capital impere sobre el trabajo</li> <li>- modelo de producción capitalista</li> <li>- reglas de consumo</li> <li>- vida competitiva</li> <li>- dependencia y subordinación del hombre por el hombre</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Para finalizar con los ejes conceptuales que se abordaron se presenta la siguiente figura donde se visualizan sus relaciones y los autores principales.

Figura 1  
*Relaciones conceptuales*



Fuente: Elaboración propia.

## **7. Objetivos de la Investigación**

En ese apartado se explican los objetivos del estudio, tomando como inicio preguntas que esbozó la investigadora al plantear el problema a estudiar.

¿En qué consiste un cuidado de la salud y en este caso el cuidado específico de enfermería, que contribuya a la emancipación de las personas, familias y colectivos? Tomando como eje el concepto de emancipación adoptado en este estudio.

¿Cuáles son las características de los cuidados que podrían haber contribuido a la emancipación en la experiencia de FUCVAM?

Trazado entonces un camino de interrogantes, surgen los siguientes objetivos del estudio realizado:

### **7.1 Objetivo General**

- Describir las características de los cuidados de enfermería en el marco del equipo de salud que podrían favorecer la emancipación de las personas, familias y grupos.

### **7.2 Objetivos Específicos**

- Describir los cuidados de enfermería implementados en el caso estudiado en una experiencia en FUCVAM.
- Conocer los aprendizajes que se desprenden de esta experiencia en relación a: cuidados de enfermería emancipatorios, equipo de salud y contextos.

## 8. Metodología

El punto de búsqueda se centró en conocer si específicamente el profesional de enfermería como participante de un equipo de salud, ha contribuido a través del cuidado al desarrollo de espacios de emancipación como es el caso de FUCVAM.

Se llevó adelante un estudio de caso en el que se indagó un fenómeno en su entorno real. Es descriptivo porque se identificaron distintos factores que ejercieron influencia en este fenómeno y se logró realizar una descripción de los mismos. Según Eisenhardt (1991) citado en Martínez Carazo (2006), se concibe un estudio de caso contemporáneo como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares” (p. 11).

En cuanto a las referencias bibliográficas se señala que se realizó una verificación de la vigencia de los enlaces consultados.

**Selección del Caso.** Se seleccionó el caso a partir de la premisa de que sólo desde un contexto con características emancipatorias se pueden desarrollar cuidados tendientes a la emancipación de las personas, grupos y comunidades. Se entiende que la experiencia de Salud Comunitaria en FUCVAM, reunió ciertas características que la convierten en un espacio emancipatorio.

El estudio se centró en el análisis de diversos temas o categorías que permitieron profundizar en las características del cuidado a la salud y de enfermería en la experiencia concreta desarrollada en FUCVAM en los años 2003-2006.

**Población.** Son las personas que participaron en el proyecto “Salud Comunitaria en FUCVAM”.

**Criterios de Inclusión.** Personas que hayan sido identificadas como protagonistas de la experiencia y que aceptaron participar en el estudio en el período comprendido entre octubre de

2019 y marzo de 2020, mes en que fue imposible continuar con las entrevistas dada la declaración de emergencia sanitaria por la pandemia de SARS-Cov 2 (Apéndice 1).

**Prueba Piloto.** Se realizó una prueba piloto de la pauta de la entrevista con un actor de una experiencia auto-gestionada. Con su implementación se logró precisar la estructura, contenido y secuencia de las preguntas.

**Elección de Técnicas de Recolección de Datos.** Se utilizaron las técnicas de análisis documental y la entrevista semiestructurada, con las que se obtuvieron datos complementarios y sumatorios, permitiendo obtener un mapa extenso de información. Las fuentes de datos fueron el documento de sistematización y los actores de la experiencia.

La recolección de datos inicia con un análisis documental, que según Peña Vera y Pirela Morillo (2007) es “un proceso para organizar y representar el conocimiento registrado en los documentos” (p. 59). Como punto de partida se tomó la sistematización de la experiencia elaborada por el equipo de salud, identificándose núcleos temáticos que fueron guía para la elaboración de la pauta de las entrevistas. Este documento se codificó como: Doc. 1. El mismo se retoma para revisarlo a la luz de las diferentes categorías emergentes.

Se utilizó la técnica “bola de nieve”, que según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2008) “se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar datos más amplios, y se incluyen también” (p. 568) De esta manera se logró identificar la red de algunos actores que participaron en la experiencia.

La recolección de información, a través de entrevistas semi-estructuradas, (con una pauta flexible según el actor a entrevistar) se inició con la licenciada en enfermería con una visión retrospectiva, entendiendo que las mismas según Hernández Sampieri et al. (2008) “se basan en

una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p. 597) (Apéndice 2).

Esa primera entrevista arrojó una serie de nombres y actores, algunos de los cuales se entrevistaron y son los que participaron en el estudio como: integrantes del equipo de salud, cooperativistas y un docente de los cursos realizados en la propia experiencia. Éste último actor también es nombrado con énfasis por la cooperativista, con un recuerdo nítido de sus encuentros, por lo que se decide incluirlo en el grupo de actores que finalmente participa.

La técnica utilizada, “bola de nieve”, requirió una actitud de búsqueda activa del participante, en esta investigación resultó dificultoso llegar a los actores cooperativistas, aspecto que acotó la intencionalidad y el alcance de la misma. En ese proceso de búsqueda de actores cooperativistas, la investigadora es invitada a participar de una asamblea para informar y dar a conocer los cometidos del estudio (Apéndice 3). En ese espacio se plantea la investigación, descubriendo una pérdida de memoria colectiva, al no estar cooperativistas de aquel momento y a su vez, una necesidad por parte de los cooperativistas de debatir sobre la participación. Es así que se decide que luego ellos tomarán nuevamente contacto con la investigadora a los efectos de responder sobre lo solicitado.

Cabe señalar que en el período posterior inmediato se decreta la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 con las restricciones de movilidad y encuentro, habiéndose producido desde allí un corte en la comunicación.

En total se realizaron 5 entrevistas a diferentes actores, de las cuales la mayoría fueron a integrantes del equipo de salud. Se mantuvo un período máximo de 30 días entre cada una de ellas.

Para esta entrevista se elaboró una pauta o guía que se adaptó según el actor entrevistado. De esta manera el instrumento favoreció mantener el hilo conductor de la temática pudiendo captar las similitudes y las diferencias según roles y actividades realizadas en la experiencia. Su enfoque retrospectivo significó el estímulo permanente de la investigadora en conducir a cada uno de los entrevistados a revivir aquel momento, y que el recuerdo fuese lo más completo posible. De esta manera el actor se sintió libre de evocar recuerdos y emociones y comentarlos.

Las mismas se codificaron de la siguiente forma:

- Entrevista a Integrante del Equipo de Salud 1 (EIES 1)
- Entrevista a Integrante del Equipo de Salud 2 (EIES 2)
- Entrevista a Integrante del Equipo de Salud 3 (EIES 3)
- Entrevista a Cooperativista 1 (EC 1)
- Entrevista a Docente Invitado 1 (ED 1)

**Trabajo de campo.** Se utilizaron dispositivos magnetofónicos para las grabaciones y luego se realizaron las transcripciones correspondientes.

Se elaboró un diario de campo en el que se escribieron aquellos temas claves y situaciones de interés para el estudio.

**Estrategia de Análisis.** En este proceso se pretende ampliar la comprensión buscando encontrar sentido en relación al cuidado de enfermería y la emancipación de las personas, familias y colectivos.

Cuatro núcleos temáticos se profundizaron: a) el contexto, en este caso se refirió al espacio cooperativo, b) los cuidados a la salud referidos a aquellos realizados por el equipo, c) los cuidados de enfermería y d) los aprendizajes obtenidos de la experiencia.

En primera instancia se elaboró una matriz organizativa de los contenidos según sus fuentes obteniéndose 4 “bloques-fuentes”, a saber: 1) el del documento de sistematización, 2) el de las integrantes del equipo de salud, 3) el de la cooperativista y 4) el del docente invitado.

### 8.1 Categorías

El proceso de formulación de categorías fue dinámico siendo su inicio en el momento del planteamiento del problema y la fundamentación teórica del estudio. Según Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles y Herrera Torres (2005) las categorías llamadas deductivas son las que “están establecidas a priori” (p. 141). En el transcurso del estudio y sobre todo en las entrevistas y en la organización de los datos surgen las subcategorías como proceso de descripción de aquellas.

Se crearon cuatro categorías deductivas que por un lado dan sentido a los objetivos del estudio, y por otro dan voz, especialmente a los entrevistados, ellas son: contexto, cuidados a la salud, cuidados de enfermería y aprendizajes.

Las categorías formuladas son:

- **categoría “contexto emancipatorio”**: se identifican vocablos que conceptualizan la emancipación y no emancipación planteadas en el fundamento teórico. Corresponde al lugar territorial que marcó un escenario, en este caso, el espacio cooperativo.
- **categoría “cuidados a la salud”**: identificada desde los relatos de los entrevistados y desde el documento de sistematización. Corresponde a las acciones dirigidas al área socio-sanitaria que son realizadas por el equipo de salud, sin diferenciación de sus competencias disciplinares, tanto en la planificación como en la ejecución en equipo.
- **categoría “cuidados de enfermería”**: identificada desde el fundamento teórico planteado y desde los datos obtenidos de las diferentes fuentes. Corresponden al cuidado realizado por la profesional enfermera tanto sea procedimientos, actitudes o formas de realizar el cuidado.



- **categoría “aprendizajes”**: identificada desde el planteamiento de los objetivos y corresponde a la interiorización cognitiva y afectiva de la realidad para transformarla.

Las subcategorías aparecen en forma emergente luego de realizar la lectura profunda y organización de los relatos.

Para Hernández Sampieri et al. (2008), para interpretar los datos obtenidos es necesario realizar “la descripción, el significado y la presencia de cada categoría en el estudio” (p. 652). En el siguiente cuadro se establecen las categorías y subcategorías elaboradas.

Cuadro 2  
*Categorías elaboradas*

Categoría	Descripción de la categoría	Significado de la categoría	Presencia de la categoría	Subcategorías
<b>Contexto emancipatorio</b>	Lugar territorial y de vida cotidiana que marcó un escenario a la experiencia. Espacio cooperativo, para la obtención de la vivienda por ayuda mutua, con valores preestablecidos estatutariamente.	Espacio diferencial respecto a otros de la sociedad. Espacio como “oasis” donde los vínculos y las acciones adquieren un valor histórico y de resistencia de clase. Autores como: Breilh, Rebellato y Freire lo identifican como construcción progresiva y colectiva durante toda la vida.	Aparece en cada uno de las entrevistas, también en el documento de sistematización. Se expresa de varias maneras rescatándose como espacio singular en la sociedad.	Se entiende “proyecto” como un concepto que está condicionado tanto por la dirección del pasado como por la del futuro, y este doble condicionamiento expresa la historicidad de la realidad y vida humana. - <b>Construcción de proyectos de vida</b> : son las elecciones fundamentales de las personas, grupo o colectividad que significan el asumir, en su práctica social las direcciones en la construcción de un sentido y un estilo de vida hacia fines importantes que debe realizar (D’Angelo Hernández, 2002, pp. 3-35). - <b>Construcción de proyectos colectivos</b> : acciones y utopías construidas política, estética y éticamente, por nosotros, mujeres y hombres (Freire, citado en Streck, Redín y Zitzkoski, 2015). Intersubjetividad, sujeto-sujetos/s (Breilh, 2001). - <b>Reinvención el poder</b> : acciones y condiciones para que el pueblo, sociedad civil, movimientos populares, lo conquisten y ejerzan efectivamente (Freire, citado en Rebellato, 2009). - <b>Diálogo</b> : la experiencia de la apertura como experiencia fundadora

				del ser inacabado que terminó por saberse inacabado (Freire, 2004). - <b>Solidaridad:</b> según Freire es un valor y una actitud que sólo puede aprenderse en la práctica. Es cualidad y capacidad que se desarrollan, que se adquieren en el transcurso de la vida. (citado en Ghiso, 2007).
<b>Cuidados a la salud</b>	Acciones dirigidas al área socio-sanitaria que son realizadas por el equipo de salud, manteniendo sus competencias disciplinares, en actividades planificadas y ejecutadas en equipo. Son acciones dirigidas a mejorar la vida de las personas.	Es la acción con el otro u otros como sujetos en el ejercicio pleno del derecho a la salud.	Aparece en todas las entrevistas a los integrantes del equipo y en el documento de sistematización con fuerte énfasis en la planificación y acción reflexiva, flexible y colectiva.	- <b>Metodología:</b> conjunto de procedimientos y técnicas utilizadas para realizar la atención a la salud. - <b>Recursos teóricos:</b> elementos y concepciones disponibles para llevar adelante el plan. - <b>Herramientas:</b> conjunto de instrumentos que se utilizan para desempeñar el cuidado. - <b>Interdisciplina:</b> implica el enriquecimiento de una disciplina con los saberes de otras y contribuye al abordaje de problemas complejos que con el enfoque unitario no sería posible (Martínez Trujillo y Torres Esperón, 2014).
<b>Cuidados de Enfermería emancipatorios</b>	El cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto, dirigida a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de las necesidades humanas.	Es el encuentro existencial entre quien brinda y recibe el cuidado como seres inacabados que se construyen en el ejercicio del derecho a la salud, a través de la realización de sus necesidades, intereses y problemas tanto individuales, familiares como colectivas.	Aparece en el relato de la profesional de enfermería con una concepción amplia del rol profesional enfatizando el accionar como parte del trabajo en equipo.	- <b>Contenido del cuidado de enfermería:</b> acciones dirigidas tanto a apoyar las funciones del organismo como a reforzar las capacidades para la vida de las personas, grupos y comunidades. - <b>Metodología del cuidado de enfermería:</b> “representa la forma como ocurre, o debería ocurrir el encuentro entre el ser que cuida y el ser que es cuidado” (Waldow, 2014). - <b>Relación y comunicación dialógica:</b> relaciones humanas horizontales basadas en el diálogo, la reflexión y la comunicación. - <b>Asumir la salud como un activo social y político:</b> el cuidado en torno a la calidad de vida y entendiendo a la salud como un derecho y un bien construido socialmente.
<b>Aprendizajes</b>	Se produce un proceso cognitivo y afectivo para interiorizar la realidad y	Apropiación de conocimiento para producir acciones transformadoras	Presente en todos los entrevistados por ser una de las preguntas de la pauta de	

	transformarla.	de la realidad.	la entrevista	
--	----------------	-----------------	---------------	--

Fuente: Elaboración propia.

Durante la recolección de datos se fueron ordenando ideas y construyendo los temas centrales del análisis secuencial. Cada entrevista permitió la retroalimentación y arrojó temas y relaciones a tomar en cuenta en el análisis final.

**Divulgación de Resultados.** Se hará llegar un ejemplar del trabajo a la Comisión de Desarrollo de FUCVAM una vez se hallan realizado todas las etapas de la maestría hasta su aprobación y aval del tribunal correspondiente.

También se hará llegar una copia del estudio a las personas que participaron como forma de devolución de su generosidad y como forma de difundir la importancia del tema estudiado.

## 8.2 Procedimientos y Aspectos Éticos

Se cumplieron las etapas referidas a las autorizaciones correspondientes encontrándose la solicitud y autorización de FUCVAM en los Apéndices 4 y 5, respectivamente.

Se presentó el protocolo a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería y se implementó un modelo de consentimiento informado para las personas participantes de la investigación (Apéndice 6).

En cuanto a los procesos confidenciales individuales, se aseguró la protección de las personas participantes. Se les informó de los objetivos y alcance del mismo, se les presentó y explicó el consentimiento informado y se procedió a su firma antes de realizar la entrevista.

En cuanto a los recursos, se dispuso de elementos que aseguraron los procesos internos de la investigación como: traslados, insumos de papelería, equipos y no se presentaron inconvenientes u otras situaciones imprevistas que ameritaran modificaciones.

Se tercerizó la desgrabación de las entrevistas teniendo en cuenta el anonimato de los entrevistados usando para ello un listado con actor y número de entrevista.

De los beneficios obtenidos se entiende que se consiguió realizar una profundización incipiente en cuanto al cuidado de enfermería en un contexto emancipatorio y en un escenario nacional.

## 9. Resultados

En este apartado se encuentran los resultados del estudio, entendiendo que el acercamiento a la experiencia de salud comunitaria y el conocimiento en profundidad de algunos aspectos fueron induciendo a la investigadora a repensar la complejidad de la misma sobre todo desde la mirada de los diferentes actores y también tomando en cuenta el Doc. 1.

Se presentan cuadros elaborados según categorías, subcategorías y según fuente de datos. En las filas se disponen las subcategorías establecidas y en las columnas las fuentes de datos.

Se muestran a continuación los resultados en distintas secciones según las categorías.

### 9.1 Categoría “Contexto Emancipatorio”

Se comienza la presentación de los resultados con la categoría “contexto emancipatorio”, entendiendo su importancia ya que el cuidado se produce en un contexto el que podría favorecer o no la producción de un cuidado emancipatorio.

Esta categoría “contexto emancipatorio”, se refiere al lugar donde se produjo la experiencia, y no es una pregunta que se haya realizado directamente, sino que emerge de las narrativas de los entrevistados y de la revisión documental de los antecedentes. Describe el escenario donde se produjo la experiencia estudiada tomando como referencia las características que lo hacen emancipatorio según los autores seleccionados.

Cabe señalar que las narrativas estuvieron acompañadas por procesos recordatorios, que por momentos se impregnaron de emociones y sentimientos relacionados al significado del lugar, a los participantes. Aparecen también tensiones que son identificadas y manifestadas con una concepción y actitud de responsabilidad.

En el próximo cuadro se encontrarán los resultados obtenidos de la categoría “contexto” organizada por subcategorías, actores y por la sistematización.

Cuadro 3

*Fragmentos de relatos y expresiones sobre “contexto emancipatorio” según subcategorías y fuentes de datos*

<b>Subcategoría/ Fuentes</b>	<b>Entrevista a integrantes del equipo de salud</b>	<b>Entrevista a Cooperativista</b>	<b>Entrevista a Docente invitado</b>	<b>Documento de Sistematización</b>
<b>Construcción de proyectos de vida</b>	<p>- La “convivencia” fue “la construcción” en el período pos-construcción (EIES 1, p. 3).</p> <p>- “era un ámbito muy duro, muy diferente, No era con las personas del asentamiento, no era con personas que ni siquiera sabían lo que era una comunidad, ellos tenían sentido de comunidad, pero no lo definían así” (EIES 2, p. 3).</p> <p>- “pero eran personas que eran todos trabajadores, la mayoría sindicalistas, entonces era como una opción de vida el ser cooperativista” (EIES 2, p. 3).</p> <p>- “ahí no, ahí la gente tenía su casa, su trabajo, su forma de vida, se habían detenido en el tiempo” (EIES 2, p. 3).</p> <p>- “El proyecto cooperativista puede significar una casa en Pocitos, al lado del mar, pero quiero vivir acá, porque es esta la manera que yo entiendo que hay que vivir” (EIES 2, p. 3).</p> <p>- “en realidad conociéndolos mejor un pedazo de la sociedad como cualquiera, con una ideología con cosas maravillosas, pero no todo es maravilloso” (EIES 2, p. 7).</p>		<p>- “Esos espacios que estaban generando, dijo una señora, son como un oasis, y yo le pregunté, para usted qué es un oasis, me dijo algo así como que era un lugar donde ella podía estar bien, puede sentirse feliz y puede tener las espaldas cuidadas” (ED 1, p. 3).</p> <p>- “Y cuidadosos en sus manifestaciones, de no herir, de no chocar, yo vi que ya ese trabajo lo venía haciendo FUCVAM y me pareció como un valor agregado de primer orden. Es decir, no estamos solamente por el techo, sino que esto implica convivencia, esto implica ciertos vínculos, tranzar, ser paciente, compartir, colaborar, ayudar, que eso no lo encontrás fácilmente en ningún lugar. Entonces creo que había ya un terreno muy abonado por el tiempo en FUCVAM” (ED 1, p. 5).</p>	<p>- “El proyecto apunta con fuerza a las personas, a su crecimiento como una apuesta ineludible a la profundización de la democracia, al reconocimiento de los derechos del hombre. Apuesta a la vida cotidiana, a los espacios colectivos, a la construcción cotidiana de la salud” (Doc. 1, p. 38).</p>
<b>Construcción de proyectos colectivos</b>	<p>- “...pero después lo que tenía que ver con la convivencia después que tenían las viviendas construidas, no había una construcción tan solidaria, se transformaba como más individualista. La razón de ser de ellos era la vivienda, pero después el espíritu cooperativista como que se transformaba y no</p>	<p>- “Yo imprimí algunas cosas, este es un trabajo que se hizo en APEX Cerro, es un artículo que salió, que refería justamente a nosotras, sobre lo que fue el</p>	<p>- “de trabajar más grupalmente, de lograr que se integren todos, que las cooperativas no se compriman y demás” (ED 1, p. 2).</p> <p>- “esos son fundamentos básicos que rescatamos durante los talleres, qué cosas son las que nos están uniendo,</p>	<p>- “Favoreció la organización de actividades conjuntas, discusiones y reflexiones acerca de las concepciones de salud de donde partíamos, la participación activa en el diagnóstico de situación, para</p>

Subcategoría/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de Sistematización
	<p>era tan fácil” (EIES 1, p. 3).</p> <p>- “lo que nosotros empezamos a sentir es que esas personas vivieron tanto por ese sueño, lucharon tanto por ese derecho que el día que lo conquistaron, el motivo de su existencia como grupo se fracturó, y quedaron algunas personas por su personalidad, por su historia, por los años que hacía que estaban trabajando en FUCVAM, quedaron como liderando proyectos (...)” (EIES 2, p. 2).</p> <p>- “nos asombraba que, viviendo transitoriamente en eso, se puede trabajar por un sueño...” (EIES 2, p. 6).</p> <p>- “Tengo mis serias dudas que como sujetos colectivos hayan quedado posiciones instaladas, yo creo que en esto si no hay un sujeto colectivo previo construido en el proceso que sostenga, las cosas van a quedar como pequeñas gotas en el océano” (EIES 3, p. 2).</p>	<p>Dengue, sobre la salud comunitaria” (EC 1, p. 3).</p>	<p>qué cosas son las que nos permiten tener buena vecindad, qué cosa es trabajar con los otros de igual manera” (ED 1, p. 2).</p>	<p>identificar intereses comunes y planificar líneas de acción” (Doc. 1, p. 10).</p>
<b>Interés común</b>	<p>- “tenían una huerta, una huerta comunitaria” (EIES 1, p. 4).</p> <p>- “porque en general todos los grupos se forman y está escrito en todos los libros, que hay un proyecto en común, hay un objetivo en común, pero que los grupos sanos, es como un proceso, son como metas, son como estaciones de tren, nosotros vamos llegando a las estaciones, la primera, la segunda, la tercera, la cuarta es la casa” (EIES 2, p. 7).</p>	<p>- “Eso me permitió a mí acercarme más a fondo al movimiento, porque yo las cooperativas de Nuevo París no las conocía, para nada, ellos cada sábado hacían en una cooperativa distinta, entonces eso me permitió incorporarme al movimiento” (EC 1, p. 1).</p>	<p>- “Te diré que es la gente con la que sentí mayor cercanía porque vi con qué amor se tomaban esa tarea de voluntariado y con qué devoción y cómo querían devolverle a la organización todo lo que les había brindado y compartirlo con los demás. Era un poco el espíritu que tenían, y había un espíritu de colaboración, de entusiasmo, de alegría, realmente fue una experiencia hermosísima” (ED 1, p. 1).</p> <p>- “no es igual que ir a otro barrio donde juntas gente que no tenga</p>	

Subcategoría/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de Sistematización
			<p>objetivos comunes, eso también fue como un desafío” (ED 1, p. 3).</p> <p>- “descubrir inquietudes similares nos llevó de alguna manera a construir mayor amistad, mayor vínculo porque soñábamos por los mismos sueños, una cosa así” (ED 1, p. 4).</p> <p>- “Que realmente reafirmaban que el crecimiento no venía de afuera, sino del intercambio, y eso fue una cosa muy rica de recoger para nosotros” (ED 1, p. 5).</p>	
<b>Reinvención del poder</b>	<p>- “veías como un agente externo que de alguna manera nos metíamos en su organización. Entonces eso también tuvimos que trabajarlo” (EIES 1, p. 11).</p> <p>- “algunos cooperativistas nos planteaban directamente que ellos creían que nosotros teníamos que hacer otras cosas, que era más hacia la asistencia, y que ellos creían, esperaban otra cosa de nosotros, y siguieron insistiendo en que esperaban un rol más de asistencia directa, o por ejemplo, la presencia, por ejemplo, una de las cosas que también en algún momento se cruzó, no lo recuerdo mucho, era desde el lugar de lo que es el control. Cómo controlaban al equipo, ellos lo plantearon. Quién controlaba al equipo, el equipo tenía que cumplir tantas horas semanales según el contrato, con tal carga horaria, pero nosotros no marcábamos tarjeta, nosotros no teníamos un control de presentismo como en otros lados” (EIES 1, p. 12).</p>	<p>- “algunos del grupo lo que criticamos entre comillas, es que de alguna forma había una cierta predominancia de los médicos, que eso igual se traslucía a pesar del discurso contrahegemónico, pero de alguna forma eso aparecía” (EC 1, p. 2).</p>	<p>- “(...) un vínculo muy interesante donde respetaban enormemente la participación desde abajo de esta gente. Esto es una cosa que no siempre la ves, no es común, no se trataba de imponer, ellos tenían voz y voto ahí, eso me pareció muy lindo, enfoque que no siempre se encuentra en los trabajos comunitarios” (ED 1, p. 1).</p>	<p>- La Comisión de Salud Zonal, era un “espacio colectivo” clave, como nucleador, con una forma organizativa basada en la delegatura y la representatividad (...)” (Doc. 1, p. 9).</p> <p>- “Existían discrepancias respecto a la dirección política del proyecto, a cargo de quién debería estar, discrepancias que se vislumbraron desde el inicio...” “Existía un fuerte liderazgo de algunos cooperativistas y escasa participación de muchos.” (Doc. 1, p. 11).</p> <p>- “Se cuestiona a quién le compete la Dirección del proyecto, considerando que debe estar en la organización</p>



Subcategoría/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de Sistematización
	<p>- “nosotros nos ponían nerviosas, antes de la reunión, eran reuniones muy duras, algunas personas muy agresivas, muy tajantes, sobre todo con la parte médica que te increpaban, te interpelaban, pero tal, no eran todas iguales, teníamos como distintos vínculos con cada cooperativa” (EIES 1, p. 12).</p> <p>- “Nosotros pensamos que lo que teníamos que dejar es que ellos continuaran después que nosotros nos fuéramos, eso era nuestro objetivo, o sea nosotros sabíamos que estábamos de paso, nos dio pena cuando nos íbamos, pero nosotros sabíamos que era transitorio, que nosotros íbamos a estar dos, tres años y nos íbamos, y si nosotros sólo aportábamos cuando estábamos, entonces no cumplíamos con el objetivo, porque nosotros creemos que lo que teníamos que hacer, era que ellos se apropiaran de la sensibilización de lo que nosotros hablamos de lo que era el cuidado y la detección de los cuidados” (EIES 1, p. 13).</p> <p>- “Y creo que cambiaría de pronto algún otro concepto que uno ya llevaba, y que tuvimos que deconstruir porque también para nosotros fue un aprendizaje trabajar de esa manera” (EIES 1, pp. 13-14).</p> <p>- “que podía ser un gran obstáculo que era que personas que tenían un liderazgo sindical de los más importantes de América Latina en lo que tiene que ver con la vivienda y el derecho a una vivienda digna, pero la participación comunitaria en salud es otra cosa” (EIES 2, p. 1).</p>			<p>zonal y no en la central, opinando que los técnicos deben ser ejecutores de las decisiones que se tomen por parte de la Comisión de Salud Zonal. Desarrollo Social reafirma su rol de dirección del Proyecto” (Doc. 1, p. 12).</p> <p>- “Los tiempos institucionales exigían una celeridad en la elaboración de la redacción final del Proyecto, que aunque fue construido con los aportes de todos, implicó la aprobación política exclusivamente del nivel central” (Doc. 1, p. 24).</p> <p>- “Una práctica social liberadora tiene allí un lugar ineludible, en la contribución a la construcción de nuevos valores éticos, promoviendo cambios profundos en la concepción de participación y poder, en la búsqueda de un nuevo modelo democrático” (Doc. 1, p. 24).</p> <p>- “Esto genera espacios sin dudas, de democratización del poder. Esto no se aprende en los espacios formales porque no los hay. Por tanto FUCVAM apostó a profundizar los espacios ya abiertos dentro de</p>

<b>Subcategoría/ Fuentes</b>	<b>Entrevista a integrantes del equipo de salud</b>	<b>Entrevista a Cooperativista</b>	<b>Entrevista a Docente invitado</b>	<b>Documento de Sistematización</b>
	<p>- “algunas personas con mucho poder, muy destructivas, además mujeres, profesionales, ellos olfateaban que veníamos de alguna manera a alterar su campo, su convicción de que eso era lo que había que hacer, ya lo habían hecho y ahora quedaba quedar ahí” (EIES 2, p. 2).</p> <p>- “No es política, no es política partidaria, no es religión, no es sindicalismo, es otra cosa. Es saber que yo sólo sé lo que me pasa, a mí, a mi entorno, solamente yo sé los sueños que tengo para mi comunidad, para mi familia, son míos, no están escritos en ningún libro, así que si uno no se acerca a las personas, no empieza a trabajar con las personas, y no llega de repente, no a robarles, pero sí a hacerlos partícipes de sus sueños, para ayudarles a construir desde su mirada, desde su sensibilidad, desde sus intereses, aun cuando muchas veces se contraponen con los nuestros, y lograr crear espacios donde esas personas puedan desarrollarse” (EIES 2, pp. 1-2).</p> <p>- “El tope, lo ideal, lo inaceptable, era que no tuvieran treinta años de cooperativismo, quiere decir que el que tenía la voz y el voto supremo, era el que tenía treinta años, era un mensaje subliminal fuertísimo, que creo que ni las personas se daban cuenta” (EIES 2, p. 7).</p>			<p>la Federación, a través de la formación, en intercambio con otros” (Doc. 1, p. 38).</p>
<b>Diálogo</b>	<p>- “también participé mucho, fue en la creación de los frentes comunitarios en salud” (EIES 1, p. 7).</p> <p>- “las reuniones que eran muy fuertes, algunas asambleas de las que participamos eran muy fuertes las disputas que había entre ellos, y</p>			<p>- “diferencias con las estrategias de intervención entre algunos integrantes de la Comisión de Salud y el Equipo técnico, en relación a la concepción de participación y</p>

<b>Subcategoría/ Fuentes</b>	<b>Entrevista a integrantes del equipo de salud</b>	<b>Entrevista a Cooperativista</b>	<b>Entrevista a Docente invitado</b>	<b>Documento de Sistematización</b>
	<p>hasta la forma en que demostraban sus posturas ante los distintos temas que se discutían, incluso por este mismo proyecto, cómo lo veían” (EIES 1, p. 4).</p> <p>- “cómo poder ir a las asambleas, como actuar en las asambleas, porque ellos esperaban que nosotros fuéramos a controlarlos” (EIES 1, p. 9).</p> <p>- “la ciudadanía activa, la democratización del conocimiento, el saber ver a la persona como ella se ve, y no como yo creo que es. Eso lleva un diálogo muchas veces muy profundo” (EIES 2, p. 2).</p>			<p>los procesos, las características de la representatividad y forma de participar en dicha Comisión, la propuesta de formación de agentes comunitarios abierta a todos los cooperativistas. El marco conceptual propuesto no fue discutido en los términos en que se aspiraba, hubo diferencias con algunos integrantes en relación al tema salud como Derecho , y el análisis crítico del artículo 44 de la Constitución de la República referente al tema” (Doc. 1, p. 11).</p>
<b>Solidaridad</b>	<p>- “Tenían una olla popular” (EIES 1, p. 4).</p>		<p>- “En este espacio lo que encontramos es que había mucho camino ganado en función de la mística de FUCVAM. En función de esa mística de juntarnos para vivir mejor, de juntarnos para cooperar con el otro, no tener solamente yo mi vivienda, ese es un valor, la solidaridad que no la encontrás en un barrio común” (ED 1, p. 5).</p>	

Fuente: Elaboración propia.

## 9.2 Categoría “Cuidados a la Salud”

Los resultados de la categoría “cuidados a la salud” se graficó en una tabla de contenido, que se visualiza en el cuadro N°4.

Antes de pasar a su presentación es necesario resaltar que especialmente las entrevistas correspondientes a las integrantes del equipo de salud fueron extensas en este tema, ya que concierne a su quehacer profesional. Se percibió que contestaron con tranquilidad, seguridad, con comodidad en abordar el tema y con el conocimiento profundo de la experiencia. Su recreación mediante el recuerdo y a su vez compartirla generó en algunos momentos emoción y convicción con la experiencia.

Las personas entrevistadas sobre este tema manifestaron que la atención siempre fue planificada en el equipo o que contenían una intención, que eran flexibles en el desarrollo de los temas utilizando básicamente la participación de los involucrados como eje de trabajo para poder lograr los objetivos planteados.

En el siguiente cuadro se presentan los fragmentos seleccionados.

Cuadro 4

*Fragmentos de relatos y expresiones referidos a “cuidados a la salud” según subcategorías y fuentes de datos*

<b>Subcategorías/ Fuentes</b>	<b>Entrevista a integrantes del equipo de salud</b>	<b>Entrevista a Cooperativista</b>	<b>Entrevista a Docente invitado</b>	<b>Documento de sistematización</b>
<b>Metodología</b>	<p>- “cuando formemos agentes comunitarios, vamos a formar seres críticos, vamos a apoyar más la criticidad que puedan tener, y ellos solos van a sacar sus propias consecuencias porque nosotros estamos planteando una manera de vincularse que era imposible dentro de lo que estaba planteado en FUCVAM” (EIES 2, p. 5).</p> <p>- “talleres de obesos, diabéticos, hipertensos, diferentes patologías, patologías osteoarticulares, patologías respiratorias” (EIES 2, p. 6).</p> <p>- “éramos unas observadoras no participantes en lo cotidiano, pero muy participantes a la hora de pensar lo que teníamos que hacer, cómo lo teníamos que hacer, por qué y para qué lo teníamos que hacer (EIES 2, p. 8).</p> <p>- “totalmente horizontal, de hecho, generamos un acuerdo de que éramos un equipo sin conducción de liderazgo orgánico, éramos las tres, no había nadie que coordinara, que fuera la voz cantante, éramos un equipo de tres o de cuatro” (EIES 3, p. 3).</p> <p>- “los mecanismos internos. Porque en realidad, ... entonces ahí vos tenés que trabajar cuáles son los espacios de participación más abierta posible y siempre</p>	<p>- “Tienen otra metodología, otra concepción de la salud, tenía esto de la importancia de la participación de la persona como centro” (EC 1, p. 1).</p> <p>- “eso de generar grupalidad entre docentes y los docentes que siempre estaban en la misma línea, utilizando la misma forma de trabajar” (EC 1, p. 2).</p> <p>- “En un momento, algunos del grupo lo que criticamos entre comillas, es que de alguna forma había una cierta predominancia de los médicos” (EC 1, p. 2).</p> <p>- “(...) aparecía como que la última palabra la tenía ella (la médica), (...) ellas tampoco lo ocultaban, ni estaban reprimidas, era parte de lo que también pasaba, y de la realidad” (EC 1, p. 2).</p> <p>- “la preocupación en la participación efectiva, eso sí estaba siempre presente, creo que era ese el tema, lo lúdico también, lo participativo y lo lúdico” (EC 1, p. 2).</p> <p>- “ser coherentes con esa forma de entender la salud, si hay protagonismo, no se puede concebir el modelo que se proponía” (EC 1, p.</p>	<p>- “la participación sobre todo que fue una de las cosas que a mí me pareció un detalle interesantísimo que encontré en esa experiencia” (ED 1, p. 1).</p> <p>- “Trabajamos con la metodología participativa todo el tiempo en el taller” (ED 1, p. 1).</p> <p>- “Es la filosofía de trabajo” (ED 1, p. 2).</p> <p>- “esta metodología basada en la pedagogía de Freire” (ED 1, p. 2).</p>	<p>- “Una dificultad previa, que obstaculiza la participación en esta primera fase, fue no partir del interés o motivación de las cooperativas para participar del proyecto” (Doc. 1, p. 21).</p> <p>- “(...) los participantes asumían previamente el compromiso de multiplicar los conocimientos en sus respectivos lugares de inserción” (Doc. 1, p. 35).</p> <p>- “Se trabajaron los mismos contenidos descritos anteriormente, explicitando fuertemente las herramientas metodológicas utilizadas, por qué y para qué de ellas, así como el marco conceptual que las sostiene, buscando la apropiación crítica por parte de los participantes” (Doc. 1, p. 36).</p> <p>- “Fue importante para el proyecto trascender lo instituido y trabajar desde lo instituyente. Para FUCVAM esto no es novedad en general, pero desde el espacio de la educación, promoción y participación para la salud, debimos realizar un abordaje desde lo instituyente para poder potenciar y refrescar los procesos internos que pudieran alimentar desde allí la propia propuesta de los cooperativistas” (Doc. 1, p. 37).</p> <p>- “Es importante aquí rescatar la</p>

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de sistematización
	con una contraparte orgánica” (EIES 3, p. 5).	<p>2).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “esto era una cosa más descontracturada en ese sentido, de lograr la participación, si bien había un marco, de un taller, no había eso de tantos minutos para hablar que eso también estresa” (EC 1, p. 3).</li> <li>- “Sí, el cuidado de lo técnico, de lo humano” (EC 1, p. 3).</li> <li>- “Sí estaba esa evaluación sobre el final de preguntar qué se cambiaría, y después lo que sintieron también” (EC 1, p. 4).</li> <li>- “hacer saber a todos que la opinión de todos era importante”, ... “me parece que eso era significativo, y que ellos lo tomaban como eso, como una opinión, y muy, muy valiosa” (EC 1, p. 5).</li> <li>- “acercarse es importante, acercar las posiciones, acercar las miradas, eso es importante” (EC 1, p. 5).</li> <li>- “esa magia de acercamiento de la que hablamos. Incluso una de las cosas que a mí me llamaba la atención, es que ellas iban con un plan, pero luego si las cosas transcurrían por otro lado, ellas dejaban que transcurrieran, es decir eso que no era rígido tampoco, era como una cosa que se podía ir para un lado y para el otro, y después ellas volvían a encuadrar” (EC 1, pp. 5-6).</li> </ul>		metodología utilizada en este curso que apostó nuevamente y como siempre a la Educación Popular, a la utilización de técnicas trabajadas desde un encuadre de comprensión de la oportunidad de utilizarlas y desde la importancia de trascender permanentemente el motivo puntual que la convoca para arribar a una visión holística, integrada e integral de la salud. Priorizando la persona y el grupo” (Doc. 1, p. 41).

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de sistematización
<b>Recursos teóricos</b>	<p>- “Trabajamos mucho el enfoque familiar integral desde los cuidados que requería cada uno, y yo como enfermera pude trabajar mucho el enfoque familiar y el enfoque que los integrantes de la familia, tenemos que tener un abordaje integral, que no solamente era el afectado el que estaba en la obra, sino los demás” (EIES 1, p. 5).</p> <p>- “pero nosotros también trabajamos con los recursos, trabajamos mucho con lo que tiene que ver con el aspecto de la intersectorialidad, y el vínculo inter institucional a nivel del territorio. Nosotros nos basamos mucho en lo que era el concepto del primer nivel de atención y la atención primaria en salud” (EIES 1, pp. 5-6).</p> <p>- “La salud comunitaria es una disciplina propia que trasciende todas las otras disciplinas, todas las especialidades se pueden sumar a la salud comunitaria” (EIES 2, p. 10).</p> <p>- “Trabajar desde una perspectiva de la participación, desde una ética de la participación, desde una participación entendida en su cabal contexto, donde participar es todo el proceso incluyendo la toma de decisiones, y la responsabilización en la toma de decisiones” (EIES 3, p. 1).</p>	<p>- “Ese era otro elemento importante, la idea de la prevención” (EC 1, p. 2).</p>		<p>- Concepto de salud: “como un proceso estrechamente vinculado a la calidad de la vida cotidiana de las personas, a las formas de convivencia y de participación dentro de su comunidad. La Salud como un derecho y un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural”. “La salud definida conjunto de capacidades bio-psico-sociales de un individuo o de un colectivo, da a la misma el valor de instrumento liberador, democratizador, necesitando explicitar su intencionalidad transformadora” (Doc. 1, p. 5).</p> <p>- Respecto al trabajo en equipo: “Deberán integrarse para realizar un abordaje integral, potenciando el saber y la experiencia de cada uno, pasando por el matiz de la discusión y la reflexión crítica colectiva” (Doc. 1, p. 6).</p> <p>- En cuanto a la acción dialógica: “Esta racionalidad dialógica, constructiva, reflexiva y respetuosa de los procesos y de las diversidades, evita la generación de relaciones asimétricas entre el equipo técnico y la comunidad. Así mismo permite una manera más democrática y participativa de construir saberes, intercambiando experiencias y reflexiones entre los distintos actores sociales” (Doc. 1, p. 6).</p> <p>- Se plantea una concepción del poder, inspirada en Freire, como la “posibilidad</p>

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de sistematización
				<p>desde la perspectiva de la autonomía y de la libertad”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Salud Comunitaria, se entiende “que surge de la Salud Pública y apuesta fuertemente a la participación social y comunitaria en salud, se inspira en las ciencias sociales y aborda de entrada los determinantes de la salud” (Doc. 1, p. 7).</li> <li>- Se nombran también otros aspectos que no se llegan a definir sino a nombrar como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación comunitaria</li> <li>- Promoción de salud</li> <li>- Educación para la salud</li> <li>- Planificación participativa</li> </ul> </li> </ul>
<b>Herramientas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “hacíamos talleres con ellos, con distintas técnicas, hacíamos técnicas prácticas, demostraciones, hacíamos simulacros, simulacros de personas que se accidentaban” (EIES 1, p. 5).</li> <li>- “Nosotros hacíamos recorridas” (EIES 1, p. 3).</li> <li>- “mapeo de los recursos” (EIES 1, p. 6).</li> <li>- pero también a través de los juegos hacíamos entrevistas y hacíamos juegos con los gurises y empezamos a conocer desde otro lugar” (EIES 1, p. 3).</li> <li>- “Y cuando conocemos desde otro lugar, por ejemplo empiezan a descubrirse temas” (EIES 1, p. 3).</li> <li>- “las herramientas metodológicas, de cómo trabajar con grupos y cómo trabajar en educación para la salud” (EIES 1, p. 7).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Sí, era favorecido, era favorecido por este enganche que había entre las tres, pero además porque sabían claramente lo que estaban haciendo, es decir dónde iban, los objetivos. Sabían exactamente lo que querían lograr” (EC 1, p. 3).</li> </ul>		<p>Se realizaron técnicas participativas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo en grupos</li> <li>- Talleres</li> <li>- Dramatizaciones</li> <li>- Diagnóstico participativo</li> </ul>



Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de sistematización
	<p>- “Así como facilitó, (la integración), fueron algunas barreras, o sea, cuando no pudimos integrarnos tan fácilmente” (EIES 1, p. 11).</p> <p>- “Teníamos instrumentos, algunas fueron dinámicas, algunos formularios donde ellos podían expresar lo que ellos sentían y en base a eso se hacían trabajos de grupo” (...) “la matriz FODA” (...) “el árbol de problemas” (EIES 1, p. 12).</p> <p>- “Nosotros preparábamos el taller, preparábamos el encuentro, nos reuníamos, teníamos una propuesta que la discutíamos entre todos” (EIES 1, p. 7).</p>			
<b>Interdisciplina</b>	<p>- “ahí en el grupo entre las tres, o entre las cuatro con la psicóloga veíamos qué era lo que habíamos detectado, qué era lo que teníamos que abordar, la trabajadora social tenía en su maleta las cosas que ella tenía de recursos comunitarios del punto de vista social, del punto de vista de lo que eran beneficios sociales, y otros, XXX también como médica, muchas veces por suerte estaba la médica, donde tuvimos que resolver situaciones de hipertensión, o algunas situaciones, estaba XXX que aportaba desde su saber médico, y bueno, yo desde la parte operativa” (EIES 1, p. 7).</p> <p>- “muchas veces discutíamos porque además teníamos puntos de vista diferentes en algunas formas de encarar” (EIES 1, p. 9).</p> <p>- “porque a mí me molesta mucho, me lastima el alma, cuando está una</p>	<p>- “se veía que eso era multidisciplina, la interdisciplina, que cada uno aportara lo suyo” (EC 1, p. 2).</p> <p>- “una vez que uno estaba ahí, como que la gente tenía un accionar más esperado a lo que uno tenía, XXX era el modelo porque era la trabajadora social. En el caso de la Licenciada en Enfermería y la Médica uno esperaba otra cosa, y ahí se encontraba con un profesional diferente. Entonces después del impacto primario, este no me va a retar, no me va a pinchar, (risas) uno empezaba a descubrir el alcance de la profesión” (EC 1, p. 4).</p>		

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de sistematización
	<p>Licenciada, una Médica, una Psicóloga, una Trabajadora Social, y permanentemente están mirando a la Médica” (EIES 2, p. 4).</p> <p>- “Entonces era como darme un protagonismo que no estaba bueno, que no era el correcto además” (EIES 2, p. 4).</p> <p>- “Un día estábamos en un taller de agentes comunitarios, y alguien me dice Doctora, yo le dije por favor no me digas Doctora, decime [...], y esta persona me dice, si tú querés que te traten como [...], compórtate como [...] entonces, un mensaje muy fuerte, yo era la Doctora y ella era la Licenciada. Me identificaba claramente como un posible ser que pretendía destruirla” (EIES 2, p. 8).</p> <p>- “convocar personas o tener individualidades, también tenés que armar un equipo, eso lleva otro tiempo. Por lo cual en realidad habría que contratar un equipo, no individualidades, para asegurarte que tenés el equipo y ya hay un acuerdo que sí, y por lo tanto aprobar un primer proyecto de equipo multidisciplinario” (EIES 3, p. 4).</p>			

Fuente: Elaboración propia.

### **9.3 Categoría “Cuidados de Enfermería Emancipatorios”**

Los resultados relacionados a la categoría “cuidados de enfermería emancipatorios” se encontraron principalmente en la entrevista al profesional de enfermería que le dio el contenido específico disciplinar. En menos intensidad se encuentran en las otras entrevistas. En el documento de sistematización los cuidados de enfermería no se encuentran destacados ni diferenciados.

La entrevista estuvo impregnada de afectividad, el recuerdo cronológico propició el recuerdo de anécdotas que tornaron la entrevista como un relato minucioso, profundo y lleno de connotaciones emocionales.

A continuación, en el cuadro N°5 se presentan los resultados referidos a la categoría “cuidados de enfermería emancipatorios”.

Cuadro 5

*Fragmentos de relatos y expresiones referidas al “cuidado de enfermería emancipatorio” según subcategorías y fuentes de datos*

<b>Subcategorías/ Fuentes</b>	<b>Entrevista a integrantes del equipo de salud</b>	<b>Entrevista a cooperativista</b>	<b>Entrevista a Docente invitado</b>	<b>Documento de Sistematización</b>
<b>Contenido del cuidado</b>	<p>- “Entonces a mí me parece que el cuidado no era que yo estaba en un hospital, en una cama atendiendo, pero que de alguna manera era un cuidado que también se acercaba a la familia.</p> <p>O sea, yo podía con mi saber enfermero, aportar desde mi conocimiento de enfermería, desde lo que tiene que ver con las prácticas mismas de enfermería, tanto en curaciones como controles, todas las técnicas que yo sabía, las podía de alguna manera explicar y demostrar, y podía incluso, hicimos jornadas en las que intervine en esas cosas. No es que yo nunca tomé la presión ni nada, no, todo lo contrario, hacíamos hemoglucotest, etc., pero también, practicamos mucho lo que era educación para la salud” (EIES 1, p. 6).</p> <p>- “O sea el cuidado a través de lo que tenía que ver con la promoción y educación para la salud, desde qué lugar hacíamos los talleres, con qué metodologías trabajábamos el taller, desde qué lugar nosotros traíamos el abordaje de distintos temas para que saliera” (EIES 1, p. 6).</p> <p>- “Me parece que lo podía aplicar perfectamente, lo que cambiaba era el entorno y el lugar donde lo aplicaba. (EIES 1, p. 6).</p> <p>“fueron jornadas muy interesantes con los gurises sobre salud sexual y reproductiva, sobre sexualidad en adolescencia, y ellos eran gurises que nos daban vuelta” (EIES 1, p. 8).</p> <p>- “(...) forma de cuidarlos de la manera esa, de acercarnos, y transmitir lo que yo sabía, y contactar con ellos, y no solamente hacer los test, sino desde qué lugar ellos nos podían comentar cuáles eran sus inquietudes y sus propuestas, porque los gurises tenían propuestas que nos daban vuelta” (EIES 1, p. 8).</p> <p>- “Yo creo que el modelo que habíamos elegido de salud comunitaria era ese, o sea, determinada porque era el modelo que habíamos elegido, era el modelo que nosotros concebimos debíamos hacer el abordaje de la salud comunitaria” ... “nosotros decíamos que la salud</p>			

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de Sistematización
	<p>comunitaria tenía que ser salud comunitaria, no trabajar sólo la enfermedad, sino cuáles eran los factores protectores, o los factores que estaban interfiriendo en ese proceso, que eran los que trababan la salud de esas comunidades” (EIES 1, p. 10).</p> <p>- “Porque también nosotros en un momento parecía como que no estábamos haciendo nada, porque había gente que te lo decía y sin embargo reconocer que estabas haciendo algo” (EIES 1, p. 14).</p>			
<b>Metodología del cuidado de enfermería</b>	<p>- “Creo que estar cerca de una persona, escuchar una persona, estar atenta a lo que la persona te describía, a las necesidades que te planteaba y vos buscar una respuesta directa en el momento que vos pudieras tener una intervención directa” (EIES 1, p. 6).</p> <p>- “cuando trabajábamos sobre la formación de agentes comunitarios, las herramientas que yo traía, las herramientas metodológicas, de cómo trabajar con grupos y cómo trabajar en educación para la salud a mí me sirvió mucho, y era también una forma de cuidar, porque era una forma de no avasallar a la persona, de que esas herramientas te permitían que de alguna manera las personas, yo no iba con el libreto a decirles lo que a mí me parecía tenían que hacer. Esa historia que aprendimos mucho en comunitaria que yo no tengo que venir a darle una charla porque a mí me parece que esto lo tienen que saber, sino trabajando mucho desde lo que ellos sabían, como decodificábamos lo que ellos sabían, y desde qué lugar y surgían una cantidad de cosas, y cómo ellos nos enseñaban, porque aprendíamos mucho con ellos, desde el oficio que ellos tenían, desde cómo construían las cosas. Entonces a mí me parece que cuidar es estar al lado de la gente” (EIES 1, p. 7).</p> <p>- “...proponían jornadas, proponían una cantidad de cosas, entonces, yo sentía que ahí también era una forma de cuidarlos de la manera esa, de acercarnos, y transmitir lo que yo sabía, y contactar con ellos, y no solamente hacer los test, sino desde qué lugar ellos nos podían comentar cuáles eran sus inquietudes y sus propuestas” (EIES 1, p. 8).</p> <p>“Yo creo que era un cuidado diferente, Era un cuidado que surgía de acuerdo a las necesidades que íbamos detectando. A ver, no era que</p>	<p>- “Importancia de la participación, la persona como centro” (EC 1, p. 1).</p> <p>- “Había elementos que a veces hasta sin querer uno los había incorporado, sobre todo ellos trabajaban mucho sobre la prevención en salud ocupacional, hicieron un curso de accidentes de obra” (EC 1, p. 5).</p> <p>- “Esa magia de acercamiento de la que hablábamos. Incluso una de las</p>		

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de Sistematización
	<p>todo lo hiciéramos improvisado, porque trabajamos mucho en la planificación, pero como que yo sentía, que yo disfrutaba mucho, disfrutaba con la gente, y porque aprendía” (EIES 1, p. 9).</p> <p>- “al principio era como una convocatoria exigida, como una convocatoria del deber ser, y no iban todos” (EIES 1, p. 12).</p> <p>- “lo que tenía que ver con enseñanza que les permitió a ellos ser más críticos y elaborar su propio valor, o sea, a ver, cuidarse más. Herramientas para que ellos mismos se cuidaran más” (EIES 1, p. 13).</p> <p>- “Lo otro es el trabajo en el lugar donde está la gente, nosotros íbamos a los espacios comunitarios, no que la comunidad iba a” (EIES 3, p. 5).</p> <p>- “Nosotros preparábamos el taller, preparábamos el encuentro, nos reuníamos, teníamos una propuesta que la discutíamos entre todos, la armábamos, bla, bla, bla, alguien siempre era el observador, pero después nos reuníamos a analizar cómo había sido ese encuentro, y qué cosas nos parecía que eran para mejorar en ese encuentro, y qué cosas nos parecía que cada una de nosotras no había estado bien, no había facilitado, o había monopolizado la palabra, o había contestado mal, o nos habíamos dejado llevar por algunas reacciones de la gente que nos hablaba, o las no reacciones” (EIES 1, p. 7).</p> <p>- “teníamos una evaluación con cortes evaluatorios durante los años, teníamos que hacerlo obligatoriamente, era obligatorio el corte a la primera inserción, el primer diagnóstico, hacíamos cortes evaluatorios que se llaman desarrollos sociales, desde la Directiva de FUCVAM y teníamos que hacerlo, porque era un proyecto financiado por Suecia creo que era, que tenía que rendirse ante ellos” (EIES 1, p. 11).</p>	<p>cosas que a mí me llamaba la atención, es que ellas iban con un plan, pero luego si las cosas transcurrían por otro lado, ellas dejaban que transcurrieran, es decir eso que no era rígido tampoco, era como una cosa que se podía ir para un lado y para el otro, y después ellas volvían a encuadrar” (EC 1, pp. 5-6).</p>		
<p><b>Relación y comunicación dialógica</b></p>		<p>- “acercarse es importante, acercar las posiciones, acercar las miradas, eso es importante” (EC</p>	<p>- “es la única forma, yo no conozco otra, es a partir de ese intercambio que se produce en los grupos chicos, donde la gente opina, fundamenta su opinión, donde el otro</p>	<p>- “En la opinión de algunos, se compartía plenamente en teoría, pero no se comprendieron quizás sus alcances en la práctica, para otros se traduce en “esa forma tan</p>

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de Sistematización
		<p>1, p. 5). - “me parece que eso era significativo, y que ellos lo tomaban como eso, como una opinión, y muy, muy valiosa, que a alguno lo hacía sentir bien cuando le pasaba a uno, pero era un aprendizaje también cuando provenía de repente de alguien que por distintas razones era diametralmente opuesto a uno” (EC 1, p. 5).</p>	<p>cuestiona, ahí se produce ese inter diálogo donde cada uno fundamenta, donde se puede llegar a un acuerdo, a veces no, pero de alguna manera es que se produce ese proceso que no solamente es inter personal, sino auto personal, interior, y ese es el proceso emancipatorio de la gente que logra haciendo entender a los demás su perspectiva, y que en algo tenga puntos de unión, poder a partir ahí, teniendo algunas diferencias, construir juntos” (ED 1, p. 2). - “No es que yo innové nada, sino que aproveché la simiente que ya estaba ahí, y trabajamos mucho en pequeños trabajos grupales, plenarios, análisis, devolución, que es la metodología que seguimos usando hoy” (ED 1, p. 3).</p>	<p>humana de acercarse a nosotros” (Doc. 1, p. 25).</p>
<b>Asumir la salud como una activo social</b>	- “también participé mucho fue en la creación de los frentes comunitarios en salud” (EIES 1, p. 7).	- “digamos como sujeto activo del acto de salud” (EC 1, p. 1).		- “(...) de trabajar con modelos pedagógicos que apuestan a la construcción crítica y cotidiana de

Subcategorías/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de Sistematización
		<p>- “Esto de ver al sujeto como centro, sujeto activo de la salud, y como algo colectivo, pero también individual” (EC 1, p. 1).</p>		<p>espacios saludables, de seres sanos y ciudadanos realmente en pleno ejercicio de su derecho a la salud” (Doc. 1, p. 37).</p> <p>- “(...) desde la salud, como derecho a conquistar cotidianamente, que surge la necesidad de democratizar el conocimiento, que ya no sea específico de los técnicos, que los ciudadanos en general sean capaces de apoderarse, de empoderarse de ellos” (Doc. 1, p. 38).</p> <p>- “Queremos llegar a que pensar y actuar promoviendo la participación comunitaria en salud, implica definir la salud como un derecho antes que nada, como un proceso válido en sí mismo, teniendo un lugar privilegiado en esos microespacios de la vida cotidiana, tan aleados de los grandes estudios, tan alejados de los números, tan alejados de la búsqueda de resultados inmediatos y visibles” (Doc. 1, p. 39).</p>

Fuente: Elaboración propia.



#### **9.4 Categoría “Aprendizajes”**

Continuando con los resultados, se presentan a continuación en el cuadro N° 6, los datos recogidos en referencia a la categoría “aprendizajes”, la que se formuló desde los objetivos.

Cabe señalar que estaba en la pauta de las entrevistas una pregunta sobre este tema que fue contestada por todos los entrevistados con gesticulaciones que daban a entender añoranza, reflexión y sobre todo necesidad de saber que pasó luego de esa experiencia.

Cuadro 6  
 Fragmentos de relatos y expresiones de la categoría “aprendizajes” según fuentes de datos

Categoría/ Fuentes	Entrevista a integrantes del equipo de salud	Entrevista a Cooperativista	Entrevista a Docente invitado	Documento de sistematización
Aprendizajes	<p>- “Yo me acuerdo que en algunos talleres fue muy fuerte para mí lo que aprendí de ellos, como me trasmitían, teníamos una vuelta una técnica con las manos, y como ellos trabajaban en grupo” (EIES 1, p. 7).</p> <p>- “Una para que las personas individuales que participaron, fue muy removedor, y seguramente para muchos de ellos les dejó un montón de aprendizajes para la vida y para el trabajo en la comunidad, pero no dejó instalada una seguridad de una determinada continuidad de colectiva del proyecto. Por eso creo que uno de los aprendizajes es que deberíamos haber profundizado la negociación y a haber llegado a un punto más claro de cuál era el proyecto común, el de FUCVAM, el del equipo de salud y el de los cooperativistas” (EIES 3, p. 4).</p> <p>“Desarrollarme como enfermera, orgullosa de aportar en el equipo”; contenta de que se pudieron tener acciones concretas; disfrutaba lo que era la complementación” (EIES 1, p. 10).</p> <p>- “Si no hubiera pasado por ahí, no hubiera aprendido muchas cosas” (EIES 2, p. 10).</p> <p>- “Era como a mí me resultaba más liberador, me resultaba como menos encorsetado”. (EIES 1, p. 9)</p> <p>- “Que yo disfrutaba mucho, disfrutaba con la gente, y porque aprendía” (EIES 1, p. 9)</p> <p>- “era disfrutable, y desde ese lugar la experiencia se me hizo distinta, o sea, aprendí mucho de mis compañeras, para mí fue irreplicable lo que aprendí” (EIES 1, p. 10).</p>	<p>- “lo más grande es la capacidad de escucha, ahora reflexionándolo, como que es la virtud más de intercambio, la capacidad de escucha y ser flexible y fomentar la participación del otro. O sea que puede ir por ahí, pero claro, es difícil” (EC 1, p. 6).</p>		

Fuente: Elaboración propia.

## 10. Discusión

En este análisis se visualizaron prácticas y aprendizajes en relación al cuidado emancipatorio desde la mirada de los protagonistas y desde un documento de sistematización, cotejando los hallazgos con la perspectiva de los autores seleccionados.

Se buscó conocer las características de un cuidado emancipatorio y su relación con el contexto, cuestionando, si un cuidado emancipatorio se podría desarrollar solamente en un contexto emancipatorio.

Para conocer aspectos generales y que introducen a una de las categorías principales, la **categoría “contexto emancipatorio”**, es necesario resaltar que la experiencia se enmarcó en un contexto nacional que invitaba al desarrollo de propuestas innovadoras, y en este caso dentro del cooperativismo. Como nueva experiencia, no estuvo exenta de dificultades y tensiones internas del propio proyecto. Esas tensiones fueron manifestadas a través de algunas expresiones (especialmente) de las integrantes del equipo de salud:

- “Había como una visión muy de participación muy tradicional y muy institucionalizada dentro de lo que es una organización social y gremial como FUCVAM.” (EIES 3, p. 1).
- “Yo creo que FUCVAM terminó perdiendo interés en el proyecto, de hecho, tampoco cuando presentamos la sistematización, los grandes dirigentes no fueron” (EIES 3, p. 3).
- “En todas las cooperativas, es muy difícil los espacios no institucionalizados” (EIES 3, p. 3).
- “Es difícil, no es fácil el apoyo y la comprensión de que pueden existir esos espacios por fuera, generan mucho temor” (EIES 3, p. 4).

- “El proyecto de FUCVAM que se nos presentó, era muy como que diría confuso, poco claro” (EIES 2, p. 4).

Estas expresiones destacaron el contexto desde donde partió la experiencia, aparecen los poderes de los involucrados: la directiva de FUCVAM, los cooperativistas y el equipo. Donde cada uno de los actores tuvo una experiencia y un fundamento para hacer “valer” su postura respecto al proyecto. Como plantea Rebellato (2009, p, 100), “no existe ejercicio del poder sin emergencia de los conflictos” que aquí se manifiesta en lo que el mismo autor llama “conflicto entre los diversos ritmos, tiempo político, tiempo social y tiempo técnico”. Esos tiempos se identificaron en:

- la directiva de FUCVAM, que se identificó como el tiempo político, pensando en que el camino a realizar con el proyecto es siguiendo los lineamientos orgánicos, planteando un proyecto desde la Comisión de Desarrollo Social como el órgano centralizador y responsable de la conducción de ésta área en las cooperativas.
- los cooperativistas, identificado como el tiempo social, que desde el ejercicio de la democracia directa y el control directo sobre los “bienes”, van tomando el proyecto como un bien, favoreciendo la conciencia de cada individuo sobre su entorno, su vida cotidiana reflexionando sobre el modelo socioeconómico que sienten y definen opresor y explotador, para generar nueva conciencia, nueva subjetividad y nueva identidad.
- el equipo de salud, que se identificó como el tiempo técnico, priorizando la interacción con los cooperativistas y el proceso enseñanza-aprendizaje. Tiempo que favorece la construcción del rol de facilitador orientándose hacia la reflexión, propiciando la creación de una nueva conciencia y subjetividad.

En este sentido, uno de los integrantes del equipo en la entrevista expresó la importancia de acordar, de negociar, de acompasar esos “ritmos”:

yo creo, si tuviera que trabajar en un proyecto con la experiencia de haberlo hecho, creo que hay que profundizar mucho más en los acuerdos, y generar una contraparte, que negocie y lleguemos a un punto de acuerdo y bajar aquello que haya que bajar, las expectativas del proyecto para desarrollar un proyecto viable y posible. (EIES 3, p. 4)

Desde el inicio de esta investigación, el cuidado, se ha planteado como una manifestación de una forma de vivir, de pensar y de sentir. Los espacios de vida de las personas y grupos toman particular relevancia al momento de estudiar desde dónde parte el cuidado y desde dónde se tejen las redes de cuidado en las familias, grupos, barrios y comunidades. Es por ello que, en el espacio cooperativo, ese entramado social tiene una historia de transformación activa de las relaciones de dominación. Recordando el concepto de Bertullo (2003, p. 8), relacionado al de “Islas de libertad (...)” es interesante analizar la narrativa de dos entrevistados, uno del equipo de salud y otro el docente invitado, los que se refirieron así:

- “En realidad conociéndolos mejor un pedazo de la sociedad como cualquiera, con una ideología con cosas maravillosas, pero no todo es maravilloso” (EIES 2, p. 7).
- “Esos espacios que estaban generando, dijo una señora, son como un oasis, y yo le pregunté, para usted qué es un oasis, me dijo algo así como que era un lugar donde ella podía estar bien, puede sentirse feliz y puede tener las espaldas cuidadas” (ED 1, p. 3).
- “El proyecto cooperativista puede significar una casa en Pocitos, al lado del mar, pero quiero vivir acá, porque es esta la manera que yo entiendo que hay que vivir” (EIES 2, p. 3).
- “Pero eran personas que eran todos trabajadores, la mayoría sindicalistas, entonces era como una opción de vida el ser cooperativista” (EIES 2, p. 3).

En relación a la subcategoría “construcción de proyectos de vida” y retomando a Breilh (2001) quien la plantea como una de las características de la emancipación, resalta que éstos se forjan en el transcurrir de la historia de los grupos. Para entender este aspecto una de las entrevistadas del equipo de salud, expresó “una persona que venía de una adolescencia de lucha y después durante tantos años la dictadura los cortó, algunos me doblaban en edad, esas cosas dejan huellas muy complicadas” y “sentimos que esas personas lucharon tanto por ese derecho que el día que lo conquistaron el motivo de su existencia como grupo se fracturó y quedaron como personas, con su personalidad, su historia, liderando procesos (EIES 2, p. 2). Según Breilh (2001), esa “construcción emancipadora” rescata el valor de las historias de lucha, de las expresiones emancipadoras del pensamiento y de la práctica de las organizaciones, que armando un tejido de personas construyen su proceso de liberación.

Esa organización que se construye colectivamente, se visualiza a través de la subcategoría “construcción de proyectos colectivos”, una de las integrantes del equipo de salud expresó claramente “(...) era como una opción de vida, el ser cooperativista” (EIES 2, p. 3). Esta manifestación podría estar visibilizando esa forma de vivir construida desde la esperanza, y tomando a Rebellato desde “acciones colectivas” y “nuevas intersubjetividades colectivas”. Esta expresión de la entrevistada por otro lado, dignifica ese movimiento social transformador, no sólo para construir la vivienda sino para “prefigurar la convivencia a través de la Ayuda Mutua” (FUCVAM ,1999 p. 1). Esta característica también fue señalada por el docente invitado entrevistado al expresar:

Y cuidadosos en sus manifestaciones, de no herir, de no chocar, yo vi que ya ese trabajo lo venía haciendo FUCVAM y me pareció como un valor agregado de primer orden. Es decir, no estamos solamente por el techo, sino que esto implica convivencia, esto implica ciertos vínculos, trazar, ser paciente, compartir, colaborar,

ayudar, que eso no lo encontrás fácilmente en ningún lugar. Entonces creo que había ya un terreno muy abonado por el tiempo en FUCVAM. (ED 1, p. 5)

Al crearse ese proyecto colectivo había implicancias de nuevas relaciones, y nuevas formas de vivir, las que el mismo entrevistado señalaba cuando decía: “de trabajar más grupalmente, de lograr que se integren todos, que las cooperativas no se compriman y demás” (ED 1, p. 2); “esos son fundamentos básicos que rescatamos durante los talleres, qué cosas son las que nos están uniendo, qué cosas son las que nos permiten tener buena vecindad, qué cosa es trabajar con los otros de igual manera” (ED 1, p. 2).

Esa intersubjetividad también es planteada por Breilh (2001) en la expresión de “sujetos liberados de identidades” es decir cambiando, modificando, creándose, son “capaces de proyectar”, de “construir colectivamente”, lo que nuevamente muestra que una vez que los sujetos en colectivo se liberan de las relaciones opresoras, desiguales e injustas construyen y proyectan, se ven más allá del presente, favoreciendo la transformación en seres multiculturales, diversos y libres. De alguna manera un entrevistado identificó esta característica y señaló:

Te diré que es la gente con la que sentí mayor cercanía porque vi con qué amor se tomaban esa tarea de voluntariado y con qué devoción y cómo querían devolverle a la organización todo lo que les había brindado y compartirlo con los demás. Era un poco el espíritu que tenían, y había un espíritu de colaboración, de entusiasmo, de alegría, realmente fue una experiencia hermosísima. (ED 1, p. 1)

Y continúa, “no es igual que ir a otro barrio donde juntás gente que no tenga objetivos comunes, eso también fue como un desafío” (ED 1, p. 3).

Entonces, se entiende necesario recordar que en esta experiencia de FUCVAM, la ayuda mutua es la autogestión colectiva que incide en el crecimiento individual de los socios cooperativistas y en la profundización de la identidad del movimiento y donde

“la promoción social y la integración comunitaria son parte de nuestra estrategia de desarrollo” (FUCVAM 1999, pp. 3-4). ¿Por qué esa importancia? Porque nuevamente aparece lo colectivo como un pilar del desarrollo del movimiento, impregnándolo de las nuevas intersubjetividades nacidas y creadas desde la propia matriz del cooperativismo.

Continuando con la conformación de cooperativas desde la unión de personas diferentes, como otra característica contextual aparece la donde la historia y experiencias de algunos cooperativistas le daban una forma de vivir, una cultura cotidiana que eran diferentes a la de otros cooperativistas. La existencia de esa diversidad en el seno cooperativo y su relación con la construcción de una nueva forma de vivir ya podría significar una característica que favorece la emancipación de las personas, familias y comunidades.

En cuanto a la subcategoría “diálogo”, esa misma diversidad planteada anteriormente, aparece sostenida por el diálogo y es una de las características que aparecen en las narrativas de los entrevistados. Una integrante del equipo de salud lo expresó en:

(...) las reuniones que eran muy fuertes, algunas asambleas de las que participamos eran muy fuertes las disputas que había entre ellos, y hasta la forma en que demostraban sus posturas ante los distintos temas que se discutían, incluso por este mismo proyecto, cómo lo veían. (EIES 1, p. 4)

Sin dudas el diálogo en esta experiencia fue una herramienta valiosa para el encuentro de visiones, posturas, saberes y una de las entrevistadas utiliza la palabra “disputas” clarificando en ella el poder. Tomando la concepción del diálogo según Bautista (2009, p. 1) se podría suponer que en las cooperativas donde se desarrolló el proyecto, el diálogo fue una herramienta de acercamiento de posturas y visiones en beneficio del bien común. Aspecto que se visualizó también en lo manifestado por el



entrevistado docente: “que realmente reafirmaban que el crecimiento no venía de afuera, sino del intercambio, y eso fue una cosa muy rica de recoger para nosotros” (ED 1, p. 5) y también cuando señala:

(...) un vínculo muy interesante donde respetaban enormemente la participación desde abajo de esta gente. Esto es una cosa que no siempre la ves, no es común, no se trataba de imponer, ellos tenían voz y voto ahí, eso me pareció muy lindo, enfoque que no siempre se encuentra en los trabajos comunitarios. (ED 1, p. 1)

Una vez más estos aspectos muestran que el espacio cooperativo desarrolló un campo fértil para el diálogo como elemento emancipador.

Como otra subcategoría “la solidaridad”, aparece como valor social y principal en las cooperativas, plasmada en carta de Declaración de principios de FUCVAM. Se identificó que su organización dio alimento a familias que estaban en el quintil de pobreza, no solo a las familias cooperativistas sino también a familias de barrios circundantes. Este aspecto es recordado por una de las entrevistadas, integrante del equipo, “Tenían una olla popular” (EIES 1, p. 4); esta frase muestra una de las formas materiales de ejercer la solidaridad, mientras, otro entrevistado, docente, narra: “en este espacio lo que encontramos es que había mucho camino ganado en función de la mística de FUCVAM. En función de esa mística de juntarnos para vivir mejor, de juntarnos para cooperar con el otro, no tener solamente yo mi vivienda, ese es un valor, la solidaridad que no la encontrás en un barrio común” (ED 1, p. 5). A modo de reflexión analítica y tomando el contexto particular de pandemia cabe la interrogante de saber si estas cooperativas han podido solidarizarse con los más impactados y si continúan haciendo ollas populares, manifestándose como grupos ampliamente solidarios.

Es necesario continuar revisando el contexto cooperativo a través de las narraciones de los entrevistados, dado que es en ese contexto que se intenta construir una nueva

sociedad. Tomando el poder como uno de los pilares fundamentales en todas las relaciones de los seres humanos, su reinención durante la propia dinámica de la vida, se torna un elemento facilitador de la emancipación de las personas y comunidades.

En la subcategoría “reinención del poder” se visualizó el encuentro de los cooperativistas entre sí, entre los cooperativistas con el equipo de salud; y entre el nivel central de FUCVAM con los cooperativistas y los técnicos. Existieron en esta experiencia varias relaciones, que muestran diferentes fuerzas colectivas que son las que podrían haber contribuido a la construcción de un nuevo orden social, tanto a lo interno como a lo externo de la cooperativa.

Las resistencias y poderes se percibieron por varios entrevistados y aparecen en frases dentro del equipo de salud como:

Algunos cooperativistas nos planteaban directamente que ellos creían que nosotros teníamos que hacer otras cosas, que era más hacia la asistencia, y que ellos creían, esperaban otra cosa de nosotros, y siguieron insistiendo en que esperaban un rol más de asistencia directa, o por ejemplo, la presencia, por ejemplo, una de las cosas que también en algún momento se cruzó, no lo recuerdo mucho, era desde el lugar de lo que es el control. (EIES 1, p. 12)

Aquí aparece una visión y posición de los cooperativistas que esperaban y solicitaban que el rol del equipo fuera un rol conservador, de “asistencia directa”; mientras el equipo planteaba un rol tendiente a aspectos de prevención de enfermedades y promoción comunitaria, de apropiación de saberes y experiencias que fortalecieran el ejercicio al derecho a la salud. En este sentido se percibieron posturas diferentes que se entrelazaron y dinamizaron dentro del proyecto. Llama la atención que un movimiento cooperativo con las características antes mencionadas solicitara un rol que no lo libera, que lo traduce al objeto de atención y a la dependencia clásica hegemónica

especialmente del médico. Sin embargo, esta situación se podría explicar porque en ese momento los cooperativistas podrían haber estado en el proceso de análisis y reflexión del entorno neoliberal y modelo hegemónico de la salud, o bien esa solicitud fue una estrategia de resistencia a una posible “intromisión no solicitada”, planteado anteriormente en este análisis en relación a tensiones y tiempos. También se podría ver como la posible pérdida de poder de algún cooperativista a lo interno del movimiento, como lo manifiesta un integrante del equipo:

(...) algunas personas con mucho poder, muy destructivas, además mujeres, profesionales, ellos olfateaban que veníamos de alguna manera a alterar su campo, su convicción de que eso era lo que había que hacer, ya lo habían hecho y ahora quedaba quedar ahí. (EIES 2, p. 2)

Esta situación de poderes presentes y sus interrelaciones a lo interno del movimiento, en este trabajo no se abordaron en profundidad.

Por otro lado, la cooperativista entrevistada, en referencia al poder de los técnicos expresó: “algunos del grupo lo que criticamos entre comillas, es que de alguna forma había una cierta predominancia de los médicos, que eso igual se traslucía a pesar del discurso contrahegemónico, pero de alguna forma eso aparecía” (EC 1, p. 2). En esta frase se entiende que las relaciones y tensiones antes expuestas fueron identificadas desde los diferentes actores.

También esas tensiones y resistencias las vivenció el equipo de salud, y se expresa en:

(...) nosotros nos ponían nerviosas, antes de la reunión, eran reuniones muy duras, algunas personas muy agresivas, muy tajantes, sobre todo con la parte médica que te increpaban, te interpelaban, pero tal, no eran todas iguales, teníamos como distintos vínculos con cada cooperativa. (EIES 1, p. 12)

En esta frase se desprende claramente la tensión por el poder médico más que por el poder del equipo o de los técnicos, apareciendo la hegemonía médica en el área de la salud. Una vez más se resalta la convivencia de varias tensiones en juego permanente durante el desarrollo de la experiencia, aspecto que en sí mismo es emancipatorio porque exigió la reflexión y el entendimiento de la fragmentación social existente.

Las resistencias y tensiones aparecieron en diferentes formas y momentos de la experiencia, las que exigieron no sólo la búsqueda de formas alternativas para llegar a acuerdos sino también el análisis desde las concepciones teóricas y de las propias prácticas. Este proceso continuo lo señalan dos integrantes del equipo al expresar:

(...) que podía ser un gran obstáculo que era que personas que tenían un liderazgo sindical de los más importantes de América Latina en lo que tiene que ver con la vivienda y el derecho a una vivienda digna, pero la participación comunitaria en salud es otra cosa. (EIES 2, p. 1)

Así también al manifestar otra entrevistada: “Y creo que cambiaría de pronto algún otro concepto que uno ya llevaba, y que tuvimos que deconstruir porque también para nosotros fue un aprendizaje trabajar de esa manera” (EIES 1, pp. 13-14). Es en este sentido que esta experiencia de salud comunitaria refleja cómo aquellas prácticas que pueden tender a la emancipación y liberación de las personas respecto de modelos opresores, generan interacciones intelectuales y emocionales que son las que permiten un aprendizaje colectivo y facilitador del análisis, que contribuirá a crear una nueva conciencia libertaria en todos los involucrados.

Siguiendo la línea de pensamiento de Rebellato (2009) sin dejar de tener presente que el poder se produce y reproduce en todos los espacios de la sociedad, se podría afirmar que la experiencia de salud comunitaria en FUCVAM fue un espacio que estimuló y reforzó formas de aprendizaje en el ejercicio del poder popular. En ella se

identificaron aspectos que permiten la organización de sectores populares (en este caso las cooperativas) para construir alternativas al ejercicio de poderes centralizados como podría ser el de FUCVAM y el académico representado por los técnicos. Esta construcción de nuevas formas de poder, en la medida que los cooperativistas se hacen conscientes de su situación social en la toma de decisiones, se ha visualizado a través de reclamos sobre mecanismos de control de la gestión, sobre mecanismos de conducción más abierta a los cooperativistas de la centralidad y sobre la práctica del diálogo, y quizás otros procesos, que se podrán ver más adelante en este análisis. Estos procesos de repensar y reflexionar sobre los mecanismos de dominación, se contraponen con la funcionalidad del proyecto neoliberal y a la estrategia globalizadora del capitalismo y según el mismo autor, estamos hablando de una “ética del poder, en la medida en que se requieren nuevas actitudes, nuevas identidades, una nueva subjetividad, nuevos estilos de relación y una manera de entender el poder como servicio”.

Las características señaladas anteriormente sobre el contexto cooperativo, que lo describen como emancipatorio permiten continuar la revisión y análisis de los cuidados de la salud dentro del mismo.

Tomando en cuenta la complejidad de la **categoría “cuidados a la salud”**, se inicia su análisis abordando las subcategoría “metodología” y tomando expresiones de la cooperativista, se destaca: “Tienen otra metodología, otra concepción de la salud, tenía esto de la importancia de la participación de la persona como centro” (EC 1, p. 1), “hacer saber a todos que la opinión de todos era importante”, “acercarse es importante, acercar las posiciones, acercar las miradas, eso es importante” (EC 1, p. 5), y también ”me parece que eso era significativo, y que ellos lo tomaban como eso, como una opinión, y muy, muy valiosa. (EC 1, p. 5). En estas expresiones aparecieron no sólo la percepción individual sino también la vivencia, donde el centro era la persona, su

tiempo y su opinión. Este recuerdo, para la investigadora, ha sido sellado por el proceso vivencial, el cual no es casual, sino que es uno de los aspectos sustanciales de la educación popular. Parafraseando a Freire (2004), ese protagonismo forja sentido de pertenencia y autonomía, los que concientizan y transforman la vida cotidiana, dinamizan saberes e ignorancias, y así es como las prácticas cotidianas son los espacios en los que se tiene la experiencia de vivir.

Por otro lado y tomando expresiones del docente invitado, sobre estos aspectos metodológicos, se resalta también la importancia que tomó en esta experiencia la participación, expresándolo en estas fases: “la participación sobre todo que fue una de las cosas que a mí me pareció un detalle interesantísimo que encontré en esa experiencia” (ED 1, p. 1), “trabajamos con la metodología participativa todo el tiempo en el taller”(ED 1, p. 1), y también “es la filosofía de trabajo” (ED 1, p. 2), “esta metodología basada en la pedagogía de Freire” (ED 1, p. 2). Este actor de la experiencia, retomó los aspectos centrales de la educación popular en la que es indispensable la creación de espacios para construir poder popular y aprender a ejercerlo y así convertir ese espacio en una instancia privilegiada para reconstruir poder.

Este docente continuó su narrativa, sobre este aspecto:

(...) es la única forma, yo no conozco otra, es a partir de ese intercambio que se produce en los grupos chicos, donde la gente opina, fundamenta su opinión, donde el otro cuestiona, ahí se produce ese inter diálogo donde cada uno fundamenta, donde se puede llegar a un acuerdo, a veces no, pero de alguna manera es que se produce ese proceso que no solamente es inter personal, sino auto personal, interior, y ese es el proceso emancipatorio de la gente que logra haciendo entender a los demás su perspectiva, y que en algo tenga puntos de unión, poder a partir ahí, teniendo algunas diferencias, construir juntos. (ED 1, p. 2)

Estos dos actores de la experiencia, cooperativista y docente invitado, expresaron en las frases anteriores, aspectos que en el marco conceptual se concibieron como elementos emancipatorios como son: la alteridad, la educación popular liberadora, la reinención del poder, el diálogo y las nuevas intersubjetividades colectivas.

En las entrevistas a las integrantes del equipo también apareció el “trabajo interno del equipo”, enfatizando en su rol de facilitador en los procesos de desarrollo colectivo. Se encontraron en las siguientes expresiones: “éramos unas observadoras no participantes en lo cotidiano, pero muy participantes a la hora de pensar lo que teníamos que hacer, cómo lo teníamos que hacer, por qué y para qué lo teníamos que hacer” (EIES 2, p. 8); “totalmente horizontal, de hecho generamos un acuerdo de que éramos un equipo sin conducción de liderazgo orgánico, éramos las tres, no había nadie que coordinara, que fuera la voz cantante, éramos un equipo de tres o de cuatro” (EIES 3, p. 3); “Nosotros preparábamos el taller, preparábamos el encuentro, nos reuníamos, teníamos una propuesta que la discutíamos entre todos” (EIES 1, p. 7). En estas narrativas aparecieron aspectos que por un lado se toman de la educación popular, donde se entiende que los “talleres” eran una actividad educativa y por otro lado aspectos de la planificación, como previsión y preparación. Se ven aquí la conjunción de un acto educativo y de una proyección. Cualquiera de los dos elementos encierra en sus contenidos intenciones y lineamientos que en este caso no son neutrales y que tienden a la concientización de los participantes como sujetos de transformación y de acción.

En el transcurso de la experiencia también aparecieron tensiones relacionadas al poder del equipo en relación a los participantes, develando aspectos más profundos de la experiencia. En este sentido la cooperativista manifiesta que: “una cierta predominancia de los médicos, que eso igual se traslucía a pesar del discurso contra-hegemónico, pero de alguna forma eso aparecía” (EC 1, p. 2); “(...) aparecía como que la última palabra la

tenía ella (la médica), (...) ellas tampoco lo ocultaban, ni estaban reprimidas, era parte de lo que también pasaba, y de la realidad” (EC 1, p. 2). Se visualiza claramente en estas expresiones la importancia del proceso interno del equipo de salud, que aun intentando participar activamente desde lo disciplinar aparece el poder médico instaurado en los participantes (cooperativistas) y en el mismo equipo. Este aspecto exige recordar lo dinámico de los cambios, de lo interactivo de la realidad y exige la revisión permanente, la flexibilidad y la rigurosidad en la propia metodología como lo plantea Freire (2004).

Sin dudas toda educación encierra una intención, y en este sentido por ejemplo la cooperativista expresó:

Esa magia de acercamiento de la que hablamos. Incluso una de las cosas que a mí me llamaba la atención, es que ellas iban con un plan, pero luego si las cosas transcurrían por otro lado, ellas dejaban que transcurrieran, es decir eso que no era rígido tampoco, era como una cosa que se podía ir para un lado y para el otro, y después ellas volvían a encuadrar. (EC 1, pp. 5-6)

Cuando con la misma entrevistada se aborda le pregunta sobre qué facilitó ese proceso de cuidado a la salud comenta: “Sí, era favorecido, era favorecido por este enganche que había entre las tres, pero además porque sabían claramente lo que estaban haciendo, es decir dónde iban, los objetivos. Sabían exactamente lo que querían lograr” (EC 1, p. 3). En esta expresión se identificó la importancia del trabajo del equipo como facilitador de este proceso liberador y colectivo. Esto mismo también se reflejó en el documento de sistematización en la expresión: “Deberán integrarse para realizar un abordaje integral, potenciando el saber y la experiencia de cada uno, pasando por el matiz de la discusión y la reflexión crítica colectiva” (Doc. 1, p. 6).



Estas expresiones muestran que el equipo técnico, realizó un proceso a lo interno que fue democrático y colaborativo que a su vez permitió que vivenciaran la reinención del poder y las nuevas intersubjetividades.

La subcategoría “herramientas” fue apareciendo desde la práctica en las palabras de las integrantes del equipo: “Y cuando conocemos desde otro lugar, por ejemplo empiezan a descubrirse temas” (EIES 1, p. 3); “las herramientas metodológicas, de cómo trabajar con grupos y cómo trabajar en educación para la salud” (EIES 1, p. 7); “no tengo que venir a darle una charla porque a mí me parece que a esto lo tienen que saber, sino trabajando mucho desde lo que ellos sabían” (EIES 1, p. 6); “trabajar desde una perspectiva de la participación, desde una ética de la participación, desde una participación entendida en su cabal contexto, donde participar es todo el proceso incluyendo la toma de decisiones, y la responsabilización en la toma de decisiones” (EIES 3, p. 1). Estas expresiones exponen claramente que las herramientas utilizadas en la experiencia tenían sus bases en la educación popular y que por lo tanto en ella se generaron prácticas de recreación del saber y reinención del poder. Este aspecto se puede fortalecer con palabras de Freire (citado en Rebellato, 2009, p. 126), que “para la reinención del poder no es posible hablar en nombre de, sino aprender a hablar con”, entendiendo el ejercicio y construcción del poder desde la participación activa y reflexiva.

Continuando con cuestiones relacionadas al equipo, cabe explicar que aparecieron otros aspectos relacionados a las herramientas metodológicas que se desprenden de la planificación estratégica, que se expresaron en: “Teníamos instrumentos, algunas fueron dinámicas, algunos formularios donde ellos podían expresar lo que ellos sentían y en base a eso se hacían trabajos de grupo (...), la matriz FODA (...), el árbol de problemas” (EIES 1, p. 12). Aquí aparecieron aspectos referidos a la rigurosidad

necesaria en el trabajo de la educación popular, con un pensamiento crítico-reflexivo en cuanto a la lectura de la realidad y la necesidad de su entendimiento para transformarla.

Se entiende que para transformar es necesario no sólo un discurso sino una actitud, una acción coherente con la propuesta y en este sentido el equipo también vivó situaciones de tensión respecto del poder. Este tema lo manifiesta una de sus integrantes: “porque a mí me molesta mucho, me lastima el alma, cuando está una Licenciada, una Médica, una Psicóloga, una Trabajadora Social, y permanentemente están mirando a la Médica” (EIES 2, p. 4); “Entonces era como darme un protagonismo que no estaba bueno, que no era el correcto además” (EIES 2, p. 4) y “Un día estábamos en un taller de agentes comunitarios, y alguien me dice Doctora, yo le dije por favor no me digas Doctora, decime [...], y esta persona me dice, si tu querés que te traten como [...], compórtate como [...] entonces, un mensaje muy fuerte, yo era la Doctora y ella era la Licenciada. Me identificaba claramente como un posible ser que pretendía destruirla” (EIES 2, p. 8). Y compartiendo sus sentimientos respecto a la situación plantea: “a pesar sabes que me lo dijo de manera violenta, grosera, pero se lo voy a agradecer el resto de la vida, porque me hizo pensar mucho, yo que pienso que soy tan horizontal, tan esto, no sé, como que a veces hay personas que te hacen re pensarte (EIES 2, p. 8). Se visualizó aquí claramente el proceso interno, personal y subjetivo, en este caso del “educador”, y se visualiza lo que significa trabajar con la metodología de la educación popular, donde el educador se educa en el intercambio y accionar con el educando, nadie puede educar si a la vez no aprende de sus educandos.

Ciertos contenidos teóricos que sustentaron cada una de las actividades en esta experiencia se agruparon en la subcategoría “recursos teóricos”. Los mismos fueron nombrados por los integrantes del equipo, se destaca fuertemente la participación como constructo social y concepto, mientras que otros temas, sólo son nombrados y no

profundizados por ellos. Interesa resaltar algunas expresiones al respecto: “trabajamos mucho el enfoque familiar integral desde los cuidados que requería cada uno, y yo como enfermera pude trabajar mucho el enfoque familiar y el enfoque que los integrantes de la familia, tenemos que tener un abordaje integral, que no solamente era el afectado el que estaba en la obra, sino los demás” (EIES 1, p. 5); “pero nosotros también trabajamos con los recursos, trabajamos mucho con lo que tiene que ver con el aspecto de la inter-sectorialidad, y el vínculo inter institucional a nivel del territorio. Nosotros nos basamos mucho en lo que era el concepto del primer nivel de atención y la atención primaria en salud” (EIES 1, pp. 5-6).

En el documento de sistematización surgieron en forma más explícita algunas concepciones teóricas, dejando claro al lector desde qué punto parten en el tema de salud con una definición que es planteada así: “como un proceso estrechamente vinculado a la calidad de la vida cotidiana de las personas, a las formas de convivencia y de participación dentro de su comunidad. La Salud como un derecho y un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural”. Se expresa una definición de salud, la que definen como “conjunto de capacidades bio-psico-sociales de un individuo o de un colectivo, da a la misma el valor de instrumento liberador, democratizador, necesitando explicitar su intencionalidad transformadora” (Doc. 1, p. 5).

También en el documento aparece una definición de salud comunitaria que luego en las entrevistas no se refleja en forma profunda, especialmente en aspectos referidos a los determinantes sociales: la Salud Comunitaria, se entendió “que surge de la Salud Pública y apuesta fuertemente a la participación social y comunitaria en salud, se inspira en las ciencias sociales y aborda de entrada los determinantes de la salud” (Doc. 1, p. 7).

Aparecieron también otros recursos teóricos como la prevención y la promoción en salud, que no fueron profundizados por los actores y que fueron nombrados en el documento de sistematización.

En la subcategoría “interdisciplina” se resaltan expresiones desde los integrantes del equipo que muestran la necesidad de trascender lo individual y disciplinar para construir una interdisciplina abarcativa, integrativa y más comunicativa, por ejemplo:

(...) convocar personas o tener individualidades, también tenés que armar un equipo, eso lleva otro tiempo. Por lo cual en realidad habría que contratar un equipo, no individualidades, para asegurarte que tenés el equipo y ya hay un acuerdo que sí, y por lo tanto aprobar un primer proyecto de equipo multidisciplinario. (EIES 3, p. 4)

Otra de las integrantes del equipo resalta: “Disfrutaba lo que era la complementación” (EIES 1, p. 10). Aquí también se visualizó el disfrute en la reconstrucción, en ser partícipe de algo nuevo, emociones que se sienten cuando se da un encuentro de saberes que complementan el abordaje y que aportan al conocimiento.

La cooperativista con respecto a la interdisciplina recordó que:

(...) una vez que uno estaba ahí, como que la gente tenía un accionar más esperado a lo que uno tenía, [...] era el modelo porque era la trabajadora social. En el caso de la Licenciada en Enfermería y la Médica uno esperaba otra cosa, y ahí se encontraba con un profesional diferente. Entonces después del impacto primario, este no me va a retar, no me va a pinchar, (risas) uno empezaba a descubrir el alcance de la profesión. (EC 1, p. 4)

Nuevamente se está frente a un proceso de cambio, dialéctico y dinámico que a la reflexión de uno de los involucrados el rol predeterminado de cada profesión está instaurado y la apertura a “descubrir el alcance” promueve el nacimiento de otro rol. Podría entenderse entonces que las nuevas intersubjetividades colectivas, planteadas por

Rebellato (2009) alcanzaron también a los “equipos” y son parte intrínseca de ellos; por lo tanto, los equipos también formaron nuevas intersubjetividades tanto con el colectivo de técnicos como con el resto de los participantes de la experiencia.

Los cuidados a la salud a partir de las expresiones de los entrevistados y del documento de sistematización exigen nombrar con énfasis, aspectos que vuelven a aparecer como: el diálogo, la alteridad, la subjetividad e intersubjetividad, el sujeto, la interacción, la reconstrucción del poder. Todos ellos, conceptos que identifican la emancipación de los seres humanos según los autores seleccionados. Cabe resaltar, como se expresó antes, que toda intervención educativa tiene una intención y por lo tanto también la tiene, en este caso, la intervención en salud.

Otra categoría de análisis planteada desde los aspectos teóricos y reforzada por los hallazgos es la de los “**cuidados de enfermería emancipatorios**” que en este caso se entienden como un proceso de interacción sujeto-sujeto, dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de las necesidades humanas.

En esta categoría tomó gran relevancia en la entrevista al profesional de enfermería integrante del equipo de salud.

En relación a la subcategoría “contenido del cuidado de enfermería” se pudo identificar la conjunción de paradigmas diferentes en la expresión: “o sea, yo podía con mi saber enfermero, aportar desde mi conocimiento de enfermería, desde lo que tiene que ver con las prácticas mismas de enfermería, tanto en curaciones como controles, todas las técnicas que yo sabía, las podía de alguna manera explicar y demostrar, y podía incluso, hicimos jornadas en las que intervine en esas cosas. No es que yo nunca tomé la presión ni nada, no, todo lo contrario, hacíamos hemoglucotest, etc., pero también, practicamos mucho lo que era educación para la salud” (EIES 1, p. 6). Aquí se

visualiza el paradigma positivista relacionado a un contenido del quehacer de enfermería a través de los “procedimientos de enfermería” que generalmente son, incambiables, atemporales, y que ella misma los entiende pertenecientes a las “prácticas mismas” del rol profesional. En esa frase aparece el rol biologicista e intervencionista de enfermería. Sin embargo, en la misma frase la entrevistada manifiesta que practicaban la “educación para la salud”. En este caso coloca a la educación para la salud como un nuevo contenido de la profesión, desde donde desarrollar el rol de enfermería, conectándose con el paradigma holístico donde el cuidado se entrelaza con la educación como instrumentos para transformar el entorno, la vida cotidiana y el proceso salud-enfermedad.

Este aspecto de la convivencia de distintos paradigmas también se visualizó en la expresión: “Porque también nosotros en un momento parecía como que no estábamos haciendo nada, porque había gente que te lo decía y sin embargo reconocer que estabas haciendo algo” (EIES 1, p. 14). Apareció nuevamente el paradigma positivista dando importancia al “hacer”, hacer procedimientos e intervenciones hacia otros, y el sentimiento de vacío que expresa el profesional, el contenido del cuidado en esta experiencia fue un aspecto clave para mostrar otra concepción de salud y de cuidados de enfermería.

En relación a la subcategoría “metodología del cuidado de enfermería”, se destacaron las expresiones relacionadas a la forma en que se brinda el cuidado, como por ejemplo: “para mí como yo veía el cuidado, a mí me parecía que era un cuidado que apuntaba a escuchar, a conocer a las personas, me encantaba las historias de vida que ellos tenían, cómo se abrían con nosotros, y cómo te planteaban temas concretos” (EIES 1, p. 6); y “creo que estar cerca de una persona, escuchar una persona, estar atenta a lo que la persona te describía, a las necesidades que te planteaba y vos buscar una respuesta

directa en el momento que vos pudieras tener una intervención directa” (EIES 1, p. 6). En estas expresiones se identificó una riqueza sustancial al momento de intentar describir las características del cuidado de enfermería y en ese sentido se coincide con Boff (1999) cuando plantea que es tiempo de rescatar el cuidado poniendo énfasis en realizarlo mediante una forma diferente, de entender y de realizar el trabajo y que “cuidar es más que un acto, es una actitud” (p. 23). Apareció la escucha como herramienta primordial para el cuidado y nuevamente el diálogo se convierte en un eje principal en esta experiencia comunitaria. Ese diálogo, fortalece la búsqueda de algo en común; diálogo que, en la educación popular, es una experiencia del saberse inacabado y de abrirse al mundo. En una de las frases la entrevistada subraya “estar atenta” y allí se visualiza la actitud de interesarse y disponerse para el otro.

También se identificaron consideraciones del Grupo de Estudio y Reflexión sobre los Cuidados Enfermeros (2011), como la conceptualización del cuidado desde la alteridad, manifestando la importancia de escuchar sus necesidades, y desde allí se podría deducir que se produce según ese grupo la “mutua emancipación: enfermera y/o usuario se liberan de las cadenas del sometimiento y la dependencia que no han hecho otra cosa que sumirlos en la ajenidad” (p. 30). Se entiende que, en esa interacción, entre quien brinda y quien recibe el cuidado, se produjeron los procesos cognitivos-rationales y los emocionales-vivenciales que hacen a la concientización y sensibilización de cada uno de los involucrados del acto en el que participan. Se entiende pertinente recordar las palabras de Freire (citado en Rebellato, 2009): “en la reinención del poder ya no es posible continuar hablando tan *sólo en nombre de*, sino que es preciso aprender a *hablar con*”.

En las expresiones de este actor de la experiencia, se identificó una sinergia entre las concepciones de diferentes autores, que resaltan la alteridad, el diálogo y la actitud,

poniendo de manifiesto características del cuidado que fortalecen la emancipación de las personas grupos y comunidades, así como también la emancipación de quien brinda el cuidado.

La licenciada se refiere al contexto de esta manera: “Me parece que lo podía aplicar perfectamente, lo que cambiaba era el entorno y el lugar donde lo aplicaba” (EIES 1, p. 6).

Es posible que el contenido sea el mismo lo que cambia es cómo lo realizó y dónde. En este caso es un cuidado inserto en un contexto cooperativo, con cooperativistas que como vimos anteriormente, son personas marcadas por historias de vida y anhelos de transformación específicos. Con experiencias de proyección colectiva transformadora de su vida cotidiana y es allí donde se produce éste cuidado. Cabe pensar que en la interacción entre el profesional y los cooperativistas se produjeron cambios, sobre todo metodológicos que marcan el accionar de enfermería.

Los aspectos relacionados a la metodología fueron manifestados en varias ocasiones por el profesional de enfermería, este tema revistió gran importancia. También expresó: “cuando trabajábamos sobre la formación de agentes comunitarios, las herramientas que yo traía, las herramientas metodológicas, de cómo trabajar con grupos y cómo trabajar en educación para la salud a mí me sirvió mucho, y era también una forma de cuidar, porque era una forma de no avasallar a la persona, de que esas herramientas te permitían que de alguna manera las personas, yo no iba con el libreto a decirles lo que a mí me parecía tenían que hacer” (EIES 1, p. 7). Nuevamente en esta frase, se identificó la forma de “hacer el cuidado” como un aspecto que encierra las concepciones de personas inacabadas, de participación, de alteridad, de tolerancia entre otras y aquí se puede reconocer a la teórica Waldow (2014), que entiende al cuidado como “el fenómeno



resultante del proceso del cuidar, representa la forma como ocurre, o debería ocurrir el encuentro entre el ser que cuida y el ser que es cuidado” (p. 7).

Respecto al cómo se realizaba el cuidado la licenciada en enfermera expresó:

Esa historia que aprendimos mucho en comunitaria que yo no tengo que venir a darle una charla porque a mí me parece que esto lo tienen que saber, sino trabajando mucho desde lo que ellos sabían, como decodificábamos lo que ellos sabían, y desde qué lugar y surgían una cantidad de cosas, y cómo ellos nos enseñaban, porque aprendíamos mucho con ellos, desde el oficio que ellos tenían, desde cómo construían las cosas. Entonces a mí me parece que cuidar es estar al lado de la gente.

(EIES 1, p. 6)

También manifestó:

(...) proponían una cantidad de cosas, entonces, yo sentía que ahí también era una forma de cuidarlos de la manera esa, de acercarnos, y transmitir lo que yo sabía, y contactar con ellos, y no solamente hacer los test, sino desde qué lugar ellos nos podían comentar cuáles eran sus inquietudes y sus propuestas (...). (EIES1, p. 8)

Frente a estas expresiones se demuestra que en la forma de cuidar se favoreció la producción de conocimiento. Éste no se produce en forma espontánea, sino que es un trabajo colectivo, colaborativo como plantea Rebellato (2009) donde se ordenan y señalan concepciones o prácticas, en este caso de salud, que ayudan a comprender la realidad. A su vez el rol de la enfermera, apoya desde su saber científico, reformulando, reordenando en conjunto con los participantes para aportar a la comprensión totalizadora de esa realidad y por lo tanto de su posible transformación. También se destaca la importancia de “contactar con ellos”, del encuentro como instancia de ese presente, del momento que permite fundar un vínculo, para que sea un campo donde se dispongan la confianza y la entrega de cuidados y de recibimiento de los mismos.

En la tentativa de conceptualizar que entiende por el cuidado la licenciada manifiesta: “Entonces a mí me parece que cuidar es estar al lado de la gente” (EIES 1, p. 7), nuevamente se privilegia el encuentro como relación entre los involucrados. Se visualiza una forma de cuidar no intervencionista, que incluye un sentir y pensar contra-hegemónicos, incorporando la concepción de interacción como condición humana. Desde el “estar” incluyendo una dimensión temporal en ese encuentro, con el otro como seres sentipensantes, inacabados e interdependientes sin desconocer el pasado ni olvidar el futuro.

La planificación apareció como una forma sistemática de trabajo en palabras de la enfermera: “Nosotros preparábamos el taller, preparábamos el encuentro, nos reuníamos, teníamos una propuesta que la discutíamos entre todos, la armábamos (...)” (EIES 1, p. 7); “Yo creo que era un cuidado diferente, era un cuidado que surgía de acuerdo a las necesidades que íbamos detectando. A ver, no era que todo lo hiciéramos improvisado, porque trabajamos mucho en la planificación, pero como que yo sentía, que yo disfrutaba mucho, disfrutaba con la gente, y porque aprendía” (EIES 1, p. 9). También en la narración de la cooperativista:

Esa magia de acercamiento de la que hablábamos. Incluso una de las cosas que a mí me llamaba la atención, es que ellas iban con un plan, pero luego si las cosas transcurrían por otro lado, ellas dejaban que transcurrieran, es decir eso que no era rígido tampoco, era como una cosa que se podía ir para un lado y para el otro, y después ellas volvían a encuadrar. (EC 1, pp. 5-6)

En estas frases se identificó la concepción de Siles González (2008), en su planteo que el cuidar se produce desde que se piensa en el cuidado, desde que se piensa en ese encuentro, se está colocando la intención del cuidado.

De las expresiones se desprende que esos procesos de planificación y cuidado están ligados a las necesidades humanas, entendidas no sólo desde la carencia sino también

desde las potencialidades. Entendiendo que los cuidados son respuestas a necesidades y se generan en contextos específicos, cabe la pregunta sobre ¿qué necesidades

visualizamos y abordamos en un contexto de producción capitalista, consumista y explotador? y por otro lado, ¿qué necesidades podríamos visualizar y abordar en contextos más igualitarios, sin explotados y donde el ser humano es el sujeto?

Estas preguntas condujeron a la reflexión de que el contexto determina frecuentemente las necesidades y el cuidado de enfermería, no sólo el contenido sino también la metodología, la forma de cuidar.

En la subcategoría “relación y comunicación dialógica” la cooperativista expresa:

“acercarse es importante, acercar las posiciones, acercar las miradas, eso es importante” (EC 1, p. 5); “me parece que eso era significativo, y que ellos lo tomaban como eso,

como una opinión, y muy, muy valiosa, que a alguno lo hacía sentir bien cuando le pasaba a uno, pero era un aprendizaje también cuando provenía de repente de alguien que por distintas razones era diametralmente opuesto a uno” (EC 1, p. 5); “eso de

generar grupalidad entre docentes y los docentes que siempre estaban en la misma línea, utilizando la misma forma de trabajar” (EC 1, p. 2); y “ser coherentes con esa forma de entender la salud, si hay protagonismo, no se puede concebir el modelo que se proponía” (EC 1, p. 2).

La relación entre los participantes y el equipo fue apareciendo en el transcurso de las entrevistas y el docente invitado manifiesta:

(...) ahí se produce ese inter diálogo donde cada uno fundamenta, donde se puede llegar a un acuerdo, a veces no, pero de alguna manera es que se produce ese proceso que no solamente es inter personal, sino auto personal, interior, y ese es el proceso

emancipatorio de la gente que logra haciendo entender a los demás su perspectiva, y que en algo tenga puntos de unión, poder a partir de ahí, teniendo algunas diferencias, construir juntos. (ED 1, p. 2)

Este aspecto de la interrelación también apareció en el documento de sistematización con cierta controversia y con un sentido humanista de la atención: “En la opinión de algunos, se compartía plenamente en teoría, pero no se comprendieron quizás sus alcances en la práctica, para otros se traduce en “esa forma tan humana de acercarse a nosotros” (Doc. 1, p. 25). Al momento en que se realizó la sistematización, aún existían como hasta hoy, claros cuestionamientos desde la ciencia positivista hacia la educación popular y sus alcances, por lo que nuevamente la convivencia de paradigmas impregnó toda esta experiencia en salud comunitaria.

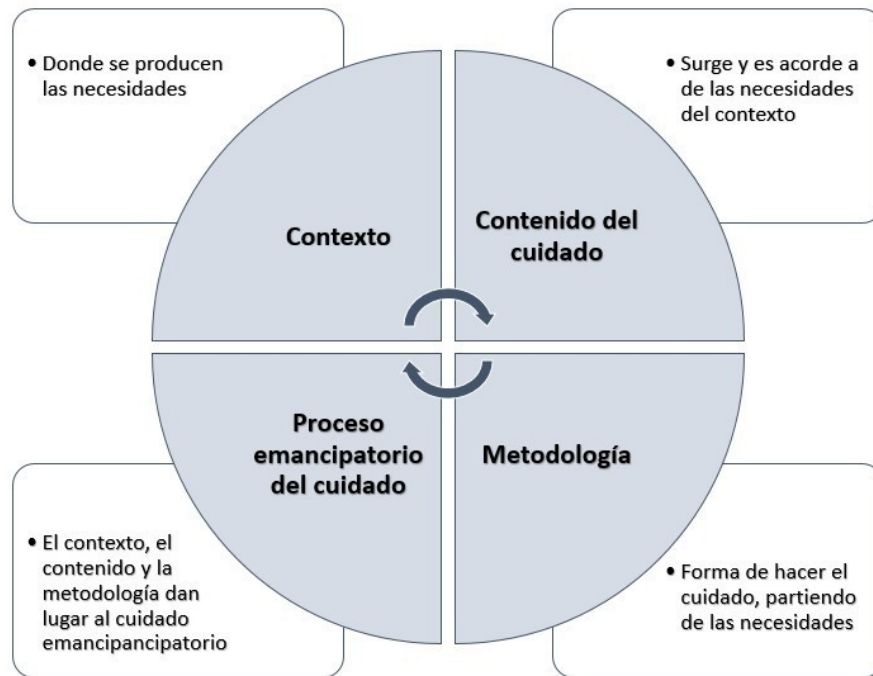
La subcategoría “salud como un activo social” es identificada en la narrativa de la cooperativista y también aparece en la sistematización del documento.

Continuando con la importancia de lo cotidiano en la vida de las personas y grupos, y tomando el planteo de Duque (1998), es el sentido de pertenencia y protagonismo que permiten asumir y posicionarse frente a la salud como asunto de política pública. Dos frases de la cooperativista, explicitaron este aspecto: “digamos como sujeto activo del acto de salud” (EC 1, p. 1) y “esto de ver al sujeto como centro, sujeto activo de la salud, y como algo colectivo, pero también individual” (EC 1, p. 1). Aquí se manifiesta lo subjetivo como primordial, la acción como sujetos y su importancia en la creación del bien común, en este caso la salud como bien social, como asunto de todos los cooperativistas. Claramente aquí se identificó que el trabajo en salud cuando se plantea desde los sujetos y desde el derecho a la salud favorece la construcción colectiva y la reflexión sobre el papel de las personas y colectivos en la construcción de la salud y el ejercicio de ese derecho.

En el documento de sistematización se encontraron frases sumamente significativas respecto a este constructo social, que coinciden con el fundamento teórico sobre cuidado emancipatorio: “(...) desde la salud, como derecho a conquistar cotidianamente, que surge la necesidad de democratizar el conocimiento, que ya no sea específico de los técnicos, que los ciudadanos en general sean capaces de apoderarse, de empoderarse de ellos” (Doc. 1, p. 38). “Queremos llegar a que pensar y actuar promoviendo la participación comunitaria en salud, implica definir la salud como un derecho, antes que nada, como un proceso válido en sí mismo, teniendo un lugar privilegiado en esos microespacios de la vida cotidiana, tan aleados de los grandes estudios, tan alejados de los números, tan alejados de la búsqueda de resultados inmediatos y visibles” (Doc. 1, p. 39). Esta experiencia se forjó desde concepciones innovadoras para el momento en que se desarrolló, con una impronta de resistencia al poder hegemónico instalado desde los equipos de salud y de la salud desde algunas instituciones. Se identificó una base ideológica que se fue extendiendo durante toda la experiencia y que arroja un cuidado a la salud y de enfermería impregnados de subjetividades, de aspectos colectivos, de esperanzas compartidas de transformación y de nuevas formas de cuidar.

Luego del análisis de esta categoría se podría afirmar, que el contexto determina las necesidades y por lo tanto determina el cuidado de enfermería, no sólo el contenido sino también la forma y la metodología de cuidar, retroalimentando el contexto para transformarlo. En la siguiente figura se plantean la interacción:

Figura 2  
*Interrelaciones entre contexto y cuidado*



Fuente: Elaboración propia.

La cuarta categoría planteada es la de “**los aprendizajes**”, los que se analizaron según actores y rol en la experiencia. Es una categoría en la que se visualizaron vivencias, a través de los sentimientos evocados y también de las reflexiones que tomaron significado para las personas entrevistadas.

Para una de las integrantes del equipo de salud el aprendizaje radicó en: “Una para que las personas individuales que participaron, fue muy removedor, y seguramente para muchos de ellos les dejó un montón de aprendizajes para la vida y para el trabajo en la comunidad, pero no dejó instalada una seguridad de una determinada continuidad colectiva del proyecto. Por eso creo que uno de los aprendizajes es que deberíamos haber profundizado la negociación y a haber llegado a un punto más claro de cuál era el proyecto común, el de FUCVAM, el del equipo de salud y el de los cooperativistas” (EIES 3, p. 4). En esta frase la entrevistada muestra que en la experiencia quedaron aspectos débiles en el trabajo de sostén, especialmente en los objetivos de la misma y en

el rol de cada uno de los involucrados, apareciendo una vez más el diálogo, la negociación, el ver en forma conjunta beneficios y avances colectivos para que sean pilar de futuras transformaciones, sin desconocer el pasado y construir el futuro, como se analizó anteriormente en cuanto a los proyectos de vida colectivos.

La cooperativista subraya como aprendizaje: “lo más grande es la capacidad de escucha, ahora reflexionándolo, como que es la virtud más de intercambio, la capacidad de escucha y ser flexible y fomentar la participación del otro. O sea que puede ir por ahí, pero claro, es difícil” (EC 1, p. 6). Se identificó como importante la actitud de los involucrados en cuanto a conocer al otro, de reconocer la alteridad y su participación.

Por otro lado, la profesional de enfermería destaca que: “Desarrollarme como enfermera, orgullosa de aportar en el equipo” (EIES 1, p. 10); “contenta de que se pudieron tener acciones concretas; disfrutaba lo que era la complementación” (EIES 1, p. 10). En esta frase la enfermera logra unir el crecimiento profesional, con el logro y el disfrute del quehacer, rompiendo algunos modelos profesionales donde la objetividad y la “distancia óptima” con el sujeto de trabajo son imprescindibles para llevar adelante el cuidado de enfermería. En esta vivencia se visualizó la importancia de la relación entre quien cuida y es cuidado, en que ambos viven una situación única en tanto son singulares y es una situación irrepetible.

También expresa: “Era como a mí me resultaba más liberador, me resultaba como menos encorsetado” (EIES 1, p. 9), claramente la profesional de enfermería en su práctica reflexiva logra concientizarse de su quehacer y reconocer valores imprescindibles para la nueva vida, donde los involucrados se emancipan liberándose de estructuras que los encadenan a modelos pre-establecidos en el contexto. Esta vivencia es uno de los aprendizajes más destacados en esta experiencia y que dignifica a los involucrados.

## 11. Conclusiones

En este capítulo se encontrarán dos apartados: uno referido a las conclusiones propiamente dichas y otro a los aspectos que trascienden al trabajo en sí mismo.

### 11.1 Conclusiones del Trabajo

El objetivo de la investigación fue describir las características de los cuidados de enfermería en el marco del equipo de salud que podrían favorecer la emancipación de las personas, familias y grupos.

Considerando la discusión del trabajo, la fundamentación teórica y la pregunta de investigación se encontró que el cuidado de enfermería, tanto su contenido como su metodología, son determinados por el contexto en el cual surgen las necesidades.

Esta investigación estudió el caso de la experiencia de Salud Comunitaria en FUCVAM, que se desarrolló en un contexto cooperativo entre los años 2003 y 2006, por lo tanto, sus conclusiones no pretenden ser generalizables.

El contexto inicial de la experiencia se caracterizó por la presencia de lo que Rebellato (2009) llama “conflictos entre los diversos ritmos”, el político, identificado en la directiva de FUCVAM, el social en los cooperativistas y el técnico en el equipo de salud.

Sobresalieron en las entrevistas, la actitud de diálogo, la apertura a nuevas realidades y a nuevos saberes, marcando su influencia para superar la crisis, promoviendo la reinención del poder con un proyecto que se fue transformando en un asunto de todos.

En este estudio se identificaron características que conceptualizan al espacio cooperativo estudiado como un contexto emancipatorio, se destacan: la construcción de proyectos de vida y proyectos colectivos, el interés común, la diversidad, los sujetos liberados de identidades planteadas por Breilh (2001) también la educación popular, la reinención del poder y el diálogo planteadas por Freire (2004) y las planteadas por



Rebellato (2009) como las nuevas intersubjetividades y la acción colectiva. De esta manera se podría confirmar que en el contexto donde se desarrolló la experiencia se identificaron características emancipatorias.

La metodología utilizada basada en la educación popular, se manifestó con firmeza tanto en las entrevistas, como en el documento de sistematización, destacándose la participación y la imperiosa necesidad de cuidar partiendo de las necesidades e inquietudes de los involucrados.

En la categoría de cuidados a la salud se destacaron las subcategorías relacionadas a la metodología, los recursos teóricos utilizados y las herramientas de abordaje. Todas ellas basadas tanto en la educación popular como en el abordaje colectivo, con concepciones humanistas y liberadoras, así como también en la planificación estratégica como un elemento ordenador y canalizador de las intervenciones sanitarias.

Las subcategorías formuladas, referidas al cuidado de enfermería emancipatorio, permitieron ahondar en las características de los cuidados de enfermería identificados, destacándose “la forma” en que se cuida y la metodología con la que se llevaron adelante, aspectos que se apoyan en los planteos de Waldow (2014) y Boff (1999).

En este sentido se lograron describir aspectos relacionados a la “forma de hacer” el cuidado en esta experiencia:

- a) Se generaron espacios para que los participantes se sintieran sujetos productores de cambios sociales, sujetos de opinión, de sentires y de sueños, para colectivizarlos y transformarlos en bien común. Se realizaron talleres donde el rol de enfermería consistió en ser facilitador del debate, para luego favorecer la concientización y la incorporación de nuevas actitudes para transformar la realidad.

- b) Se conceptualizó y practicó el cuidado desde la alteridad, manifestando la importancia de escuchar las necesidades. Se reafirma el planteo de Carrasco et al. (2011) se produce una “mutua emancipación: enfermera y/o usuario, se liberan de las cadenas del sometimiento y la dependencia que no han hecho otra cosa que sumirlos en la ajenidad” (p.30)
- c) Se cuidó privilegiando la interacción, entre quien brinda y quien recibe el cuidado. La producción tanto procesos cognitivos- racionales como emocionales- vivenciales promovieron la concientización y sensibilización de cada uno de los involucrados. En palabras de Freire (citado por Rebellato, 2009, p.126): “en la reinención del poder ya no es posible continuar hablando tan *sólo en nombre de*, sino que es preciso aprender a *hablar con*”.

Se confirma entonces, que el contexto determina las necesidades y por lo tanto influye en el cuidado de enfermería, en particular en la metodología de abordaje, es decir en la forma de cuidar. El proceso del cuidado emancipatorio retroalimenta al contexto transformando las necesidades para continuar cuidando en círculos evolutivos transformadores de la realidad.

En cuanto a la subcategoría de contenidos de los cuidados, no fue la que más se destacó ni en las entrevistas ni en el documento estudiado, apareciendo como procedimientos específicos y como acciones concretas dirigidas a la prevención de enfermedades y a la promoción a la salud.

En relación a la subcategoría de la relación y comunicación dialógica como una de las características del cuidado emancipatorio, todos los involucrados se manifestaron al respecto, enfatizando el aspecto relacional del cuidado, la horizontalidad al momento de cuidar, donde aparece el deseo de vida de cada uno, generándose un diálogo y entendimiento de las diferentes construcciones tanto individuales como colectivas.

Por lo antes expuesto los cuidados de enfermería, en esta experiencia, se dieron en un contexto emancipatorio, en el marco de un equipo de salud y con fuertes características metodológicas, que favorecieron la concepción y práctica de la salud como derecho y constructo socio-político, dando el sentido de emancipación al cuidado.

Se identificó una base ideológica que se fue extendiendo durante toda la experiencia y que arroja un cuidado a la salud y de enfermería impregnados de subjetividades, de aspectos colectivos, de esperanzas compartidas, de transformaciones y de nuevas formas de cuidar.

En cuanto a los aprendizajes que se desprendieron de la experiencia se identificaron tres dimensiones:

- La relacionada con el proyecto en sí mismo y su desarrollo, entendiéndose en palabras de una integrante del equipo que “deberíamos haber profundizado la negociación y a haber llegado a un punto más claro de cuál era el proyecto común” (EIES 3, p.4). Aspecto que podría haber influido en la continuidad y replique de este tipo de experiencias en FUCVAM.
- La relacionada a la metodología del cuidado, que en palabras de la cooperativista aparece así: “la capacidad de escucha y ser flexible y fomentar la participación del otro” (EC 1, p.6).
- La relacionada al aprendizaje de la enfermera quien logra unir el crecimiento profesional, con el logro y el disfrute del quehacer, rompiendo algunos modelos profesionales donde la objetividad y la “distancia óptima” con el sujeto de trabajo son imprescindibles. En esta vivencia se visualiza la importancia de la relación entre quien cuida y es cuidado, en que ambos viven una situación única en tanto son singulares y en una situación irrepetible.

Se concluye que el cuidado de enfermería tomó relevancia en esta experiencia potenciando la emancipación de las personas y grupos, aspecto que se sintetiza en las palabras de la profesional de enfermería: “Era como a mí me resultaba más liberador, me resultaba como menos encorsetado” (EIES 1, p. 9); la práctica reflexiva promueve la concientización, reconociendo valores imprescindibles para la nueva vida, donde los involucrados se emancipan liberándose de estructuras y modelos de explotación y exclusión, dándole sentido y significado a la experiencia.

### **11.2 Conclusiones que Trascienden el Trabajo**

En el proceso que constituyó esta tesis de maestría son varios los aprendizajes alcanzados, y el momento de reflexión es indispensable.

Retomando los autores referenciados en este trabajo y con la intención de manifestar que el hecho de introducirme en profundidad en aquella experiencia de “Salud Comunitaria” me generó la conciencia de que somos seres inacabados, que podemos trascender los límites cognitivos cuando la fibra interna siente el cuidado de enfermería como una actitud liberadora, de encuentro no sólo cognitivo, sino también existencial.

El uso de la metodología cualitativa fue un desafío importante, ya que ésta fue tomando relevancia en nuestra disciplina desde hace poco tiempo. Hasta hace unos años atrás la importancia de los datos exactos y la estadística impregnaba las ciencias de la salud. El cuidado como acto o actitud humana nos enfrenta a su estudio y profundización a través de metodologías que nos permitan comprender esa complejidad desde lo fenomenológico y ontológico.

En cuanto a la revisión teórica, se podría destacar la importancia que toma la filosofía del cuidado para profundizar en él. Las teorías y patrones de enfermería permiten visualizar, conocer y especialmente comprender el proceso de cuidar tomando en cuenta las circunstancias y los contextos.

El tema del cuidado de enfermería y especialmente su relación con la emancipación, exige continuar profundizando en la filosofía del cuidado y en el rol de enfermería.

Es por ello, y quizás por otros aspectos en los que necesito profundizar, que entiendo que el estudio de esta experiencia situada tantos años atrás, hizo aportes sustanciales a la profesión de enfermería y a la vida de los involucrados. Hoy, en el contexto socio-político que atraviesa el país, siguen vigentes su anhelo y metodología, para construir una sociedad más justa y una profesión activa en el espacio científico, comprometida con valores humanos fundamentales en la búsqueda humana del bien común sin explotados ni excluidos.

## Referencias Bibliográficas

- Bautista, R. (2009). *¿Por qué dialogar?* Recuperado en Marzo de 2021, de Rebelión:  
<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=82538>
- Bertullo, J., Isola, G., Castro, D., y Silveira, M. (2003). *El Cooperativismo en Uruguay*. Universidad de la República, Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio (SCEAM). Recuperado en Marzo de 2021, de  
[http://www.universidad.edu.uy/libros/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=323](http://www.universidad.edu.uy/libros/opac_css/doc_num.php?explnum_id=323)
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar*. Petrópolis: Vozes.
- Breilh, J. (2001). Sujeto histórico: fractura y emancipación El marxismo y la nueva dialéctica metacrítica. *Revista Espacios*, 10, 21-30. Recuperado en Marzo de 2021, de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3542/1/Breilh%2C%20J-CON-169-Sujeto%20historico.pdf>
- Cárdenas, L., Arana, B., Monroy, A., y García, M. (2010). *Cuidado Profesional de Enfermería*. México: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y escuelas de Enfermería.
- Carrasco, A., Delfino, M., González, P., Margel, G., y Pi, M. V. (2011). *Cuidado Humano*. Montevideo: Universidad de la República.
- Centro de información Oficial. (2007). *Ley N° 18211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado en Marzo de 2021, de Normativa y Avisos legales del Uruguay: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/3>
- Colliere, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Mc. Graw-Hill.
- Contatore, O. A., Malfitano, A. P., y Barros, N. F. (14 de Noviembre de 2018). Cuidados em saúde: sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras. *Psicologia & Sociedade*, 30. Recuperado en Marzo de 2021, de

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822018000100226&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100226&lng=pt&tlng=pt)

D'Angelo Hernández, O. (2002). *Sentido de vida, sociedad y proyectos de vida*. La

Habana: Félix Varela. Obtenido de

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D054.pdf>

de Sousa Santos, B. (ene./jun. de 2009). *Una epistemología del Sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social*. México: Siglo XXI CLACSO.

Recuperado en Marzo de 2021, de

[http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/EpistemologiasDelSur\\_Utopia%20y%20Praxis%20Latinoamericana\\_2011.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/EpistemologiasDelSur_Utopia%20y%20Praxis%20Latinoamericana_2011.pdf)

Duque Cardona, S. (1998). *Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento*.

Recuperado en Marzo de 2021, de

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16890/14622>

Freire, P. (2004). *Pedagogía de la autonomía*. San Pablo: Paz y Tierra. Recuperado en

Marzo de 2021, de [https://redclade.org/wp-content/uploads/Pedagog](https://redclade.org/wp-content/uploads/Pedagog%C3%ADa-de-la-Autonom%C3%ADa.pdf)

[%C3%ADa-de-la-Autonom%C3%ADa.pdf](https://redclade.org/wp-content/uploads/Pedagog%C3%ADa-de-la-Autonom%C3%ADa.pdf)

FUCVAM. (1999). *Declaración de Principios de la Federación Uruguaya de*

*Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua*. Recuperado en Marzo de 2021, de

Declaración de Principios de la Federación Uruguaya de Cooperativas de

Vivienda por Ayuda Mutua:

<https://www.fucvam.org.uy/wp-content/uploads/2017/08/Declaraci%C3%B3n-de-Principios.pdf>

- FUCVAM. (s.f.). *Acerca de: Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua*. Recuperado en Marzo de 2021, de Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua:  
<https://www.fucvam.org.uy/acerca-de/>
- FUCVAM. (s.f.). *Situación demográfica de Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua*. Recuperado en Marzo de 2021, de Situación demográfica de Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua: <https://www.fucvam.org.uy/situacion-demografica-de-fucvam/>
- Gadea, A. (2003). *El movimiento cooperativo de viviendas del Uruguay como actor socio-político en la problemática contemporánea de la vivienda*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Recuperado en Marzo de 2021, de  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18049>,
- Ghiso, A. (2007). Solidaridad como itinerario del quehacer pedagógico. *Revista de Educación y Cultura*(65). Recuperado en Marzo de 2021, de  
[http://www.tarea.org.pe/images/Tarea65\\_36\\_Alfredo\\_Ghiso.pdf](http://www.tarea.org.pe/images/Tarea65_36_Alfredo_Ghiso.pdf)
- González, R. (. (2018). Conferencia Inaugural. *XV Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva, "Saber y poder popular en la conquista del derecho a la salud y a la vida: La Transformación social para vivir Bien"*. La Paz, Bolivia.
- Guerra Martínez, A., Rodríguez Pastorino, G., y Sosa Abella, A. (2006). *Salud Comunitaria en FUCVAM, una experiencia en movimiento. Sistematización de la experiencia del proyecto de Salud Comunitaria 2003-2006*. Montevideo: Comisión de Desarrollo social FUCVAM.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación*. México: Ultra.



- Marriner-Tomey, A. (1994). *Modelos y teorías de Enfermería* (3ra Ed. ed.). Madrid: Mosby/Doyma.
- Martínez Carazo, P. C. (2006). *El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica*. Recuperado en Marzo de 2021, de Pensamiento & Gestión, (20): <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez Trujillo, N., y Torres Esperón, M. (2014). La interdisciplinariedad en enfermería y sus oportunidades de aplicación en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*(40), 85-95. Recuperado en Marzo de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000100010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100010&lng=es&tlng=es)
- Minguez-Moreno, I., y Siles González, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. (F. d. Rehabilitación, Ed.) *Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería, 14*(4), 594-604. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44131>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*. Recuperado en Marzo de 2021, de [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd\\_web%20con%20tapa.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf)
- Olesker, D., y González, T. (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud: 2005-2009*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado en Marzo de 2021, de [https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=60562](https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=60562)
- Pellegrino, A., y Vigorito, A. (2005). *La emigración uruguaya durante la crisis de 2002*. UR.FCEA-IE. Recuperado en Marzo de 2021, de

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/4300/5/dt-03-05.pdf>,

Peña Vera, T., y Pirela Morillo, J. (enero-junio de 2007). La complejidad del análisis documental. (Universidad de Buenos Aires, Ed.) *Información, cultura y sociedad: revista del Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas*(16), 55-81.

Obtenido de La complejidad del análisis documental:

<https://www.redalyc.org/pdf/2630/263019682004.pdf>

Prieto Hernández, A. M. (2013). Pedagogía y prácticas emancipadoras. Actualidades de Paulo Freire. *Innovación educativa* , 13(63), 155-160. Recuperado en Marzo de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-26732013000300010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732013000300010&lng=es&tlng=es)

RAE. (2020). *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado en Marzo de 2021, de Autonomía: <http://dle.rae.es/?id=4TsdBo>

RAE. (2020). *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado en Marzo de 2021, de Emancipación: <https://dle.rae.es/emancipaci%C3%B3n?m=form>

RAE. (2020). *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado en Marzo de 2021, de Emancipar: <https://dle.rae.es/emancipar?m=form>

Rebellato, J. L. (2009). *Intelectual Radical*. Montevideo: Extensión, Eppal, Nordan.

Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O., y Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, XV*(2), 133-154. Recuperado en Marzo de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=654/65415>

Siles González, J. (2008). Historia de la enfermería una aportación: epistemológica desde perspectiva cultural de los cuidados. *Cultura de los cuidados*(24), 5-6.

Recuperado en Marzo de 2021, de

[https://www.academia.edu/10192060/Cultura\\_de\\_los\\_Cuidados\\_no24](https://www.academia.edu/10192060/Cultura_de_los_Cuidados_no24)

Streck, D. R., Redin, E., y Zitkoski, J. J. (2015). *Diccionario Paulo Freire*. Lima:

CEAAL. Recuperado en Marzo de 2021, de

<https://documentos.una.ac.cr/bitstream/handle/unadocs/8129/Diccionario>

[%20Paulo%20Freire.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://documentos.una.ac.cr/bitstream/handle/unadocs/8129/Diccionario%20Paulo%20Freire.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Waldow, V. R. (Octubre/ Diciembre de 2014). *Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia*. Recuperado en Marzo de 2021, de

Index Enferm vol. 23: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>

[script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009)

## Apéndices

### Apéndice 1. Pauta de Entrevista Piloto

#### Características generales

- Se inicia con un saludo cordial y con un agradecimiento por haber aceptado inicialmente participar en esta prueba.
- Se continúa con mi presentación personal y del trabajo a realizar como parte de la maestría de Salud Familiar y Comunitaria, cursada en la Facultad de Enfermería de la UdelaR (Universidad de la República). La investigación propuesta tiene la finalidad de conocer los cuidados de enfermería y de salud que se brindaron y las características de ellos, en la experiencia de Salud Comunitaria en FUCVAM entre los años 2003-2006.
- En este caso concreto, la entrevista tiene la finalidad de hacerla como una prueba piloto que permita ajustar detalles en relación a las preguntas y a los contenidos que interesan abordar.
- Intenta reconocer las características del cuidado de enfermería y el cuidado a la salud en un contexto muy similar al que se estudiará.
- Los datos que usted brinde en esta entrevista serán utilizados sólo para esta investigación.
- Se iniciará el proceso de interacción preguntando año de egreso de la UdelaR u otro Centro de estudios, qué eventos importantes de la carrera le marcaron el camino profesional, cuáles fueron sus experiencias laborales.
- A partir de allí se buscarán datos generales estableciendo una dirección cronológica, del presente al pasado, intentando ir al contexto de la experiencia de interés de la investigación. Trabajos más relevantes, etapas de maduración profesional, trabajos en el área de la salud comunitaria.

## **Preguntas**

¿Podría usted relatar porqué decidió incorporarse a la experiencia de Salud

Comunitaria en ese contexto?

¿Cómo fue su integración a esa experiencia? ¿Se partió del trabajo en equipo?

¿Cuáles fueron los conceptos centrales que se desarrollaron en la experiencia?

¿Podría recordar si esos conceptos claves guiaron los cuidados que se brindaron en la experiencia?

¿Podría describir esos cuidados?

¿Quiénes decidían y realizan esos cuidados?

¿Existía algún elemento (técnico, metodológico, logístico, u otro) que se repetía en cada instancia de cuidados?

¿Esos cuidados fueron diferentes a los que usted realizaba o había realizado en otro lugar de trabajo?

¿Cuáles serían, a su entender, los motivos de esa diferencia?

¿Qué elementos de la experiencia, entiende usted, operaron como obstaculizadores y facilitadores del desarrollo de los cuidados que se brindaron o que se habían planificado brindar?

¿Las personas a las que fue dirigido el cuidado de qué manera pudieron evaluarlos?

¿Qué destacaría de esas evaluaciones?

¿Esa experiencia que evaluación tuvo de su parte?

¿Los aprendizajes o vivencias de esa experiencia, según su opinión, qué aportaron a los involucrados?

¿Si pudiera realizar nuevamente una experiencia de ese tipo, que mantendría de aquella y que modificaría?

- Se cierra la entrevista manifestando a importancia y devolver uan opinión respecto a lo que permitió respecto al cuidado de enfermería y cuidados de la salud que se brindan en el área comunitaria y en contextos específicos.

- Le agradezco el tiempo que ha dispuesto para participar en la investigación y por compartir su experiencia conmigo

## Apéndice 2. Pauta Básica de Entrevista

Se inicia un saludo cordial, con un agradecimiento por haber aceptado inicialmente participar en la investigación, mi nombre es Cecilia Acosta, soy licenciada en enfermería y estoy realizando la investigación final de la maestría de Salud Familiar y Comunitaria, cursada en la Facultad de Enfermería de la UdelaR. La misma tiene la finalidad de conocer los cuidados de enfermería y de salud que se brindaron y las características de ellos, en la experiencia de Salud Comunitaria en FUCVAM entre los años 2003-2006.

En esta entrevista espero que pueda recoger las ideas principales y concepciones en cuanto al cuidado de enfermería y el cuidado a la salud que primaron en aquella experiencia. Esta investigación intenta reconocer las características del cuidado de enfermería y el cuidado a la salud en un contexto emancipatorio. Se realizarán entrevistas a otros actores involucrados en la de la experiencia.

Si está de acuerdo en participar, en este momento le solicito que lea y firme el consentimiento informado. Los datos que usted brinde en esta entrevista serán utilizados sólo para esta investigación.

Se inicia el proceso de interacción preguntando año de egreso de la UdelaR u otro Centro de estudios, qué eventos importantes de la carrera le marcaron el camino profesional, cuáles fueron sus experiencias laborales. Como estrategia de ir abriendo la comunicación se buscan temas que articulan los hechos vividos con situaciones del país, a las que por razones de participación social se comparten entre algunos entrevistados y la investigadora.

A partir de allí se buscan datos generales estableciendo una dirección cronológica, del presente al pasado, intentando ir al contexto de la experiencia de interés de la investigación. Trabajos más relevantes, etapas de maduración profesional, compromiso

profesional incorporado desde el área laboral, trabajos en el área de la salud comunitaria. Este formato se utiliza para los entrevistados profesionales de la salud.

### **Preguntas**

¿Podría usted relatar por qué decidió incorporarse a la experiencia de Salud Comunitaria de FUCVAM?

¿Cómo fue su integración a esa experiencia?

¿Cuáles fueron las ideas centrales que se desarrollaron en la experiencia?

¿Podría recordar si esos conceptos claves guiaron los cuidados que se brindaron en la experiencia?

¿Cómo se expresó esa pauta o guía en los cuidados brindados?

¿Podría describir esos cuidados?

¿Quiénes decidían esos cuidados?

¿Existía algún elemento (técnico, metodológico, logístico, u otro) que se repetía en cada instancia de cuidados?

¿Quiénes realizaban esos cuidados?

¿Cómo era el trabajo entre los que realizaban el cuidado?

¿Esos cuidados fueron diferentes a los que usted realizaba o había realizado en otro lugar de trabajo?

¿En qué aspectos entiende que lo fueron?

¿Cuáles serían, a su entender, los motivos de esa diferencia?

¿Qué elementos de la experiencia, entiende usted, operaron como obstaculizadores y facilitadores del desarrollo de los cuidados que se brindaron o que se habían planificado brindar?

Las personas a las que fue dirigido el cuidado, ¿de qué manera pudieron evaluarlos?

¿Qué destacaría de esas evaluaciones?



¿Esa experiencia qué evaluación tuvo de su parte?

Los aprendizajes o vivencias de esa experiencia, según su opinión, ¿qué aportaron a los involucrados?

Si pudiera realizar nuevamente una experiencia de ese tipo, ¿qué mantendría de aquella y que modificaría?

Esta entrevista ha sido muy importante para mí, me ha permitido profundizar en el cuidado de enfermería y cuidados de la salud que se brindan en el área comunitaria y en contextos específicos. El conocimiento que pueda aportar a través de esta investigación, estará dirigido a profundizar en los cuidados de enfermería en contextos liberadores y emancipatorios.

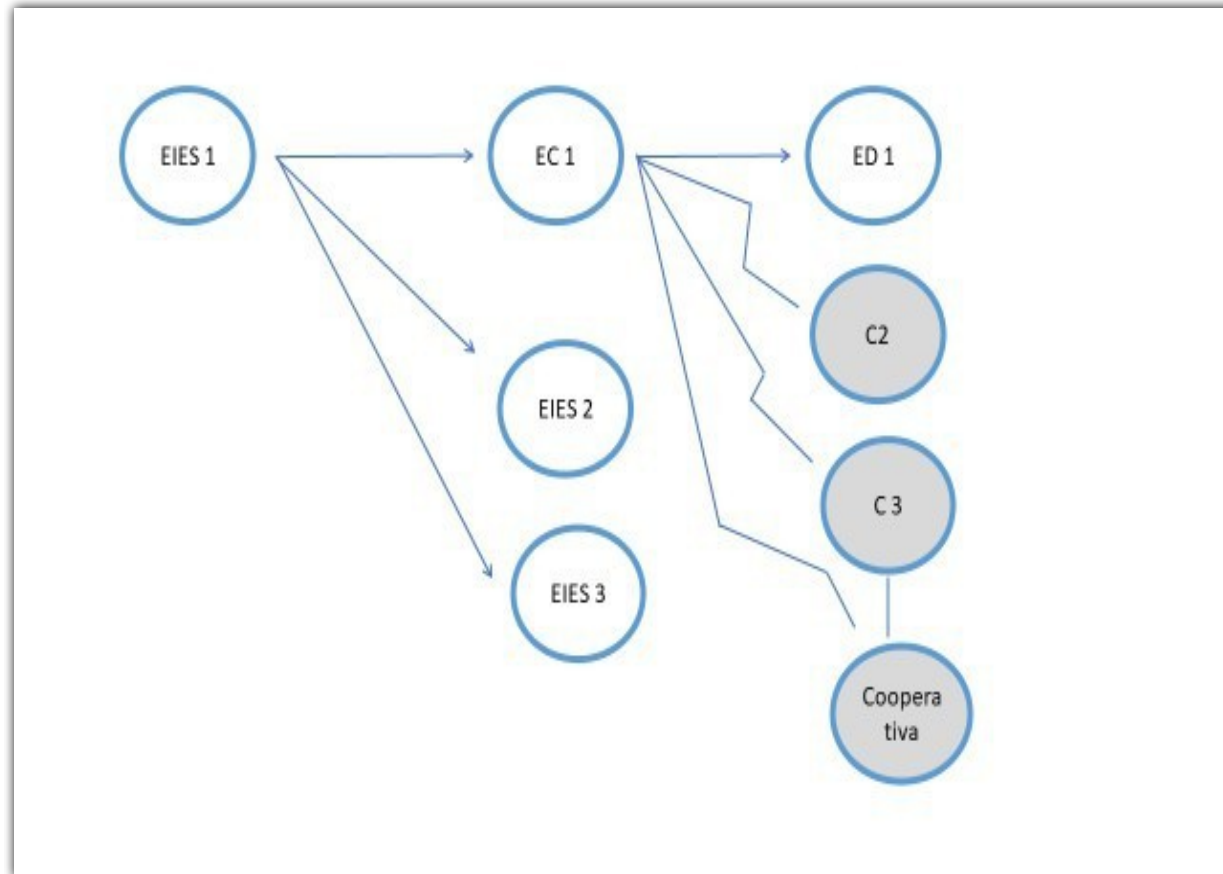
Le agradezco el tiempo que ha dispuesto para participar en la investigación y por compartir su experiencia conmigo.

### Apéndice 3. Proceso de técnica “bola de nieve”

En esta figura se muestra como fueron las líneas de interacción en la búsqueda activa de posibles participantes.

Figura 3

*Proceso de técnica “bola de nieve” realizada en la investigación*



Fuente: Elaboración propia.

En los círculos celestes se muestran los contactos que no se incluyeron en la investigación.

Las líneas en zig-zag muestran las trayectorias realizadas hasta llegar al posible participante.

#### Apéndice 4. Nota de Solicitud a FUCVAM

Montevideo, 8 de noviembre de 2019

Sres integrantes de la Comisión de Desarrollo Social de FUCVAM

De mi mayor consideración:

Me presento ante ustedes, mi nombre es Cecilia Acosta, soy Licenciada en Enfermería y me encuentro realizando el proceso de tesis de la maestría en Salud Familiar y Comunitaria, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Mi proyecto de tesis se titula “El cuidado de enfermería como potenciador de procesos emancipatorios. Estudio de caso: la experiencia en la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua (FUCVAM)”

Entendiendo que el ámbito del cooperativismo incluye pilares del desarrollo que son emancipatorios, solicito autorización para realizar esta investigación que se centraría en la experiencia de salud comunitaria llevada adelante en el barrio de Nuevo París, entre los años 2003 y 2006, en las siguientes cooperativas: TEBELPA, COVIAFE3, COVICIM (jóvenes), COVIMT 3 (jóvenes), COVINE 1, 24 DE MAYO, TEBELPA 2, ITACUMBU.

Se partirá del análisis de la sistematización escrita “Salud Comunitaria en FUCVAM, una experiencia en movimiento” y se realizarán entrevistas a participantes de aquel momento entre los que se encuentran actores con diferentes perfiles como directivos, equipos de salud y participantes de las cooperativas.

La autorización solicitada tiene tres dimensiones:

Autorización para hacer el trabajo

Autorización para mencionar las cooperativas y la Comisión de Desarrollo Social

Autorización para publicar con la mención de las cooperativas y la Comisión de  
Desarrollo Social.

Adjunto el resumen de la investigación, a los efectos de que cuenten con más  
elementos respecto de la solicitud.

Atentamente los saluda

Lic. Enf. María Cecilia Acosta

**Apéndice 5. Autorización de FUCVAM**

## Apéndice 6. Modelo de Consentimiento



Montevideo .....de ..... de 201....

### CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Yo, ....., he recibido información respecto al estudio

“x x x x x x x x x x” cuyo objetivo es x x x x x x x x x x x x x x x x .

He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación, y se me ha entregado una hoja de información.

También se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee y que ello no será perjudicial para mi persona.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Participante de la investigación:

Firma: .....

Aclaración.....

CI:.....

Investigador responsable:

Firma: .....

Aclaración.....

CI:.....