



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



Aportes de la agroecología a las prácticas psicológicas en el campo de la salud

Nohelia Paulina Quintana Cuello

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Articulación teórico-clínica, formato A.

Docente Tutor: Prof. Agdo. Mag. Luis Gimenez

Docente Revisor: Prof. Adj. Mag. Nicolás Rodríguez

Montevideo, Octubre 2022

Gracias a mis ancestras y ancestros, que formaron las raíces para que yo hoy esté aquí, les amo y les honro, tomo lo bueno y lo malo y hago lo mejor posible,

gracias a mi madre y a mi padre que materializaron mi vida y me amaron desde siempre y para siempre, les amo y les honro, y sigo adelante,

gracias a mi familia que me sostiene y confía en mí, les amo y les honro

gracias a mis amigas y amigos por el compartir de la vida, les amo y les honro

gracias a mi compañero eterno y a mi hijo adorado por darme el tiempo y tanto amor, les amo y les honro

gracias a mi hermano que tanto me ha enseñado, lo amo y lo honro

gracias a mi sobrina por su luz y todo su amor, la amo y la honro

***gracias a mi por creer en mí y en qué otros mundos existen,
gracias a mi intuición, deseo y motor de saber que hay otros caminos
gracias a mi camino transitado, lo amo y lo honro***

gracias a este universo y planeta que me contiene y me permite vivir en él, los amo y los honro

gracias a esta casa de estudios que alberga un sin fin de posibilidades y me contuvo durante tantos años, la amo y la honro

gracias a todos y todas por enseñarme tanto, les amo y les honro

este trabajo es por todos y todas

Índice

1- Introducción:Contextualización de la práctica en el convenio y el servicio de salud.	1
1.1- Ubicación y contextualización de la experiencia en el Sistema de Salud: Primer Nivel de Atención	1
1.2 - Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud, FP-ASSE	2
1.3 - El rol de la psicología en el Primer Nivel de Atención	3
2- Preguntas y/o objetivos planteados para el TFG.	5
3- Líneas de intervención planteadas para ser objeto de análisis.	5
3.1 - Contextualización de las zonas donde se desarrolló la experiencia	6
3.2 - Descripción del contexto político, sanitario, social y económico en el que surge la experiencia.	8
3.3- Antecedentes	11
3.3.1- Antecedentes vinculados al trabajo en red, interdisciplinario e intersectorial	11
3.3.2- Antecedentes vinculados a la agricultura urbana	12
3.4- Creación y desarrollo del proyecto Huerta en Casa	13
3.4.1- Etapa inicial “quédate en casa”	13
3.4.2- Segundo momento “la ética en la participación”	14
3.4.3- Final, “la luna y sus ciclos”	16
4- Articulación conceptual	17
4.1- Análisis del contexto	18
4.2- Análisis del enfoque en salud	25
4.3- Aportes de la Agroecología en articulación con las prácticas psicológicas	30
5- Conclusiones	40
6- Referencias bibliográficas.	42

1- Introducción: Contextualización de la práctica en el convenio y el servicio de salud.

En el presente Trabajo Final de Grado (TFG) se abordará la experiencia desarrollada en el proyecto “Huerta en casa” que se llevó a cabo en la ciudad de Montevideo, Uruguay; en el período comprendido entre marzo de 2020 y enero de 2021. La misma se vincula a una pasantía en las policlínicas Artigas y Capra, en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS) convenio Facultad de Psicología (FP) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Este trabajo pretende ser un aporte a la reflexión ética y política de las prácticas psicológicas en el campo de la salud, como también a la reflexión epistemológica en la construcción de conocimientos que contribuyan a fortalecer el cambio de modelo y ampliar la mirada hacia los procesos de salud y enfermedad; para poder realizar intervenciones desde la psicología que potencien la transformación de nuevos modos de producir y proteger la vida, a través de la construcción de nuevas subjetividades.

1.1- Ubicación y contextualización de la experiencia en el Sistema de Salud: Primer Nivel de Atención

El proyecto Huerta en casa surge como una línea de intervención estratégica, la misma fue co creada y realizada en un trabajo conjunto entre las policlínicas Artigas, Capra y Giraldez correspondientes al Primer Nivel de Atención (PNA) pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el PPRSS, junto a la participación y el apoyo de otras organizaciones e instituciones.

En el 2005 con el cambio de gobierno surgieron una serie de transformaciones en Uruguay con relación a una política social general donde se dan algunas reformas en la salud, vinculadas con los principios de “ universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad y ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y administración democrática” (Piñeiro y Trillo, 2011, p. 138), formalizando cambios en el modelo de atención, gestión y financiamiento.

El SNIS surge con la reglamentación de la Ley N° 18.211 en el año 2007, dando lugar a un cambio en el modelo de atención, articulando a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) a prestadores privados y públicos. Dentro del SNIS se trabaja a partir de una red que integra tres niveles de atención en Salud, donde cada nivel depende de las necesidades de las y los usuarias/os, como también de la complejidad de las prestaciones (Uruguay, 2007). Esta red está articulada mediante un programa de referencia y contrareferencia, privilegiando a la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia del cambio de modelo.

Las transformaciones en los modelos de atención en salud se venían gestando ya, pero se comienza a formalizar la estrategia de la APS como tal a partir de la Declaración de Alma Ata (1978), donde se establece por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la misma “se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud... esos servicios reflejan las condiciones económicas y valores sociales del país y sus comunidades” (p. 40).

Como se dijo antes la práctica se enmarca en un PNA, es importante saber que el mismo representa un elemento clave en la implementación de la estrategia de APS, ya que se espera que sea “continente y resolutivo”. En él se organizan las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los lugares donde la población vive, estudia y trabaja (Rydel, Dogmanas, Casal, Hidalgo, 2022, p. 134) . Según la Ley N° 18.211, en el PNA las actividades están dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente; atendiendo a las necesidades básicas de la salud y calidad de vida (Uruguay, 2007).

De esta manera se espera que las acciones tendientes a lograr soluciones a las necesidades, se realicen en conjunto con la población involucrada y en su hábitat natural y social, acompañados por equipos interdisciplinarios e intersectoriales con anclaje territorial y a nivel comunitario (Uruguay, 2007). Esto supone que el servicio y su equipo deben estar en permanente comunicación con la comunidad en la que está inserto, trabajando de forma articulada en actividades que protejan la salud y mejoren la calidad de vida de las personas que habitan los territorios.

1.2 - Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud, FP-ASSE

El programa de PPRSS comenzó en el año 2010 y consta de varios antecedentes enmarcados a la coyuntura político-legal de surgimiento de la ley N° 18.211; tiene como objetivo aunar esfuerzos para la formación de recursos humanos en salud, específicamente psicólogos que se ajusten a los principios rectores del SNIS, y por otro lado que permita la producción de conocimientos psicológicos en el campo de la salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población uruguaya (Administración de Servicios de Salud del Estado, Universidad de la República, Facultad de Psicología [ASSE, UDELAR, FP], 2009). Quienes participan en el programa son 36 estudiantes avanzados de grado y 18 egresados recientes en cada periodo, teniendo la posibilidad de insertarse en uno de los tres niveles de atención que integran el SNIS.

Para el caso de estudiantes de grado avanzado el programa consta de un total de 40 horas semanales, distribuidas en 25 horas de trabajo práctico en el servicio, formando parte del equipo de trabajo e insertándose en las líneas de acción que desarrollen los mismos con la supervisión del referente por parte de ASSE; y por otro lado 15 horas de trabajo

académico, dentro de las cuales están las horas de supervisión con docentes del PPRSS de la Facultad de Psicología, y los plenarios, donde se encuentran practicantes y docentes en un espacio de intercambio, reflexión y análisis de las prácticas.

1.3 - El rol de la psicología en el Primer Nivel de Atención

El rol de la psicología en el campo de la salud ha tenido cierta evolución en las últimas décadas para lograr consolidarse, pero aún quedan desafíos por delante. Históricamente en las ciencias, servicios y sistemas de salud se ha relacionado a la psicología como el área de asistencia a la enfermedad mental adoptando el método de la medicina, quedando focalizado en la psicología clínica. Esto se debe, entre otras cosas, a que a nivel formativo no contaba aún con un perfil ni una identidad propia profesional (Calatayud, 2012, p. 99).

Hablar de salud mental representa algo contradictorio y podría seguir reproduciendo una fragmentación, pero se entiende que es la manera que la Psicología adoptó para encontrar su lugar dentro del campo de la salud y aportar a una noción más integral de la misma. En Uruguay es en el año 1986 donde la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública (DIGESA-MSP) crea el primer Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), incorporando a profesionales de la Psicología en algunos servicios de salud; es importante destacar que el mismo fue impulsado por una movilización participativa. En 1996 se crea un plan de desarrollo nacional a través de los centros de salud y Equipos de Salud Mental (ESM), donde se incorporan psicólogos a los ESM (Piñeiro y Trillo, 2011).

En el año 2005, se hace responsable de operativizar el PNSM, la coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP. Hecho que según Piñeiro y Trillo (2011) fue acompañado por algunas puntualizaciones por parte de la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP), la misma se refirió a la histórica marginalización hacia las personas con padecimiento psíquico y la necesidad de incorporar recursos psicoterapéuticos y psicosociales en los abordajes; como también señalaron las nuevas problemáticas vinculadas a “las situaciones de violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y complicaciones, y las nuevas modalidades de vulnerabilidad y padecimiento en la vida cotidiana” (Piñeiro y Trillo, 2011, p. 139).

Con el surgimiento de SNIS se incorpora el desarrollo del PNSM, dándole prioridad a la estrategia de la APS y el trabajo de equipos interdisciplinarios, donde se comienza a percibir “el factor psicológico como un elemento importante del proceso salud-enfermedad-atención, no solamente en el plano mental sino también en el de salud en general” (Rydel et al., 2022, p. 136).

A partir de la Ley de descentralización de ASSE se crea la Dirección de Salud Mental en el año 2008. La misma tiene como labor gestionar la asistencia de todas las personas usuarias de la institución, como también de participar en el desarrollo y mantenimiento de

actividades de promoción y rehabilitación, en trabajo conjunto con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata creada en el año 1948 (Piñeiro y Trillo, 2011). Si bien el escenario para la psicología se abría favorablemente, gracias a las transformaciones de una política general que apostaba fuertemente al derecho de la salud de la población basado en una mirada integral, el campo de praxis seguía plagado de tensiones y tradiciones. Aún así los profesionales de la Psicología según Piñeiro y Trillo (2011) optaron por “un quehacer posible, sustentable y progresivo, en donde prime la lógica de sistema fuertemente apoyada en el concepto de red que integre, promueva y facilite los aspectos más sanos con que cuenta la sociedad” (p. 141).

En el año 2011 se implementó el Plan de Prestaciones de Salud Mental que junto con las transformaciones anteriores favorecieron la incorporación del profesional psicólogo en los servicios de salud, sobre todo el sector público representado por ASSE a nivel nacional como el mayor prestador atendiendo a más del 40% de la población, donde en el 2017 contaba con 186 profesionales de la psicología (Romano, et al., 2018).

La incorporación de la psicología en el PNA en un primer momento consistió en el desarrollo de tareas diversas, entre ellas estaban la participación en los programas prioritarios, talleres de promoción de salud, consulta psicológica. Para esta última no existía un consenso institucional por lo tanto variaba en relación a la formación y experiencia del profesional y las exigencias de la institución (Perea, 2017).

Un hecho trascendente para la historia de la Salud Mental en Uruguay, resultado de un largo trabajo de diversas organizaciones sociales e instituciones, fue la aprobación de la Ley N° 19,529 de Salud Mental. La misma tiene como objetivo “garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país” desde una perspectiva de derechos y con un enfoque integral (Uruguay, 2017, parr. 1). Si bien se presentan muchos desafíos para la completa implementación de dicha ley, la misma significó un gran avance hacia un cambio de modelo en la atención de un paradigma con base comunitaria y con un enfoque de Derechos. A raíz de la ley se elaboró y aprobó en el año 2020 el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Este fue creado incorporando los aportes de organizaciones sociales y diversas instituciones, con el objetivo de lograr la implementación de la ley y garantizar una atención integral a la población (MSP, 2020).

En el 2018 se da una reorganización en los servicios a partir de la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana donde se crean los Equipos de Soporte Territorial (EST) y con esto se redefine el rol de la psicología de territorio, incorporando las “actividades de promoción de salud en ámbitos comunitarios, diagnósticos territoriales, consultas domiciliarias, participación en diversas redes insertas en el territorio, coordinación interinstitucional, en conjunto con los integrantes de los EST” (Rydel et al., 2022, p. 148).

Para la consulta psicológica existe un máximo de 12 sesiones, y podrá ser derivada por otro profesional, por otras instituciones o por el mismo EST, contemplando los tiempos para reuniones de equipo, interconsulta, discusión de casos y construcción de estrategias y líneas de acción (Rydel et al., 2022).

2- Preguntas y/o objetivos planteados para el TFG.

- **Objetivos planteados para el TFG:**

Objetivo General:

Describir y analizar la experiencia desarrollada en el proyecto “Huerta en casa” en el periodo comprendido entre abril de 2020 y enero de 2021, en el marco del programa de practicantes y residentes del convenio Facultad de Psicología-ASSE.

Objetivos Específicos:

- 1- Caracterizar y analizar el contexto en el que surgió el proyecto Huerta en casa.
- 2- Dilucidar y analizar los paradigmas, enfoques, concepciones, metodologías y modelos en relación a la salud y que están presentes en la experiencia.
- 3- Identificar y analizar, qué elementos aporta la agroecología, a las prácticas psicológicas en el campo de la salud fortaleciendo el cambio de modelo.

Preguntas planteadas:

- O1- ¿Cuál es el contexto global y local en el que nace la experiencia?
¿Qué paradigmas, enfoques, concepciones y modelos en tensión se identifican en ese contexto?
- O2- ¿Qué enfoques, concepciones y modelos de la salud están presentes en la experiencia?
¿Cómo se relacionan con la estrategia de APS?
- O3- ¿Qué elementos aporta la agroecología a las prácticas psicológicas en el campo de la salud, favoreciendo el cambio de modelo?

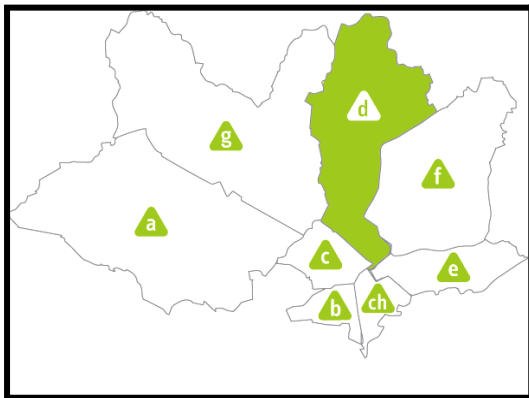
3- Líneas de intervención planteadas para ser objeto de análisis.

A continuación se describe la experiencia priorizando las líneas de intervención que luego serán objeto de análisis. La intención es transmitir una idea integral lo más amplia posible de los elementos que constituyeron la práctica ajustándose a la extensión formal de un Trabajo Final de Grado.

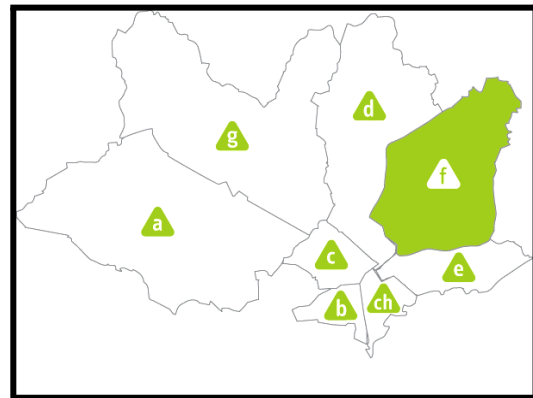
3.1 - Contextualización de las zonas donde se desarrolló la experiencia

La experiencia que se presenta se desarrolló en algunos barrios de los municipios D y F, en la zona metropolitana de Montevideo; el gobierno departamental se subdivide en gobernanzas a través de la creación de 8 municipios, que se pueden ver en el mapa N° 1 y N° 2 (Intendencia de Montevideo, Esquinas de la Cultura, 2016, 2017). Más precisamente se ubicó en lo que refiere a las zonas pertenecientes a los Centros Comunales Zonales (CCZ) 9 Y 10, ver en el mapa N° 3 (Municipio B, 2015).

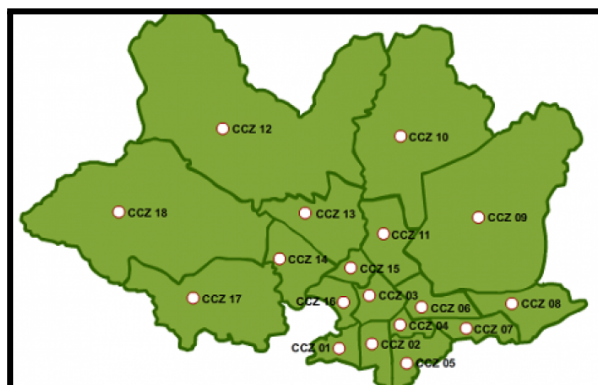
Los barrios que participaron de la misma son Artigas, Capra, Nuevo Capra, Manga, Puntas de Manga, Giraldez, 23 de diciembre, Piedras Blancas y Toledo Chico. Si bien en un principio estaba pensado solamente para Artigas, Capra y Giraldez, una vez que se empezó a difundir el proyecto se fueron sumando personas de los demás barrios, tanto participantes como organizadores. Con la intención de no limitar la participación, se acordó con el equipo organizador dividir en núcleos zonales, donde cada núcleo contó con varios referentes.



Mapa N° 1



Mapa N° 2



Mapa N° 3

Montevideo fue una ciudad bastante homogénea e integrada, donde convivieron varios sectores socioeconómicos con cierta movilidad social y se percibió una sociedad bastante uniforme. Esta imagen de la ciudad se sostuvo hasta la década del 1980 donde comenzaron procesos de fragmentación socioterritorial y polarización, procesos que vinieron acompañados de un aumento de la marginalización y distancia social. Siguiendo a Aguiar, Borrás, Cruz, Fernandez, Perez Sanchez, (2019) estas transformaciones estaban “ caracterizadas por la relocalización de determinados grupos sociales y la producción en masa de periferia pobre... el deterioro en el acceso a servicios básicos y la proliferación de asentamientos irregulares” (p. 18), los autores señalan que varios trabajos argumentan las causas de esas transformaciones a la liberación económica y ajuste estructural.

La mayor parte del suelo del municipio D es de uso rural y forma parte de la periferia nombrada anteriormente, dado que se encuentran zonas destinadas a las granjas, a la vitivinicultura, a la floricultura y cría de animales; sin embargo en lo que refiere al CCZ 10 es bastante heterogéneo donde coexisten zonas residenciales con otras de actividades rurales y comerciales. Con el paso del tiempo muchas tierras fueron quedando en estado de abandono, y es donde hoy las personas desplazadas desde los espacios consolidados de la ciudad, dan origen al fenómeno de los asentamientos irregulares (Municipio D, 2022). Esta zona se caracteriza por carencias de algunos servicios básicos como agua potable, saneamiento, educación y transporte; como también por la extrema precariedad de gran parte de sus viviendas (Intendencia de Montevideo, Departamento de Desarrollo Sostenible e Inteligente, 2020).

A partir del Censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2019 existen algunos indicadores socioeconómicos y demográficos que reflejan las condiciones de vida de las personas que habitan estas zonas, como también la morfología que adquiere la distribución humana en el espacio geográfico.

La población total del municipio D es de 186.102 habitantes con una densidad de 2.095,3 hab/km². El porcentaje de personas y hogares pobres representa un 19,5% y un 13,6% siendo muy superior al de Montevideo 12,2% y 8,1%. La tasa de hogares en situación de indigencia es de 0,2% superior a la de Montevideo 0,1%. Un 40,3% de personas tienen al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), superior a Montevideo con 26,8% y al porcentaje nacional de 33,8%. En cuanto al desempleo la tasa es de 10,4% también superior a la departamental y nacional, mientras que la tasa de actividad es de 63,4% y la de empleo es de 56,9% similar a la departamental y nacional. En relación a la educación el 1,8% de la población mayor a 15 años es analfabeta, siendo que el 4,0% de la población tiene primaria incompleta, más alto que el nivel departamental. Lo que respecta a las condiciones de las viviendas el porcentaje que tiene problemas de humedad es el 51,9%, problemas de grietas 27,9%, riesgo de derrumbe 6,1% y con servicios sanitarios

incompletos el 3,8 % todos más elevados que el nivel departamental; los hogares en situación de hacinamiento representan el 6,7%. Los indicadores confirman el alto grado de precariedad que representan las formas en las que vive la población, significando una situación de extrema vulnerabilidad (Intendencia de Montevideo, Departamento de Desarrollo Sostenible e Inteligente, 2020; Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Observatorio Territorio Uruguay, 2022).

En el municipio F la población total es de 173.493 habitantes y la densidad de población de 1988 hab/km², comparado con la densidad de Montevideo que es de 2.488,2 hab/km². Las personas y hogares pobres representan el 25,5% y el 19% el doble que el nivel departamental, los hogares que están en situación de indigencia representan el 0,2% también el doble que el de Montevideo, el 40,6% presenta al menos una NBI, en relación al porcentaje nacional (33,8%) es más elevado y al departamental (26,8%) es casi el doble. En cuanto al desempleo la tasa también es superior a la departamental y nacional siendo de 11,4%. En cuanto a la educación se puede decir que el 1,6% de la población de 15 años y más del municipio es analfabeta, y el 4,5% de las personas tiene primaria incompleta. En cuanto a las condiciones habitacionales se puede ver que el 60,8% tiene problemas de humedad, el 31,5% grietas, el 7,4% riesgo de derrumbe, y el 6,2% algún servicio sanitario incompleto y el 7,6 vive en estado de hacinamiento, todos los porcentajes más elevados que a nivel departamental. (Intendencia de Montevideo, Departamento de Desarrollo Sostenible e Inteligente, 2020) (Presidencia de la República, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Observatorio Territorio Uruguay, Perfiles, Municipio F, 2022).

3.2 - Descripción del contexto político, sanitario, social y económico en el que surge la experiencia.

Uno de los cambios que sucedieron a nivel político en Uruguay fue la transición del gobierno en marzo de 2020. En ese marco surgieron algunas decisiones políticas donde muchos de los programas que trabajaban a nivel comunitario con anclaje en el territorio fueron quedando sin efecto, no siendo renovados sus contratos y licitaciones; esto generó una ruptura en las redes comunitarias, un desmembramiento de la trama de vínculos del trabajo territorial. De a poco fueron desapareciendo algunos recursos y herramientas sociales y comunitarias para el trabajo en red, de a poco las redes territoriales se fueron desarticulando y debilitando. Esto generó la necesidad de adaptar la planificación de las actividades comunitarias y pensar nuevas estrategias.

A lo anterior se le suma la llegada del virus SARS COV2 (Covid-19), y con ello una serie de cambios y movimientos a nivel de los servicios de salud en respuesta a la situación de pandemia declarada mundialmente. Tanto el MSP como ASSE crearon rápidamente un Plan de Contingencia incorporando las recomendaciones de la OMS y explicitando que el

mismo sería actualizado sistemáticamente en base a nuevos hallazgos que se obtengan a partir de la experiencia y nuevos estudios. El objetivo del plan creado por el MSP era definir el marco de respuesta nacional, promover la coordinación interinstitucional, mantener un flujo de información confiable y oportuna y regular las acciones y procedimientos que deben adoptarse para cada etapa, alegando que la información con la que se contaba era limitada (MSP, 2020). En cuanto al elaborado por ASSE el objetivo era prevenir y mitigar los impactos que el COVID19 podría implicar en relación a morbilidad, repercusión social y económica entre otras (ASSE, 2020).

Dentro del Plan creado por ASSE se encontraban todos los lineamientos institucionales que se debían llevar a cabo; entre ellos los correspondientes al PNA en el cual se enmarca la experiencia del presente trabajo, los mismos se basaban en el nivel N° 1 de alerta y preparación y nivel N° 2 de riesgo de propagación. Por encontrarse más próximo a la población y representar la puerta de entrada al sistema de salud, las acciones de este nivel eran de promoción y prevención a través de “educación en salud, participación comunitaria y comunicación social; difusión de materiales técnicos de apoyo evitando la entrega personalizada; fomentar la inmunización contra la gripe para disminuir diagnósticos diferenciales, fundamentalmente en los usuarios de mayor riesgo” (ASSE, 2020, p. 20). Con respecto a los funcionarios además de las anteriores se debían difundir las medidas de promoción a todo el personal, difusión de material de apoyo según los diferentes grupos de usuarios y capacitaciones (ASSE, 2020). Dentro de las acciones se encontraban además las de comunicación; la adaptación de los espacios físicos para evitar el hacinamiento, para pacientes sospechosos y extracción de muestras y para la revisión de circulación de personas; organización de los recursos materiales disponibles; como también la adecuación de “los recursos humanos de acuerdo a los procesos de atención que se definan para COVID 19 y el manejo del eventual ausentismo” (ASSE, 2020).

Para caracterizar dos momentos del transcurso de la pandemia se hará referencia a una primera fase que va desde el comienzo de la misma el 13 de marzo hasta el primer retorno a la presencialidad a mediados de junio. En esta primera fase predomina la repetición y exhortación por parte del gobierno de la frase “quédate en casa”. Es un momento donde se paraliza el país, la movilidad interna disminuye, se suspende la educación presencial en todos los niveles, bajan los ritmos normales de producción, cierran locales comerciales y culturales, permaneciendo abierto solo los servicios de necesidad básica y se da el cierre provisorio de fronteras. A raíz de esto muchos trabajadores ingresan al seguro de paro y muchos otros quedan sin empleo. Toda esta situación generó que una parte de la población pasará más tiempo de lo habitual en sus hogares y a la vez que contarán con menos recursos. Una segunda fase se identifica con el retomo de la presencialidad y el cambio de slogan de “quédate en casa” a “libertad responsable”.

En cuanto al contexto global es importante tener presente que la llegada del virus acentuó aún más los destrozos y consecuencias de un sistema económico hegemónico neoliberal que se ha convertido en un fenómeno global y viene arrasando con la vida en todas sus manifestaciones. La lógica de la acumulación de capital ha configurado la política y los gobiernos en su beneficio, y esto ha repercutido en las sociedades. No es nada nuevo hablar sobre la crisis civilizatoria que vive el planeta hace ya algunas décadas, donde se comenzaron a vivenciar los vestigios de un sistema capitalista arrasador y depredador de la vida y la naturaleza, explotador de todos los recursos naturales, donde lo que prima es la acumulación del capital en detrimento de la vida. Según Lander (2019) estamos ante una crisis multiforme y multidimensional, que posee un patrón civilizatorio “antropocéntrico, patriarcal, colonial, clasista y racista y cuyos patrones hegemónicos de conocimiento, su ciencia y su tecnología, lejos de ofrecer respuestas de salida a esta crisis civilizatoria, contribuyen a profundizarla”(p. 14)

Son múltiples los daños que se han generado a lo largo y ancho del globo terráqueo, no solo en la naturaleza si no también en las sociedades, en los gobiernos, en la cultura y en la vida en sí misma. Esta lógica neoliberal del mercado ha mercantilizado la vida en todas sus dimensiones, en la salud, la educación, la cultura, la política, la ciencia, donde los tejidos sociales cada vez más se fragmentan, donde la inequidad y la exclusión son ley imperante de este sistema, a contrapartida de un gran desarrollo tecnológico, científico, biologicista, cibernético, molecular, ingeniería genética, telerrobótica, maquinaria biofísica-informática-comunicacional.

A nivel de la salud estas lógicas mercantilistas la han reducido a la atención de la enfermedad individual, al mero diagnóstico y tratamiento de patologías, generando una medicalización de la sociedad y donde la psicopatologización se expande cada vez más, donde los gobierno, las políticas, la academia y la ciencia muchas veces ofician a favor de estas lógicas antes de proteger con responsabilidad la salud y la vida. En cuanto a la medicalización de la sociedad según Stolkiner (2013) está asociada a una hegemonía discursiva que lleva a patologizar una vivencia dolorosa debido a la “presencia hegemónica del discurso médico en la vida colectiva y en las vidas singulares cotidianas de los sujetos” (parr. 3). No solamente se puede ver en el discurso médico, sino también con la incorporación del consumo de fármacos por ejemplo (medicamentos de venta libre) en la vida cotidiana impulsados por la publicidad, está viéndose como una hegemonía discursiva. Se vincula con la construcción de subjetividad en los procesos vitales de salud/enfermedad/cuidado articulando los factores económicos, institucionales y de la vida cotidiana. A su vez este fenómeno ha dado origen a lo que se conoce como mercantilización de la salud, aplicando las lógicas lucrativas del mercado a la vida y la salud sustentado globalmente por las aseguradoras y las industrias de aparatología y farmacología médica,

nacidas en un sistema económico de acumulación del capital necesitan que el consumo aumente. Este fenómeno comenzó con los estados capitalistas modernos que pusieron en el orden del gobierno y la política a la vida como objeto, a partir de la medicina científica positivista, esto ha generado una tensión entre la objetivación y la subjetivación (Stolkiner, 2013).

La superproducción y explotación van dejando un planeta despojado y arrebatado de su riqueza natural, de la biodiversidad de los ecosistemas. La lógica neoliberal ha llegado también a incidir en las formas de producción, conservación y traslado de alimentos, la venta de alimentos procesados y ultraprocesados a gran escala, la agricultura industrial con alto uso de agroquímicos, mecanización, explotación de recursos naturales como tierra y agua, la reducción de la biodiversidad y biomasa por causa de los monocultivos, que representan casi un 80% de las 1.500 millones de hectáreas cultivables y contribuye con casi un 25-30% de gases efecto invernadero (Altieri y Nicholls, 2013).

Una parte de la población que habitan en estas zonas se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, presentando algunas limitaciones de acceso a ciertos servicios, donde la alimentación se vio fuertemente en riesgo ya que esta crisis dio surgimiento a las llamadas ollas populares y merenderos, dejando en evidencia esta carencia. El surgimiento de estas iniciativas dan cuenta de la gran solidaridad de la población, pero también se pueden ver las grandes dificultades para sostenerlas en el tiempo, representando una falsa y efímera solución a una gran necesidad de esta población.

Ante la situación adversa que se estaba viviendo era primordial generar líneas de trabajo que contribuyeran a potenciar iniciativas participativas intentando reducir algunos de los impactos que el contexto económico, social, político y sanitario estaban generando, y a la vez aunar esfuerzos para poder sostener las redes territoriales. “Huerta en casa” surge como una línea de acción alternativa de trabajo comunitario, inspirada en otras experiencias que estaban sucediendo en la ciudad, un ejemplo de ello es la zona del oeste de Montevideo. Apoyados por la unidad de Montevideo Rural (IM), Red de Huertas Comunitarias, Red de Semillas Criollas y Nativas y Facultad de Agronomía varios núcleos en la ciudad se disponían en brigadas a suministrar insumos y apoyo técnico tanto a familias como a huertas comunitarias ya existentes.

3.3- Antecedentes

3.3.1- Antecedentes vinculados al trabajo en red, interdisciplinario e intersectorial

La policlínica Capra, Artigas y Giraldez comparten muchos aspectos, uno de ellos es encontrarse con cierta cercanía territorial, esto conlleva a que existan puntos de encuentro o entrecruces de redes de proximidad barrial, donde el trabajo que llevan adelante los

diferentes equipos comunitarios hacen que exista un potencial muy grande de participación activa en la zona. Un entramado que se fue tejiendo de vínculos muy fuertes y consolidados que permitieron que la población desarrollará sentimiento de pertenencia que se desprende de sus relatos y participaciones en diferentes actividades.

Una de las redes es el Nodo de Familia Manga y Puntas de Manga; él mismo estaba conformado por las Escuelas N° 64, 308, 339, la policlínica Capra, Caif Rinconcito, Centro juvenil ACJ, Club de niños Capilla San Lorenzo, SOCAT Manga y Puntas de Manga, UCC, Plan Juntos. Se trata de un espacio de trabajo interinstitucional e interdisciplinario entre diversos actores del territorio, donde se da lugar al intercambio, la reflexión, el acompañamiento y seguimiento de familias en situaciones muy desfavorables, como también la construcción de actividades comunitarias. Otra red existente con características similares es la de Mendoza e Instrucciones, la misma está compuesta por Escuela N° 141, policlínica Artigas, CCZ 10, Club Artigas, Centro de Referencia D2 (INAU), Federación de Obreros y Empleados de la Bebida (FOEB), programas sociales como UCC, SOCAT, ETAF, Caif Unaluna.

En estos espacios comunitarios es donde existe la posibilidad de construir en conjunto posibles soluciones a las necesidades reales de las personas que allí habitan, vinculadas a la salud y a mejorar la calidad de vida. Es importante tener presente que la experiencia surge en el marco de una pasantía en la incorporación de la practicante de psicología en las policlínicas del PNA, con lo que eso implica. A partir del trabajo comunitario en articulación intersectorial e interdisciplinaria surge el proyecto “Huerta en casa”.

3.3.2- Antecedentes vinculados a la agricultura urbana

El movimiento de la agricultura urbana (AU) es un fenómeno que siempre existió en la historia de Montevideo, sobre todo en las zonas periféricas de la ciudad con la llegada de poblaciones inmigrantes que traían variedades de especies hortícolas y frutales, como también animales de granja para reproducir en estas tierras (Bellenda, Apezteguía, Faroppa y Gazzano, 2021).

Esta práctica ha tenido varias etapas a lo largo del tiempo, donde en varios momentos ha contado con el apoyo del estado en sus diferentes niveles de gobierno nacional, departamental desde los municipios, la universidad y otras instituciones; como también la realización de proyectos en relación a la temática de índole comunitario donde han participado vecinos/as, diversas organizaciones e instituciones (Bellenda et al., 2021). Según las autoras, en el año 2002, con la gran crisis económica, la AU re surge como respuesta para generar seguridad alimentaria, fortalecimiento de la economía local y

formación de colectivos, ya que desde la época del 70' con la idea de progreso y los nuevos patrones de consumo y trabajo había decaído (Bellenda et al., 2021).

Es entonces con la crisis del 2002 que existió un gran auge de la AU, tanto de huertas comunitarias como familiares en la población de menos recursos, produciendo alimentos para el autoconsumo y/o comercialización, intentando mitigar los impactos de la crisis apostando a la mayor participación colectiva organizada y utilizando tecnologías amigables con el medio ambiente y ajustadas a las posibilidades de las familias involucradas. El objetivo era, sobre todo, fortalecer la seguridad alimentaria, promover el desarrollo de emprendimientos y la construcción de redes autogestionarias. Desde el año 1994 a través de la unidad de Montevideo Rural la IM genera acciones en apoyo a la AU, pero es en el año 2002 donde se pone en práctica el Programa de Agricultura Urbana (PAU) como respuesta a la crisis económica y social. Es también en ese año que surge el Programa de Producción de Alimentos y Organización Comunitaria (PPAOC) (Uriarte, G, (ed) 2005).

En el año 2005 también se suman esfuerzos por parte de la Facultad de Agronomía en articulación con la intendencia y otros servicios universitarios en apoyo a la AU en centros educativos de enseñanza pública. En este marco con la escuela N° 141 y junto a la Red de Mendoza e Instrucciones en el año 2016 se desarrollan talleres de huerta en la policlínica Artigas con las personas que circulaban por la sala de espera, creando una huerta agroecológica en el jardín de la misma. Entre 2013 y 2018 se llevó a cabo el concurso de Huertas y Jardines, donde participaron vecinos/as de la zona, el mismo fue propiciado por parte de la Unidad de Montevideo Rural y el CCZ 10.

Estas experiencias son sólo algunas y las más cercanas que caracterizan y son parte de la historia del territorio con la AU, el cual representa un gran potencial para esta población. Muchos de los participantes del proyecto huerta en casa participaron antes en alguna de las experiencias mencionadas.

3.4- Creación y desarrollo del proyecto Huerta en Casa

3.4.1- Etapa inicial “quédate en casa”

Esta primera fase de la experiencia comprendió los meses de mayo a junio y está condicionada por el contexto general que le dio nacimiento al proyecto, era fundamental diseñar estrategias alternativas para el trabajo comunitario que contribuyan a sostener las redes territoriales y en conjunto con la comunidad poder encontrar respuestas y soluciones a los impactos de la emergencia sanitaria. Dentro de las posibilidades existentes y con el impulso de algunos movimientos que se venían generando en la ciudad se vio como un posible camino fomentar la huerta agroecológica familiar.

Desde el equipo de salud mental de las policlínicas Artigas y Capra se presentó la idea en la red de Mendoza e Instrucciones y en los Nodos de familia con la intención de abrir a la participación, en el comienzo el grupo organizador se conformó por profesionales de varias disciplinas de las policlínicas Artigas, Capra, Giraldez y del Centro de Salud Dr Badanno Repetto. Entre ellas estaban psicología, trabajo social, nutrición, higiene dental; también otras instituciones y organizaciones sociales se integraron como son el área social del CCZ 10, Club Artigas y la Escuela N° 141 de Toledo Chico. Las participaciones en el proyecto fueron variando en las diferentes etapas de la experiencia.

A través de reuniones virtuales se organizaron una serie de acciones para llevar adelante la realización y el desarrollo del proyecto. La idea fue nuclear a todas aquellas familias que estuvieran interesadas en la producción de alimentos orgánicos de calidad para consumo propio o comercialización, a través de la construcción de una huerta agroecológica en sus hogares o que ya contaran con una, teniendo experiencia previa o no y que quisieran formar parte de una red de apoyo y acompañamiento vinculada a la temática.

Uno de los objetivos era conectar y articular una red de personas, familias, referentes barriales, huertas comunitarias existentes, con interés en compartir sus experiencias, generando así un espacio en común donde se habilite al intercambio y la circulación de los diversos saberes y experiencias en relación a la agroecología. De esta manera la misma red oficia de soporte para el acompañamiento y apoyo. El proyecto Huerta en casa propone una actividad para cooperar en familia, que pretende abarcar varias dimensiones de la vida cotidiana, en contacto con muchos otros que replican lo mismo en sus hogares.

En esta etapa se realizaron algunas gestiones para adquirir semillas de la Red Nacional de Semillas Nativas y Criollas y se recopilaron materiales escritos e ilustrados de diversas instituciones y organizaciones vinculados a la AU, para facilitar el acceso a los participantes. Paralelamente se inició con la difusión, contando con el apoyo del área de comunicación del CCZ 10, la propuesta logró llegar a muchas personas que se comunicaron con el equipo para participar. Se invitó a personas usuarias de los servicios de salud, como también a vecinos/as y participantes del grupo de adultos mayores “Los Ceibos”, así como a los participantes del concurso de huertas y jardines. Se realizó una sistematización de datos sociodemográficos de las familias que comenzaron a integrarse.

A raíz de que habían muchas personas interesadas de diversos barrios de la zona se acordó conformar 4 núcleos zonales diferentes organizados por proximidad barrial, quedando conformados de la siguiente manera: Artigas y cercanías, Capra, Giraldez y Piedras Blancas, contando con referentes en cada subzona. El rol de los referentes dentro de los núcleos era officar de hilo conductor, generar y compartir contenidos, responder dudas, difundir información relevante a la temática; la elección de los mismos se generó de

manera espontánea en algunos casos y en otros se buscó personas referentes de la comunidad que quisieran llevar adelante esa tarea.

3.4.2- Segundo momento “la ética en la participación”

La segunda etapa se desarrolla en los meses de junio a octubre y es aquí donde se realiza el armado y entrega de kits, los mismos estaban compuestos por varios paquetes de semillas de estación. El primer núcleo en consolidarse y comenzar a trabajar fue el de Artigas y cercanías; las referentes del mismo eran la practicante de psicología y la psicóloga de territorio referente del PPRSS. Primero se realizó una reunión de introducción donde se presentó la propuesta en profundidad y en la que organizadores y participantes pudieron conocerse en persona, así como también intercambiar sobre sus intereses, motivaciones, expectativas y necesidades. Las reuniones se organizaron en grupos de 10 personas con el fin de adaptarse a las medidas sanitarias y contando con el amplio espacio del Club Artigas.

Esta fase se caracteriza por el retorno progresivo y con ciertas condiciones a la presencialidad, lo que generó variantes en los modos de participación en el proyecto. Algunos de los organizadores que estaban al inicio retomaron sus tareas cotidianas y se alejaron de la propuesta, a la vez que se integran nuevos actores e instituciones con intereses diversos como un representante del Club de Leones de Piedras Blancas, un ingeniero agrónomo de la comunidad, un docente del Liceo N°39 y representantes de Caif Rinconcito, Caif La Tortuguita y Centro Cultural Margarita Pedranzzini. La incorporación de agronomía al proyecto surge a partir de la difusión del mismo, la persona presentaba antecedentes de trabajo comunitario en la zona con diversos actores. A través del Club de Leones de Piedras Blancas se pone en contacto con el equipo organizador con intención de participar virtualmente, aportando materiales audiovisuales de su autoría y despejando dudas a los participantes. En un principio dicha incorporación representaba una aparente potencialidad para el proyecto, que luego no resultó como tal.

Se crearon grupos de whatsapp para cada núcleo con el fin de facilitar el intercambio de experiencias y saberes como también diversos materiales, dudas que iban surgiendo con respecto a la tarea y también información relevante sobre cursos, talleres y actividades comunitarias en relación a la temática. Los materiales que circulaban trataban sobre la importancia de tener una huerta agroecológica, biodiversidad, preparados orgánicos para combatir plagas, biofertilizantes, compost y demás. En esta etapa también se gestionó la donación de tierra y compost por parte de la Intendencia de Montevideo y se coordinó con el Club Artigas y los participantes una jornada para recibir la tierra ahí, embolsar la misma y que cada familia pudiera retirar lo que necesitaba.

En cada núcleo se desarrolló una dinámica diferente sujeta al devenir de sus propios integrantes, y respetando el ritmo de cada uno, teniendo en cuenta que se fueron conformando en distintos momentos. En el caso del núcleo Artigas y cercanías en esta etapa ya se estaban obteniendo las primeras cosechas en aquellas familias que habían comenzado a plantar a partir del proyecto, desde el comienzo el intercambio de fotos y videos sobre lo que iban realizando en sus hogares fue constante, fluido y de una gran riqueza. El siguiente encuentro para este núcleo se pudo concretar el 7 de septiembre y consistió en conocer la huerta de un vecino y participante del proyecto quien abrió las puertas de su casa donde tenía además un invernáculo y una compostera de lombrices californianas, esto dio lugar al intercambio de experiencias y plantines.

3.4.3- Final, “la luna y sus ciclos”

La última etapa comprende los meses de octubre a enero y se lograron realizar dos encuentros presenciales, uno en el mes de octubre con motivo de intercambiar plantines y semillas para los cultivos de estación primavera/verano. Pudieron asistir la mayoría de los participantes y cada persona llevó semillas y/o plantines para el intercambiar, también concurren nuevos participantes (vecinos del barrio que no utilizaban whatsapp). Muchas de las semillas que intercambiaron fueron cosechadas por ellos mismos o sus familias, otros trajeron plantines ya bastantes grandes para regalar. En el encuentro se manifestó la necesidad de organizar otra reunión para hablar de algunos temas de interés y generar más espacios presenciales. Los temas propuestos fueron “La influencia de las fases lunares en los cultivos” y “compostaje”. Se logró concretar una jornada de taller donde un vecino y la practicante de psicología se ofrecieron a preparar el tema, la actividad se llevó a cabo en el Club Artigas. Se realizó un video de la jornada para compartir con aquellos que no habían podido concurrir por tema de trabajo u horarios.

En el mes de Septiembre se presentó el proyecto ante la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM) para la convocatoria Actividades en el Medio que atiende a la emergencia sanitaria 2020, la misma fue aprobada y financiada. En el marco del proyecto Huerta en casa se planteaba la realización de capacitaciones presenciales y la financiación se utilizaría para la compra de herramientas y materiales impresos. Debido al segundo rebrote del virus y la suspensión nuevamente de actividades grupales presenciales se adaptaron algunos talleres al formato virtual, se compraron herramientas, tela sombra, nylon para invernáculo y se imprimieron 100 calendarios de siembra biodinámicos 2021 para entregarles a las familias.

Para finalizar y cerrar el año se había programado un encuentro de evaluación y proyección con los participantes en cada núcleo, lo cual no se pudo llevar a cabo. La

manera que se encontró como alternativa para poder cumplir el objetivo fue utilizar las tarjetas utilizadas en la dinámica de la primera reunión; tarjetas escritas por los participantes con sus expectativas ante el proyecto que sería su siembra, y otras con el abono que nutrirán esas siembras. Resultó oportuno recordar esas intenciones y motivaciones iniciales para generar un intercambio a través del grupo de Whatsapp, donde se compartieron varias placas con las tarjetas. Muchos pudieron expresar como había sido para ellos participar de la experiencia, uno de los aspectos que se repitió en varias devoluciones fue la importancia de estar conectados, haciendo lo mismo cada uno en su hogar, con sus tiempos y posibilidades, pero contando con el apoyo del grupo en todo momento.

A partir de esa instancia surgieron proyecciones para el próximo año en torno a algunas problemáticas que estaban detectando en el barrio, como por ejemplo el desborde de los contenedores por el exceso de residuos de poda que ocupaba espacio y el resto de los residuos quedaba tirados en la calle fuera de los contenedores; se manifestó que tal vez se podría pensar en alguna alternativa desde el grupo para dar solución a ese problema, como crear un centro de compostaje y recibir materia orgánica de los habitantes del barrio.

4- Articulación conceptual

Para comenzar se analizarán algunos elementos del contexto en el que nació el proyecto, intentando dar cuenta de la complejidad de dimensiones que lo componen, del mismo se desprenden ciertas características para reflexionar sobre las prácticas en salud. Posteriormente se presenta el marco referencial que guiará el análisis, desarrollando el enfoque y las concepciones de salud que se tomaron en cuenta para pensar la práctica, como también una postura ética y política desde la cual se analiza el proyecto Huerta en Casa. El mismo apunta a la construcción de prácticas innovadoras con la intención de contribuir a la transformación de las subjetividades en el afán de mejorar los modos en que se producen y reproducen las sociedades, en los procesos de la vida de las personas, el relacionamiento social y con el medio ambiente. Se pretende describir y analizar desde qué paradigma se concibe a la salud, cuál es el enfoque de la atención en salud, y desde qué perspectiva psicológica se interviene y se analiza la experiencia, intentando dilucidar qué tan cerca o alejada se encuentra de la teoría que sustenta este trabajo.

Para la realización del análisis se diferenciaron tres ejes centrales que serán abordados por separados con fines prácticos, pero que en la experiencia se encuentran en estrecha relación, se complementan, conviven, están en un permanente diálogo, se articulan e incluso los límites por momentos son algo difusos. Los mismos son: 1- Contexto del surgimiento de la experiencia, 2- Enfoque de la salud y 3- Agroecología

4.1- Análisis del contexto

Pensar algunos aspectos del contexto en el que nació el proyecto va a permitir lograr una mayor comprensión de la experiencia, ya que el mismo deja en evidencia algunas tensiones existentes en los modelos de atención en salud. Cabe destacar que hay aspectos que trascienden las fronteras y borran los límites de los países, mientras que otros son característicos de formas locales que representan configuraciones sociales, políticas y culturales.

La declaración de emergencia sanitaria a nivel mundial tuvo muchísimos impactos que no podrían ser abordados todos en este trabajo, sólo se tomarán algunos elementos que permitan analizar ciertas dimensiones. En nuestro país se crearon Planes de Contingencia por parte de las instituciones correspondientes, para dar una respuesta coordinada y eficaz a la situación y previniendo un desborde futuro en los servicios de salud. La implementación de dichos planes tuvo muchas variaciones, que dependieron de las posibilidades de adaptación de las condiciones edilicias, así como de los recursos humanos y tecnológicos. Lo anterior se pudo constatar en los plenarios del PPRSS ya que el mismo estaba presente en 13 de los 19 departamentos, contando con un total de 36 practicantes insertos en los servicios.

En el caso de las policlínicas Artigas y Capra, en un primer momento fueron cerradas durante un mes por diversos motivos y sus trabajadores reasignados en otros lugares y tareas. En lo que respecta a las profesionales de medicina general y familiar, fueron asignadas al Centro de Salud Dr. Badano Repetto para ejecutar tareas de testeo del virus tanto en las instalaciones como a domicilio, suspendiendo las horas de trabajo comunitario. En cuanto a salud mental y trabajo social se adaptó a un formato virtual dando mayor énfasis al trabajo de consulta individual. Si bien el trabajo comunitario no fue limitado explícitamente, se hizo muy difícil desarrollarlo en ese contexto.

El trabajo con la comunidad se veía afectado también por el debilitamiento de las redes territoriales a causa de los cambios en las políticas del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con la transición del nuevo gobierno en marzo de 2020. Es importante tener presente para el análisis, que al escenario político, sanitario y social se le suman las viejas tensiones en el campo de salud. Más allá de la reforma y el surgimiento del SNIS, conviven y coexisten modelos tradicionales que están muy arraigados y modelos más emergentes alineados con la APS. Esa convivencia, según expresa Perea (2017) en su trabajo de investigación sobre las prácticas psicológicas en el PNA “se presenta de muy diferentes formas, unas como transición, otras como claramente conflictivas y otras como transacciones, pero con la predominancia aún de un fuerte desarrollo del modelo clínico tradicional” (p. 42), la situación de pandemia complejiza aún más esa convivencia.

En un primer momento la situación en los servicios y sus dinámicas fue variando y adaptándose a las nuevas circunstancias de la emergencia sanitaria. En las policlínicas no se pudo retomar el trabajo en equipo interdisciplinario hasta el mes de octubre, siendo este muy limitado en cuanto a tiempos y espacios de construcción de marcos referenciales y estrategias; ya que en el caso de medicina familiar no lograron recuperar sus horas de trabajo comunitarias, virtualmente fueron muy pocas las instancias y no lo suficientemente consistentes para lograr una sinergia como se espera para un PNA. Este elemento constituye una carencia del equipo de las policlínicas que trasciende el contexto de pandemia, y que se pudo percibir desde la incorporación de la practicante en el servicio. Es en este escenario que se profundiza una vieja fractura en el equipo de trabajo y deja en evidencia diversos conflictos que lo constituyen, obstaculizando el logro de la interdisciplinariedad.

Existen tradiciones muy arraigadas que derivan de la formación disciplinar y generan fuerzas contrarias en los profesionales de la salud, sobre todo desde la medicina tradicional donde los médicos son producidos por la hegemonía de un modelo clínico-asistencial que moldea sus prácticas. En el caso de la psicología, considerando su apertura y flexibilidad para escuchar y validar otros saberes de la comunidad, resulta más sencillo disponerse al diálogo y construcción entre disciplinas y saberes populares, aunque muchos profesionales de la psicología también quedan capturados por un modelo clínico-asistencial (Saforcada, 2010). Para pensar la interdisciplinariedad en el marco del PNA es necesario tener en cuenta que dentro de los desafíos que se presentan, según Rydel et al., (2022) “se destacan los aspectos relativos a la insuficiente formación de los profesionales y la poca relevancia que se le brinda a estas tareas en el actual sistema administrativo” (p. 151), en esto último se refiere a tiempos y espacios habilitados y destinados desde lo institucional a la tarea de integración de las perspectivas biomédica y psicosocial, como también las condiciones que favorezcan las intervenciones multidisciplinares.

Siguiendo a Perea (2017) refiere a que “uno de los grandes factores que atraviesan las prácticas en psicología lo constituye la permanencia y arraigo de modelos tradicionales y contrarios o conflictivos con los requeridos para el trabajo en el PNA desde una estrategia de APS” (p. 38). ¿Qué aportes podría realizar la psicología en este contexto que favorezcan el cambio de modelo? ¿Qué caminos serían posibles tomar para lograr el trabajo interdisciplinario? Desde el planteo de Saforcada (2010) se puede pensar que quizás el aporte sea mejorar las relaciones interprofesionales poniendo a disposición las teorías y técnicas con las que cuenta, intentando favorecer a la comunicación y cooperación en los equipos, trabajando en la confianza y asociatividad de las personas, con el objetivo latente de romper con los dualismos cartesianos mente y/o alma - cuerpo que se encuentran en el corazón de estas tensiones. Sería conveniente agregar que tal vez el rol de la psicología

sería darle lugar a los conflictos existentes, visualizarlos, contribuir a su problematización y toma de conciencia, elaborarlos en equipo.

De esta manera un elemento que surge del análisis de la respuesta desarrollada por los servicios, es que la misma no estuvo alineada con la estrategia de APS pensando en un PNA, sino por el contrario generó efectos negativos en relación al trabajo que se venía desarrollando años anteriores para fortalecer el cambio de modelo que ya presentaba limitaciones y desafíos. Este escenario vuelve a poner en evidencia las tensiones y negociaciones que existen en torno al pasaje de un modelo biomédico hegemónico basado en la asistencia de la enfermedad individual, a uno con enfoque integral, sistémico, interdisciplinario con abordaje comunitario.

Los efectos negativos se pueden analizar en tres dimensiones: en los y las usuarios/as, en los trabajadores profesionales, y en el funcionamiento y calidad de los servicios. Con respecto a los y las usuarios/as la atención se limitó a lo tendiente al virus, suspendiéndose otro tipo de prestaciones. ¿Qué pasó con la atención a las personas más vulneradas de la población, a las consideradas poblaciones de riesgo? Si el PNA es la puerta de entrada y el nivel más próximo a las personas, y debe estar en contacto directo con la comunidad en este contexto se generó un repliegue interno de los servicios dejando de desarrollar su quehacer y objetivos fundamentales. Las coordinaciones y derivaciones fueron suspendidas en la primera fase, generando una pausa en el sistema de referencia y contrareferencia.

En cuanto a las tareas del rol del psicólogo en el PNA como se expresa en el texto de Rydel et al. (2022), “en este ámbito trasciende la clínica individual para extenderse a las actividades que incluyen la promoción y prevención en salud” (p. 149). Siguiendo esta línea de análisis se puede ver que las actividades que se desarrollaron en este sentido fueron muy escasas y con grandes limitaciones, debido a que solo se podía compartir información digital, osea por whatsapp o redes sociales, lo cual no todas las personas acceden. Algo similar sucedía con las carteleras de los servicios, los mismos que fueron cerrados y luego de abrir extralimitada la circulación de personas, en este escenario este tipo de actividades no se pudieron desarrollar de manera eficaz.

Que el PNA no haya podido desplegar su estrategia de APS repercute en los otros niveles, si bien los recursos fueron concentrados en el segundo y tercer nivel, esto no favoreció la resolución de un gran número de demandas que podrían haber sido gestionadas en el primer nivel; en relación a salud mental este elemento se hizo muy evidente ya que al volver a la presencialidad las listas de esperas se habían incrementado considerablemente siendo el 50% de las consultas derivaciones del segundo nivel de situaciones que exceden las posibilidades de un PNA.

En cuanto al contexto anteriormente descrito y las medidas implementadas resulta oportuno tomar la noción que plantea Enrique Saforcada sobre Dispositivo de Políticas Públicas (DPP) para describir y analizar la relación estado/individuo en sentido de cómo el primero influye en la construcción de los sujetos. El autor refiere a los DPP como una noción para pensar el impacto que pueden tener las políticas públicas sobre los sujetos y las subjetividades, pero aplica el término para casos o circunstancias puntuales como lo es el caso de la pandemia que se vivió en 2020 (Saforcada, 2010). Esto se puede comprender mejor a partir de la siguiente definición sobre DPP:

Es cualquier decisión que parta de un diagnóstico a manera de una interpretación de la realidad, se encuentre dentro de los márgenes y entre los mecanismos previstos en *lo público*, y de lugar a la acción de alguno de los Poderes-Judicial, Legislativo, Ejecutivo (Saforcada, 2010, p. 79).

Si se aplica esta noción de DPP para analizar el contexto en el que surgió la experiencia se puede considerar que los protocolos, las medidas implementadas por las autoridades y los discursos oficiales representan un DPP, con todo lo que eso conlleva, por lo tanto el servicio de salud, las personas que allí trabajan y las medidas y adaptaciones que acontecieron en respuesta a la pandemia, forman parte de ese DPP. Analizando las diferentes implicaciones que se dan en el proyecto y tomando el aporte que trae la noción de DPP, cabe preguntarse si ¿Podría este ser un motivo de que las personas que trabajan desde diversas disciplinas queden capturadas por las lógicas institucionales?, ¿tendrá relación con la dificultad para trabajar en el proyecto desde la interdisciplina y transdisciplina?. Esto teniendo en cuenta que solo al inicio del mismo se contó con la mirada y participación de varias disciplinas, y en etapas posteriores sólo estaban presentes personas del área de psicología y trabajo social.

Siguiendo a Saforcada las políticas públicas están conformadas por uno o más DPP, pero un solo DPP contiene una idea de sujeto expresa o implícitamente, en el sentido de que son creadas, formuladas e implementadas para una idea de sujeto en específico, a la que vez que esa misma idea contribuye en la producción de subjetividades (2010). Para comprender la noción de subjetividad Saforcada toma el aporte de varios autores y considera que la misma:

comprende y compone los significados construidos a través de negociaciones con el universo simbólico y cultural que rodea al individuo, lo que posteriormente definirá maneras de percibir, sentir, pensar, conocer y actuar, modelos de vida, formas de comprender el pasado y de pensar el futuro (Giorgi, 2006; Delgado Tornés, 2004; Bruner, 2004) (Saforcada, 2010, p. 77).

Tomando la noción de subjetividad y las interrogantes planteadas más arriba, se puede pensar que las personas que trabajan en el campo de salud son también sujetos

producidos y contenidos en el DPP, ya que internalizan el mandato y son guiados en sus prácticas profesionales perdiendo toda relativa autonomía disciplinar en cuanto al desarrollo de la praxis, quedando sin posibilidad a discernimiento ni reflexión de sus prácticas, mucho menos pensar en el diálogo con entre otras disciplinas.

Dentro de las medidas tomadas y recomendadas se encontraba la distancia social y la tan repetida frase “quédate en casa”, llegando a prohibirse la circulación por espacios públicos al aire libre como plazas y parques entre otros. La presencia del virus y la vigilancia y control de la propagación y contagio, generó algunas distancias y temores a nivel social, donde se manejaron grandes niveles de miedo e incertidumbre debido a creer que el otro podría representar una amenaza. Esto generó el encierro para muchas personas y también dejó en evidencia lo evidente; las grandes inequidades que existen en la sociedad, en donde muchas de las familias que habitan estos territorios el permanecer en sus casas implica exponerse a varias carencias, vulneraciones y violencias. A raíz de esto surgen las siguientes interrogantes: el quédate en casa, ¿Qué idea de sujeto contiene?, ¿para qué grupo de la población está diseñada esta medida?, los que no tienen casa ¿dónde se quedan?, los que tienen casa en condiciones de precariedad y sin acceso a bienes básicos ¿cómo sobrellevaron la pandemia?, ¿Qué pasa con los que deben salir a trabajar?, ¿Qué ideas, sentidos, configuraciones se desprenden de esa exhortación?, ¿las personas adultas y las infancias, que están en su casa expuestas a diversas violencias/abusos?.

Por un lado existen las desigualdades socioeconómicas que son agravadas con el confinamiento, por lo tanto se comienza a notar los impactos en este sentido, en cuanto a las personas que generan sus ingresos diariamente o aquellos que quedaron sin empleo. Como también se comenzaba a poner en evidencia las exposiciones a situaciones de riesgo en muchos hogares con el aumento de la violencia intrafamiliar y los abusos, el aumento de la violencia de género y los femicidios. Esto se pudo evidenciar en un incremento del 80% de llamadas a la línea telefónica de violencia de género. A partir de estas señales se habilitó una línea telefónica (ASSE-Línea 08001920), para la atención psicológica donde se observó que la mayoría de las llamadas recibidas predominaron las consultas vinculadas a síntomas de depresión y ansiedad, y a sentimientos de soledad y aislamiento (Gimenez, 2021).

Los datos anteriores corresponden a la primera etapa que según Gimenez (2021) se caracteriza por el repliegue y desconcierto prioritariamente. Luego con el retorno progresivo a la presencialidad el Estado al ver que no era viable sostener esta exhortación modificó el slogan apelando a la “libertad” individual por “libertad responsable”, representativo de lógicas neoliberales las cuales albergan coacciones internas propias del sujeto individualista que se cree libre. Como lo expresa muy claramente el filósofo Byung-Chul Han (2014) el sujeto pasó a ser un proyecto con libertad de poder hacer, libertad que genera más coacciones que la disciplina del deber sobre los cuerpos que caracterizó a la modernidad.

Hoy en día el sujeto se somete a coacciones internas de rendimiento y optimización, a través de lo que el autor llama psicopolítica. El predominio de los criterios de bioseguridad, la tendencia higienista aplicada desde un modelo biomédico restringido, ha propugnado el distanciamiento social; la idea de que el otro puede significar un peligro, una amenaza, esto también genera transformaciones en las construcciones subjetivantes y en los modos de vinculación en el tejido social.

De la respuesta ante la pandemia y las acciones tomadas por las autoridades correspondientes no solo se desprende una idea de sujeto y un efecto en la producción de subjetividades, sino que también permite ver un paradigma, un marco teórico-conceptual y un enfoque de los abordajes en salud, contrapuesto al que sostiene el proyecto huerta en casa. Ante la presencia del virus la respuesta de nuestro sistema de salud desde el punto de vista epistemológico responde a un paradigma reduccionista, mecanicista, con un pensamiento cartesiano, dicotómico y disociativo. Al poner el foco en una sola de sus dimensiones, en la presencia de un agente patógeno, se niega la complejidad del proceso de la salud, dejando en evidencia una concepción de la salud/enfermedad lineal de causa-efecto o agente-huésped, normal-patológico. Esto se puede ver en las acciones prácticas que se ejecutaron, pero también se deja explícito en el Plan creado por el MSP, donde se expresa que “el riesgo se evaluará periódicamente y se actualizará de acuerdo a la situación epidemiológica y la disponibilidad de nueva evidencia” (MSP, 2020, Organización de la respuesta nacional a la infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), parr. 2). Lo anterior se llevó a cabo a través de la organización en áreas de vigilancia, laboratorio, manejo clínico, control de infecciones, vigilancia en puntos de entrada, comunicación de riesgos y gestión y se hará a partir de las características del agente y su capacidad de propagación, desplegando un plan de vigilancia y control basados en números de casos sospechosos, confirmados, casos leves / severos y muertes (MSP, 2020).

Según Saforcada esta manera de recortar la realidad apoyada sobre el poder de la ciencia se basa en un paradigma reduccionista y restrictivo ya que está centrado en la enfermedad individual; donde predomina el modelo médico-hegemónico asistencial, esta vertiente según el autor ha dado origen a lo que él llama el mercado de la enfermedad generador de dinámicas lucrativas (Saforcada, 2010). En consonancia con lo anterior podemos pensar en la medicalización de la vida, noción de la que habla Alicia Stolkiner. Según la autora, con el fin de incrementar ganancias para la industria farmacéutica y de aparatología, se da “la utilización clínica del concepto epidemiológico de riesgo (por lo cual se basa el diagnóstico del caso singular en la probabilidad estadística poblacional)” (Stolkiner, 2013, El proceso de medicalización y la hegemonía discursiva, parr. 9). Reduciendo así la complejidad del procesos salud/enfermedad y colocando la mirada en una

sola de sus dimensiones, a esto se ha denominado “disease mongering” o “creación de enfermedades”, término introducido por Lynn Payer en el año 1992 (Stolkiner, 2013).

Siguiendo a Stolkiner (2013) quien citando a Moynihan et al. (2002) reafirma lo anterior “La construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad”(parr. 1). Reflexionando a partir de lo anterior surgen las siguientes interrogantes: ¿la enfermedad es una construcción de la civilización que responde a un momento histórico dado?, si el foco está puesto únicamente en atender la enfermedad individual, la misma, ¿es creada y producida bajo lógicas capitalistas, ya que genera mayores ganancias para las corporaciones?, ¿la enfermedad sería producida por la propia civilización para vender y comprar a partir de ella?. Hoy en día la medicalización de la vida como dinámica lucrativa no se remite solo en la atención de la enfermedad, sino también a la búsqueda de la salud perfecta, estereotipada, que se vende a través de los mass media, donde se utiliza la medicación para “prevenir riesgos”, para expandir los límites corporales y seguir rindiendo al sistema, seguir produciendo, en donde los sufrimientos singulares no tienen lugar, no hay lugar para el malestar, para lo doloroso, hoy en día se hizo moda el anestesiar los dolores (Stolkiner, 2013).

Ana Maria Vara siguiendo el concepto de “disease mongering” plantea en su artículo escrito para Evidencia en el año 2008, que “la venta de una dolencia que ensancha los límites de lo que es enfermedad con el fin de ampliar los mercados para aquellos que venden y aplican los tratamientos” (p. 39). Es este proceso el que convierte a una persona sana en paciente, donde se toma un síntoma cualquiera y se lo agranda como fundamental de una enfermedad, transformando a los sujetos en consumidores del mercado de la enfermedad. Lo anterior, está fundamentado, según la autora en la nueva ética científica, pasando del ethos académico al ethos corporativo, quien guía muchas de las investigaciones en estos tiempos, toda producción de conocimientos alberga una postura ética y política sea esta explícita o implícita (Vara, 2008).

Se hace evidente la necesaria reflexión ética y política, que moran en la base de toda práctica, tanto profesional como formativa y que se desarrolle en el campo de salud, ya que representan el lente a través del cual se comprende la realidad, se investiga y se interviene respondiendo a cierto paradigma. En este sentido es oportuno tomar el aporte de Maritza Montero (2001) donde refiere que las dimensiones ética y política pocas veces son reconocidas y “quedan en una especie de zona de penumbra, borrosa y vaga, apenas dibujada” (p. 9), pero se encuentran presentes de manera intrínseca en todo paradigma. Es necesario repensar la praxis para dejar de repetir lógicas hegemónicas y formar profesionales que trabajen para lo que Saforcada (2010) llama el complejo industrial/profesional; el mismo “genera las condiciones legales y justificaciones pseudocientíficas... para imponer la racionalidad del lucro sobre la del bien común, lo cual

generalmente conlleva profundos deterioros de la salud de la población” (p. 52). La respuesta a la emergencia sanitaria responde a lógicas hegemónicas provenientes de lo biomédico, enfocadas en la bioseguridad.

El proyecto huerta en casa con bases en la agroecológica, surge a partir de una grieta en la fragmentación generalizada que se estaba viviendo, con el sentido de construir posibilidades alternativas. Varias fueron las interrogantes que inicialmente se plantearon y que dieron origen a la propuesta: ¿Qué acciones pueden potenciar iniciativas comunitarias que se adapten al contexto y a la vez estén orientadas a mitigar los impactos asociados a la emergencia sanitaria?, ¿cómo construir una propuesta que estimule y fortalezca los procesos de autonomía, más allá de encontrar soluciones en lo inmediato?, ¿qué actividades podrían estar presentes en los hogares de las familias que habitan estos territorios, que se puedan apoyar y fortalecer? El desafío era pensar y construir estrategias viables para el contexto específico y a pesar de las dificultades que se presentaban.

4.2- Análisis del enfoque en salud

El surgimiento del proyecto huerta en casa significó una oportunidad de construcción colectiva que estaba germinando en algunos lugares de la ciudad, una grieta donde sembrar lo diverso, generado desde un paradigma que se caracteriza por ser integrativo, expansivo y social prioritariamente. Entre tanto reduccionismo y fragmentación se intentaba sembrar la semilla de lo complejo, apostando al desarrollo de prácticas que fomenten la transformación social y estructural de los modos de vivir y de los procesos de subjetivación, desde la acción colectiva, partiendo desde lo singular a lo general.

Para analizar los aportes de la psicología en el campo de la salud es necesario desarrollar la noción de campo y que se pretende dimensionar con esto. Utilizar este término remite a un posicionamiento epistémico relacionado al objeto de estudio y la forma que este toma frente al sujeto cognoscente; es una posibilidad de romper con el paradigma lineal de causa-efecto, una manera de romper con la lógica reduccionista-positivista y admitir la complejidad del objeto de estudio. No se trata de un objeto discreto sino de una realidad compleja, un campo de problemáticas. Una manera de entender el pensamiento complejo es pensar la producción de conocimientos como la relación de los sujetos que lo producen con el objeto que se investiga, y que estos son parte del mismo mundo que los contiene, por lo tanto el sujeto cognoscente no está aislado ni vive en un mundo abstracto, sino que tiene su propia creación simbólica-vivencial del mismo (Najmanovich, 1995). Esto permite analizar las implicancias que existen en los profesionales a la hora de reflexionar sobre los diferentes abordajes que responden a posturas epistemológicas, éticas y políticas, y la capacidad de

pensarse en el hacer desde el rol disciplinar pero a la vez como parte constitutiva del objeto que está siendo abordado.

Pensando la práctica psicológica en un PNA la misma se vincula con el campo de acción de la psicología comunitaria definido por un objeto, un lenguaje y un método, en relación al objeto al decir de Maritza Montero (2006) "son la comunidad y los procesos y relaciones psicosociales que en ella se producen, ambos contruidos entre los individuos que integran dicha comunidad y que reciben asimismo su influencia"(p. 27), en los que se encuentran procesos psicosociales y psicológicos.

La noción de campo tiene su origen en Bourdieu y se tomará para este trabajo la primera idea que el autor esbozó en un artículo escrito en el año 1966 con respecto al campo intelectual. En este, el autor señala que el campo "constituye un sistema de líneas de fuerza... los agentes o sistemas de agentes que forman parte de él pueden describirse como fuerzas que, al surgir, se oponen y se agregan, confiriéndole su estructura específica en un momento dado del tiempo" (Bourdieu, 1966, p. 9). Estas fuerzas toman capitales en disputa y establecen juegos de poder. Esta idea intenta dar cuenta de las dimensiones que componen el campo de la salud y que el mismo es el conjunto de fuerzas que operan en él, no se trata de un objeto de estudio, sino de un campo de problemáticas. De esta manera nos permite dar cuenta de las tensiones que existen como también romper los límites de los territorios disciplinarios y habilitar un espacio que contribuya en agrupar lo diverso, es un intento de construir lo transdisciplinario y generar una mirada más amplia que minimice el riesgo de lo impensado, pero a la vez sin perseguir ninguna certeza absoluta (Bachino y Maceiras, 2008). Por lo tanto, el campo de la salud hace referencia al resultado de la interacción y lucha de diversos saberes, poderes, disciplinas, teorías, técnicas, prácticas y acciones en el ámbito de la salud, a la construcción social de la problemáticas en torno a esta y las diversas intervenciones resultantes de las prácticas.

Para este trabajo se tomaron varios elementos de diversos autores y sus planteos que se entiende están en sintonía con la esencia de la experiencia y que permiten comprender con más profundidad los procesos de salud/enfermedad para poder analizar los alcances y limitaciones de la misma. Para comenzar se dirá que la salud es entendida como un proceso y no como un estado ideal al cual se desea llegar, no como un fin sino como algo relativo y dinámico, la salud es el reflejo de cómo las sociedades gestionan y producen la vida. Está condicionada por el momento histórico y se constituye por aspectos subjetivos, en las diversas maneras de ser, estar y sentirse en el mundo; y también por aspectos objetivos como las diferentes formas que tienen las personas de realizar actividades diarias y funcionar en sociedad (De Lellis, 2015).

Desde una mirada integral se entiende que la salud es un proceso multidimensional, que se compone por la interacción de diversos factores como el biológico, el familiar, el

laboral, el ambiental que a su vez están influenciados por las variables psicosocioculturales, a través de las cuales se configuran los estilos de vida; por lo tanto el proceso de la salud se puede entender como un fenómeno ecosistémico (Saforcada, 2010). ¿Cómo se puede ver esta perspectiva de la salud en el proyecto huerta en casa?, ¿cuáles son los elementos que constituyen la experiencia?, ¿de qué manera pretende incidir en el proceso de la salud?

Si bien el proyecto Huerta en casa surgió en un momento donde se debilitaban las redes territoriales y se hacía imperante fortalecerlas generando nuevas estrategias, el mismo fue creado desde un enfoque integral de la salud con la intención de fomentar procesos de protección, promoción y prevención de la salud, contemplando la complejidad que representan y pretendiendo generar efectos transformadores en diversas áreas de la vida de las personas que participaran de él; se creía posible que a partir de la adquisición de hábitos saludables se pueden configurar estilos de vida innovadores para las familias. Uno de los factores fundamentales de la propuesta era fomentar los principios agroecológicos ya que los mismos están en sintonía con una perspectiva integral de la salud y enfocados a proteger la biodiversidad de la vida en todas sus manifestaciones generando efectos potenciadores en la salud. Es importante tener presente que la experiencia se enmarca en un trabajo intersectorial e interdisciplinario, donde están involucradas varias instituciones que trabajan en el ámbito de la salud pública como también otras que trabajan en educación, en cultura, para la comunidad, la agricultura y el medio ambiente; donde las prácticas y acciones se generan a partir del encuentro con otras organizaciones y actores sociales. El trabajo que se construye va más allá de atender una demanda asistencial individual y en lo inmediato, sino que aspira a construir procesos transformadores colectivos.

La experiencia de Huerta en casa presenta ciertas características que hace necesario tomar aportes de la salud colectiva para su análisis, desde una mirada de la epidemiología crítica latinoamericana. La misma se presenta siguiendo a Jaime Breilh (2013) como una herramienta de transformación en el campo de la salud que pretende romper con el paradigma médico-hegemónico. Desde la epidemiología crítica se “trabaja en la construcción popular- académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (socio-biocéntrica), mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad” (Breilh, 2013, p. 23).

Uno de los aportes fundamentales de esta perspectiva es la noción de determinación social de la salud que permite comprender desde un pensamiento complejo el proceso de la salud, y al decir de Breilh (2013) “se plantea en la interfase del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad”(p. 21). Esta noción plantea tres dimensiones, una singular que incluye al sujeto y sus microentornos , otra particular de los grupos o colectivos que corresponde a lo comunitario y otra general de la sociedad. A su vez estas dimensiones

están determinadas según el autor por tres elementos, la estructura económica, la configuración política y la configuración cultural. Estas dimensiones y estos elementos están en relación dialéctica en un movimiento continuo transformador de una matriz; donde la estructura económica de una sociedad genera las lógicas que configuran la política y la cultura que interactúan con las dimensiones singular, particular y general, donde cada dimensión está incluido en el otro por lo que él autor denomina como relación de subsunción, existiendo una unión interna de los elementos y una autonomía relativa de cada dimensión (Breilh, 2013).

Según la tópica de este planteo se dan procesos y movimientos contradictorios que van desde lo macro (lo particular y general) reproduciendo la estructura y por otro lado desde lo micro (singular, familiar) desarrollando procesos de generación, de esta manera se mantienen en un continuo movimiento dialéctico la determinación social de la salud (Breilh, 2013). Es así cómo se constituyen los modos de vida de los grupos sociales, entendiendo como tal a los modos de trabajar, de consumir, de organizarse, de construir identidad y de relacionarse con el ecosistema, estos ofician de soportes para los grupos y llevan a mecanismos o procesos protectores saludables o destructores malsanos (Breilh, 2010).

Si pensamos el movimiento desde lo general se ve cómo se reproduce la estructura económica impuesta en la sociedad y cómo la misma condiciona y configura la política y la cultura, por lo tanto los modos de vida colectivos son organizados con ciertas condiciones y espacios estructurados que van generando procesos protectores o destructores. En las zonas implicadas en la experiencia se pueden observar procesos destructores que son consecuencia de la lógica neoliberal globalizada, con énfasis en la acumulación de capital, en la mercantilización de la vida, de la salud, de la enfermedad, de la educación, configurando modos de trabajar, de consumir, de hacer identidad, de creación y de relacionamiento con la naturaleza desde la inequidad y la exclusión, una sociedad de mercado que se mueve hacia la producción de objetos. Estos movimientos que configuran procesos destructores o también llamados malsanos, a su vez generan patrones de exposición y vulnerabilidad.

Rebellato (2000) toma los aportes de Habermas en ética de la liberación para explicar cómo estas lógicas neoliberales impactan en la vida cotidiana de las personas, y llaman a ese proceso como colonización del mundo de la vida, penetrando y moldeando el imaginario social y los valores de comportamiento en las prácticas sociales, produciendo nuevos significados, nuevas subjetividades y nuevas patologías (p. 24). Rebellato (2000) señala que en la sociedad de la exclusión y el rendimiento la violencia se expande tomando diferentes formas, se puede ver por ejemplo en el terror que genera la exclusión, la misma “se expresa en la disociación de vivir bajo la sensación de lo peor (miedo de quien teniendo empleo puede perderlo, de quien habiendo perdido teme no encontrar jamás otro)” (p. 24).

También la violencia se percibe en forma de competitividad con un sentido del otro como alteridad amenazante, generando y operando desde la fragmentación, la separación y la división, la misma se expande y se exhibe como en un espejo a través de los medios de comunicación, el autor lo llama el espectáculo del horror (Rebellato, 2000). Este modelo impone un sentido normalizador totalizante que se naturaliza en forma de conformismo y resignación como única manera de vivir en sociedad, esto es lo que el autor llama lo instituido que fuerza la imposibilidad de lo instituyente, aquellas fuerzas populares que ante las crisis se reorganizan en construir algo diferente, innovador, alternativo, emergente de la fuerza de los colectivos y con un compromiso ético de liberación donde se defiende la dignidad humana (Rebellato, 2000).

Siguiendo a Jaime Breilh (2010) con respecto al nivel micro o singular de las personas y sus estilos de vida, podemos ver que los procesos de generación de lo nuevo contrahegemónico se generan a partir de una ruptura en los márgenes de autonomía relativa y los espacios y fisuras del poder estructurante. En ese sentido el proyecto huerta en casa surge en un marco que intenta utilizar las posibilidades de autonomía relativa de la salud pública (para no quedar capturada por las lógicas institucionales instituidas que responden a una estructura general de la sociedad) en un trabajo conjunto con la comunidad y pequeños grupos que conforman diferentes clases sociales, lo instituyente. A su vez experiencias similares se estaban implementando en otras zonas de la ciudad con similares características sociodemográficas, por lo que oficiaron de inspiración y réplica. La propuesta de trabajar con las familias en la construcción de una red de acompañamiento y apoyo en la tarea de la huerta agroecológica, teniendo en cuenta el planteo desarrollado, podría representar una vía regia de generación de transformación de la matriz. Generando así procesos protectores de la vida y de la salud desde lo singular, intentando incidir en la configuración de los estilos de vida y fomentando el desarrollo local.

En relación a los márgenes de autonomía relativa y la propuesta del proyecto huerta en casa, ¿cómo podría intervenir la psicología en estos procesos?, ¿qué aportes se pueden generar desde la psicología? Siguiendo a Morin (2007) se refiere a la autonomía en el sentido de ser nosotros mismos y la define como un estado de dependencia y posesión a la vez, ya que la misma depende de un lenguaje, de una educación, de una cultura y de una sociedad lo suficientemente variadas como para poder hacer una elección y posteriormente reflexionar sobre ello; a su vez para realizar esos procesos dependemos de un cerebro, que a su vez es el resultado de un programa genético, que depende de ciertos genes. Es una relación recíproca donde según Morin “dependemos de nuestros genes y... somos poseídos por nuestros genes, por que ellos no dejan de dictar a nuestro organismo el modo de continuar viviendo” (p. 98). A partir de lo anterior es como las personas de una comunidad podrían tomar de la cultura los elementos que consideran más interesantes y formar sus

propias ideas a partir de un discernimiento, y es ahí donde la psicología encuentra un campo de problematización que se vincula directamente con los procesos de subjetivación y donde se pueden realizar intervenciones, es ahí donde el proyecto huerta en casa pretende incidir.

Un elemento fundamental que introduce este planteo para pensar la salud es que integra la mirada de la geografía crítica y del urbanismo para poder entender el principio dialéctico que existe en lo que Breilh llama metabolismo sociedad-naturaleza, en el sentido de pensar en la construcción de las ciudades de manera artificial donde el ser humano y la naturaleza han interactuado de diversas maneras a lo largo de la historia. Siguiendo con lo anterior, resulta necesario hacer referencia al planteo de Marx y Engels (1974, citado por Breilh, 2010) sobre el principio dialéctico “la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan recíprocamente”. Hay entonces una historicidad de lo biológico. Un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza urbana artificializada” (p. 87). De esta manera se puede pensar en la salud humana y en los ecosistemas en el marco de las ciudades en términos de determinación social, donde cada una incide en la otra, es así como la ciudad y su artificialización influyen en “los procesos fisiológicos del fenotipo y del genotipo de los habitantes de la ciudad” (Breilh, 2010, p. 87).

Contemplar los procesos de la urbanización nos permiten ver más allá de las estadísticas y los datos, sino que nos llevan a comprender la génesis de las estructuras que componen los modos de vivir, los que indican y permiten analizar los procesos de salud. En el caso de los territorios donde se desarrolla la experiencia sabemos que es una zona periférica de la ciudad que está conformada por habitantes que hace ya varias décadas trabajan en las actividades comerciales y de producción de la zona como los son las industrias y la agricultura, y en los últimos años se ha dado el fenómeno de los asentamientos irregulares (personas expulsadas de algunos sectores de la ciudad), donde se encuentran en estado de máxima precariedad y sin acceso a servicios básicos. Históricamente estas zonas también se caracterizan por tener limitaciones de transporte público, siendo esto un indicador de exclusión hasta nuestros días.

A partir del desarrollo sobre cómo pensar los procesos de salud es oportuno preguntarse ¿Qué posibilidades de trabajo tiene la psicología en los mismos?, ¿cuál es el rol de la psicología en las prácticas que conforman el campo de la salud?, ¿qué tipo de intervenciones serían estratégicas? Reflexionando sobre estas interrogantes y analizando la experiencia es oportuno tomar aportes tanto desde la psicología comunitaria como de la psicología social para el análisis, ya que estamos frente a procesos colectivos y comunitarios, que generan nuevas subjetivaciones.

4.3- Aportes de la Agroecología en articulación con las prácticas psicológicas

La pandemia de 2020 no hizo más que acentuar las consecuencias de un sistema hegemónico que tiene como impronta producir objetos infinitos en un mundo finito. El sistema actual, según Jaime Breilh (2013) se caracteriza por una “acelerada acumulación de capital, exclusión social y destrucción de la naturaleza, con su modo civilizatorio consumista, contaminante y derrochador” (p. 21). Estas lógicas también colonizaron la agricultura industrializando su producción, convirtiéndola en extractivista, dependiente de insumos externos como biocombustibles derivados del petróleo y agrotóxicos, generando alteraciones genéticas, disminuyendo la calidad de los alimentos, eliminando la biodiversidad de los ecosistemas, reduciendo la biomasa, derrochando recursos naturales como la tierra y el agua (Altieri y Toledo, 2011). Incluso desde varias miradas críticas y desde el enfoque de la determinación social de la salud hay quienes consideran que la mutación del virus SARS COV 2 es consecuencia de todo lo anterior; según Breilh (2020) “el virus es el elemento biológico... sus procesos de transformación genómica, transmisión y virulencia no se dan en el vacío, sino que son socialmente determinados” (p. 13).

Uno de los aportes de la epidemiología crítica para realizar un análisis profundo de la pandemia es romper con el reduccionismo de controlar el riesgo de contagio del agente patógeno, dejar de contar muertes, estadísticas, recursos sanitarios y poder ver más allá de la punta del iceberg (Breilh, 2020), es necesario romper con el enfoque positivista y poner en juego la bioética que representa las decisiones políticas a la hora de generar respuestas sin tiempo de reflexión. Siguiendo al autor es necesario

sacar del globo de cristal del pensamiento cartesiano... una mirada estática de la pandemia en la que el pasado que la genera no cuenta y el futuro no existe como opción distinta al presente de una normalidad perpetua (p. 9).

Siguiendo Altieri y Toledo (2011) la agroindustria se ha transformado en el patrón hegemónico de producción de alimentos, por lo tanto resulta necesario analizar algunos aspectos de la misma en relación a los procesos de salud/enfermedad para comprender su influencia. Desde la noción de la determinación social de la salud estos formatos de producción a nivel mundial no solo generan desastres ecológicos, sino que influyen en las inequidades existentes en cuanto a distribución de recursos como la tierra, el agua y las semillas, ingresos muy desiguales de los pequeños campesinos que terminan cediendo sus tierras debido al alto costo y tan bajos ingresos. Esto genera que aumenten los niveles de pobreza y se ponga en riesgo la seguridad alimentaria, además de las personas que se exponen permanentemente a los agrotóxicos tanto trabajadores o habitantes de las zonas cercanas a los monocultivos. La humanidad se está enfrentando a la mayor crisis alimentaria de la historia (entre otras) a consecuencia de los monocultivos a gran escala de

alimentos y de biocombustibles y la utilización de transgénicos y agrotóxicos, ya que pone en alto riesgo a la seguridad alimentaria, no solo por la calidad de los alimentos, sino también por el aumento del costo que sube considerablemente (Altieri y Toledo, 2011). El registro de los índices de la suba de precios en los alimentos, si bien ha tenido algunos descensos en los últimos meses, los valores son los más altos de la historia, sobre todo en los cereales, también afectado por la guerra en Ucrania (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO, 2022).

A partir de lo anterior es necesario preguntarse ¿Qué importancia tiene considerar esos aspectos a la hora de realizar intervenciones psicológicas en el campo de salud? La respuesta podría aparecer relacionada a las producciones subjetivas y las diversas formas de malestares o disfrutes que componen los procesos de salud/enfermedad. El proyecto huerta casa pretende habilitar un espacio de problematización a partir de algunas necesidades concretas que presenta la población, pero además utilizando algunas herramientas de la psicología comunitaria se cree posible generar transformaciones con la comunidad para romper con las estructuras hegemónicas, esas transformaciones están condicionadas y son generadas a la vez por las producciones subjetivas en la vida cotidiana.

Analizando las dimensiones que se proponen desde la determinación social de la salud se observa como en el nivel general/ macro de la sociedad la agroindustria como forma de producción genera impactos negativos tanto para la población del campo como de la ciudad. Es una lógica económica basada en la concentración de capitales y recursos para una pequeña élite y el despojo y exclusión para otro sector de la sociedad, sustentada en configuraciones políticas a través de tratados de libre comercio y legalidades a favor de capitales extranjeros, cubriendo una demanda exterior. A nivel comunitario o como lo llama Breilh (2011) nivel particular de grupos o colectivos y sus modos de vivir se pueden ver reflejado en

patrones de trabajo indignos y peligrosos; patrones de consumo malsanos y derrochadores en medio de la miseria y la acumulación de desechos; pérdida de identidad cultural e imposición de una subjetividad alienada; desaparición o debilitamiento de las organizaciones sociales y soportes comunitarios, gremiales, barriales y familiares; y trastorno de las relaciones con la naturaleza (p. 174).

Según el autor es necesario desarrollar otro modelo agrario “que capitalice a los pequeños y recupere su potencialidad cooperativa para afianzar la soberanía y mercado interno de alimentos y que soporte la construcción de modos de vivir saludables” (p. 174-175).

Siguiendo con el modelo de la agroindustria y analizando lo más micro y singular de las personas y los estilos de vida que se configuran, al estar expuestos a los agrotóxicos debido al uso desmedido de los mismos, se generan daños biológicos provocados por

diversas formas de toxicidad como algunos tipos de cáncer o malformaciones congénitas, la explotación del trabajo genera daños físicos como sobrecarga y deterioro osteomuscular, como también daños, sufrimientos y malestares psíquicos, y cierto tipo de producciones subjetivas (Breilh, 2011). Estas últimas entendidas no solo como las maneras que tienen las personas de sentir, estar, pensar y actuar en el mundo, sino también según Giorgi (2006) como “ los modelos de vida, los estilos de relación con el pasado y con el futuro, las formas de concebir la articulación entre el individuo (yo) y el colectivo (nosotros)” (p. 1); es así como las lógicas de la estructura económica y los modos de producción configuran la política y la cultura de una sociedad, constituyendo de esta manera los modos de vivir que condicionan los procesos de subjetivación. Los mismos se pueden observar también en los modos vinculares que se articulan en las relaciones sociales (Giorgi, 2006).

Por lo tanto, si los malestares psíquicos son producciones singulares de configuraciones que vienen desde las dimensiones generales de la sociedad, según Goinheix y Maceiras (2002) las dimensiones psicológicas son producidas como un pliegue de fuerzas externas caracterizadas hoy en día por la inmediatez, modalidades derivadas de las formas de producción, distribución y consumo (p. 154). En relación a lo anterior Protesoni (2002) refiere que hoy en día lo que opera en los sujetos para garantizar la obediencia al estándar es la seducción apareciendo con el disfraz de la libre voluntad, se pasó del ciudadano como forma de subjetivación de la modernidad al consumidor, caracterizado por un consumo instantáneo y fugaz (p. 82).

La propuesta Huerta en casa fue un llamado a quienes quisieran realizar una huerta orgánica o que ya venían trabajando en ella y desearan formar parte de una red de apoyo, basada en los principios agroecológicos. Esta es una tendencia que viene creciendo a nivel mundial, regional, nacional y local; aunque tiene sus orígenes desde antes de la época prehispánica, en la agricultura indígena. Con la declaración del estado de emergencia sanitaria, se empezaron a desarrollar algunos focos en la ciudad de apoyo a la producción familiar de alimentos. Algunas de las organizaciones e instituciones que participaron fueron la Red de Huertas Comunitarias, la Red Nacional de Semillas Nativas y Criollas, La Unidad de Montevideo Rural (MR) de la Intendencia de Montevideo (IM), la Facultad de Agronomía, Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI-C).

La modalidad del trabajo en red constituye un entramado de conexiones que permitieron a la experiencia articular con diversidad de actores de la comunidad para cumplir su cometido, propiciando una participación activa que toma diversas formas en las diferentes etapas de la experiencia. Uno de los objetivos que perseguía el proyecto era favorecer el sostén y el fortalecimiento de las redes comunitarias y crear nuevas, en un contexto donde las mismas estaban sufriendo una fragmentación.

La experiencia se construye en la interacción de la agroecología y el abordaje desde la psicología comunitaria, ya que la propuesta de trabajar en base a los principios agroecológicos es un fenómeno que nace en las comunidades, a partir de colectivos organizados que forman redes permitiendo una visibilidad en la sociedad de manera tal que las prácticas desarrolladas se expanden y se van diseminando en otros núcleos. La convocatoria del proyecto fue a través de algunas organizaciones sociales e instituciones en primera instancia, y posteriormente se invitaron a personas individuales que quisieran formar parte tanto del grupo organizador como de la red.

La psicología comunitaria por su parte nace en el afán de ampliar la mirada, rompiendo con la concepción intrapsíquica de los procesos salud/enfermedad y permitiendo integrar aspectos ecológicos y culturales. Siguiendo a Montero (2004) una de las características fundantes de la misma es trabajar para y con la comunidad, esto supone un rol activo de la misma y no como simple espectadora o depositaria de algún beneficio. Esta idea tiene directa relación con el planteo de Rebellato y Gimenez en *Ética de la autonomía* (1997) donde refieren que dentro del trabajo social existe el modelo de beneficencia el cual concibe a las personas como objetos de una intervención, por lo tanto no los reconoce como sujetos titulares de derechos, sino que los coloca en un lugar de beneficiarios donde las personas terminan esforzándose por demostrar que son merecedores de ese beneficio. En contraposición a lo anterior los autores proponen un modelo basado en la autonomía del sujeto considerando su sistema de valores, las costumbres, la cultura de la comunidad como principal componente ético para definir las intervenciones (Rebellato y Gimenez, 1997). Los autores también plantean que para trabajar con la comunidad es necesario establecer relaciones simétricas y dialógicas, dotadas de reciprocidad, comprensión y empatía, para ello es necesario desarrollar ciertas virtudes morales como la capacidad para el diálogo y la escucha, veracidad y autenticidad (Rebellato y Gimenez, 1997). Este modelo plantea la autonomía como el ejercicio del poder, el reconocimiento de las redes locales, sociales, organizaciones barriales y la recuperación del saber de los sujetos, desde este paradigma se enfatiza en el carácter ético cultural. Este aspecto no solo está presente en el proyecto huerta en casa sino que también es un elemento constitutivo del mismo en el sentido de partir de experiencias de redes locales y considerar las potencialidades y recursos de la población a quien estaba dirigido, por su identidad barrial e historia cultural.

Por otro lado la agroecología tiene como objetivo transformar el modelo agroindustrial de producción de alimentos, recuperando e integrando saberes ancestrales y populares, promoviendo la experimentación de las comunidades locales a través de herramientas de extensionismo horizontal, integrando nuevas propuestas científicas y tecnológicas que promuevan la agricultura local y producción nacional de alimentos, a través de innovación, recursos locales y energía solar (Altieri y Toledo, 2013).

En el año 2005 se crea La Red de Agroecología del Uruguay (RAU) orientada a diseñar sistemas sustentables a través de movimientos sociales con el fin de transformar las estructuras de los sistemas de producción y distribución de los alimentos. La RAU está conformada por organizaciones sociales e instituciones y por productores, distribuidores y consumidores de alimentos y productos agroecológicos, los cuales tienen la convicción de que la agroecología genera un impacto positivo a nivel social, económico y ambiental (Red de Agroecología del Uruguay, “¿Quiénes somos?”, parr. 1). Un requisito importante para hablar de sistemas sustentables según la RAU es que los mismos deben ser “culturalmente sensibles, socialmente justos y económicamente viables” (Red de Agroecología del Uruguay, “¿Que es la agroecología?”, parr. 4).

En el año 2018 gracias a la iniciativa del movimiento agroecológico uruguayo se aprueba la Ley N° 19.717 “Declaración de interés general y creación de una Comisión Honoraria Nacional y Plan nacional para el fomento de la producción con bases agroecológicas” (Uruguay, 2019) , la misma fue reglamentada en el año 2019 y en su artículo N°1 se expresa que es

de interés general la promoción y el desarrollo de sistemas de producción, distribución y consumo de productos de base agroecológica... con el objetivo de fortalecer la soberanía y la seguridad alimentaria, contribuyendo al cuidado del ambiente, de manera de generar beneficios que mejoren la calidad de vida de los habitantes de la República (Uruguay, 2019, parr. 1).

Posteriormente se construyó el Plan Nacional Para el Fomento de la Producción con Bases Agroecológicas (2021), una vez conformada la Comisión Honoraria del Plan Nacional (CHPN). En el mismo se enfatiza lo que aparece en la ley con respecto a que la agroecología no solo persigue contribuir a la seguridad y soberanía alimentaria, sino que busca integrar y validar otros saberes en el diálogo social, incorporando lo socioeconómico y cultural; como también diseñar y manejar agroecosistemas productivos, diversificados y resilientes (Comisión Honoraria del Plan Nacional, 2021, p. 7).

A lo largo de la historia la humanidad ha tenido que enfrentar diversas crisis donde la AU ha podido dar respuesta y apoyo, en momentos donde la escasez de alimentos y el aumento de la pobreza se hicieron presentes, amenazando la salud de las poblaciones. Algunos ejemplos de ello son EEUU después de la Segunda Guerra Mundial donde la AU cubrió el 40% de la demanda de verduras; en Cuba en el “periodo especial” se cultivaron 2.439 hectáreas produciendo más de 25.000 toneladas de alimento por año (Nicholls y Altieri, 2019). En el año 2002 nuestro país se vio afectado por una fuerte crisis que se vivía en toda la región donde los índices de pobreza y desempleo aumentaron considerablemente, es en este escenario que según Uriarte (2005) “el problema de la

seguridad alimentaria adquiere dentro de la crisis dimensiones dramáticas, con una realidad signada por ollas populares y merenderos” (p. 14). La presencia de ollas populares y merenderos barriales, como las campañas de recolección de alimentos también se hicieron presentes a partir de marzo de 2020, esto representa un indicador de que los sectores más vulnerados de la sociedad tienen esta necesidad básica insatisfecha. Si bien estas iniciativas están dotadas de una fuerte solidaridad de las comunidades, no dejan de representar formatos asistencialistas, donde el sostén a largo plazo es inviable y no presentan transformaciones para los colectivos (Uriarte, 2005).

En este sentido podemos ver como la metodología utilizada por la Psicología comunitaria trabaja a partir de las necesidades de la comunidad, pero no haciendo énfasis en ellas sino detectando los recursos con los que la comunidad dispone para construir respuestas, no se enfoca en la carencia sino en las potencialidades. Parece algo evidente que la alimentación sea una necesidad de la comunidad en cuestión, pero tomando el aporte de Montero es necesario analizar si es realmente una necesidad sentida por la población o pertenece a una necesidad normativa (2004). Es importante que la comunidad lo viva psíquicamente como una carencia para activar la motivación de accionar en satisfacer la misma, de lo contrario sería algo impuesto por agentes externos que no lograra un trabajo participativo emancipador de transformación.

Siguiendo a Montero (2004) el trabajo entonces de la psicología comunitaria sería propiciar procesos de concientización, de sensibilización que permitan la problematización, la toma de conciencia tal vez de aquellas necesidades que la comunidad aún no se hizo consciente. En esta línea Giorgi (2006) señala que las “necesidades y la satisfacción (o no) de dichas necesidades pasa siempre por relaciones vinculares. A su vez estas experiencias de satisfacción o frustración constituyen componentes esenciales en la producción de subjetividad” (p. 2). Por lo tanto, trabajar con la comunidad en la construcción de respuestas que satisfagan sus propias necesidades podría ser una vía privilegiada para construir procesos saludables, con modalidades vinculares en la sociedad y con la naturaleza que permitan producciones subjetivas desde la solidaridad, empatía y cooperación. Al decir de Breilh (2013) parafraseando a Samaja, se trata de una “génesis emancipadora saludable... creada por las clases, pueblos y comunidades... en su afán por construir un nuevo modelo civilizatorio que implique un metabolismo sociedad naturaleza protector y promotor de la vida (p. 21).

Con respecto a lo anterior el caso del proyecto huerta en casa tuvo la particularidad que se convocó aquellas personas interesadas, se invitó a participar de una propuesta concreta vinculada a un área específica pero que permite la integración de personas que tuvieran intereses diversos. En este caso no se generó la entrada de agentes externos a un grupo comunitario ya conformado, sino que se suponía que aquellos participantes que se

integraban presentaban alguna necesidad que su participación en el proyecto aparentemente podría proporcionar a su satisfacción, tanto sea de alimentación, como de sostén colectivo, afecto, cultural, etc. La familiarización con el territorio ya estaba iniciada por los equipos que venían trabajando en la comunidad a través de diagnósticos territoriales, la identificación de necesidades se generó a partir del análisis contextual y coyuntural, y se tuvo presente la historia del territorio en relación a la AU, fue recién la reunión inicial que ofició cómo una instancia privilegiada para el intercambio de intereses, deseos, necesidades, recursos y potencialidades, como también para el mutuo conocimiento.

Ahora bien, ¿por qué desde el proyecto huerta en casa la invitación es a trabajar desde la agroecología? El motivo es porque los principios agroecológicos según Altieri y Toledo (2011) están basados en “los procesos sociales que demuestran que la participación de la comunidad y el empoderamiento local son las únicas opciones viables para satisfacer las necesidades alimentarias regionales” (p. 6). Analizando la experiencia y considerando el campo de intervención desde la psicología comunitaria es posible pensar que una estratégica línea de acción es el trabajo con la comunidad acerca de necesidades (sentidas o no por la misma) pero que a partir de un proceso de problematización se activen los recursos con los que cuenta en pos de construcciones transformadoras para darle respuestas a las diversas problemáticas. En el caso concreto de la experiencia desarrollada se puede observar cómo a partir de la motivación de satisfacer una necesidad puntual se abre un abanico de posibilidades de trabajo participativo.

La participación por su parte es una característica fundamental del método de trabajo de la psicología comunitaria. Siguiendo a Montero (2004) “las necesidades sentidas y expresadas como demanda, favorecen la participación” (p. 98), y también el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y potencialidades con los que cuenta una comunidad. Es por ese motivo que la psicología comunitaria no trabaja haciendo énfasis en la carencia, sino en los recursos sin negar las anteriores. En el caso del proyecto Huerta en casa conocer a priori la historia y antecedentes de la comunidad favoreció en el trabajo de detectar los recursos con los que la comunidad en cuestión contaba para hacerle frente a las necesidades y de esta manera hacer énfasis en ellos y no en las carencias. Los recursos detectados en la población a priori tienen que ver con los históricos-culturales como lo son los conocimientos tradicionales y ancestrales relacionados a la AU, en relación a eso se observa una identidad social positiva. Luego de comenzado el trabajo en los núcleos se confirman las características anteriores y comienzan a desplegarse las características más singulares donde se observan los recursos intelectuales y motivacionales de los participantes vinculados a la inteligencia y creatividad (Montero, 2004).

Algo que en un comienzo se sintió como una carencia para el proyecto fue el hecho de no contar con ningún recurso humano con formación específica en agroecología. Si bien el proyecto contó con diversos apoyos y asesoramientos desde el área disciplinaria, no había ninguna persona con disponibilidad para sostener la comunicación de referencia en el grupo de whatsapp. Esto llevó al equipo organizador a pensar estrategias que resultaron siendo de mucha potencia para la participación activa y empoderada de los participantes, detectando aquellos referentes o líderes naturales que se fueron encontrando en los núcleos. Lo anterior permitió un intercambio de saberes de manera horizontal en donde cada persona aportaba desde su saber y su experiencia, las dudas que iban surgiendo se iban evacuando en la grupalidad.

En el segundo momento del proyecto surge la incorporación de agronomía con la intención de brindar apoyo desde lo técnico disciplinar. Esta participación se realizó en un formato virtual desde el comienzo y se caracterizó por compartir materiales audiovisuales exclusivamente. Al poco tiempo se pudo constatar la poca respuesta e interacción de los participantes ante los materiales enviados, algo que provocó una salida espontánea y prematura de dicho actor. Este hecho dejó en evidencia algunas divergencias en las formas de trabajo con la comunidad y ciertas perspectivas contradictorias a las que componen el proyecto.

Este aspecto no fue trabajado a nivel colectivo, sino que se reservó a nivel de equipo organizador, pudiendo resultar una gran limitación para el proyecto, ya que no contempló el protagonismo de los participantes que se intentaba fomentar, limitando la problematización y el análisis grupal por ende la elaboración colectiva. A partir de allí surgen interrogantes sobre el sentido del trabajo con, en y para la comunidad, ¿qué tipo de configuraciones vinculares se generan con la incorporación de agronomía? ¿Cuál es el sentido que mueve a las acciones en el trabajo comunitario? Esta situación generó una reflexión en cuanto a la dimensión ética y política del proyecto, reflexión que lleva a preguntarse ¿Para qué se hace lo que se hace? ¿Para buscar reconocimientos? ¿Aplausos? ¿El saber académico es superior a otros saberes?

Algunos técnicos/académicos que trabajan con las comunidades generan aportes en calidad de agentes externos, sintiéndose poseedores de un saber que les otorga cierto poder frente al resto, esta idea se relaciona con el poder piramidal presente en gran parte del imaginario social, sobre todo dentro de las instituciones (Díaz, 2027). Según Díaz (2027) “deconstruir el poder piramidal posibilita un intercambio ágil entre diferentes saberes... quienes ejercen densamente el poder suelen formar dispositivos cerrados sobre sí mismos en su afán de hegemonizar. Esto no favorece el intercambio” (parr. 7). Se hace necesario pues romper con ciertas lógicas totalizantes del saber/poder para habilitar un

intercambio horizontal, esta característica define una postura ética y política como también epistemológica.

En relación al grupo organizador, los sentires estaban divididos, para algunos era un problema la pérdida, para otros una oportunidad inmensa. Tomando en cuenta la esencia del proyecto, si bien el mismo tenía algunos objetivos manifiestos concretos, implícitamente alberga un gran objetivo que es contribuir a transformaciones en las producciones subjetivas que contribuyan a la configuración de nuevos estilos de vida, el compromiso ético y político está basado en que esa transformación sea través de la participación activa de la comunidad, promoviendo la autonomía de los sujetos y recuperando su saber.

En relación a lo anterior se pueden ver los aportes de la agroecología en la experiencia, la cual basa sus principios en la integración de saberes populares y ancestrales, sobre todo de la agricultura indígena en articulación con saberes académicos, generando otros modos de relaciones, reivindicando los derechos de los sujetos, de la naturaleza, de la vida y de la salud. Estos principios están alineados con los lineamientos de la estrategia de APS y por lo tanto con el trabajo que compete al PNA, tomando lo que Perea (2017) trae en su investigación: “se puede decir que trabajar en el primer nivel es: trabajar con la comunidad, utilizar distintas herramientas, educar para la salud, trabajar en equipo, validar otros saberes” (Perea, 2017, p. 19). Este último elemento constituye la base fundamental para trabajar con las comunidades en la transformación social.

Como se pudo constatar en el desarrollo del presente trabajo la experiencia analizada está constituida tanto por aportes de la agroecología como por herramientas de la psicología comunitaria, caracterizada por las prácticas que se esperan de un PNA. Es en este marco referencial que el proyecto huerta en casa se propone trabajar en la transformación integral de la sociedad, protegiendo la vida en todas sus manifestaciones y reivindicando la dignidad humana. Esto se encuentra en estrecha relación con el “Sumak Kawsay” originario de los pueblos indígenas de América del Sur, lo cual representa una herencia cultural andina ancestral que se ha mantenido viva en las comunidades; y que según el poeta, escritor y dirigente Ariruma Kowii Maldonado (s.f.) “Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano” (p. 6). Según Figuera y Cujilema (2018) esta idea se traduce como buen vivir y se integra en las constituciones de Ecuador en 2008 y en Bolivia en 2009, hecho que constituye un cambio de paradigma que pretende erradicar el individualismo y tiene como esencia lo comunitario; se entiende como “un sistema de vida consciente que mantiene y cultiva relaciones de equilibrio y armonía con la naturaleza que le permite al ser humano alcanzar una existencia en plenitud (Maldonado, 2010)” (p. 53).

Así el Sumak Kawsay o buen vivir es un intento por integrar la cosmogonía de las comunidades indígenas a las órbitas del estado, como se refleja en varios países de América latina. Un principio fundamental que contiene el sumak kawsay en la relación del ser humano con la naturaleza es que le da prioridad a esta última y está en contra de la apropiación de la misma, según Figuera y Cujilema (2018) “mantiene un epicentro de preferencia a la naturaleza en primer lugar y al ser humano a continuación” (p. 62) acercándose de esta manera a un enfoque biocéntrico. El cual también hace énfasis en la responsabilidad con uno mismo y promueve la importancia de cultivar relaciones desde la complementariedad y la reciprocidad (Figuera y Cujilema, 2018, p. 66).

Finalizando el análisis de la experiencia resulta oportuno traer el planteo de Breilh (2013) en referencia a defender “los cuatro rubros de la vida: sustentabilidad, soberanía, solidaridad y salud/bioseguridad integral (p. 22). Según el autor es a través de ellos la única forma posible de “liberar la economía de su lógica de la muerte y de su esclavitud... la política de su papel de dominación y hegemonía... la cultura de su papel alienante que distorsiona no sólo la educación y expresiones espirituales” para lograr al fin romper con el antropocentrismo que ha caracterizado a las sociedades contemporáneas (p. 22).

Las cuatros “S” al decir del autor se encuentran en sintonía con los principios agroecológicos y el sumak kawsay y representan la forma que tendría que tener la praxis para generar una acción emancipadora transformadora; que toma el planteo teórico y metodológico desde la epidemiología crítica y entiende desde el punto de vista epistemológico al objeto complejo y al sujeto metacrítico. De lo contrario las prácticas se reducen a simples tecnicismos, planes de beneficencia o políticas compensatorias que no hacen más que reproducir y reforzar lógicas violentas hegemónicas.

5- Conclusiones

La elaboración del presente trabajo despertó varias interrogantes, en lugar de certezas cristalizadas deja la curiosidad despierta, activa y atenta para seguir pensando, analizando y reflexionando sobre las praxis. Aunque es inevitable que se dibuje un camino claro y la búsqueda constante de nuevos sentidos por donde seguir investigando.

El contexto de la emergencia sanitaria no hizo más que reforzar y acentuar viejas tensiones en los modelos de salud, donde primó un enfoque biomédico basado en un modelo asilar, medicalizado, hospitalocentrico y enfocado en la enfermedad individual; a nivel social se profundizaron las inequidades y exclusiones, la fragmentación y el individualismo camuflado por la “libertad responsable”.

Hoy día en nuestro país estamos ante un escenario controversial para lograr cambios sustanciales en relación a las prácticas psicológicas en el campo de salud, sin

embargo nos encontramos en una coyuntura legal/normativa a partir de la aprobación de la ley de salud mental N° 19.529 en el año 2017 y con la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) aprobado en el año 2020 que legitima la necesidad de incorporar los enfoques psicosociales en los abordajes, para poder brindar respuestas integrales a las problemáticas actuales y resolver las viejas encrucijadas.

La participación de la Psicología en el campo de la salud es considerada de gran importancia no solo para lograr un cambio de modelo que contemple lo diverso y la complejidad de los procesos de la salud, sino que también resulta esencial al decir de Saforcada (2010) ya que “la salud se protege y se fomenta sólo en el ámbito de la subjetividad y el comportamiento, lo cual... dará por resultado el surgimiento de ambientes humanos salutogenos (p 40).

En el PNA el rol de la Psicología está involucrado en el contacto directo con la comunidad, atravesando las fronteras físicas y simbólicas de los servicios. Esto implica un desarrollo de ciertas líneas de acción que involucran el trabajo en conjunto con otras y otros actores comunitarios, donde están inmersos las y los usuarios del servicio, el barrio, instituciones, organizaciones sociales y la comunidad en general. Es desde allí donde parte la necesidad de pensar con otras y otros, desde varias miradas, integrando y recuperando diversos saberes en la construcción de propuestas, incluyendo las voces de los propios protagonistas que impulsan el trabajo, generando relaciones de reciprocidad y diálogo, para lograr soluciones reales a las necesidades reales de quienes habitan dichos territorios. Reconocer y detectar esas necesidades con ellos, como también identificar las potencialidades y recursos con los que cuentan implica un trabajo fundamental para lograr transformaciones subjetivas donde los implicados sean afectados por la experiencia tanto así como coautores y protagonistas de la misma.

El PNA representaría una vía regia para trabajar con la agroecología por todo lo que ella significa, ya que es el nivel que está en contacto directo con las familias en sus comunidades, y podría contribuir a configurar nuevos estilos de vida, generando nuevos soportes a los grupos basados en hábitos más saludables, recuperando los saberes populares y haciéndolos circular de manera horizontal, fortaleciendo iniciativas participativas donde las personas son las protagonistas, fomentando el desarrollo de las autonomías, el ejercicio del poder y empoderamiento de la economía local.

La reflexión ética y política deberían tener un lugar privilegiado en el análisis de la construcción de toda estrategia que tenga como objetivo la transformación social, para evitar caer en la repetición de prácticas reforzadoras de lógicas hegemónicas o planes compensatorios de un sistema destructivo. En ese sentido el proyecto huerta en casa nació como réplica de prácticas desarrolladas por colectivos organizados, con el propósito de contribuir al cambio en los modelos de producción de alimentos, con la convicción de que la

agroecología es el camino de emancipación de los pueblos protegiendo la vida en su integralidad y garantizando la defensa de las cuatro “S” que plantea Breilh (2013).

Es necesario interpelar las prácticas profesionales y formativas, identificar cuál es el conjunto de valores y comportamientos que las componen y caracterizan, para que las universidades y la academia, por ende la producción de conocimientos y las intervenciones estén al servicio de la sociedad, defiendan y protejan la vida en todas sus manifestaciones, desde una ética de la dignidad, de la liberación y de la autonomía.

Por su parte la agroecología representa una fuerza transformadora que trasciende la seguridad alimentaria, es una esperanza y una utopía que rebrota con fuerza en medio de las grietas y fisuras de un sistema fragmentado y destruido por el antropocentrismo, con un fuerte compromiso y sentido de recuperar y validar la interculturalidad de los saberes.

6- Referencias bibliográficas.

Administración de Servicios de Salud del Estado y Facultad de Psicología de la Universidad de la República. (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología.

Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf

Administración de Servicios de Salud del Estado. (2020). *ASSE Informa: Plan Institucional para la contingencia de la infección (COVID-19) por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2)* Recuperado de:

<https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-INFORMA-PLAN-INSTITUCIONAL-PARA-LA-CONTINGENCIA-DE-LA-INFECCION-COVID-19-POR-EL-NUEVO-CORONAVIRUS-SARS-COV-2--12194>

Aguiar, S., Borrás, V., Cruz, P., Fernández, L. & Perez Sanchez, M. (2019). Miradas a un Montevideo contradictorio: ¿A quién le importa la (nueva) ciudad? 15-42. En Aguiar, S., Borrás, V., Cruz, P., Fernández, L. & Perez Sanchez, M. (Coor) (2019). *Habitar Montevideo: 21 miradas sobre la ciudad*. Recuperado de:

https://otu.opp.gub.uy/gestor/imagesbiblioteca/Habitar_Montevideo_compressed.pdf

Altieri, M., y Nicholls, C. I. (2012). Agroecología una esperanza para la soberanía y la resiliencia socio ecológica. *Agroecología*. 7(2), 65-83.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5449934>

Altieri, M., Toledo, V. M. (2011). La revolución agroecológica en América latina. Recuperado en:

https://www.academia.edu/31672003/La_revoluci%C3%B3n_agroecol%C3%B3gica_Altieri_y_Toledo_email_work_card=view-paper

- Bachino, N. y Maceiras, J. (2009) Territorio, ámbito y campo. En Protesoni, A.; Etcheverry, G. (comp) *Derivas de la psicología social universitaria*, Montevideo. Levy
- Bellenda, B.; Apezteguía, E.; Faroppa, S.; Gazzano, I.; Parada, C. (2021) “Centros de apoyo a la Agricultura Urbana Agroecológica para la adaptación al cambio climático en las ciudades de Montevideo y Canelones”. Recuperado en :
https://www.gub.uy/ministerio-ambiente/sites/ministerio-ambiente/files/documentos/publicaciones/Agricultura%20urbana%20agroecol%C3%B3gica_informe%20FAGRO.pdf
- Bourdieu, P. (1966) Campo intelectual y proyecto creador. *Campo de poder, campo intelectual*. Recuperado en:
<https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2019/04/bourdieu-pierre-campo-de-poder-campo-intelectual.pdf>
- Breilh, J. (2011) Aceleración agroindustrial Peligros de la nueva ruralidad del capital. En Brassel, F., Breilh, J. & Zapata, A. (2011) *¿Agroindustria y Soberanía Alimentaria? Hacia una Ley de Agroindustria y Empleo Agrícola*. Recuperado en :
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3509/1/Breilh%2c%20J-CON-134-Aceleraci%c3%b3n%20agroind.pdf>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). 13-27. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Breilh, J. (2020) COVID-19: Determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos. Recuperado de:
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7396/1/03-EN-Breilh.pdf>
- Comisión Honoraria del Plan Nacional (2021). Plan Nacional Para el Fomento de la Producción con Bases Agroecológicas. Recuperado de:
<https://www.gub.uy/ministerio-ganaderia-agricultura-pesca/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-para-fomento-produccion-bases-agroecologicas/plan-nacional>
- Díaz, E. (2017) *El mito de que el poder no tiene nada que ver con el saber. Los diagramas interdisciplinarios*. Recuperado de:
<http://www.estherdiaz.com.ar/textos/diagramas-interdisciplinarios.htm>
- Figuera Vargas, S. C., y Cujilema Quinchuela, K. C. (2018). El *Sumak Kawsay* desde la perspectiva del sistema jurídico ecuatoriano. *Revista Justicia*, 23(33), 51-70. Recuperado de: <https://doi.org/10.17081/just.23.33.2882>
- Gimenez, L. (2021) Capítulo X Uruguay en el enfrentamiento a la pandemia de Covid-19. En: Infante, O. & Grau, J. (Comp) (2021) *La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina*. Recuperado de:
<http://www.aprendizajeciata.org/psicologia-de-la-salud-covid-19.pdf>

- Giorgi, V. (2006). Construcción de la subjetividad en la exclusión. En RIOD Nodo Sur / ENCARE (Coomp.) *Seminario Drogas y Exclusión Social.* (pp.46-56) Montevideo: Atlántica
- Goinheix, S. y Maceiras, J. (2002). Pierre Bourdieu, una perspectiva para la comprensión de las prácticas sociales. En Folle, M. & Protesoni, A. (2002). *Tránsitos de una psicología social.* Psicolibros
- Han, Byung-Chul, (2014). *Psicopolítica.* Heder
- Intendencia de Montevideo. Esquinas de la Cultura. (2016). *Talleres en el municipio d 2016.* Recuperado de:
<https://esquinas.montevideo.gub.uy/talleres/talleres-en-el-municipio-d-2016>
- Intendencia de Montevideo. Esquinas de la Cultura. (2017). *Talleres en el Municipio f 2017.* Recuperado de:
<https://esquinas.montevideo.gub.uy/talleres-2016/talleres-en-el-municipio-f-0>
- Intendencia de Montevideo. Departamento de Desarrollo Sostenible e Inteligente (2020). *Información Física y Sociodemográfica por Municipio.* Recuperado de:
<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informetipomunicipio2019vf.pdf>
- Kowii Maldonado, A. (S.F.) *El Sumak Kawsay.* Recuperado de:
<https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/El%20Sumak%20Kawsay-ArirumaKowii.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2011). Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (2020) *Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el nuevo Coronavirus (SARS CoV2) Lineamientos para la gestión de la respuesta.* Recuperado de:
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/01_MSP_COVID_19_PLAN_NACIONAL_CONTINGENCIA_GESTION_RESPUESTA.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2020). Plan Nacional de Salud Mental (2020- 2027). Montevideo: MSP. Recuperado de:
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Municipio B. (2015) *Datos demográficos.* Recuperado de:
<https://municipiob.montevideo.gub.uy/node/151>
- Municipio D. (2022) *Datos sociodemográficos.* Recuperado de:
<https://municipiod.montevideo.gub.uy/node/154>
- Montero, M. (2001) *Ética y Política en Psicología: las dimensiones no reconocidas.* Athenea Digital -num. 0. Recuperado en:

file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-EticaYPoliticaEnPsicologia-1226775%20(1).pdf

- Montero, M. (2004) *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*, Buenos Aires. Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Paidós.
- Morin, E. (2007) *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona. Gedisa
- Nicholls, C.I. y Altieri, M.A. (2019). *Agroecología Urbana: Diseño de Granjas Urbanas Biodiversas, Productivas y Resilientes*. Boletín Científico 2. CELIA Ediciones. Medellín, Colombia. Recuperado de:
<http://celia.agroeco.org/wp-content/uploads/2019/03/Boletin-CELIA-2.pdf>
- Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO. (2022). *Situación Alimentaria Mundial. Índice de precios de los alimentos de la FAO*. Recuperado en : <https://www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/es/>
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*. Ginebra: OMS.
- Perea, M. (2017). *Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud. Maestría en Salud Comunitaria*. Facultad de Enfermería.
- Presidencia de la República, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Observatorio Territorio Uruguay. (2022). Perfiles, Municipio D. Recuperado de:
<https://otu.opp.gub.uy/perfiles/montevideo/municipio-d>
- Presidencia de la República, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Observatorio Territorio Uruguay. (2022). Perfiles, Municipio F. Recuperado de:
<https://otu.opp.gub.uy/perfiles/montevideo/municipio-f>
- Protesoni, A. (2002). Vida cotidiana y producción de subjetividad. En Folle, M. & Protesoni, A. (2002). *Tránsitos de una psicología social*. Psicolibros.
- Rebellato, J. L. y Giménez, L (1997). *Ética de la autonomía: desde la práctica de la psicología con las comunidades*. Roca Viva
- Rebellato, J. L. (2000) *Ética de la liberación*. Nordan
- Red de Agroecología del Uruguay (s.f.) a. *¿Quiénes somos?* Recuperado de:
<https://redagroecologia.uy/sobre>
- Red de Agroecología del Uruguay (s.f.) b. *¿Qué es la agroecología?* Recuperado de:
<https://redagroecologia.uy/sobre>
- Romano, S, Porteiro, M, Novoa, G, López, G, Barrios, M, García, M, García, M. (2018) Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de la Salud del Estado. Diagnóstico de situación. Vol. 82 (1). pp. 22-42. Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf

- Rydel, D. (2015). *Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios*. Universidad de la República.
- Rydel, D.; Dogmanas, D.; Casal, P.; Hidalgo, L. (2021). *El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay*. Recuperado en:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v12n1/1688-7026-pcs-12-01-129.pdf>
- Saforcada, E.; De Lellis, M.; Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*, Buenos Aires. Paidós.
- Stolkiner, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Recuperado de:
https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf
- Uriarte, G. (2005) *Censos de Emprendimientos Productivos y de Agricultura Urbanos vinculados al PPAOC (UDELAR) y PAU (IMM)*. Facultad de Agronomía
- Uruguay (2019, enero 23). *Ley N° 19.717 “Declaración de interés general y creación de una Comisión Honoraria Nacional y Plan nacional para el fomento de la producción con bases agroecológicas”*. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19717-2018/9>
- Uruguay (2017, septiembre 19). *Ley N° 19.529 Salud Mental*. recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por,en%20el%20marco%20del%20Sistema>
- Uruguay (2007, diciembre 13). *Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud*. Uruguay-Montevideo. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Vara, A. (2008). *Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o “disease mongering” EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria* Septiembre/Octubre de 2008. Recuperado en :
<https://www.mfsalud.com.ar/files/2a2b583bd61b5432b6b1c8d528b4b613.pdf>