

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Atención: Modelo en obra**  
Implementación del modelo de atención del Sistema Nacional  
Integrado de Salud. Una aproximación desde la perspectiva  
de médicos pediatras del primer nivel

**Sofía Schelotto Varela**

Tutor: Rodolfo Levin Echeverri  
Co-tutor: Guillermo Fuentes González

**2017**

## **RESUMEN**

La presente monografía analiza el proceso de implementación del modelo de atención que propuso la reforma del sistema de salud uruguayo, iniciado en el año 2008, a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El mismo planteó cambios importantes en tres ejes fundamentales: financiamiento, gestión y atención.

Específicamente en cuanto al modelo de atención, se propuso la priorización del primer nivel de atención, con énfasis en la estrategia de atención primaria en salud (APS).

El estudio se enfocó en la situación asistencial de la primera infancia (niños de 0 a 3 años), al considerarla una etapa de la vida privilegiada para llevar adelante políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este marco, la figura del médico pediatra adquirió una posición central, al tratarse de la especialidad médica tradicionalmente encargada de la salud integral de los niños.

Por tanto, se analizaron los logros y desafíos de implementación del modelo de atención que el SNIS establece, a partir de la información recabada mediante entrevistas semi estructuradas a médicos pediatras del primer nivel (del sector público y privado de Montevideo).

Dentro de las principales conclusiones del trabajo se destaca la existencia de brechas de implementación, que provienen tanto de la política como del contexto. Se trata de un campo sumamente complejo en el que se produce una constante disputa, fundamentalmente, por capital económico y simbólico.

### **Palabras clave:**

Sistema Nacional Integrado de Salud. Modelo de atención. Primera infancia. Médicos pediatras.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	10
3. ANTECEDENTES.....	11
4. MARCO TEÓRICO .....	13
4.1. La mirada social en la salud .....	13
4.2. Aportes para el análisis: nociones de campo, habitus y capital.....	18
4.3. La profesión médica .....	22
4.4. En clave de política pública.....	25
5. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN .....	31
5.1. Definición y fundamentación de la estrategia metodológica.....	31
5.2. ¿Cómo abordar los conceptos de primer nivel de atención y estrategia APS?.....	33
6. ANÁLISIS.....	36
6.1. Consideraciones relevantes.....	37
6.2. Implementación del modelo de atención: logros y desafíos.....	41
6.2.1. Primer contacto .....	42
6.2.2. Continuidad.....	48
6.2.3. Coordinación.....	51
6.2.4. Integralidad .....	53
6.2.5. Enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural .....	55
6.3. En síntesis .....	58
6.3.1. Estrategia APS en el primer nivel de atención.....	58
6.3.2. Tipificación de los discursos: resumen de las principales diferencias entre los sectores público y privado .....	59

6.3.3. Principales desafíos de implementación .....	61
7. REFLEXIONES FINALES.....	63
8. BIBLIOGRAFÍA.....	65
9. LISTADO DE SIGLAS .....	71
10. ANEXOS.....	72
Anexo 1. Implicancias de la primera generación de metas asistenciales: salud del niño y la embarazada .....	72
Anexo 2. Datos de los entrevistados.....	73
Anexo 3. Pauta de entrevista versión 1.....	79
Anexo 4. Pauta de entrevista versión 2.....	82
Anexo 5. Principales resultados de la encuesta realizada por la SUP .....	85

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación responde al interés por analizar cómo se está implementando el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Específicamente, se indagó en el proceso de implementación del modelo de atención que el sistema procura establecer: la priorización del primer nivel de atención y de la estrategia de atención primaria en salud (APS), con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esto, con foco en la situación asistencial de la primera infancia y desde la perspectiva de médicos pediatras, en clave de política pública.

El SNIS, implementado en Uruguay desde el año 2008, significó un intento por superar la fragmentación de los proveedores de salud y la estratificación de los beneficios, para dar paso a un esquema de bienestar integrado (Setaro, 2014:12). Promovió, en este sentido, la transformación en tres ejes fundamentales: en el modelo de financiamiento, de gestión y de atención.

Resulta sustantivo destacar, en cuanto al mecanismo de financiación que se propuso, la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS) y su correspondiente Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Dicho fondo reúne los aportes provenientes de las familias, las empresas y el Estado (Setaro, 2014:13), y tiene por objetivo la redistribución mediante el aporte diferencial de las familias de acuerdo al nivel de ingresos, y la promoción de la igualdad y la equidad en la atención a través del pago a los prestadores de salud de una “cuota salud” (ajustada por riesgo, según edad y sexo del usuario) y por el cumplimiento de las denominadas Metas Asistenciales.

Con respecto al modelo de gestión y su operacionalización, se distingue la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), lo que generó “*la separación de las funciones de prestación directa de las de rectoría*” (Rodríguez, 2011:57). Éstas últimas, “*se resignifican en el fortalecimiento de las capacidades propias del Ministerio de Salud Pública (MSP) y también, en la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como órgano desconcentrado*” (Rodríguez, 2011:57).

La JUNASA tiene por objetivo la administración del SNS, la promoción de la coordinación y

complementación entre servicios y niveles de atención y la orientación hacia el nuevo modelo de atención a través de la fijación de las Metas Asistenciales y la firma de Contratos de Gestión con los prestadores integrales (Rodríguez, 2011:57) (donde se establecen las normas generales de la atención, los objetivos sanitarios y los derechos de los usuarios y el sistema de evaluación de objetivos y de sanciones a su incumplimiento).

Tal como advertirá el lector, tanto las transformaciones introducidas en el financiamiento como en la gestión, tienen componentes que resultan instrumentales al modelo asistencial que el SNIS procura implementar (Rodríguez, 2011:57).

Un claro y relevante ejemplo de ello lo constituyen las Metas Asistenciales. Éstas son una de las formas de pago del FONASA a las instituciones y fueron generadas para promover el desempeño asistencial de los prestadores en áreas programáticas concretas. Consisten en el pago por desempeño asistencial, por el logro de resultados en salud definidos por la autoridad sanitaria (MSP, 2010:62). Se constituyen como una de las herramientas más potentes para promover, desde el nuevo esquema de financiamiento, el cambio de modelo de atención (Buglioli, et al., 2010:62).

Las Metas aplicadas actualmente pueden dividirse en tres grandes grupos: 1) Salud del niño y la embarazada (ver anexo 1), 2) Recursos Humanos y 3) Adulto Mayor.

El modelo de atención, por tanto, pasaría a estar formado en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones (Ley 18.211, Artículo 34).

La ley de creación del SNIS señala que el primer nivel está “*constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia*” (Ley 18.211, Artículo 36).

Por su parte, define al segundo nivel de atención como aquel “*constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia*” (Ley 18.211, Artículo 37), y al tercero como el “*destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización*” (Ley 18.211, Artículo 38).

El modelo de atención que el SNIS establece (que tiene por objetivo superar el enfoque curativo y asistencialista, asentado en el segundo y tercer nivel) supone fortalecer el primer nivel de atención, con una estrategia basada en la APS. Promueve un enfoque integral, que considere los determinantes sociales, ambientales y culturales de la calidad de vida de las personas y se encuentre orientado por los principios de universalidad, equidad, oportunidad, calidad, eficiencia social y económica, interdisciplinariedad y sustentabilidad (Rodríguez, 2011:57).

Desde un primer momento resulta relevante realizar dos distinciones teóricas fundamentales:

- 1) Los niveles de atención pueden ser definidos como “*una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población*” (Vignolo et al., 2011:12). Clásicamente se distinguen tres niveles (detallados anteriormente), siendo el primero aquel orientado a la resolución de las necesidades de atención básica y más frecuentes, mediante actividades de promoción, prevención y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se reconoce como “la puerta de entrada” al sistema de salud, como el primer contacto (Vignolo et al., 2011:12).
- 2) La atención primaria en salud (APS) es una estrategia, que fue definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 como “*la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación*” (Vignolo et al., 2011:13).

Por consiguiente, Primer Nivel de Atención y APS no han de establecerse como sinónimos. Incluso, ha de tenerse en cuenta que la estrategia APS puede estar presente en todos los niveles de atención (Vignolo et al., 2011:13).

Ahora bien, a pesar de que la reforma ha intentado colocar el funcionamiento del Primer Nivel y el abordaje de la Atención Primaria en Salud en el centro, se entiende que aún existen desafíos de diferente orden.

La presente investigación se enfocó en conocer si verdaderamente se está implementando en la práctica el modelo de atención que el Sistema propone (tarea fundamental para continuar profundizando en el proceso de la reforma).

Específicamente, se hizo foco en la situación asistencial de la primera infancia (niños de 0 a 3 años) y en cuál es el modelo de atención que el Sistema le ofrece actualmente.

El interés por estudiar la temática con centro en dicha población se derivó tanto del contexto (en función de su mayor posicionamiento en la agenda política del país<sup>1</sup>), como de las características especiales que posee, al ser considerada una etapa privilegiada para llevar adelante políticas de prevención y promoción en salud: las edades más tempranas son claves para el desarrollo de las potencialidades y bienestar de cada persona, que impactarán a lo largo de todo el ciclo de vida.

Desde la neurociencia se plantea que *“en el embarazo y en la etapa perinatal (que va hasta los 3 años), el cerebro del niño se construye, se edifica. Y eso (...) va a durar para toda la vida. Son los cimientos arriba de los cuales ese niño va a construir toda su persona, todo su ser cognitivo, todo su ser emocional (...). A los 3 años el cerebro humano ya está formado en un 90%”* (Barbeito, 2014)<sup>2</sup>.

La figura del médico pediatra se posicionó entonces como un actor clave del proceso, al ser aquella especialidad médica tradicionalmente encargada de la salud integral de los niños.

---

<sup>1</sup> Ejemplo de ello (por mencionar algunos) son el Plan Aduana, Uruguay Crece Contigo (definidos más adelante) y el componente de las metas asistenciales del SNIS destinado a la primera infancia.

<sup>2</sup> Extraído de la presentación del Dr. Luis Barbeito, especialista en neurociencia, presentada en el marco del Seminario Infancia “una mirada desde la educación y los derechos” (2014).



Por ello, durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas a pediatras, tanto del sector público como del privado en Montevideo, que desempeñan sus tareas en el primer nivel. El objetivo fue conocer su percepción en cuanto al funcionamiento actual del primer nivel de atención y dentro de éste de la estrategia APS, a los logros alcanzados y a las tareas aún pendientes para una efectiva implementación del modelo de atención propuesto por el SNIS.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar se presentan los objetivos de la investigación. Luego, se distinguen los antecedentes académicos identificados en relación a la temática. Seguidamente se plantea el marco teórico utilizado y sus implicancias, dando paso así a la presentación de la metodología utilizada. Posteriormente se analiza la información obtenida mediante las entrevistas realizadas y, finalmente, se establecen las principales reflexiones surgidas a partir de los datos.

## **2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Lo expuesto hasta el momento conduce hacia los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general: analizar el proceso de implementación del modelo de atención del SNIS, desde la perspectiva de médicos pediatras del primer nivel y en clave de política pública.

Objetivos específicos:

- Analizar si existen condiciones para priorizar el primer nivel de atención
- Analizar la inserción de la estrategia APS en el primer nivel de atención
- Examinar el rol del pediatra en el primer nivel de atención
- Identificar las fuentes de brechas de implementación que reconocen los pediatras del primer nivel de atención.

Se optó por conocer la percepción de pediatras del primer nivel de atención al considerarlos un actor clave del proceso: no solo por centrar el foco en la situación asistencial de la primera infancia, sino también con el fin de analizar el papel que juegan en el logro de la implementación de los cambios.

Cabe destacar que el estudio se realizó en el departamento de Montevideo.

### 3. ANTECEDENTES

Los antecedentes identificados en la temática provienen principalmente de informes elaborados por el MSP. En los últimos años, y sobre todo una vez instaurada la reforma, se publicaron una serie de documentos en lo que se plantean las características más sobresalientes del SNIS, los logros alcanzados y los desafíos con los que éste se enfrenta.

Se destacan, en este sentido, las publicaciones tituladas *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)* (2010) y *Transformar el futuro: Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (2010).

Por su parte, las Ciencias Sociales han dedicado diversas investigaciones al estudio del sector salud, al SNIS, los cambios que introdujo y los actores que involucra.

Ejemplo de ello lo constituye el libro *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*, publicado en el año 2015 por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Uruguay. En él se recopilan seis estudios, que combinan metodologías principalmente asociadas a la ciencia económica y ciencia política, y que tienen por objetivo ordenar y registrar las principales investigaciones realizadas en el marco del Proyecto Interinstitucional sobre *Avances y consolidación del Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*, que tuvieron lugar entre 2012 y 2014.

En las investigaciones allí publicadas se reconoce el Sector Salud como una arena de conflicto distributivo en el que tiene lugar un proceso político permanente, que se encuentra determinado y a su vez condicionado por tres vectores principales: las ideologías, valores y principios; los intereses y recursos económicos y de poder; y la información y conocimientos de los distintos actores sociales involucrados en el SNIS (OPS, 2015: "n").

Se destaca como antecedente, presente en dicho libro, el artículo resumen del estudio *Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual, tipos de modelos y posibles escenarios de cambio*, a cargo de Guillermo Fuentes, donde se analizan (mediante la teoría del cambio institucional) los actores, las instituciones y los recursos de poder que se encuentran involucrados en el proceso de implementación de la reforma.

Vale mencionar que la Ciencia Política se ha preocupado, en diversas ocasiones, por contribuir al estudio del rol del Estado en el marco de la reforma de la salud. A modo de ejemplo, se distinguen los trabajos de Marcelo Setaro (2014), en el que se analiza la creación del SNIS, con foco en las instituciones que creó y en los mecanismos institucionales que estructuran su gobernanza, y el de Guillermo Fuentes (2010), donde se indaga en los condicionantes político-institucionales que hicieron posible la reforma del sector, dando cuenta de la instancia de diálogo que implicó entre los distintos actores del sistema de salud.

En lo que a la Sociología respecta, se destaca como antecedente central, el estudio elaborado por Cyntia Buffa (2014) en el marco de su tesis final de grado. Éste se titula *Los actores sociales en la reforma de la salud. El caso del Sindicato Médico del Uruguay* y tiene por objetivo analizar la incidencia del Sindicato en la elaboración e implementación de la primera etapa de la reforma de la salud. Procura reconocer cuáles características, funciones o acciones del mismo operaron como facilitadores de la implementación de los cambios propuestos, y cuáles como obstáculos.

Éste se constituye como un antecedente relevante al ser una investigación que propone un estudio del sector salud y la reforma en tanto campo, en el sentido que Bourdieu le confiere (Bourdieu, 1997:49).

Ahora bien, no fue posible identificar estudios con un marco teórico proveniente de la Sociología, que estudien específicamente el modelo de atención del SNIS y los desafíos que implica su implementación.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. La mirada social en la salud

En primer lugar, para comprender la perspectiva utilizada, resulta fundamental realizar un breve recorrido por las principales implicancias de la sociología de la salud en la región, sus orígenes y sus propuestas.

De acuerdo a Roberto Briceño-León (2003), la sociología de la salud en Latinoamérica ha estado marcada por tres influencias que han determinado la práctica profesional y la investigación en el área (Briceño-León, 2003:69).

En primer lugar, se destacan los cambios en la situación socio-epidemiológica en la región durante el siglo XX, producto de la transición demográfica y epidemiológica (Briceño-León, 2003:69). El autor afirma que *“el proceso por el cual se expanden los estudios formales de sociología coincide con los inicios del cambio del patrón epidemiológico y la constitución de la sociedad urbana”* (Briceño-León, 2003:70).

Dichos procesos de transición significaron un descenso en los niveles de mortalidad de la población y una sostenida tasa de natalidad, que *“resultó en un crecimiento de la población urbana y la aparición de las enfermedades no-transmisibles como un componente importante del patrón de mortalidad”* (Briceño-León, 2003:71). Tales cambios, por demás profundos, requerían explicaciones sociológicas.

Como segunda influencia, Briceño-León (2003:71) destaca el conflicto entre las culturas científica y filosófica. De acuerdo al autor, la sociología de la salud ve enfrentada a dos modelos de producir conocimiento: la cultura científica (de las ciencias naturales y la biomedicina) y la cultura de la filosofía (predominante en las ciencias sociales y la sociología).

El conflicto, pautado por tradiciones epistemológicas distintas, adquiere especial relevancia ya que los temas que se tratan en sociología de la salud son de interés para ambos tipos de actores, resultando prácticamente imposible ignorar alguna de las dos perspectivas (Briceño-León, 2003:72).

La tercera influencia identificada refiere a los movimientos políticos que han dominado en la región (Briceño-León, 2003:69). El autor (Briceño-León, 2003:72) sostiene que el surgimiento de la sociología de la salud en América Latina coincidió con el fin de las teorías de la modernización y el inicio del pensamiento dependientista.

Recalca el impacto de la revolución cubana en la sociología: “*se trataba no ya de modernizar, sino de transformar radicalmente una sociedad y la labor del sociólogo debía ser el compromiso y la acción*” (Briceño-León, 2003:73). Que, desde el punto de vista teórico, se constituyó como un movimiento colectivo hacia el marxismo (Briceño-León, 2003:73).

Es a finales de los años sesenta que se produce la crisis de la hegemonía del pensamiento marxista, momento a partir del cual la sociología de la salud se diversifica y vuelve pluriparadigmática (Briceño-León, 2003:73).

El autor sentencia que no se puede afirmar que se “*haya constituido una corriente totalmente dominante, y que pueda hablarse de un paradigma (...) que establezca los cánones de la ciencia normal para toda la región. Lo que ha existido es diversidad y desacuerdo; y también riqueza en las aproximaciones, a pesar de lo modesto y reciente de su constitución como campo de actividad profesional*” (Briceño-León, 2003:69). Diversidad que se ve plasmada en los distintos sentidos que se la ha otorgado a la práctica de la investigación<sup>3</sup> (Briceño-León, 2003:69).

No obstante lo cual, en América Latina es posible identificar tres movimientos que poseen una perspectiva crítica y han estudiado o se han vinculado con la investigación cualitativa en salud. Estos son: los movimientos de base, los estudios socio-culturales y la medicina social

---

<sup>3</sup> En lo que refiere al sentido de la investigación en sociología de la salud, Briceño-León (2003:74-77) destaca cuatro que han dominado las prácticas: 1) como un modo de conocer una realidad nueva: generalmente se trata de estudios originados en el interior del área de la sociología, producto de la intención de comprender las causas sociales del proceso salud-enfermedad; 2) como un modo de contribuir a la eficacia de los sistemas de salud: estudios demandados por los servicios de salud, que “*se han visto en la necesidad de mejorar su atención o de comprender las dificultades que enfrentan para su actuación*” (Briceño-León, 2003:75); 3) como un modo de criticar la sociedad: a la sociedad injusta, al poder médico y a los saberes dominantes; 4) como un modo de fortalecer a la gente: es la investigación vinculada a la participación comunitaria. El énfasis radica en “*darle poder a los que previamente no lo tenían: los pacientes, las comunidades*” (Briceño-León, 2003:77).

(Mercado, 2002:1)<sup>4</sup>.

Los movimientos de base están ligados a los sectores populares, campesinos e indígenas en América Latina (Mercado, 2002:11). Se trata de proyectos con grupos, sectores y comunidades específicas, que se enmarcan en programas más amplios (por ejemplo relativos al campo productivo, al consumo, la educación) y “*cuyo interés suele ser el cambio social o la solución de necesidades específicas de tales conjuntos sociales*” (Mercado 2002:12).

Por su parte, “los estudios socio-culturales” tienen una estrecha relación con el mundo académico (Mercado, 2002:16). Los autores que aquí se incluyen coinciden en rechazar el positivismo y estructuralismo marxista y en la crítica al escepticismo de movimientos de base y a las corrientes interpretativas (Mercado, 2002:16).

Finalmente, se distingue el movimiento de “la medicina social”. Sus orígenes se remontan a Europa central a mediados del siglo XIX, implantándose en el continente latinoamericano en el siglo XX (entre otros factores, a raíz de la influencia de la ya mencionada revolución cubana y los movimientos sociales y políticos regionales de la época) (Mercado, 2002:6).

Esta perspectiva, cuyo interés se centra en identificar los determinantes históricos y macro-sociales de la salud-enfermedad, está fuertemente influenciada por el marxismo, “*sus esfuerzos se han dirigido a la transformación de las condiciones de salud de la población y de las políticas sanitarias como parte del cambio social global*” (Mercado, 2002:14). Propone la necesidad de combinar el trabajo médico clínico, científico e intelectual con la acción política (Mercado, 2002:7).

El enfoque teórico aquí utilizado proviene del tercer movimiento mencionado: fueron de gran utilidad los aportes de Asa Cristina Laurell (1981), una de las figuras representativas de la corriente de la medicina social latinoamericana.

La autora plantea que desde finales de los sesenta se comienza a cuestionar el paradigma dominante que conceptualiza la enfermedad como un fenómeno meramente biológico e

---

<sup>4</sup> A partir de lo expuesto por Mercado (2002), se destacan como los autores más significativos de los movimientos de base: Paulo Freire, Orlando Borda y Carlos Rodrigues Brandao, de los estudios socio-culturales: Roberto Castro, María Cecilia Minayo y Dagmar Estermann Meyer y de la medicina social: Asa Cristina Laurell, Everardo Duarte Nunes y Jaime Breilh.

individual, dando paso al denominado modelo médico social, que entiende la salud-enfermedad en términos de proceso social (Laurell, 1981:1).

Laurell propone reconocer el carácter histórico del proceso salud-enfermedad planteando que *“la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos”* (Laurell, 1981:2).

Para ello, la autora realiza un breve estudio en el que analiza las tasas de mortalidad en Estados Unidos, México y Cuba, demostrando que los perfiles patológicos a lo largo del tiempo son el resultado de las transformaciones de la sociedad y que las sociedades con diferentes grados de desarrollo y organización social presentan una patología colectiva distinta (Laurell, 1981:2).

Señala incluso que dentro de una misma sociedad es posible distinguir (mediante el estudio del tipo, frecuencia y distribución de la enfermedad) que las clases que la componen exhiben condiciones de salud particulares: *“el tipo de patología que sufren los distintos grupos sociales también es variable”* (Laurell, 1981:6).

En línea con lo expuesto, surge entonces la necesidad de establecer cuál es el objeto de estudio y cómo investigarlo, cuestión que conduce inevitablemente al problema de definir qué se entiende por enfermedad.

La autora (Laurell, 1981:7) recuerda que desde la epidemiología se reconocen dos conceptos. El primero, el médico clínico (que considera la enfermedad como un proceso biológico del individuo), y el segundo, el ecológico (que conceptualiza la enfermedad como el resultado del desequilibrio en la interacción entre el huésped y su ambiente).

Ahora bien, éstos tienen validez si lo que se pretende es entender la enfermedad en tanto proceso biológico. Si la finalidad es investigar el carácter social de la enfermedad, se vuelve necesario construir un concepto que trascienda los anteriormente expuestos y permita así el estudio empírico del problema en cuestión (Laurell, 1981:7).

Para ello, plantea que el objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo: *“del grupo construido en función de sus características sociales, y solo en segundo lugar las*



*biológicas*” (Laurell, 1981:7) (lo que requiere de una teoría social que brinde elementos para su construcción). Esto, en el entendido de que *“el grupo no adquiere relevancia por ser muchos individuos en vez de uno, sino en cuanto nos permite aprehender la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos, que así dejan de ser entes biológicos y yuxtapuestos”* (Laurell, 1981:8).

Sin embargo, aunque el establecimiento de los grupos en base a criterios sociales *“es un paso necesario”* para la construcción del objeto científico, *“éste no sería los grupos como tales sino el proceso de salud enfermedad presentes en ellos”* (Laurell, 1981:8).

El proceso salud enfermedad de un grupo refiere al modo específico en que en éste tiene lugar el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacándose como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas: la enfermedad.

Este proceso posee carácter social por dos razones. Por un lado, porque adquiere historicidad en tanto está socialmente determinado: su explicación no se acota a los hechos biológicos, es necesario estudiar cómo se articula con lo social (Laurell, 1981:8). Y, lo que más, *“el carácter social del proceso salud enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico”* (Laurell, 1981:8).

Vale destacar que la relación entre el proceso salud enfermedad colectivo e individual, está dada porque el primero determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual (Laurell, 1981:9). Desde el punto de vista del paciente *“significa que su historia social asume importancia por condicionar su biología y porque determina cierta probabilidad de que enferme de un modo particular”* (Laurell, 1981:9).

Laurell (1981), como ya fue mencionado, tiene un notorio sesgo marxista. Dicha línea de pensamiento encuentra su expresión actual, en el área de la salud, en los escritos que provienen de la medicina social.

Los aportes que desde allí se realizan se constituyen como una propuesta innovadora, que colabora en la comprensión del fenómeno salud-enfermedad, reconoce la complejidad que

implica y contribuye a la formulación y evaluación de políticas orientadas a mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud en una sociedad.

Ahora bien, en el marco de la presente reflexión sociológica debe aclararse que esto significa adoptar una perspectiva crítica, que brinda gran peso a “lo estructural” como condicionante en el proceso salud-enfermedad del individuo y en cierta medida “minimiza” la figura del sujeto y su capacidad de acción.

En el terreno epistemológico y a “beneficio de inventario” de futuros trabajos puede afirmarse que la aproximación entre una perspectiva sociológica y el enfoque de salud colectiva (de fuerte raigambre marxista) remite a la mirada de Everardo Nunes (2014). Quien, en el artículo *Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión “analiza la eventualidad de aplicar el concepto de paradigma kuhniano a la salud colectiva. Revisa brevemente el concepto, así como su uso en la epidemiología, en la planificación y en las ciencias sociales. Destaca el carácter multiparadigmático de la salud colectiva, resultado del encuentro de múltiples epistemologías y que involucra campos tan diversos como las ciencias biológicas, la filosofía y las ciencias sociales y las humanidades”* (Nunes, 2014).

#### **4.2. Aportes para el análisis: nociones de campo, habitus y capital**

El proceso de implementación de la reforma de la salud se entiende aquí en términos de dinámica de actores. En este sentido, las nociones propuestas desde la sociología por Pierre Bourdieu (campo, habitus y capital) adquieren suma importancia y pertinencia.

El autor propone un enfoque basado en la descripción de la sociedad en tanto espacio social, que permite resaltar la dimensión relacional de las posiciones sociales (Bonnewitz, 2003:45). Bourdieu plantea que “*la noción de espacio contiene por sí misma, el principio de una aprehensión relacional del mundo social: afirma en efecto que toda la realidad que designa reside en la exterioridad mutua de los elementos que la componen*” (Bourdieu, 1997:47).

Bourdieu describe el espacio social global como un campo en doble sentido: como un campo de fuerzas (cuya necesidad se impone a los agentes que pertenecen a él) y como campo de luchas (en el que los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo así a transformar o bien conservar su

estructura) (Bourdieu, 1997:49).

Así, la noción de campo se entiende como un espacio social donde existe una interacción entre los diversos actores involucrados que, de acuerdo a la posición que ocupan en el mismo, generan y despliegan diferentes luchas y estrategias en función de sus intereses (Buffa, 2014:12). Se encuentra determinado por estructuras de poder y por lo que el autor denomina “capitales” (cuyo volumen y estructura condiciona la posición de los agentes).

Se distinguen cuatro tipos de capital<sup>5</sup>:

- Capital económico: se constituye por los diferentes factores de producción y el conjunto de los bienes económicos (ingreso, patrimonio, bienes materiales).
- Capital cultural: corresponde al conjunto de calificaciones intelectuales, tanto producidas por el sistema escolar como transmitidas por la familia. Puede existir en tres formas: en el estado incorporado, como disposición duradera del cuerpo (por ejemplo, la facilidad de expresión en público); en el estado objetivo, como bien cultural (tenencia de obras, cuadros) y en el estado institucionalizado (socialmente sancionado por instituciones, por ejemplo, mediante títulos académicos).
- Capital social: es el conjunto de las relaciones sociales de las que dispone un individuo o grupo (implica un trabajo de sociabilidad).
- Capital simbólico: *“es cualquier propiedad (cualquier tipo de capital, físico, económico, cultural, social) cuando es percibido por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguirlo) y reconocerla, conferirle algún valor”* (Bourdieu, 1997:108).

Roberto Castro (2010) retoma las nociones expuestas para estudiar específicamente el campo médico. Plantea que el mismo se encuentra constituido por: 1) instituciones políticas que regulan la “cuestión sanitaria” de la sociedad, mediante leyes y reglamentos; 2) instituciones de salud y seguridad social que brindan servicios a la población; 3) instituciones de formación

---

<sup>5</sup> Las definiciones de los tipos de capital económico, cultural y social se obtuvieron del libro *La sociología de Pierre Bourdieu* (Bonnwitz, 2003:47).

de profesionales que eventualmente se incorporan al campo; 4) agentes que operan en todas estas instituciones: formuladores de políticas, médicos, personal de enfermería, personal paramédico, profesores y estudiantes de las especialidades involucradas y usuarios (Castro, 2010: 157).

Esta descripción general de los actores inmersos en el campo médico, da indicios de la complejidad que implica. La salud en general, y el sistema sanitario en particular, se constituyen como un campo sumamente complejo, que involucra los más diversos actores y por tanto, intereses diversos. De allí la necesidad de realizar investigaciones como la presente.

Vale señalar que las características del campo y las prácticas que en él se producen varían en función de lo que se encuentre implicado, del estado relativo de las fuerzas sociales interesadas, de la naturaleza y magnitud relativa de los capitales en juego (social, cultural, económico y simbólico), así como de la jerarquía y del grado de autonomía o dependencia de otros campos; característica particularmente significativa en el campo de la salud (Levin et al., 2012:12), *“donde a la multiplicidad de actores se le incorpora como resultado necesario, la multiplicidad de campos”* (Levin et al., 2012:12).

En este sentido, se destaca que el campo puede ser entendido como *“un juego en el que los agentes, ocupantes de posiciones determinadas en él, desarrollan estrategias con miras a acrecentar ese capital”* (Baranger, 2004:151). Allí, los capitales se combinan creando *“una especie de juego donde cada jugador, en defensa de sus intereses, valoriza y hace pesar el tipo de capital que más posee”* (Buffa, 2014: 14).

Una tercera noción, sumamente relevante en esta teoría, es lo que Bourdieu denomina *“habitus”* (íntimamente relacionado con los conceptos anteriores). El autor sostiene que *“los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen habitus, sistemas de disposiciones duradera y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por*

*todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 2010:86).*

Por tanto, el habitus se constituye como un sistema de disposiciones duraderas (actitudes, inclinaciones a percibir, sentir, hacer y pensar) que el individuo adquiere en el transcurso del proceso de socialización. Tales disposiciones son interiorizadas en relación a las condiciones objetivas de existencia. Así, se establece simultáneamente como la grilla de lectura a través de la cual se percibe y juzga la realidad y como el productor de las prácticas (Bonnwitz, 2003:65).

Roberto Castro, al retomar esta noción, sentencia que *“el habitus médico es el conjunto de predisposiciones incorporadas (esto es, que teniendo una génesis social y material específica, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano. El habitus es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas. El principio de la acción social, dice Bourdieu, estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de habitus y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico” (Castro, 2010:159-160).*

Vale destacar, en línea con lo expuesto, que Bourdieu retoma en su teoría la discusión de larga data en Sociología entre la estructura y la acción. Esta perspectiva se opone tanto a las teorías que *“consideran como irracional toda acción o representación que no esté engendrada por las razones explícitamente planteadas de un individuo autónomo, plenamente consciente de sus motivaciones” (Bourdieu, 1997:8)* como a aquellas caracterizadas por un estructuralismo concreto, que reducen a los agentes a meros accesorios de la estructura (Bourdieu, 1997:7-8).

El autor *“toma en consideración las potencialidades inscritas en el cuerpo de los agentes y en la estructura de las situaciones en las que éstos actúan o, con mayor exactitud, en su relación” (Bourdieu, 1997:7-8).* Para ello, resultan fundamentales los conceptos de habitus, campo y capital y la relación de doble sentido entre las estructuras objetivas (las de los

campos sociales) y las estructuras incorporadas (las de los habitus) (Bourdieu, 1997:7-8).

Incorpora en su teoría elementos provenientes tanto del marxismo estructuralista como del pensamiento weberiano. Del primero, *“la existencia de estructuras sociales objetivas e independientes de la voluntad de los agentes, que los ubican en una posición y lugar que restringe y guía sus prácticas”* (Buffa, 2014:13), y del segundo *“su concepción de que la acción social está dotada de sentido por parte del actor, lo que hace que no sea un ser pasivo sino poseedor de capacidad para modificar y actuar sobre el espacio social”* (Buffa, 2014:13).

En suma, ¿cuál es el aporte de ésta línea teórica en el marco de la presente investigación? Comprender que la reforma del sistema sanitario produce una modificación del campo de la salud, que implica una resignificación de las prácticas de los actores involucrados, mediante el capital que poseen, en pos de la defensa de sus intereses. Deja en evidencia el estrecho vínculo entre la estructura y la acción, condensado en los conceptos de campo, capital y habitus.

### **4.3. La profesión médica**

Como se mencionó anteriormente, la presente investigación procuró realizar una aproximación al proceso de implementación del modelo de atención propuesto por el SNIS. Esto, desde la perspectiva de un actor en particular: médicos pediatras.

Resulta necesario, por tanto, realizar algunas aclaraciones teóricas sobre las principales características de la profesión médica.

Un clásico de la reflexión sociológica sobre las profesiones, y específicamente la médica, lo constituye el trabajo elaborado por Eliot Freidson (1978). Si bien se trata de una profesión en proceso de transformación (tal como se planteará más adelante), es sumamente relevante retomar las principales características que el autor expone.

Dicha investigación define la profesión como un tipo especial de ocupación, en tanto *“ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo”* (Freidson, 1987:15). Así, la

profesión se caracteriza por poseer una legítima autonomía organizada: “*se le ha dado el derecho a controlar su propio trabajo*” (Freidson, 1987:83).

Al analizar concretamente la Medicina, plantea que su autonomía se constituía como la prueba del status de profesión: los profesionales gozaban del privilegio del no control por parte de extraños (Freidson, 1987:145). Tal privilegio era justificado por los propios profesionales mediante tres cuestiones claves: 1) el grado de pericia y conocimientos implícitos resultaba de tal nivel, que aquellos que no eran profesionales no estaban en condiciones de evaluarlo o regularlo; 2) la reivindicación de que los profesionales eran responsables, y que por tanto merecedores de la confianza en su trabajo, sin necesidad de supervisión; 3) la invitación a confiar en que la misma profesión se haría cargo de llevar adelante acciones regulatorias en caso de reconocer que un individuo no realizaba su trabajo competente o éticamente. Así, “*su autonomía es justificada y probada por su autorregulación*” (Freidson, 1987:145).

Se señala que las bases del poder social de la profesión médica se remontan al momento en que la misma logró constituirse como una verdadera “profesión de consulta”, gracias al desarrollo de destrezas y conocimientos que le permitirían predecir y controlar un amplio espectro de enfermedades humanas (Rodríguez, s/f:98).

La Medicina se destacaba, por tanto, de acuerdo a esta línea teórica, por el derecho al control de su propio trabajo, y el derecho exclusivo a determinar quiénes podían ejercer legítimamente el trabajo y cómo debía realizarse éste (Rodríguez, s/f:98). Se caracterizaba por la preeminencia, que “*no es meramente la del prestigio, sino la de la autoridad experta. Es decir, que el conocimiento de la Medicina sobre la enfermedad y su tratamiento está considerado como autorizado y definitivo*” (Freidson, 1987:23).

Freidson sentencia en este sentido, que en el curso de lograr el monopolio sobre su trabajo, la Medicina, también obtuvo una jurisdicción casi exclusiva para determinar qué es enfermedad y cómo deben actuar las personas para ser tratadas como enfermas (lo que la compromete fuertemente en la creación de enfermedad como un estadio social que puede asumir un ser humano) (Freidson, 1987:209).

Ahora bien, recientemente, Juan Irigoyen (2010), al analizar los cambios económicos, tecnológicos, organizativos y culturales que se hicieron presentes a partir de los años ochenta (en el contexto posfordista), plantea una modificación en la producción de servicios sanitarios y en la propia profesión médica.

Resalta dos factores fundamentales del período: el cambio tecnológico continuo y un mercado expansivo y movilizad (Irigoyen, 2010:282). Tales factores impusieron nuevos requerimientos y configuraron una nueva organización. La reestructuración global, se fundó entonces en la ruptura tecnológica y en la aparición de nuevas tecnologías que impulsaron el crecimiento económico y potencialidad de la industria (Irigoyen, 2010:284).

El autor plantea que los cambios que se registran en el campo sanitario están conectados con transformaciones que se producen en el ámbito global, reconfigurándolo (Irigoyen, 2010:279).

Si bien siempre ha existido una estrecha relación entre la industria y la atención médica, la ruptura tecnológica produjo modificaciones sustantivas en esas relaciones, en tanto la industria incrementó su poder basándose en su potencialidad tecnológica (Irigoyen, 2010:284).

En este sentido, Irigoyen retoma el concepto de campo de Bourdieu y plantea “*el aumento de la densidad y complejidad del campo al intervenir actores nuevos*” (Irigoyen, 2010:281), determinado por el incremento del poder de la industria.

Lo que interesa es plantear que la reestructuración del campo tiene como consecuencia un nuevo posicionamiento de la profesión médica. “*Ésta se encuentra entre las dos fuerzas emergentes: La industria biomédica y la gestión*” (Irigoyen, 2010:288-289). En ambos casos, en desventaja con respecto a épocas anteriores (Irigoyen, 2010: 289).

Sin embargo, no se trata de un “declive de la profesión”, sino de “*un proceso de reprofesionalización para ser adaptada a las exigencias de los poderosos intereses económicos que controlan el campo de la asistencia sanitaria, los imperativos de los tipos organizativos nacidos de la transformación tecnológica y de la reconfiguración del estado*” (Irigoyen, 2010:281).



La industria y el gerencialismo se constituyen como la representación material del proyecto y los intereses que inspiran la mutación global ya mencionada, que no intentan desplazar a la profesión médica, sino *“reducirla a la colaboración en las coordenadas de unos servicios de salud reformados”* (Irigoyen, 2010:289).

Esto se traduce en una pérdida de autonomía profesional (a la que hacía referencia Freidson) y una disminución en el poder de la profesión médica en términos estratégicos (Irigoyen, 2010:289). La misma es reconfigurada para adaptarse a los procesos productivos y sus modelos (Irigoyen, 2010:289).

Por tanto, *“la relación entre la industria y la profesión se ha complejizado. Los médicos son desposeídos de la exclusividad en cuestiones fundamentales, pero son considerados socios imprescindibles”* (Irigoyen, 2010:290).

El autor entiende que los sistemas sanitarios han adoptado modelos inspirados en el mercado, en los que el producto es entendido como un servicio complejo y el destinatario como un cliente (Irigoyen, 2010:285). En tanto que la eficiencia (definida por la relación entre los costos y los resultados) se vuelve un aspecto relevante en lo que a la profesión médica refiere.

Dos consecuencias resultan fundamentales en el marco de la presente investigación: primero, que *“la profesión médica debilita su hegemonía en la definición de los problemas de salud desplazada por el aparato productivo industrial”* (Irigoyen, 2010:285) y, segundo, el proceso de fragmentación y jerarquización que se produce a la interna de la profesión (Irigoyen, 2010:281).

#### **4.4. En clave de política pública**

Las medidas de política pública en torno a la Reforma planteada se orientaron hacia la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Conocer qué se entiende por política pública y qué elementos la componen resulta de gran relevancia, al permitir reconocer las diversas etapas del proceso, que implican un grado diferente de involucramiento de los actores en cada una de ellas.

Joan Subirats, reconocido catedrático en Ciencia Política, brinda una definición analítica de

las políticas públicas, entendiéndolas como: *“una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos (cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían) a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendientes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales)”* (Subirats et al., 2008: 38).

Por tanto, las políticas públicas se encuentran orientadas hacia la resolución de un problema social que es reconocido políticamente como de carácter público y que la sociedad no está en situación de resolver autónomamente. Mediante ellas se intenta modificar u orientar la conducta de determinados grupos específicos (grupos objetivo), entendidos como los grupos sociales que estarían generando el problema que se está intentando resolver.

Además, toda política pública implica una base conceptual de partida, una intencionalidad y una relación entre las decisiones y actividades. Vale destacar que se caracterizan por constituirse como un conjunto de acciones y un programa de intervenciones (no se trata de una decisión única o específica) (Subirats et al., 2008: 40-41).

Los actores públicos, tal como advertirá el lector, poseen un papel clave: las decisiones y acciones llevadas adelante en pos de la resolución del problema identificado, *“sólo podrá considerarse como un política pública en la medida en que quienes las toman y las llevan a cabo lo hagan desde su condición de actores públicos”* (Subirats et al., 2008:41).

La perspectiva que aquí se propone entiende a la política pública en términos de ciclo, que *“se inicia con el surgimiento de los problemas y se prolonga hasta la evaluación de los resultados”* (Subirats et al., 2008: 44).

Específicamente, las etapas que la componen son: 1) seguimiento y percepción de los problemas; 2) incorporación en la agenda política; 3) formulación y decisión del programa de política; 4) implementación de la política; 5) evaluación de la política (Subirats et al., 2008:45-46).

Si bien “*esta perspectiva cíclica de la política pública debe verse como un marco de referencia y no como un esquema rígido*” (Subirats et al., 2008: 44), la misma se consideró relevante en el contexto de la investigación planteada, al operar como soporte en la búsqueda de sentido de las decisiones tomadas mediante una política pública (Subirats et al., 2008: 44).

El siguiente cuadro refleja las diferentes fases, su contenido y los principales cuestionamientos que ha de plantearse el analista (se resalta lo relativo a la implementación):

**Cuadro 1. Fases de las políticas públicas: contenido y cuestionamientos del analista**

<b>Secuencia y terminología</b>	<b>Contenido</b>	<b>Principales cuestionamientos del analista</b>
1) Seguimiento de los problemas	-Surgimiento de un problema -Percepción del problema -Definición del problema e identificación de sus posibles causas -Representación del problema -Demanda de acción pública	¿Cómo se ha tomado conciencia del problema?
2) Inclusión en la agenda	-Selección (filtro) de los problemas emergentes -Esquema de formulación del modelo causal -Respuestas de los poderes públicos a los problemas que se reconoce que han de ser objeto de una política	¿Cuáles son los factores que han llevado al gobierno a actuar ante el problema?
3) Formulación y decisión del programa de la política	-Definición del “modelo causal” -Definición de la o las soluciones adaptadas al problema y aceptables -Proceso de contraste entre las soluciones ideales y los medios disponibles -Selección de los instrumentos de acción	¿Cuáles son las soluciones propuestas y aceptadas por parte del Gobierno y del Parlamento? ¿Qué procesos se han seguido para formular dichas soluciones?
<b>4) Implementación de la política</b>	-Aplicación de las soluciones seleccionadas -Acciones de los agentes administrativos a cargo de la implementación	¿Se han aplicado las decisiones del gobierno y del parlamento?
5) Evaluación de la política	-Determinación de los posibles efectos de la política -Evaluación de la eficacia, de la eficiencia, de la pertinencia de lo realizado respecto al problema inicial	¿Cuáles han sido los efectos directos e indirectos de la política?

**Fuente:** Adaptado de Subirats et al., 2008:45.

Ahora bien, debe considerarse el hecho de que *“la implementación (llevar ideas de política a la práctica) es frecuentemente la parte más difícil e incierta del proceso de política”* (Grindle, 2009:33).

Es durante dicha fase que suelen surgir las denominadas “brechas de implementación”, definidas como *“la disparidad que frecuentemente hay entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta”* (Grindle, 2009:33).

De acuerdo a lo planteado por Merilee Grindle (2009:34), tales brechas pueden resultar benignas (por ejemplo en los casos en que una política pública pobremente diseñada logra ajustarse a la realidad para ser “mejor implementada”), o bien pueden ser profundamente dañinas. Sin embargo, *“benigna o dañina, la brecha de implementación casi siempre es imprevisible”* (Grindle, 2009:34).

No obstante ello, la autora plantea que es posible anticiparse y pronosticar algunas fuentes de los problemas que se suscitan en el proceso de implementación. En este sentido, propone identificar como principales factores aquellos inherentes a las políticas públicas y aquellos vinculados al contexto en que se llevan adelante (Grindle, 2009:35).

Los primeros refieren a reconocer que existen ciertas políticas más difíciles de ejecutar que otras, al involucrar largas cadenas de acción y diversos actores (Grindle, 2009:35). Cabe señalar que el SNIS se engloba dentro de éste tipo de políticas: para que logre funcionar tal y como se habría propuesto en un principio, las diversas partes involucradas han de estar alineadas con las intenciones que la reforma persigue, y los actores han de responsabilizarse con el papel que tienen en el proceso (Grindle, 2009:35).

En suma, una primera fuente de brecha remite a las características propias de la política. Preguntas vinculadas a la cantidad de actividades, tipo de actores y niveles de gobierno que están involucrados, a la profundidad de los cambios propuestos y a los niveles de cooperación entre las partes que requiere, resultan útiles para comenzar a anticipar la complejidad de la implementación en este sentido (Grindle, 2009:36).

Como segunda posible fuente generadora de problemas en la implementación, Grindle plantea el contexto: *“hasta las políticas bien diseñadas y bien intencionadas salen mal cuando se*

*realizan esfuerzos para ejecutarlas en contextos económicos, políticos y sociales que son hostiles al cambio”* (Grindle, 2009:37). Así, el conflicto y la resistencia se vuelven elementos inherentes del proceso.

En esta investigación se destacan dos tipos de retos en lo que al contexto refiere: en primer lugar la ocurrencia de sucesos no anticipados que vuelven más difícil (e incluso en ocasiones imposible) la implementación y, en segundo lugar, las capacidades administrativas y de gestión de los actores que implementan (Grindle, 2009:39).

Tal como la autora plantea, la capacidad de gestión y administración se vincula fuertemente con el grado de complejidad de las políticas que se intentan llevar a cabo (Grindle, 2009:40). Una política como la que se orienta a la creación del SNIS requiere, por tanto, un alto nivel de sofisticación en la gestión, un constante seguimiento administrativo, coordinación y habilidades de gestión (Grindle, 2009:40).

La riqueza del trabajo de Grindle para el presente estudio, radica en reconocer el rol fundamental que adquieren los implementadores como “solucionadores de problemas” (Grindle, 2009:43). Para ello, es necesario que los implementadores comprendan el papel fundamental que adquieren en la resolución activa de los problemas que puedan surgir en el proceso, y cuenten con incentivos para promover las metas de la política a pesar de los obstáculos (Grindle, 2009:43). Es decir, que estén motivados y sean recompensados.

Otro aspecto importante para lograr la implementación de las políticas, es el monitoreo (que brindará información acerca de la posible fuente de los problemas) y la evaluación de las mismas (que permitirá conocer el grado en que se logró lo que se propuso) (Grindle, 2009:45).

En este sentido, la autora citada no vacila en afirmar que *“con demasiada frecuencia, (...), el monitoreo no se realiza de manera sistémica o incluye métricas que pueden desviar a los implementadores de las metas de la política pública (contar cuántos pacientes se atienden por hora en una clínica de salud, por ejemplo, en vez de una métrica que sea más útil en evaluar la calidad atención). Igualmente, con frecuencia, las evaluaciones se realizan puntualmente y luego son solo usadas para ocupar espacio en una repisa”* (Grindle,

2009:45).

Por tanto, las actividades vinculadas al monitoreo y evaluación de las políticas públicas adquieren relevancia en tanto se utilicen para brindar información a los implementadores.

En síntesis, Grindle (2009) plantea dos posibles fuentes de brecha: la política pública y el contexto. Sólo considerando conjuntamente ambos aspectos es que puede lograrse un enfoque estratégico para la implementación.

La implementación se presenta aquí en tanto reto, como un proceso incierto, en el que están involucrados los más diversos actores, y que, por la complejidad que implica, *“la realidad es que ningún proceso de implementación completamente efectivo se puede garantizar”* (Grindle, 2009:47).

La cuestión radica entonces en preguntarse si es posible hacer que las políticas sean más implementables (Grindle, 2009:48). Si bien la autora citada considera que “el momento indicado” para cuestionárselo es durante la formulación de la política (Grindle, 2009:48), en la presente investigación se entiende que es una pregunta que atañe a todas las fases. No solo analistas, sino también los propios implementadores y hacedores de política, han de cuestionarse cómo se están llevando a cabo las actividades propuestas, qué obstáculos se perciben y cómo superarlos.

## 5. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

### 5.1. Definición y fundamentación de la estrategia metodológica

Para responder a los objetivos planteados se propuso un enfoque de investigación de corte cualitativo.

Dicha metodología implicó un diseño emergente: si bien se formuló un plan inicial de investigación, éste no quedó establecido rígidamente y las fases del proceso estuvieron sujetas a modificaciones<sup>6</sup> (Batthyány et al., 2011:78-79).

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista. Se optó por ella en función de los objetivos planteados, al tratarse de una herramienta que permite una mayor profundidad de respuesta en comparación a otro tipo de técnicas. Asimismo, al implicar una interacción verbal cara a cara y centrada en los procesos de intersubjetividad, permite una indagación exhaustiva, en la que se involucran elementos simbólicos: motivaciones, creencias y sentimientos sobre un tema (Scribano, 2008:72).

Específicamente, se trabajó mediante entrevistas semi estructuradas: se dispuso de una serie de temáticas específicas a tratar, pero reconociendo la posibilidad de cambiar el orden de los temas o la formulación de las preguntas en caso de ser necesario (Batthyány et al., 2011: 90).

Para la elaboración de la pauta de entrevista fueron de relevancia el documento elaborado por los pediatras de la Red de Atención Primaria- Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE)<sup>7</sup> en la novena convención médica nacional (junio de 2014) (ver bibliografía), y el marco conceptual propuesto por la herramienta Primary Care Assessment Tool (PCAT) (ver punto 5.2.).

Vale destacar que se utilizaron dos versiones de pauta. Luego de realizar las primeras entrevistas, se decidió realizar algunas leves modificaciones para profundizar en aspectos que

---

<sup>6</sup> Ejemplo de ello lo ilustran los anexos 3 y 4, donde se presentan las pautas de entrevista utilizadas.

<sup>7</sup> Es una “*unidad ejecutora de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo. (...) Incluye servicios territoriales (Centros de Salud, Policlínicas, Consultorios de Área) y un Sistema de Unidades Móviles para emergencia, urgencia y traslados*” (Benia y Medina, 2011:103). Se reconoce en todo momento que se trata de un documento elaborado por pediatras del sector público.

surgieron del propio campo.

La población de estudio se constituyó por pediatras del primer nivel de atención, tanto del sector público como del privado, de Montevideo.

Para la selección de los entrevistados se utilizó un muestreo de tipo “bola de nieve”. Tal método permitió seleccionar los sujetos de manera arbitraria: se eligieron determinadas personas con características relevantes para la investigación (pediatras del primer nivel de atención), y se les solicitó que ubicaran a otros miembros de la misma población de estudio. Así, la muestra se generó progresivamente, resultado de que cada sujeto propuso a otras personas conocidas (Mejía Navarrete, 2002:121 en Scribano, 2008:37).

Se realizaron en total 5 entrevistas a informantes calificados y 20 a pediatras del primer nivel de atención (ver anexo 2).

El principal elemento considerado en la selección fue el sector en que se desempeñaban, con el objetivo de analizar las temáticas aquí planteadas en el ámbito público y privado. 11 entrevistas fueron a pediatras que al momento de la aplicación de la técnica trabajaban en el primer nivel público, 7 en el privado y 2 en ambos. No obstante dicha clasificación, hubo casos en los que contaban con conocimiento del funcionamiento de los dos sectores, producto de trabajos anteriores (ver anexo 2).

Una aclaración importante es que se entrevistaron tanto pediatras que ya desempeñaban su labor en el primer nivel desde antes de la implementación de la reforma, y otros, más jóvenes, que comenzaron su actividad con el SNIS en marcha. Ello permitió conocer ambas posturas, y en ningún momento significó un “problema”, en el entendido de que lo que se intentó con la presente investigación no fue comparar cómo era la situación antes y después de la creación del SNIS, sino indagar en el proceso de implementación de la reforma en sí: analizar si las líneas de acción que se propusieron están llevándose a cabo en la práctica.

El trabajo de campo se realizó en dos períodos: de mayo a noviembre de 2015 y de octubre de 2016 a abril de 2017.

La unidad de análisis fueron los discursos derivados de las entrevistas realizadas. Esto



permitió identificar relatos diferenciados en las apreciaciones sobre el funcionamiento del sector público y el privado, y detectar tensiones sociológicamente relevantes al momento de establecer el rol del pediatra en el primer nivel de atención (como se analizará más adelante).

En conformidad con lo expuesto, se optó por una metodología cualitativa orientada hacia el análisis socio hermenéutico, en el que se procuró realizar *“la reconstrucción del sentido de los discursos en su situación (micro y macrosocial) de enunciación”* (Alonso, 2003:188). Lo que implicó, en la práctica, *“situar los textos en contextos”* (Alonso, 2003:203).

Alonso (2003), en su investigación sobre el análisis sociológico, sentencia que en *“la investigación social, el discurso desborda el texto”* (Alonso, 2003:202). Lo que se analizó, por tanto, no fueron meramente los textos, sino los discursos. El autor entiende que los primeros se constituyen como *“el plano objetivo y material de un proceso que encuentra valor hermenéutico en cuanto que nos sirve como soporte para llegar a hacer visibles, e interpretables, las acciones significativas de los sujetos en sociedad”* (Alonso, 2003:203).

Ahora bien, situar en contextos no refiere únicamente al marco situacional de la producción del discurso. Implica considerar el contexto social *“como conjunto de referentes sociogrupales que otorgan significaciones al discurso”* (Alonso, 2003:204).

Tal contexto social ha de ser reconocido como un sistema de campos, en el sentido que Bourdieu (Bourdieu, 1998:144 en Alonso, 2003:204) les ha otorgado: en tanto sistema de relaciones, de fuerzas e intereses que marca las posiciones y da sentido a las estrategias a partir de las cuales se realizan las prácticas discursivas (Alonso, 2003:204).

Bajo esta mirada los discursos se establecen *“como prácticas realizadas desde los intereses de los diferentes grupos y actores sociales”* (Alonso, 2003:204). Esto permite comprender que los pediatras entrevistados (uno de los tantos actores involucrados en el proceso de implementación de la reforma), poseen una visión particular de las temáticas aquí trabajadas.

## **5.2. ¿Cómo abordar los conceptos de primer nivel de atención y estrategia APS?**

Dado que las nociones de “primer nivel de atención” y “estrategia APS” resultan en ocasiones

un tanto abstractas, se consideró relevante y conveniente la utilización del marco conceptual de la herramienta Primary Care Assesment Tool (PCAT).

PCAT es un instrumento de evaluación que mide la presencia de los atributos de la APS en los servicios de salud de primer nivel de atención. Fue desarrollado por Bárbara Starfield, referente mundial en análisis y evaluación de sistemas de salud, en John Hopkins University, Estados Unidos (Grupo PCAT.UY, 2011:187)<sup>8</sup>.

Se constituye como una familia de instrumentos de tipo encuesta, que procura captar los puntos de vista de gestores de políticas sanitarias o expertos a nivel de sistemas de salud, gestores de recursos de APS, profesionales de la salud y usuarios.

A continuación se presentan los dominios del PCAT y su relación con los atributos de la estrategia APS<sup>9</sup>. El modelo se estructura en cuatro atributos principales y tres secundarios.

#### Atributos fundamentales:

1. Primer contacto: supone que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia un centro o profesional de salud concreto que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario. Debe ser accesible a la población y se compone de dos subdimensiones: la accesibilidad como el elemento estructural necesario para el primer contacto, y la utilización de los servicios como primer contacto (el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado en caso de presentarse un problema o evento nuevo).
2. Continuidad: plantea una relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, facilitando así el desarrollo de una relación basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Las dos subdimensiones que componen este dominio son el grado de afiliación (los usuarios identifican una

---

<sup>8</sup> Si bien PCAT fue desarrollado originalmente en inglés, ha sido traducido y adaptado a múltiples idiomas y aplicado en diversos países. En Uruguay se conformó, a fines del año 2008, el grupo denominado PCAT.UY, encargado de la adaptación de la herramienta y su posterior aplicación en los Servicios de ASSE. Se trata de un grupo de investigación independiente, asociado al Departamento de Medicina Preventiva y Social y al Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de la República (UdelaR).

<sup>9</sup> La información se obtuvo a partir de la ponencia de Silvina Berra y colaboradores en las IX Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires (2011:3).

fuente habitual de atención de la salud y los centros de atención son capaces de identificar la población candidata a sus servicios) y la continuidad interpersonal (atención longitudinal y focalizada en la persona, no en la enfermedad).

3. **Coordinación:** remite a la función de enlace entre los servicios de atención. Permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. Se compone de dos subdimensiones: sistemas de información (disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona) e integración de la información (mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas).
4. **Integralidad:** propone una organización que permita ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de diverso tipo (biológicos o sociales). Se evalúa respecto de los servicios disponibles (con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios) y los servicios proporcionados (aquellos necesarios para la población, que el centro realmente ofrece).

Atributos complementarios:

5. **Enfoque familiar:** centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.
6. **Orientación comunitaria:** dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad, fomentando la participación comunitaria y a través de un enfoque epidemiológico.
7. **Competencia cultural:** supone la atención a la diversidad, adecuando el servicio a las características culturales de los distintos grupos sociales de la población usuaria.

En suma, dichas definiciones permitieron operacionalizar las implicancias de llevar adelante una estrategia APS en el primer nivel de atención (fundamental a lo largo del proceso de investigación). Vale destacar que el marco conceptual de PCAT se utilizó únicamente con tal finalidad, no se trató de una aplicación de la herramienta.

## 6. ANÁLISIS

A continuación se presenta la interpretación de los datos obtenidos mediante el trabajo campo<sup>10</sup>.

Tal como se mencionó anteriormente, la reforma del sistema del sector salud implicó transformaciones en tres ejes fundamentales: financiamiento, gestión y atención. Sin embargo, pediatras entrevistados afirmaron que es en éste último en el que menos se ha avanzado. Si bien se reconocen esfuerzos y mejoras, se entiende que aún persisten obstáculos y desafíos que operan como impedimentos para una verdadera priorización del primer nivel de atención y la estrategia APS.

Es posible afirmar, por tanto, la existencia de brechas de implementación. Es decir, disparidades entre lo que se anunció como política y lo que efectivamente se está ejecutando (Grindle, 2009:33).

En reiteradas ocasiones se sentenció que el modelo de atención propuesto por el SNIS está definido únicamente en el plano teórico, “en los papeles”, pero que no ha habido una discusión profunda entre los diversos actores involucrados en el campo sobre cómo “poner en práctica” las cuestiones que implica (que no solo conciernen al contenido de la atención, sino también al propio trabajo del equipo de salud y a la distribución de los recursos).

Los entrevistados plantearon que resultan escasas las instancias de diálogo en las que se les consulte a los implementadores (en este caso, médicos pediatras del primer nivel de atención) sobre las dificultades con las que se topan en su labor diario al momento de llevar adelante una atención con las características que se proponen.

En este sentido, el presente análisis procuró operar como punto de partida para la discusión: se identificaron en el relato diversos elementos que dificultan (y en ocasiones impiden) la completa implementación del modelo de atención del SNIS (siempre reconociendo que se relevó la visión de uno de los tantos actores involucrados, que posee una determinada manera de posicionarse en función del lugar que ocupa en el campo).

---

<sup>10</sup> Cuando se realizan citas de las entrevistas realizadas se indica el número (ver anexo 2) y sector (público o privado) donde el entrevistado trabajaba al momento.

A continuación, se analiza cada uno de los atributos de la Atención Primaria en Salud: aquello que el SNIS procura implementar y la situación actual de acuerdo a lo planteado por los entrevistados. Previo a ello, se señalan algunos elementos a considerar vinculados al sistema, que intervienen en el funcionamiento del primer nivel y dentro de éste, de la estrategia APS.

Dado que en el proceso de implementación inciden factores de los más diversos órdenes, se optó por realizar el análisis de cada uno de los mencionados atributos considerando cinco dimensiones: institucional (arquitectura del sistema), político/administrativa (capacidad del Estado para gestionar e instrumentar el SNIS), económica (distribución de los recursos), social (vinculada a las condiciones de vida de las personas) y cultural (creencias y valores, asociada a lo simbólico).

### **6.1. Consideraciones relevantes**

En primer lugar, resulta necesario plantear aspectos institucionales y político/administrativos que influyen (aunque a veces de manera no tan evidente) en la atención que se brinda.

El sistema de salud uruguayo se compone por dos grandes sectores: público y privado. Los entrevistados plantearon de manera recurrente que el funcionamiento en ambos es sumamente distinto. Esto, no solo por cuestiones vinculadas a los recursos humanos en salud o características del sistema sanitario, sino, por el propio perfil de los usuarios.

Las diferencias en los perfiles remiten principalmente a las desigualdades entre quintiles de ingresos. De acuerdo al gráfico 1, extraído del Reporte Social 2013<sup>11</sup>, hay una concentración de usuarios de ASSE en el primer quintil de ingresos, donde la población con derechos vigentes exclusivamente en esta institución supera el 60 %, mientras que esta misma proporción es del 3,45 % en el último quintil de ingresos.

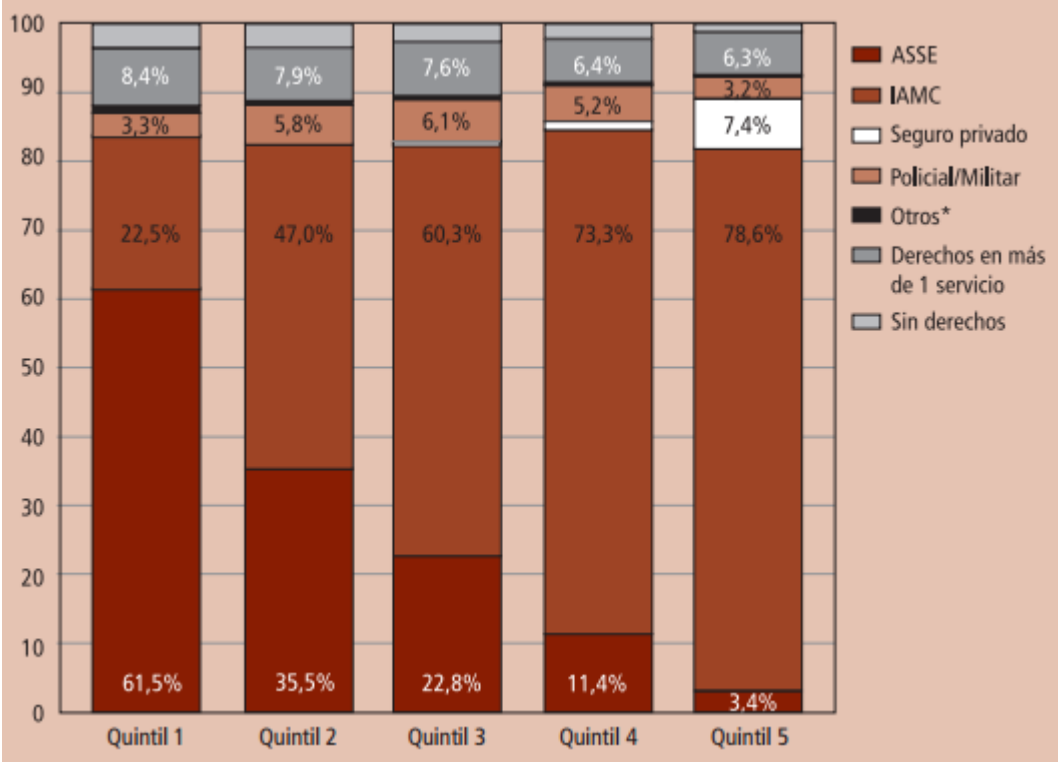
Se observa una tendencia que indica que las personas con mayores ingresos optan por el sector privado: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) (instituciones de

---

<sup>11</sup> Si bien se trata de información del año 2012, se entiende que la situación no sufrió grandes modificaciones, por lo que resultan pertinentes en el marco de la presente investigación (no se presentaron datos vinculados a esta temática en el Reporte Social del año 2015). Vale aclarar que se trata de cifras para el total país y no únicamente para Montevideo, de todos modos se consideraron útiles para ejemplificar lo mencionado por los entrevistados en cuanto a las diferencias entre el sector público y privado.

carácter mutual o cooperativas de profesionales) y seguros privados (percibido como un servicio de mejor calidad que el que brindan las IAMC tras haber aumentado su número de usuarios) (Presidencia de la República, Reporte Social 2013:41).

**Gráfico 1. Cobertura por grupo de prestadores según quintil de ingresos, en porcentajes, total país, 2012**



**Fuente:** extraído de Reporte Social 2013:127 (Presidencia de la República).

Por tanto, se trata de poblaciones a atender que presentan diferencias en sus características, en el entendido de que el aspecto económico (reflejado aquí mediante los ingresos) impacta en los demás ámbitos en los que se desarrollan de las personas (social, cultural, educativo, sanitario, entre otros). Esto requiere, necesariamente, que la atención se adecúe.

Por su parte, un segundo elemento importante a considerar, (esta vez en lo que a la dimensión política/administrativa refiere) lo constituye la capacidad de gestión por parte de las autoridades sanitarias y mandos medios para llevar adelante el modelo de atención que se propone.

Pediatras entrevistados señalaron que para la implementación de un modelo basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es necesario que los encargados de “dirigir” las líneas de acción, sean personas que tenga una formación acorde.

Gestionar la reforma del sistema sanitario requiere un verdadero conocimiento sobre administración y las características propias de los diversos recursos involucrados. Sin embargo, se sentenció que existen casos en los que se opta por cargos de confianza política:

*“Yo opino que no hemos tenido buenos gestores de administradores de salud, y eso me parece clave, y sobre todo en los mandos medios. Porque son los mandos medios los que muchas veces definen cosas importantes. Y yo creo que ahí no hemos tenidos buenos gestores administradores, seguimos sin tenerlos, según yo percibo y veo. No están formados, son muy pocos los que tienen formación en gestión y administración, hay muchos cargos de confianza política, que son médicos que tienen otras especialidades”* (Entrevista N° 1, sector público).

Esto implicaría, además, una falta de concientización sobre lo que significa realmente el modelo de atención propuesto por el SNIS. Es decir, que trascienda lo meramente teórico y se tengan claros los objetivos que se persiguen y cómo alcanzarlos, dando mensajes claros a los implementadores.

No es menor la confusión que frecuentemente hay entre los conceptos de Primer Nivel de Atención y estrategia APS. Muchas veces se los considera como sinónimos (lo plantearon los entrevistados pero incluso ellos mismos los usaron como términos indistintos), cuando no lo son (tal como se explicitó en apartados anteriores).

Vale destacar que Grindle (2009) en su análisis sobre las fuentes de brecha de implementación incluye, dentro del contexto, a las capacidades administrativas y de gestión de los actores que implementan: *“esta capacidad por supuesto tiene que ver con el grado de complejidad de las políticas a implementar; aquellas que requieren largas cadenas de acción y respuesta por parte de los otros actores son probablemente las que requieren más sofisticación en la gestión; las que deben ser implementadas en períodos considerables son probablemente las que requieren de mayor seguimiento administrativo, aquellas que involucran múltiples niveles de gobierno requieren gran coordinación y habilidades de*

*gestión”* (Grindle, 2009:40).

La reforma estudiada se constituye claramente como un proceso con características como el allí planteado: sumamente complejo, con diversas acciones y actores involucrados, que requiere de formación y sofisticación en la gestión (aspecto que como fue mencionado no se estaría contemplando). Por tanto, se identifica aquí la primera fuente de brecha: la capacidad de gestión de los mandos medios.

En adición, pediatras entrevistados manifestaron la necesidad de que exista un seguimiento del estado de situación del sistema, que permita replantear aspectos que no están funcionando como se esperaba que lo hicieran.

No parece existir actualmente (o no se estaría ejecutando) una estrategia de monitoreo de la situación, cuestión que debería incluirse *“en cualquier lista de “cosas que se pueden hacer” para mejorar la implementación”* (Grindle, 2009:45).

Como una suerte de mecanismo de monitoreo podría considerarse el cumplimiento de las metas asistenciales. Este componente, generado para promover el desempeño asistencial de los prestadores en áreas programáticas concretas (y el pago a los prestadores por su cumplimiento), opera de diferente manera según se trate del sistema privado o del público.

En el primero sí se consideran y cumplen las metas, generando ingresos para las instituciones involucradas. Sin embargo, en ASSE, al contar con un presupuesto independiente, no se reporta su cumplimiento, lo que produce dificultades en la atención e incluso en el seguimiento y evaluación de la situación asistencial.

Vale mencionar que la rigidez de las pautas ministeriales a cumplir por parte de las instituciones, es visualizada como una suerte de obstáculo. Sobre todo en el ámbito privado, en la que es necesario cumplir estrictamente con lo establecido por las metas, sin dar lugar a cierta flexibilidad de acuerdo al caso (produciendo un mal uso de los recursos y generando demoras en la atención):

*“Hay otro lado de la reforma que no está buena que es la meta y es el cobro del incentivo para la mutualista. Muchas veces el niño viene porque los padres están preocupados por el*



*niño una semana, pero el cumple mes es a la semana siguiente, entonces tenés que volverlo a traer porque si no la meta no se cumple”* (Entrevista N° 6, sector privado).

Ahora bien, no se realiza una estrategia de monitoreo que analice concretamente cómo se está implementando el modelo de atención y determinar así *“dónde y cuándo podrían estar saliendo mal las cosas”* (Grindle, 2009:45).

Incluso, el contemplar únicamente métricas como la mencionada, puede *“desviar a los implementadores de las metas de la política pública”* (Grindle, 2009:45). Se consideran solo de manera parcial aspectos del modelo de atención vinculados (por ejemplo) al funcionamiento de los equipos de salud y la coordinación entre las partes. Éste queda reducido así al contenido de la atención y deja en un segundo plano elementos sobre la calidad de la misma.

A partir de lo anteriormente expuesto, cabe destacar que un punto clave en cuanto a la gestión lo constituye la necesidad de generar espacios de diálogo entre los distintos actores involucrados en el proceso. Pediatras del primer nivel, entrevistados en el marco de la presente investigación, señalaron que no se les consulta sobre cuáles son las dificultades que observan en el sistema:

*“Nunca toman la opinión de los que estamos ahí en el frente de batalla todos los días, viendo los pacientes, los problemas que tienen. Ellos lo saben detrás de sus escritorios, que para lograr por ejemplo una consulta con oftalmólogo estas hasta un año, algo totalmente inaceptable. Pero bueno, no se ponen soluciones tampoco. Y bueno, lo saben pero quedamos en lo saben”* (Entrevista N° 15, sector público).

Establecer instancias de diálogo permitiría que el médico “se sienta parte” del proceso, que el propio implementador comprenda el papel fundamental que tiene en la resolución de los problemas que puedan surgir (Grindle, 2009:43).

## **6.2. Implementación del modelo de atención: logros y desafíos**

A continuación se analiza la situación actual de los atributos de la atención APS en el primer nivel de atención, a partir del relato de los entrevistados y considerando las dimensiones

anteriormente expuestas (institucional, político/administrativa, económica, social, cultural)<sup>12</sup>.

### **6.2.1. Primer contacto**

El primer nivel de atención suele ser definido como la “puerta de entrada” al sistema de salud. Promover una estrategia APS supone, en este sentido, que los servicios sean accesibles para la población, tanto en términos estructurales como prácticos (que en verdad se utilicen como primer contacto con el sistema).

Los entrevistados plantearon que la accesibilidad en lo que refiere a la localización de los centros y servicios de primer nivel es sumamente satisfactoria. Los mismos se han descentralizado, ubicándose en los diferentes barrios de la ciudad. Esto permitió que el sistema “se acerque” a las personas, sobre todo a aquellas inmersas en situaciones de vulnerabilidad (que no podrían o se les dificultaría acceder si implicara recorrer largas distancias).

Pediatras del sector público que trabajaban con anterioridad a la reforma, coincidieron en afirmar que hubo significativas mejoras en las condiciones edilicias de las policlínicas. Sin embargo, a pesar de los importantes esfuerzos, plantearon que aún queda camino por recorrer:

*“Hace falta mejorar, porque tengo idea de que hay muchos centros periféricos que están en condiciones muy malas. A mí me choca pensar que un consultorio donde se atiende gente para salud, sea peor que una oficina de Antel, para vender un teléfono y telecomunicación. Que esté en un lugar como este, agradable, con un aire acondicionado, y vos tengas una policlínica que se llueva, eso es indigno”* (Entrevista N° 13, sector público).

Vinculado a las condiciones materiales de trabajo, pediatras del ámbito público, mostraron su preocupación por las condiciones de seguridad que existen sobre todo en los servicios de atención de primer nivel. Si bien se trata de una cuestión social, que trasciende ampliamente al ámbito médico, influye en éste y en el trabajo. Resulta ilustrativo presentar una anécdota que recordaba uno de los entrevistados:

*“Yo me he sentado en un murito en otra policlínica que ahora la cerraron por un tema de*

---

<sup>12</sup> Una vez más se enfatiza que el marco conceptual de PCAT se utilizó con el fin de operacionalizar los conceptos trabajados a lo largo de la investigación, no se trató de una aplicación de la herramienta.

*seguridad, donde se me descolgaban del techo porque en el techo de la policlínica guardaban las drogas y las armas. Y yo los veía bajar por la ventana (...) Y si a veces se les levantaba la ropa yo los veía que estaban con el arma metida adentro del pantalón, del short. Y me sentaba con ellos. Como yo digo, me va a matar el cigarro, pero me ha salvado la vida mil veces. De sentarme con los dueños de la esquina en el murito y convidar cigarros”* (Entrevista N° 18, sector público).

Al analizar si efectivamente la población utiliza los servicios de primer nivel de atención como el primer contacto con el sistema, se observó que esto no siempre ocurre, por diversas razones que involucran no solo a la población sino también al cuerpo médico y al servicio que se ofrece.

Se sentenció que muchas veces las personas no optan por acudir en primera instancia al servicio de policlínica, sino a la emergencia o a las móviles. Si bien se cuestionaron aspectos vinculados a los horarios que se ofrecen para la atención en policlínica y a las trabas administrativas que a menudo surgen y generan que el servicio no sea “amigable”, se reconoció que opera aquí una cuestión que remite, sobre todo, a lo cultural.

De acuerdo a lo planteado por entrevistados, para lograr que las personas acudan a estos servicios, es necesario que la población comprenda y esté informada sobre la importancia que tiene consultar en el primer nivel, de manera responsable, para lograr un buen uso de los recursos. En ello, el equipo médico y de salud adquiere un rol clave:

*“Eso también depende de nosotros, de los médicos que trabajamos con nuestros pacientes, y tenemos que enseñar y explicar que el acceso primero tiene que ser en el primer nivel. Es una cultura de educación que tiene que cambiar y que es responsabilidad de todos, del que se tiene que educar y de los que tenemos que educar”* (Entrevista N° 11, sector privado).

No obstante lo planteado, la sobrecarga de trabajo en el primer nivel de atención es una constante. Existe una fuerte demanda por parte de la población (que no es una demanda por un primer nivel fortalecido) en dos sentidos: por un lado, producto de un pronunciado índice de natalidad en determinadas zonas de la ciudad que implica la necesidad de disponer de recursos humanos y materiales con los que actualmente no se cuentan, y por otro, en función

de las expectativas por “la inmediatez del médico”.

Sobre todo en el sector público, se hace presente la demanda del primer tipo.

Vale destacar, en referencia a dicho sector, que en los últimos años se reforzó una estrategia de seguimiento del niño recién nacido, que implica que vez que se le da de alta en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y Hospital de Clínicas, se articula con el Plan Aduana<sup>13</sup> para así dar lugar a la captación y seguimiento del niño.

Esto permitió que una mayor cantidad de niños acuda a los controles en los tiempos que se pautan a nivel del MSP, pero que no siempre se ve acompañado por un fortalecimiento de los recursos con los que se dispone (carencia que se constata especialmente cuando se observan los recursos humanos).

De acuerdo a una nota publicada en el Semanario Brecha “*la falta de recursos humanos se agrava porque en los municipios de la zona oeste (A, D, F y G)*”<sup>14</sup> *nace alrededor del 65 por ciento de los niños*” (Ferreira y Zibechi, 2013).

Asimismo, la demanda de la población se ve influenciada por el aparato de marketing que despliegan las instituciones en tanto verdaderas “empresas médicas”.

Específicamente, se resaltó el rol que adquieren en la actualidad las emergencias móviles. Éstas, mediante propagandas y anuncios, estarían generando inseguridad y dependencia médica en la población. Así, no se la estaría educando para comprender cuándo amerita una

---

<sup>13</sup> Fue creado en el año 1971 dentro del área Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública y comenzó a funcionar en Montevideo en el año 1974. Tiene como objetivo contribuir al adecuado control de salud de los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, asegurando el control de los recién nacidos y lactantes, una vez egresados del alta hospitalaria. Se trata de un sistema de referencia que fue teniendo una expansión progresiva.

El programa se gestiona a nivel de la Administración de ASSE-RAP. Articula los servicios hospitalarios del CHPR, del Hospital de Clínicas, con el nivel central de ASSE-RAP, y los efectores de Primer nivel coordinados desde el Programa Aduana: Centros de salud de la RAP, Policlínicas Municipales y Médicos de Familia.

<sup>14</sup> Barrios Municipio A: Paso de la Arena, Nuevo París, Belvedere, Prado Nueva Savona, La Teja, Cerro, Casabó Pajas Blancas, La Paloma Tomkinson, Tres Ombúes Pueblo Victoria.

Barrios Municipio D: Toledo Chico, Manga, Piedras Blancas, Casavalle, Borro, Marconi, Las Acacias, Pérez Castellanos, Villa Española, Unión, Mercado Modelo y Bolívar, Cerrito de la Victoria, Aires Puros.

Barrios Municipio G: Lezica Melilla, Colón Sureste, Abayubá, Peñarol, Lavalleja, Paso de las Duranas, Nuevo París, Sayago, Conciliación, Barrio Ferrocarril, Colón Centro y Noroeste.

Barrios Municipio F: Villa García, Manga, Bañados de Carrasco, Las Canteras, Maroñas, Parque Guaraní, Villa Española, Flor de Maroñas, Ituzaingó, Jardines del Hipódromo, Piedras Blancas, Km. 16 Cno. Maldonado, Ideal, Industrial, Málaga, Punta de Rieles, Bella Italia.

consulta y cuándo no. Las expectativas por la inmediatez del médico, generaría un mal uso de los recursos y sobrecarga no solo en el primero sino en todo los niveles de atención.

Cuestión similar a la que hablaba Irigoyen (2010) al referirse a la industria biomédica: *“la comunicación de la industria erosiona la definición de los significados de la salud y la enfermedad, que hasta ahora correspondía a los médicos en exclusiva. (...) Las empresas biomédicas tienen más facilidad para interactuar y transformar aspiraciones en necesidades (...). Definido en términos de consumo, construye discursos y significaciones de la vida y la salud que tienen un impacto en el imaginario social”* (Irigoyen, 2010:290).

Surge así una segunda fuente de brecha de implementación en lo que al contexto refiere: la importante injerencia que tiene en el campo de la salud la industria y las emergencias móviles.

Esto se plantea en el entendido de que *“la mayoría de las políticas no sólo proveen beneficios, sino que también imponen costos; crean ganadores, pero también perdedores”* (Grindle, 2009:37), por lo que tales empresas tienen grandes incentivos para resistirse al cambio.

En lo que respecta al acceso al pediatra concretamente, la situación difiere según se analice el sector público o el privado.

En el privado se han comenzado a implementar los denominados cargos de alta dedicación, lo que ha tenido diversos impactos en la práctica y mercado de trabajo de médicos pediatras. Tales cargos implican horas de internación, emergencia y policlínica. De esta manera, se le exige al profesional un determinado porcentaje de horas en el primer nivel de atención, lo que favorece y estimula el acceso al pediatra por parte de la población.

Por su parte, entrevistados que desempeñan su labor en el ámbito público manifestaron su “preocupación” por la tendencia de las autoridades a establecer al médico de familia como la especialidad clave en la atención de los niños en el primer nivel. Los cargos que quedan vacantes (en general a raíz de renuncias o jubilaciones), se cubren a menudo con médicos de familia.

Si bien pediatras reconocen la importancia de ésta especialidad, y el papel fundamental que tienen en el trabajo en el territorio, no parece estar saldada completamente la idea de

establecer al médico de familia como eje del primer nivel de atención.

Se trata de una suerte de reestructuración del campo que dejó como resultado un rol relevante del médico de familia en el primer nivel. En términos de Bourdieu, pediatras hacen pesar su capital cultural (vinculado a la formación) para reclamar el papel fundamental que tienen en la atención de la salud de los niños.

En su mayoría, los entrevistados manifestaron que desplazar al pediatra del primer nivel opera en desmedro de una mejora en la calidad de la atención del sector. No solo por las diferencias que existen en la formación de cada una de las especialidades, sino además, por la sobrecarga de trabajo que significa para los médicos de familia.

*“Me llevo muy bien con los médicos de familia (...) pero yo creo que hay niños, y sobre todo en esos lugares, que no son los médicos de familia los que deben controlarlos y verlos. Es una especialidad, pero la pediatría es una pasantía que ellos hacen de seis meses, los pediatras tenemos una formación de tres años. Y si nosotros podemos llegar a equivocarnos, imagínate ellos”* (Entrevista N° 1, sector público).

*“Yo no sé qué quieren hacer, porque si cada vez ponen más médicos de familia, todos los pediatras que se jubilan o se van, no reponen, no ponen gente nueva, ¿qué van a hacer? Mi ejemplo es clarísimo, uno renunció, el otro se jubiló, es obvio que yo no puedo abarcar toda la población. Entonces ¿qué quieren? ¿Que el pediatra sea qué? ¿El especialista? Por ahí dijeron un día que el pediatra vendría a ser el especialista, como el especialista que es, pero solo cuando le derivaran, alguna cosa. Y no es así tampoco, porque el médico de familia en su zona tampoco puede abarcar todo”* (Entrevista N° 19, sector público).

Ahora bien, las vacantes no solo se cubren con médicos de familia porque se considere que resulta más rentable, o porque los llamados sean dirigidos y orientados a ellos, sino también porque muchas veces no se presentan pediatras.

Cabe preguntarse, por tanto, las razones por las que esto ocurre, analizando si existen estímulos para que médicos pediatras opten por desempeñarse el área en cuestión.

Al consultarle a los entrevistados por las motivaciones que tienen para trabajar en el primer

nivel, hicieron referencia en gran mayoría a gustos personales, a la vocación, a sentir que están ayudando a los niños y de alguna manera “siendo útiles”.

*“Primero que nada vos tenés el amor a la camiseta como yo digo, porque realmente es eso, es porque te gusta trabajar en primer nivel”* (Entrevista N° 18, sector público).

A nivel de la organización del trabajo los estímulos resultan escasos y parciales.

Específicamente, adquiere un papel trascendental la cuestión vinculada a las remuneraciones. Se perciben brechas salariales entre los sectores público y privado y entre los niveles, que vuelven al primero (y sobre todo al público) poco atractivo:

*“¿Por qué una persona no va a trabajar a un sector? (...) uno trabaja porque le gusta pero para vivir, y si lo que te van a pagar es ni la mitad de lo que vas a cobrar en otro lugar, ni vas. Parte de que se estimule eso, si vos estás priorizando el primer nivel también tenés que estimular por ese lado, si no la gente no va a ir”* (Entrevista N° 19, sector público).

En el privado operan positivamente en este aspecto los cargos de alta dedicación.

Se constata así un espacio de lucha por capital económico a través de la defensa de la equiparación de salarios entre los sectores y niveles. Vale destacar que mediante las retribuciones salariales también se están “dando mensajes” sobre el modelo de atención que se busca: priorizar el funcionamiento en el primer nivel de atención supone valorar económicamente el trabajo en policlínica (y especialmente en periferia).

Un segundo aspecto fundamental lo constituye el reconocimiento social de la tarea, tanto por parte de la población como por parte de otros médicos involucrados en los demás niveles de atención.

Entrevistados sentenciaron que existe una suerte de “menosprecio” para con el profesional que opta por trabajar en el primer nivel (y más aún en el sector público), dentro del propio ámbito médico.

En términos de Bourdieu (1997:108) existe aquí una desigual apropiación de capital simbólico con respecto a quienes llevan adelante su labor en otros niveles. Se reconoce una

tendencia hacia la hiper-especialización, lo que genera distinción. Incluso dentro del propio cuerpo de médicos pediatras se percibe distinto el ser “médico del primer nivel”, frente a los de otras áreas, en términos de reconocimiento y prestigio.

En este sentido, se hizo referencia a la necesidad de una re distribución del capital simbólico.

En suma, el hecho de que no existan estímulos para que pediatras opten por el primer nivel genera, de acuerdo a lo planteado por los entrevistados, una sobrecarga de trabajo en otras especialidades (como puede ser la del médico de familia). Incluso, esto provocaría una mala calidad en la atención, en el entendido de que tales especialidades muchas veces no se encuentran capacitadas para hacer frente a ciertas situaciones que les correspondería atender, por su formación, a médicos pediatras.

### **6.2.2. Continuidad**

Una vez establecido el contacto, la continuidad en la atención de los pacientes resulta igualmente fundamental. Esto implica una relación personal a largo plazo del médico con el paciente (que en el caso de la primera infancia es con el niño pero además con su familia).

En general, tanto los profesionales entrevistados que trabajan en el sector público como en el privado, afirmaron que tienen un seguimiento de los niños que atienden. Los conocen desde pequeños y los acompañan a lo largo de su desarrollo y crecimiento.

Vale destacar que en el ámbito privado los cargos de alta dedicación resultan fundamentales: mediante la exigencia de un porcentaje mínimo de actuación en el primer nivel, incentivan el seguimiento y referenciación de cierta cantidad de pacientes.

Si bien se logra un determinado nivel de continuidad en la atención en gran parte de los casos, existen dificultades que generan que esto no sea sencillo y que en ocasiones no sea posible de implementar. Esto, por tres cuestiones fundamentales: en función del tiempo que se dispone en la consulta, por características propias de la población a atender y por cuestiones del mercado de trabajo en pediatría.

El tiempo con el que los médicos pediatras cuentan actualmente para las consultas es de 15 minutos por paciente (cuatro por hora).



Éste no siempre resulta adecuado, sobre todo cuando se trata de atender a niños con carencias (económicas, sociales, culturales, entre otras) y más aún en centros que no cuentan con un equipo de salud consolidado:

*“Nosotros somos el primer contacto de las miserias más grandes del ser humano y eso no te lleva 15 minutos, eso no te lleva una receta y vení en un mes que vemos cómo sigue. Eso te lleva sentarte en el mismo consultorio con el psicólogo, te lleva tratar de que la madre entienda que hay una situación que no puede seguir sucediendo”* (Entrevista N° 18, sector público).

Los entrevistados coincidieron en la necesidad de distribuir los tiempos de consulta entre los pacientes y trabajar de la manera más responsable y organizada posible:

*“El tiempo no es excusa para hacerlo mal (...). Vos podés tener 15 minutos y hacer un mamarracho, o tener 15 minutos y hacer una intervención adecuada para poder intentar acercarte a la problemática del niño y su familia. Entonces, creo que es un aprendizaje y un ejercicio, poder jerarquizar”* (Entrevista N° 12, sector privado y público).

No obstante lo cual, los minutos con el que se dispone en la mayoría de los casos resultan escasos. Los profesionales suelen optar por quedarse fuera de hora, lo que se traduce en situaciones de desgaste y cansancio.

El tiempo de la consulta es establecido a rajatabla especialmente en el ámbito privado, en el que las cuestiones económicas adquieren gran peso.

*“Las mutualistas pagan por un determinado número de pacientes por hora. Si vos querés aumentar esa cantidad de minutos que le podés dedicar a un paciente, son menos pacientes que atendes, y por tanto el prestador tiene que pagar más horas de trabajo para cubrir a la misma población. Y en eso se está, es una lucha, un tire y un afloje, donde bueno, se van logrando avances pero avances discretos”* (Entrevista N° 3, sector privado).

La lucha por el capital económico no se agota en los aspectos ya mencionados vinculados a las remuneraciones. Los entrevistados recalcaron que para lograr el modelo de atención que el SNIS procura implementar, es necesario que se dirijan recursos económicos que permitan (principalmente) reducir la cantidad de consultas por hora, formar al equipo de salud, trabajar

de manera integral con otras especialidades. Esto lo plantearon considerándolo como una “inversión a futuro” y no como un simple “gasto” (más aún cuando se trata de la atención a la primera infancia):

*“Si invertís en el primer nivel (teniendo buenos recursos humanos, un buen sistema), vas a evitar que los niños lleguen al hospital, vas a evitar que los niños nazcan prematuros... ¡con lo que nos sale!”* (Entrevista N° 1, sector público).

En el logro de una atención continua influyen, en adición a lo planteado, características propias de la población y cómo ésta valora la atención médica.

Si bien por lo general, según lo planteado por los entrevistados, es posible el seguimiento de los pacientes, especialmente en Montevideo existe una alta movilidad en las personas, lo que produce que cambien constantemente de centro de salud y profesional al que acuden y no pueda darse una atención longitudinal.

Asimismo, muchas veces la atención es visualizada por parte de la población como un mero “trámite”:

*“Hay muchos que van porque precisan el carnet de control, te caen con cinco años, y como es una computadora y les das los números... Le cae al que le cae y por ahí se controlaba con fulanito. Vos lo ves ese día, le haces el control de los cinco años y después no lo ves nunca más. O lo controlas recién nacido, porque tienen que tener por plan aduana en los primeros diez días, van dos o tres veces, y después se van a la policlínica del barrio y no los ves nunca más”* (Entrevista N° 16, sector público).

Un tercer aspecto que influye es el mercado de trabajo. La cuestión salarial anteriormente mencionada adquiere un papel trascendental, no solo por lo económico en sí mismo, sino por el impacto que puede tener en la atención que se brinda. Las bajas remuneraciones en el primer nivel de atención, sobre todo en el ámbito público, genera que los médicos trabajen en más de un lugar y, por tanto, se dificulte el seguimiento longitudinal y continuo de los pacientes, produciendo una vez más situaciones de desgaste y cansancio (en el sector privado esta cuestión se saldaría mediante los cargos de alta dedicación).

*“Nosotros decimos el “sistema chicle”, te tironean un poco para allá, otro poco para allá,*

*para tapar como agujeros” (Entrevista N° 1, sector público).*

Vale recordar que las instituciones no solo reciben incentivos económicos por las cápitas (cuotas de salud ajustadas por riesgo), sino también por cumplir ciertos parámetros vinculados a las metas asistenciales (resultados en salud definidos por la autoridad sanitaria), entre las que se incluye que los usuarios tengan un médico de referencia.

Esto supone que los pacientes “eligen” su médico de cabecera y éste cobra en función de la cantidad de pacientes referenciados. Si bien contribuye positivamente al generar un complemento del salario, se cuestionó que redunde en una mejora en la atención al usuario: se identificaron problemas de carácter administrativo. Además, operarían como una plataforma para la “competencia” entre médicos, por “temor” a perder los pacientes referenciados, fomentando el trabajo individual.

Más allá de ello, resulta sumamente dificultoso de implementar, sobre todo en determinadas localidades. En parte, por las razones mencionadas en párrafos anteriores: cuestiones vinculadas a la movilidad de la población y el multiempleo de pediatras<sup>15</sup>.

*“En la población con la que nosotros trabajamos es extremadamente difícil, por cosas de la gente y por cosas del propio sistema. Yo voy a esa policlínica barrial dos veces a la semana tres horas, entonces yo adscribo pacientes ahí. Pero no, tú tenes que tener un recurso pediátrico todos los días, tendría que tener de mañana y de tarde incluso en la policlínica. Estar seguro ahí, estar fijo, que la persona cuando necesita consultar a su pediatra de cabecera esté. Pero eso no ocurre” (Entrevista N° 1, sector público).*

### **6.2.3. Coordinación**

Implementar una estrategia APS en el primer nivel permite el reconocimiento de problemas que el paciente pudo haber atravesado anteriormente y la comprensión de los nuevos que surjan, incluye la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados.

Resulta fundamental para ello contar con un sistema de información consolidado, que no solo

---

<sup>15</sup> Vale recordar la encuesta realizada por la SUP en el año 2011 (ver anexo 5), donde se constataba que el promedio de empleos por pediatra para ese entonces era de 3,14.

se utilice para el registro sino también para la incorporación de esa información al plan de atención del usuario.

En teoría, médicos pediatras deberían contar con la historia clínica de cada uno de los pacientes que atienden. Sin embargo, a pesar de que esto sí ocurre en la mayoría de los casos, existen muchos otros en los que las mismas se pierden.

Entre otras razones, para solucionar dicho problema es que se ha comenzado a implementar en el último tiempo la historia clínica electrónica (con diferentes grados de avance según el servicio de salud donde se observe).

De acuerdo a lo planteado por pediatras entrevistados, en muchos lugares actualmente coexisten ambos mecanismos de reporte de la información (en papel e informático). Esto se observa como una dificultad, pero que se hace presente por tratarse de un período de transición de un mecanismo al otro:

*“Es muy difícil. Cuando empezás parece que no lo vas a lograr nunca. El problema es que no puedes tener dos registros, porque eso sí no te da el tiempo”* (Entrevista N° 19, sector público).

A pesar de que se entiende como una suerte de “dificultad pasajera”, la lentitud en el cambio se visualiza con preocupación ya que impacta negativamente en la atención que se brinda (considerando el escaso tiempo con el que dispone para la consulta):

*“Tenemos que hacer la historia electrónica, la historia a papel, más todo lo que hablas con la madre, ver al niño obviamente que es el centro de la consulta, todos los papeles que tenes que hacer si de repente pedís para clínica, inter consulta, y todo eso en 15 minutos. Entonces, está fantástico el tema de la historia electrónica, pero lo que no está bien es que por hacer la historia clínica electrónica tengas por falta de tiempo que disminuir la calidad de la asistencia”* (Entrevista N° 18, sector público).

Asimismo, adquiere relevancia para que el atributo de continuidad se cumpla, que exista una integración de la información disponible, que tengan lugar mecanismos de transferencia de la misma y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas.

Progresivamente, se está implementando que accedan a la historia clínica electrónica todos los especialistas con los que se atiende el usuario. Así, pediatras del primer nivel podrían ver no solo lo que ellos mismos escribieron anteriormente, sino también lo registrado por otros profesionales tanto del primer nivel como incluso de los centros hospitalarios.

Esta cuestión, como se mencionó, se encuentra aún en proceso: no siempre se cuenta con la contra referencia. Se deriva a especialistas y no hay una devolución por parte de los médicos.

En esos casos, se acude al relato de los padres que acompañan al niño a la consulta. Lo que genera dificultades ya que éstos no tienen por qué entender exactamente lo que el profesional consultado les dijo (que emplea un lenguaje médico particular).

#### **6.2.4. Integralidad**

Una atención integral incluye la identificación de problemas de diverso tipo, tanto biológicos como sociales. Pediatras entrevistados reconocieron la existencia de ciertos elementos que trascienden lo netamente orgánico, que inciden en la salud y aún más en los primeros años de vida de las personas.

Se destacó la educación (tanto formal como informal) de los padres (y especialmente el de la madre) como el principal aspecto que determinará luego múltiples factores en el crecimiento y desarrollo del niño, sobre todo por interferir en los métodos de crianza y en los estímulos que se le brinden.

*“Pero sobre todo el nivel educativo de los padres, eso es fundamental, que va a influir en todo, en la educación del niño, en el desarrollo, en las pautas de crianza. Es algo tan básico (...) a veces lo económico sí hay carencias y tienen dificultades, pero el nivel educativo de los papás es súper importante. Y de la madre, porque el padre en el medio donde nosotros trabajamos no está presente, es raro que esté presente”* (Entrevista N° 19, sector público).

Al consultarse a los entrevistados si el sistema logra visualizar y atender todos estos elementos con una mirada integral, se sentenció que “se intenta”, pero que en muchas ocasiones no es posible. Se reconocen logros, pero “en algún punto todo se tranca”. Se constata dificultades, especialmente en el ámbito público, para coordinar con otros niveles de atención:

*“Yo si veo un niño con un estrabismo y lo derivo al oftalmólogo al Hospital Pereira Rossell, el sistema que tenemos de derivación (que es como perverso, y lo único que hace es frenar la cosa), impide que el niño llegue a tiempo”* (Entrevista N° 1, sector público).

*“Fíjate tú que el Pereira Rossell, es el Hospital de referencia de niños de todo el país, y no tenemos oftalmólogos, tenemos uno o dos, es como algo que no puede ser. No sé, alguien debería poder destrancar esas cosas, porque te estoy hablando de una especialidad, de oftalmología, que bueno, que es importante porque los niños pierden la visión si no son tratados en algunos casos a tiempo, pero en otras cosas también, entonces alguien tiene que poder hacer algo”* (Entrevista N° 1, sector público).

Una tercera fuente de brecha de implementación, esta vez en lo que a la propia política refiere, se hace presente.

Las líneas de acción que el SNIS propone, implican largas cadenas de acción y diversidad de actores trabajando en conjunto y de manera coordinada para que logren ser ejecutadas. *“Cada eslabón de la cadena debe funcionar (esto es, todas las acciones deben corresponder a la intención de las políticas y los actores deben asumir responsabilidades por su papel en el proceso) si la política va a ser implementada efectivamente”* (Grindle, 2009:35).

Esto no se señala como un “problema”, sino como un punto relevante a considerar en términos de desafío. El hecho de que aquí confluyan diversos actores (tanto individuales como grupales), intereses y poderes desiguales permite anticipar la complejidad de la implementación. En este sentido, los entrevistados plantearon necesidad promover y generar instancias de diálogo entre los involucrados.

De todos modos se destaca que en el sector público suelen articularse acciones con Programas tales como Uruguay Crece Contigo (UCC)<sup>16</sup> y Plan Aduana, lo que permite que se logren ciertos avances en este sentido.

---

<sup>16</sup> Se trata de una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años. Mediante UCC familias de hogares vulnerables reciben acompañamiento, para fortalecer sus capacidades, desarrollar buenas prácticas de crianza, mejorar las condiciones de salud, el desarrollo infantil y el acceso a las prestaciones sociales. Depende de Presidencia de la República, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Tal como se planteó anteriormente, persiste actualmente una fragmentación que opera en doble sentido: desde el sistema y desde los propios usuarios.

Se constata una evidente fragmentación<sup>17</sup> entre los prestadores de salud:

*“Quizás no estén dados los tiempos todavía pero en algún momento vamos a tener que discutir eso, porque es muy difícil poder planificar y organizar en salud, pensando la población como un todo con quince prestadores en una ciudad de un millón de habitantes”* (Entrevista N° 3, sector privado).

Incluso, las dificultades en el trabajo en equipo se derivan (además de la necesidad de que se inviertan mayores recursos económicos en formación) sobre todo, por la persistente fragmentación de la medicina que existe actualmente (a la que hacía referencia Irigoyen, 2010:281). Retomando la discusión planteada sobre el rol de pediatras y médicos de familia en el primer nivel de atención: la “tensión” surge por considerar que cada especialidad es “dueña” de una parte fragmentada del paciente (cuando podrían ser visiones totalmente complementarias).

Los propios usuarios muchas veces son “cómplices” de esa fragmentación, que no demandan en la práctica que esto se supere:

*“Usuarios que aún prefieren la fragmentación a pesar de que se le demuestra en ellos mismos que no es efectiva. Y te lo digo como usuario, tengo un problema de salud voy a mi prestador de salud privado, y me ven seis especialistas, y ninguno se comunicó entre ellos y capaz que todos opinan diferente. Entonces yo no puedo saber ni qué es lo que tengo”* (Entrevista N° 12, sector privado y público).

### **6.2.5. Enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural**

Resulta sumamente relevante centrar la salud de las personas en su contexto social más

---

<sup>17</sup> Se define como la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud. La existencia de múltiples agentes operando sin integración no permite la adecuada estandarización de los contenidos, la calidad, el costo y la provisión de las prestaciones de salud y conduce a la existencia de redes de provisión de servicios que no trabajan coordinadamente, coherentemente o de manera sinérgica, sino que tienden a ignorar a los otros o a competir con los otros prestadores, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo” (Levcovitz, 2011:17).

cercano. En el caso de los niños en edades de primera infancia, en la familia.

Los entrevistados afirmaron que siempre se le otorga un peso importante a conocer el entorno del niño, para poder así planificar la atención en salud y generar lazos de confianza.

*“Si yo te digo que tiene que comer manzana, banana y si no le pregunto nada de cómo es la casa, de qué viven, si tienen posibilidad de comprarlo o indagar un poco de cómo es la alimentación de esa familia, es imposible. O sea que vos no podés atender a un niño, sea sano o tenga una enfermedad, sin tener en cuenta de cómo es la familia, cómo es el entorno, cómo es el medio socio-económico, cultural de ese niño. Es imposible hoy evitarlo, sino estarías haciendo algo muy mecanizado, en el cual, lo único que te importa es terminar rápido la consulta y darle una lista con lo que tiene que comer y sabés que no lo va a cumplir”* (Entrevista N° 9, sector privado y público).

Las dificultades surgen cuando se constatan carencias que trascienden lo biológico, que tal como se mencionó anteriormente, resultan difíciles de abordar desde el sistema de salud (y sobre todo desde la periferia).

Por su parte, la orientación comunitaria supone dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad, fomentando la participación.

Al preguntarle a los entrevistados sobre la participación que se le da a la comunidad las respuestas fueron variadas, dependiendo de en dónde se encontrara trabajando el profesional entrevistado (varía sobre todo en función del tamaño del centro de salud).

Como punto en común, señalaron que realizan actividades de actualización médica, pero que dependen “de cada uno”.

*“La actualización de los médicos, eso corre a medio cuenta de cada uno. A veces se hacen talleres, pero bueno, la calidad de esos talleres es discutible. Y en realidad, dentro de todo, dentro del sistema público, esos talleres se hacen dentro de los horarios laborales. Dentro del sector privado si tú querés hacer algún tipo de esos talleres es fuera del horario laboral, lo cual es muy costoso para el médico”* (Entrevista N° 2, sector público).

Sin embargo, no siempre se generan instancias que incluyan a los usuarios, quienes podrían



brindar una perspectiva diferente, planteando sus problemas e intentando así tender puentes entre la atención que se ofrece y las necesidades concretas de la comunidad en la que los diferentes servicios de salud, y en especial el pediatra, se desempeñan.

En general, las actividades que se realizan se proponen desde el equipo de salud. Se destacan aquellas que se realizan en coordinación con jardines preescolares (por ejemplo promoviendo prácticas y hábitos de higiene).

Finalmente, la competencia cultural implica la atención a la diversidad, a las características culturales de los distintos grupos sociales de la población usuaria.

Esto refiere a lo que Laurell planteaba al señalar que el proceso salud enfermedad colectivo *“determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual”* (Laurell, 1981:9). Lo que significa desde el punto de vista del paciente que *“su historia social asume importancia por condicionar su biología y porque determina cierta probabilidad de que enferme de un modo particular”* (Laurell, 1981:9).

*“Nosotros sabemos que los niños que provienen de hogares pobres tienen a niveles estadísticos mayor porcentaje de retraso en el desarrollo, de menores logros cognitivos en la etapa escolar, y ni que hablar cuando llegas a mirar los resultados de las evaluaciones en los liceos, las pruebas pisa y todas esas cosas, si miras por zona es obvio, es evidente”* (Entrevista N° 6, sector privado).

Este es un punto importante ya que, en lo que respecta al ámbito público, las cuestiones vinculadas a las características de la población a atender operan como un elemento que influye en la distribución de los recursos humanos de salud.

Los entrevistados reconocen que asistir personas que tienen carencias de índole económica, social, cultural, afectiva, hace que el trabajo sea más arduo y dificultoso. Por tanto, considerando que los estímulos a nivel organizacional son escasos, si no hay una verdadera vocación o gusto personal por desempeñarse en el primer nivel, los profesionales optan por dirigirse hacia otras áreas:

*“Las dificultades que presenta el sector público son también muy importantes en lo*

*asistencial, lo laboral, en el trabajo de uno; porque trabajar con niños con carencias socio económicas y con carencias culturales y de sus familias, es mucho más complicado que trabajar en otras áreas. Y eso ha desmotivado por un lado a los pediatras, sobre todo a los pediatras jóvenes, que no tienen como una prioridad en su elección el ir al primer nivel público” (Entrevista N° 3, sector privado).*

### **6.3. En síntesis**

#### **6.3.1. Estrategia APS en el primer nivel de atención**

A modo de síntesis se presenta el siguiente cuadro (cuadro 2). Éste se divide en dos columnas que representan por un lado los atributos de la estrategia APS y, por otro, la situación actual (en función de lo expresado por pediatras entrevistados). Vale destacar que la primera columna refleja aquello que el SNIS propone implementar en lo que refiere al modelo de atención.

**Cuadro 2. Resumen: atributos de la APS y situación actual según los entrevistados**

<b>Atributos de la Atención Primaria en Salud</b>	<b>Situación actual</b>
<b>Primer contacto:</b> accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay accesibilidad en cuanto a la localización de los centros de atención.</li> <li>- La población no siempre utiliza los servicios del primer nivel como el primer contacto con el sistema de salud.</li> <li>- Específicamente, el acceso al pediatra difiere entre sectores: en el público ha adquirido un rol relevante el médico de familia.</li> </ul>
<b>Continuidad:</b> atención centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay un seguimiento del paciente, en el sector público y en el privado (cargos de alta dedicación), pero que se ve dificultado por el tiempo de consulta (4 pacientes por hora), la movilidad de la población, la visualización de la atención como un mero “trámite” y el multiempleo de médicos pediatras.</li> </ul>
<b>Coordinación:</b> sistemas de registro de la información. Referencia y contra referencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha comenzado a implementar, progresivamente, la historia electrónica (con diferentes grados de avance según el centro).</li> <li>- Actualmente co-existen la historia en papel y la historia</li> </ul>

	<p>electrónica, lo que insume un tiempo significativo de la consulta para el registro.</p> <p>- No siempre se cuenta con la historia del paciente ni con contra referencias, por lo que se apela al relato de quien acompañe al niño a la consulta.</p>
<p><b>Integralidad:</b> atención integral (servicios disponibles y proporcionados)</p>	<p>- Si bien se reconocen intentos por aplicar un abordaje integral, tanto en el sector público como en el privado persiste una fragmentación que surge tanto de las características del sistema como de las demandas de los usuarios.</p>
<p><b>Enfoque familiar:</b> atención enfocada en el contexto social más cercano</p>	<p>- Se aborda al niño (en el ámbito público y privado) en su contexto más cercano: la familia. Se indaga con respecto a las personas con las que vive, la inserción de éstos en el mercado de trabajo, las características de la vivienda, entre otros. Las dificultades surgen en los casos que se identifican carencias o problemáticas sociales: resultan escasas las herramientas con las que pediatras cuentan para dar respuesta.</p>
<p><b>Orientación comunitaria:</b> atención en el ámbito comunitario, participación comunitaria y enfoque epidemiológico</p>	<p>- Se realizan actividades específicas con la comunidad sobre determinadas temáticas, pero en general éstas no son frecuentes (varía según el tamaño del centro) y son propuestas por el propio equipo de salud. Existen instancias de formación médica, pero que no incluyen a la comunidad.</p>
<p><b>Competencia cultural:</b> adecuación del servicio a las características culturales de la población usuaria</p>	<p>- Se reconoce, en líneas generales, la existencia de una suerte de población dual, en función del acceso que los individuos tienen a los recursos económicos y sociales y al vínculo con el mercado de trabajo y el ámbito educativo. Esto implica una necesaria adaptación de la atención a dichas características.</p>

**Fuente:** elaboración propia en base al análisis de las entrevistas realizadas.

### **6.3.2. Tipificación de los discursos: resumen de las principales diferencias entre los sectores público y privado**

Del discurso de los entrevistados se desprende tipificaciones que caracterizan el funcionamiento del primer nivel de atención en el sector público y en el privado. El cuadro a continuación refleja las principales tipificaciones identificadas en el relato:

**Cuadro 3. Tipificación de los discursos: diferencias entre los sectores público y privado**

	<b>Sector Público</b>	<b>Sector Privado</b>
Población usuaria	Con menores niveles de ingreso económico	Con mayores niveles de ingreso económico
Remuneraciones	Bajas en relación a las percibidas en el sector privado	Mejores (influyen los cargos de alta dedicación)
	Sin embargo, se constatan brechas salariales entre el primer nivel de atención (que lo dejan en desventaja) y otras áreas de trabajo (por ejemplo en emergencia o internación)	
Condiciones materiales de trabajo	Suelen contar con malas condiciones materiales en los lugares de trabajo (que no están acondicionados y sufren problemas de inseguridad)	Tienden a contar con consultorios equipados y servicios varios (administración, enfermería, farmacia)
Recursos humanos en el primer nivel de atención	Progresivamente pediatras son desplazados del primer nivel de atención. Se cubren cargos con médicos de familia	La implementación de los cargos de alta dedicación prioriza la presencia del pediatra en el primer nivel de atención
Inserción del componente Meta Asistencial	No se controla su cumplimiento. Cuenta con un presupuesto aparte	Se consideran y cumplen. Se traducen en el correspondiente pago por desempeño a las instituciones
Reconocimiento social de la tarea en el primer nivel	No hay un reconocimiento en términos sociales y simbólicos para con el médico del primer nivel de atención (principalmente por parte del propio cuerpo médico)	

**Fuente:** elaboración propia en base al análisis de las entrevistas realizadas.

En suma, se constatan diferencias en cuanto a la expansión del primer nivel e inserción de la estrategia APS en los sectores público y privado. Si bien tiende a existir una visión un tanto más “negativa” del público frente al privado, ambos atraviesan desafíos que se derivan de lógicas de funcionamiento distintas.

El sector público, de acuerdo al discurso de los entrevistados, opera como “construcción” colectiva, “desde abajo”, en donde el equipo de salud tiene “amor a la camiseta”. Las dificultades resultan previsibles: en el relato de pediatras del sector público se hizo referencia en reiteradas ocasiones a situaciones de desgaste, cansancio, a una lucha constante (por recursos, mejoras en la atención, reconocimiento de la tarea) que muchas veces no encuentra resultados en la práctica (vale recordar que se trata de un sector que atiende a gran parte de la población usuaria).

El sector privado, tiende a funcionar con una lógica empresarial, en el que las instrucciones “vienen desde arriba”, el usuario es una suerte de cliente y la eficiencia un pilar fundamental. Si bien esto en ocasiones permite que se logren avances en lo que a la atención refiere (por ejemplo mediante la priorización del cumplimiento de las metas asistenciales, en función de los pagos correspondientes que reciben las instituciones), los desafíos se hacen igualmente presentes: dicha concepción del usuario no permite considerarlo de manera integral. Incluso, esta lógica se traslada a la población que se atiende, que suele exigir una respuesta inmediata y fragmentada por parte del equipo médico.

### 6.3.3. Principales desafíos de implementación

A partir del discurso de los entrevistados y considerando las dimensiones de análisis establecidas anteriormente, el cuadro 4 refleja los principales desafíos para implementar un modelo de atención basado en la priorización del primer nivel de atención y la estrategia APS:

**Cuadro 4. Tipificación de los discursos: principales desafíos identificados en el relato**

<b>Dimensión</b>	<b>Desafíos</b>
Institucional	- Superar fragmentación (entre sectores, especialidades y niveles)
Político/ administrativa	- Capacidad de gestión de mandos medios - Estrategia de seguimiento de resultados
Económica	- Equiparar remuneraciones en el primer nivel de atención - Recursos que permitan reducir la cantidad de pacientes por hora y fomentar el trabajo en equipo
Social	- Reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y respuesta integral en la atención

Cultural	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reconocimiento social de la tarea en el primer nivel de atención (especialmente por parte del cuerpo médico)</li><li>- Educación de la población para discernir cuándo amerita consultar con el pediatra y cuándo hacerlo en el primer nivel</li></ul>
----------	--

**Fuente:** elaboración propia en base al análisis de las entrevistas realizadas.

## **7. REFLEXIONES FINALES**

La implementación del SNIS debe visualizarse como un proceso sumamente complejo, en el que se encuentran involucrados múltiples actores (e intereses) envueltos en relaciones de cooperación, competencia y conflicto.

Se constató que la creación del SNIS no logró por sí misma que se produjeran transformaciones en la práctica. Específicamente en lo que refiere al modelo de atención basado en primer nivel y la estrategia APS, se observan brechas de implementación que provienen de las dos posibles fuentes que Grindle (2009:35) plantea: la política pública y el contexto.

De la primera, por el propio contenido de las líneas de acción propuestas. Se trata de una reforma del sector que plantea transformaciones verdaderamente profundas no sólo en la atención sino también en el financiamiento y la gestión.

De la segunda, por el peso que adquieren los intereses de actores actualmente involucrados en el campo de la salud (como ser la industria, las emergencias móviles), la falta de formación para la gestión y administración de los mandos medios y la carencia de una estrategia de monitoreo.

La cuestión radica entonces en preguntarse si los implementadores (pediatras del primer nivel de atención) efectivamente cuentan con herramientas como para superar los obstáculos que emergen en el proceso de “puesta en práctica” y officiar así como “solucionadores de problemas” (Grindle, 2009:43).

Si bien se plantea llevar adelante una estrategia APS en el primer nivel, las herramientas con las que pediatras disponen resultan escasas. Se procura implementar una atención continua, coordinada e integral, sin embargo, cuentan con un tiempo sumamente acotado para las consultas, muchas veces no reciben contra referencias cuando derivan pacientes, tienen varios trabajos producto de las características propias del mercado laboral, no se les estimula para trabajar en equipo, por mencionar algunos ejemplos.

Se destaca que en el campo estudiado existe una constante disputa principalmente por el denominado capital económico (en cuanto a los salarios, la inversión en la reducción de

pacientes por hora, en la formación del equipo de salud, entre otros), y en segunda instancia, simbólico (por el reconocimiento en términos sociales de la tarea en el primer nivel de atención, tanto por parte de la población como desde el ámbito médico).

De acuerdo a lo planteado por los entrevistados, para que se logre la implementación del modelo de atención del SNIS, la priorización del primer nivel de atención y la estrategia APS debe trascender el plano meramente teórico e intencional y dar paso a acciones concretas encaminadas a empoderar los equipos de salud y dirigir los recursos humanos al área (mediante incentivos económicos y simbólicos).

Asimismo, se planteó la necesidad de un cambio cultural en la población usuaria, que con frecuencia no opta por consultar en el primer nivel de atención en ocasiones que sí lo ameritarían.

De acuerdo al discurso de los entrevistados, el funcionamiento del primer nivel de atención y la estrategia APS difiere entre los sectores público y privado. Tiende a existir una visión “negativa” del público (sobre todo vinculado a los recursos humanos, características propias de la población usuaria, condiciones materiales de trabajo). Sin embargo, en ambos se constatan tanto logros como desafíos.

Resulta relevante en términos sociológicos la evidente lucha por espacio que se da en el primer nivel de atención. Esto, producto de la creciente incorporación de médicos de familia, que en cierta medida desplazan al pediatra del área y de la atención del “niño sano”.

La presente investigación se propone como puerta de entrada para futuros estudios que analicen la percepción de los demás actores involucrados en el proceso de implementación del modelo de atención del SNIS (especialmente usuarios, equipo de salud y autoridades). Igualmente interesante resultaría analizar específicamente la inserción del médico de familia en el primer nivel de atención y los logros y desafíos en cuanto al modelo de gestión y financiamiento del sistema.

Se espera que este estudio genere un espacio para la reflexión y sirva como insumo para profundizar en el proceso de reforma del sector salud.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

Alonso, Luis Enrique (2003) *La mirada cualitativa en sociología*, España: Editorial Fundamentos.

ASSE-Área niñez y adolescencia (2014) *Manual de procedimientos* [online]. Disponible en: [https://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-2eXJpsrUAhXHH5AKHQ\\_fAScQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.asse.com.uy%2Faucdocumento.aspx%3F8431%2C50137&usg=AFQjCNF3dugfw7WLpIXNQ2EFeIXPB8-3QQ&sig2=whi7RCzY1qduO8x3q-9Lrw](https://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-2eXJpsrUAhXHH5AKHQ_fAScQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.asse.com.uy%2Faucdocumento.aspx%3F8431%2C50137&usg=AFQjCNF3dugfw7WLpIXNQ2EFeIXPB8-3QQ&sig2=whi7RCzY1qduO8x3q-9Lrw). Consultado el día 19 de junio de 2017.

Baranger, Denis (2004) “Lecturas de Pierre Bourdieu: acción y sistema en la teoría de la práctica”. En de Ípola, Emilio (coord.) *El eterno retorno. Acción y sistema en la teoría social contemporánea*, Buenos Aires: Biblos.

Barbeito, Luis (2014) “Primera infancia: una mirada desde la neurociencia”. En *Seminario Infancia “una mirada desde la educación y los derechos”* [online]. Disponible en: <http://tv.vera.com.uy/video/9325>. Consultado el día 22 de junio de 2017.

Batthyány, Karina y Cabrera, Mariana (coord.) (2011) *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*, Montevideo: Universidad de la República.

Benia, Wilson; Medina, Gabriela (2011) “Construcción de una red continente. APS y Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención en Montevideo. Uruguay. 2005 – 2009”. En *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud.

Berra, Silvina; Audisio, Yanina; Mántaras, José; Nicora, Valeria; Mamondi, Verónica; Starfield, Bárbara (2011) *Adaptación al contexto argentino del conjunto del conjunto instrumentos PCAT para la evaluación de la atención primaria de la salud* [online]. Disponible en: <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/ponencias/ponencia-berra-ixjsyp.doc>. Consultado el día 23 de abril de 2017.

Bonnewitz, Patrice (2003) *La sociología de Pierre Bourdieu*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Bourdieu, Pierre (1997) *Razones prácticas*, Barcelona: Editorial Anagrama.

Bourdieu, Pierre (2010) *El sentido práctico*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Briceño-León, Roberto (2003) *Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina* [online]. Disponible en: <http://www.fes-sociologia.com/files/res/3/04.pdf>. Consultado el día 31 de mayo de 2017.

Buffa Álvarez, Cyntia (2014) *Los actores sociales en la reforma de la salud. El caso del Sindicato Médico del Uruguay*, Montevideo: Universidad de la República.

Buglioli, Marisa; Dean, Andrés; Esponda, Fernando; Raffaele, Elizabeth (2010) “Capítulo 3. El pago de los servicios de salud por parte del SNS”. En *Transformar el futuro: Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

Castro, Roberto (2010) *Teoría Social y Salud* [online]. Disponible en: [http://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Teor%C3%ADa%20social%20y%20salud\\_0.pdf](http://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Teor%C3%ADa%20social%20y%20salud_0.pdf). Consultado el día 23 de abril de 2017.

CIESS, Universidad Nacional de Córdoba (2017) *Descripción de los instrumentos* [online]. Disponible en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/descripcion-de-los-instrumentos/>. Consultado el día 23 de abril de 2017.

Cuellar Vázquez, Angélica (2015) *La utilidad práctica de la teoría relacional de Pierre Bourdieu en la investigación sociojurídica* [online]. Disponible en: [http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas\\_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/558/579](http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/558/579). Consultado el día 27 de abril de 2017.

Ferreira, Tania y Zibechi, Raúl (2013) *Medicina pobre para pobres* [online]. Disponible en: <http://brecha.com.uy/medicina-pobre-para-pobres/>. Consultado el día 19 de junio de 2017.

Freidson, Eliot (1978) *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona: Península.

Fuentes, Guillermo (2010) *El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la*

*reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible* [online]. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/6981/1/RUCP\\_Fuentes\\_2010v.19.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/6981/1/RUCP_Fuentes_2010v.19.pdf). Consultado el día 9 de junio de 2017.

Grindle, Merilee (2009) “La brecha de implementación”. En Mariñez, Freddy y Garza, Vidal *Política Pública y democracia en América Latina. Del análisis de la implementación*, México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

Grupo PCAT.UY (2011) *Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay* [online]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v27n3/v27n3a09.pdf>. Consultado el día 23 de abril de 2017.

Irigoyen, Juan (2010) *La reestructuración de la profesión médica* [online]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/36636/35476>. Consultado el día 27 de abril de 2017.

Laurell, Asa Cristina (1981) *La salud enfermedad como proceso social* [online]. Disponible en: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf>. Consultado el día 17 de abril de 2017.

Levcovitz, Eduardo (2011) “Atención Primaria de Salud Renovada: Un análisis de Economía Política sobre los procesos de cambio de los sistemas de salud”. En *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud.

Levin, Rodolfo; Toledo, Alejandra; Romero, Mario (2012) *Investigación cualitativa sobre facilitadores y obstáculos socio culturales para la radicación de los profesionales médicos en el interior del país* [online]. Disponible en: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/invest\\_prof\\_interior\\_uru\\_2012.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/invest_prof_interior_uru_2012.pdf). Consultado el día 15 de junio de 2017.

Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de salud (2007) [online]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf>.

Mercado, Francisco (2002) *Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas*

*en salud* [online]. Disponible en:

[https://sites.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1\\_1Final/pdf/mercadospanish.pdf](https://sites.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_1Final/pdf/mercadospanish.pdf). Consultado el día 21 de junio de 2017.

Ministerio de Salud Pública (2010) *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)*, Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2010) *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

Nunes, Everardo Duarte (2014) *Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión* [online]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652014000100004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000100004). Consultado el día 13 de agosto de 2017.

Olsker, Daniel; Oreggioni, Ida; Setaro, Marcelo (2010) “La reforma de la salud: una síntesis final”. En *Transformar el futuro: Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud (2011) *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas* [online]. Disponible en: <https://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf>. Consultado el día 20 de junio de 2017.

Organización Panamericana de la Salud (2015) *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay* [online]. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/uruguay/sites/observatoriorh.org.uruguay/files/webfiles/ECONOMIA%20POLITICA%20PARA%20EL%20ACCESO%20Y%20LA%20COBERTURA%20UNIVERSAL.pdf>. Consultado el día 9 de junio de 2017.

Pediatras del Primer Nivel de Atención de la RAP-ASSE (2014) *9a Convención médica Nacional: “Calidad asistencial”* [online]. Disponible en: [http://www.convencionmedica.org.uy/9cmn/grupos/g3/propuesta\\_pediatras\\_primer\\_nivel\\_de\\_atencion.docx](http://www.convencionmedica.org.uy/9cmn/grupos/g3/propuesta_pediatras_primer_nivel_de_atencion.docx). Consultado el día 6 de mayo de 2017.

Peluffo, Gabriel (2014) *Sociedad Uruguaya de Pediatría. Mesa redonda: Práctica laboral en*

*Pediatría 6to Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria* [online]. Disponible en: [http://www.sap.org.ar/docs/congresos\\_2014/Ambulatoria/Jueves/Peluffo\\_practica.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Ambulatoria/Jueves/Peluffo_practica.pdf).

Consultado el día 1 de junio de 2017.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2013) *Reporte Social 2013. Principales características del Uruguay social* [online]. Disponible en:

[http://www.opp.gub.uy/images/documentos/Rendiciones/reporte\\_social\\_2013.pdf](http://www.opp.gub.uy/images/documentos/Rendiciones/reporte_social_2013.pdf).

Consultado el día 20 de junio de 2017.

Rodríguez Araújo, Martín (2011) *Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud*, Montevideo: Universidad de la República.

Rodríguez, Joseph (s/f) *El poder médico, desde la Sociología* [online]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/273596.pdf>. Consultado el día 27 de abril de 2017.

Scribano, Adrián Oscar (2008) *El proceso de investigación social cualitativo*, Buenos Aires: Prometeo Libros.

Setaro, Marcelo (2014) *Transformaciones en la gobernanza de un estado social centenario: estructura y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay* [online].

Disponible en: [http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/9-](http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/9-Setaro.pdf)

[Setaro.pdf](http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/9-Setaro.pdf). Consultado el día 18 de abril de 2017.

Subirats, Joan; Knoepfel, Peter; Larrue, Corinne; Varone, Frédéric (2008) *Análisis y gestión de políticas públicas*, Barcelona: Ariel.

Valles, Miguel (2009) *Cuadernos metodológicos. Entrevistas cualitativas*, España: Centro de investigaciones sociológicas.

Vignolo, Julio; Vacarezza, Mariela; Álvarez, Cecilia; Sosa, Alicia (2011) *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud* [online]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>. Consultado el día 20 de abril de 2017.

Waiter, Andrea (2012) *Especialistas en Reproducción: Entre la profesión médica y la Gestión*

*empresarial*, Montevideo: Universidad de la República.

**Sitios Web:**

Blog Grupo PCAT.UY. Disponible en: <http://pcatuy.blogspot.com.uy/>. Consultado el día 23 de abril de 2017.

Municipio A. Disponible en: <http://municipioa.montevideo.gub.uy/>. Consultado el día 19 de junio de 2017.

Municipio D. Disponible en: <http://municipiod.montevideo.gub.uy/>. Consultado el día 19 de junio de 2017.

Municipio F. Disponible en: <http://municipiof.montevideo.gub.uy/>. Consultado el día 19 de junio de 2017.

Municipio G. Disponible en: <http://municipiog.montevideo.gub.uy/>. Consultado el día 19 de junio de 2017.

Sociedad Uruguaya de Pediatría. *Áreas estratégicas*. Disponible en: <http://www.sup.org.uy/web2/areas-estrategicas/>. Consultado el día 1 de junio de 2017.

Uruguay Crece Contigo. *Introducción*. Disponible en: <http://crececontigo.opp.gub.uy/>. Consultado el día 19 de junio de 2017.

## 9. LISTADO DE SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCAT	Primary Care Assessment Tool
RAP	Red de Atención Primaria
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
SUP	Sociedad Uruguaya de Pediatría
UCC	Uruguay Crece Contigo

## 10. ANEXOS

### **Anexo 1. Implicancias de la primera generación de metas asistenciales: salud del niño y la embarazada**

#### Salud infantil

- 1) Derivación del recién nacido (que tenga el alta con cita programada a control pediátrico para antes de los 10 días de nacido).
- 2) Captación del recién nacido (que efectivamente tenga su primer control médico antes de los 10 días de nacido).
- 3) Controles en el primer año de vida (dos controles en el primer mes, uno mensual hasta los 6 meses de vida y uno bimensual en el segundo semestre de vida).
- 4) Certificado de vacunación vigente.
- 5) Promoción de la lactancia materna.
- 6) Ecografía de cadera antes de los 4 meses de vida.

#### Salud materna

- 1) Control adecuado del embarazo (al menos seis controles prenatales).
- 2) Captación de la embarazada antes del primer trimestre de embarazo.
- 3) Control de VIH y VDRL (diagnóstico de sífilis) en el primer y tercer trimestre de embarazo.
- 4) Historia Clínica Perinatal Básica (hoja SIP -Sistema Informático Perinatal- completa).
- 5) Control odontológico de la puérpera.
- 6) Embarazada con derivación odontológica.

**Fuente:** extraído de Buglioli et al., 2010: 48.



## **Anexo 2. Datos de los entrevistados**

### **Entrevista 1**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 50 a 60

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 17 de setiembre de 2015

Comentarios: la entrevista se realizó en el domicilio de la entrevistada. Tuvo una duración de 57 minutos.

### **Entrevista 2**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 50 a 60

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 28 de setiembre de 2015

Comentarios: la entrevista se realizó en el lugar de trabajo de la entrevistada. Tuvo una duración de 15 minutos.

### **Entrevista 3**

Datos del entrevistado:

Sexo: masculino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: privado (cargo de alta dedicación)

Datos de la entrevista:

Fecha: 11 de noviembre de 2015

Comentarios: el entrevistado había recientemente renunciado a un cargo en ASSE luego de 8 años. La entrevista se realizó en su lugar de trabajo y tuvo una duración de 45 minutos.

### **Entrevista 4**

Datos del entrevistado:

Sexo: masculino  
Edad aproximada: 50 a 60  
Sector donde trabaja: privado

Datos de la entrevista:

Fecha: 24 de octubre de 2016  
Comentarios: la entrevista se realizó en el lugar de trabajo del entrevistado y tuvo una duración de 43 minutos.

### **Entrevista 5**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino  
Edad aproximada: 40 a 50  
Sector donde trabaja: privado

Datos de la entrevista:

Fecha: 3 de noviembre de 2016

Comentarios: la entrevistada, si bien actualmente se desempeña en el ámbito privado, trabajó en el sector público durante 4 años por un cargo docente. La entrevista se realizó en su domicilio y tuvo una duración de 18 minutos.

### **Entrevista 6**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino  
Edad aproximada: 30 a 40  
Sector donde trabaja: privado (cargo de alta dedicación)

Datos de la entrevista:

Fecha: 24 de noviembre de 2016  
Comentarios: la entrevista se realizó en un café y tuvo una duración de 23 minutos.

### **Entrevista 7**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino  
Edad aproximada: 30 a 40  
Sector donde trabaja: privado (cargo de alta dedicación)

Datos de la entrevista:

Fecha: 30 de noviembre de 2016

Comentarios: la entrevista se realizó en el lugar de trabajo de la entrevistada y tuvo una duración de 10 minutos.

### **Entrevista 8**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 30 a 40

Sector donde trabaja: privado

Datos de la entrevista:

Fecha: 2 de diciembre de 2016

Comentarios: la entrevista se realizó en el café de su lugar de trabajo y tuvo una duración de 18 minutos.

### **Entrevista 9**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: privado y público (cargo docente)

Datos de la entrevista:

Fecha: 9 de diciembre de 2016

Comentarios: La entrevista se realizó en su lugar de trabajo y tuvo una duración de 19 minutos.

### **Entrevista 10**

Datos del entrevistado:

Sexo: masculino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: público (cargo docente)

Datos de la entrevista:

Fecha: 14 de diciembre de 2016

Comentarios: la entrevista se realizó en su lugar de trabajo y tuvo una duración de 17

minutos.

### **Entrevista 11**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 30 a 40

Sector donde trabaja: privado (cargo de alta dedicación)

Datos de la entrevista:

Fecha: 19 de diciembre de 2016

Comentarios: La entrevista se realizó en un café y tuvo una duración de 20 minutos.

### **Entrevista 12**

Datos del entrevistado:

Sexo: masculino

Edad aproximada: 30 a 40

Sector donde trabaja: privado y público (cargo docente)

Datos de la entrevista:

Fecha: 20 de diciembre de 2016

Comentarios: La entrevista se realizó en su lugar de trabajo y tuvo una duración de 39 minutos.

### **Entrevista 13**

Datos del entrevistado:

Sexo: masculino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 7 de febrero de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó en las instalaciones de Facultad de Ciencias Sociales y tuvo una duración de 36 minutos.

### **Entrevista 14**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 21 de febrero de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó en su domicilio y tuvo una duración de 26 minutos.

### **Entrevista 15**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 23 de febrero de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó en su domicilio y tuvo una duración de 32 minutos.

### **Entrevista 16**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 30 a 40

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 24 de febrero de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó en su lugar de trabajo y tuvo una duración de 19 minutos.

### **Entrevista 17**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 9 de marzo de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó en su lugar de trabajo y tuvo una duración de 21 minutos.

### **Entrevista 18**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 20 de marzo de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó su domicilio y tuvo una duración de 27 minutos.

### **Entrevista 19**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 40 a 50

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 31 de marzo de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó en su domicilio y tuvo una duración de 32 minutos.

### **Entrevista 20**

Datos del entrevistado:

Sexo: femenino

Edad aproximada: 50 a 60

Sector donde trabaja: público

Datos de la entrevista:

Fecha: 11 de marzo de 2017

Comentarios: la entrevista se realizó su domicilio, tuvo una duración de 15 minutos.

## **Anexo 3. Pauta de entrevista versión 1**

### **1. Preguntas generales:**

- La creación del SNIS ha pautado un cambio en el Modelo de Atención, priorizando el Primer Nivel, ¿cree usted que esto ha sido beneficioso para la población? ¿En qué sentido?
- En ese nuevo abordaje, ¿qué papel cree que ocupa la figura del pediatra?
- ¿Cuáles considera que son los problemas prioritarios a atender en lo que refiere a la primera infancia?
- ¿Existen “nuevas” patologías en esta población? Patologías que no existían o no tenían relevancia en otros tiempos y hoy en día adquieren trascendencia... ¿Los pediatras enfrentan estos nuevos desafíos? ¿De qué forma?

### **2. Estrategia APS en el Primer Nivel de Atención:**

#### Primer contacto:

- El Primer Nivel suele ser definido como “la puerta de entrada”, como el “primer contacto” de la población al sistema de salud, ¿considera que esto efectivamente ocurre en la actualidad? ¿El centro de salud y los pediatras resultan accesibles para la población?
- ¿Qué tipo de barreras identifica en este sentido?

#### Continuidad:

- ¿La atención a los niños que usted realiza es sostenida en el tiempo? Es decir, ¿suele tener un conocimiento del niño y su entorno familiar?
- Además de la consulta propiamente, ¿existen otros mecanismos de contacto entre usted pediatra y aquél que lo demande? Por ejemplo: consulta telefónica, visita domiciliaria.
- ¿Aproximadamente cuántas consultas atiende por día? ¿Cuánto tiempo promedio dedica a cada consulta? ¿Considera que es una cantidad adecuada como para brindarles a los pacientes el tiempo que necesitan?

### Coordinación:

- ¿Qué tipos de registro de información emplea?
- ¿Suele disponer de la historia clínica completa del niño/a?

### Integralidad:

- ¿Cómo evalúa la disponibilidad de servicios que den respuesta integral a las situaciones que se le presentan? (Esto es, tanto aquellos que responden a situaciones puntuales como de rutina).

### Enfoque familiar:

- ¿Considera usted que el niño/a en general es abordado considerando su entorno familiar?  
¿En qué prácticas concretas puede ejemplificar esto?
- ¿Qué prioridad se lo otorga al contexto y los antecedentes familiares?

### Orientación comunitaria:

- ¿Cuáles considera que son los problemas de salud de la primera infancia más importantes para la comunidad en la que se desempeña?
- ¿Se realizan acciones (tanto por parte suya como del centro de salud) para actualizarse en las demandas de la comunidad? ¿Cuáles por ejemplo?

### Idoneidad cultural:

- ¿Considera que existen diferencias en la atención a la primera infancia según el barrio en que el centro de salud se encuentre?
- ¿Considera que el servicio logra adecuarse a éstas diferencias? ¿En qué prácticas concretas?

### **3. En cuanto a la intersectorialidad:**

- La literatura propone entender el proceso salud-enfermedad en términos no lineales, ya que el mismo depende de condiciones previas y en él influyen múltiples variables de los más



diversos órdenes. Usted, ¿cuáles cree que sean los elementos “extrasectoriales” que influyen en la salud de la primera infancia? Por ejemplo: nivel educativo de los padres, condiciones de la vivienda, entre otros

- En este sentido, ¿considera que el Sistema de Salud adquiere en la práctica una visión integral de todos estos elementos?

- ¿Qué obstáculos percibe? ¿Cómo podrían ser superados?

¿Articula acciones/estrategias con otros programas/políticas existentes que aborden la primera infancia (como Uruguay crece contigo, Plan CAIF, entre otros)?

#### **4. Como política pública:**

- En junio del año pasado, en el marco de la novena Convención Médica Nacional, los Pediatras de la Red de Atención Primaria-Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) elaboraron un documento en el que se planteaban una serie de “dificultades” al momento de implementar aspectos del nuevo Sistema en lo que refiere al Primer Nivel. Se destacaron cuestiones relativas a los problemas de gestión, falta de recursos humanos y malas condiciones edilicias. ¿Comparte usted éstas apreciaciones?

- ¿Cuáles otras dificultades mencionaría?

- Desde la Ciencia Política se plantea el concepto de brecha de implementación como la “disparidad entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta”. ¿Identifica usted brechas en la implementación del nuevo Sistema? Específicamente en lo que refiere a la priorización del Primer Nivel en la atención de la primera infancia.

## **Anexo 4. Pauta de entrevista versión 2**

### **1. Preguntas generales:**

- Primero contame un poco dónde estás trabajando
- La creación del SNIS ha pautado un cambio en el Modelo de Atención, priorizando el Primer Nivel. En ese nuevo abordaje, ¿qué papel cree que ocupa la figura del pediatra?
- En algunas entrevistas que ya hice, surgía un poco la “tensión” con respecto al rol que juega el médico de familia, ¿qué opinión te merece?
- ¿Los pediatras quieren trabajar en el primer nivel? ¿Hay incentivos para que los recursos humanos sean dirigidos hacia estas áreas?
- ¿Cuáles considera que son los problemas prioritarios a atender en lo que refiere a la primera infancia? En este sentido, ¿ves que existan “nuevas” patologías? Problemas que tal vez en otros tiempos no tenían tanta relevancia y hoy por hoy predominan
- ¿Los pediatras del primer nivel, enfrentan estos nuevos desafíos? ¿De qué forma?

### **2. Estrategia APS en el Primer Nivel de Atención:**

#### Primer contacto:

- El Primer Nivel suele ser definido como “la puerta de entrada”, como el “primer contacto” de la población al sistema de salud, ¿considera que esto efectivamente ocurre en la actualidad? ¿El centro de salud y los pediatras resultan accesibles para la población?
- ¿Qué tipo de barreras identifica en este sentido (en el llegar a la población)? (barreras económicas, geográficas, culturales...)

#### Continuidad:

- ¿La atención a los niños que usted realiza es sostenida en el tiempo? Es decir, ¿suele tener un conocimiento del niño y su entorno familiar?
- Además de la consulta propiamente, ¿existen otros mecanismos de contacto entre usted

pediatra y aquél que lo demande? Por ejemplo: consulta telefónica, visita domiciliaria...

- ¿Aproximadamente cuántas consultas atiende por día? ¿Cuánto tiempo promedio dedica a cada consulta? ¿Considera que es una cantidad adecuada como para brindarles a los pacientes el tiempo que necesitan?

#### Coordinación:

- ¿Qué tipos de registro de información emplea? ¿Suele disponer de la historia clínica completa del niño?

#### Enfoque familiar:

- Una cuestión que adquiere relevancia en esta especialidad, es el entorno familiar donde se encuentran inmersos los niños. ¿Considera usted que el niño, en general, es abordado considerando ese entorno? ¿Qué prioridad se lo otorga al contexto y los antecedentes familiares?

- ¿En qué prácticas concretas puede ejemplificar esto?

#### Orientación comunitaria e idoneidad cultural:

- ¿Considera que existen diferencias en la atención a la primera infancia según el barrio en que la policlínica se encuentre?

- ¿Considera que el servicio logra adecuarse a éstas diferencias? ¿En qué prácticas concretas?

- ¿Cuáles considera que son los problemas de salud de la primera infancia más importantes para la comunidad en la que se desempeña?

- ¿Se realizan acciones (tanto por parte suya como a nivel institucional) para actualizarse en las demandas de la comunidad? ¿Cuáles por ejemplo?

### **3. En cuanto a la intersectorialidad:**

- Desde el SNIS se propone dar especial importancia a lo que son los “determinantes sociales de la salud”, en el entendido de que en el proceso salud-enfermedad influyen múltiples

variables de diverso orden, que trascienden el mero campo de la salud.

Usted, ¿cuáles cree que sean los elementos “extrasectoriales” que influyen en la salud de la primera infancia? Por ejemplo: nivel educativo de los padres, condiciones de la vivienda, etc...

Integralidad:

- ¿Considera que se disponen de servicios como para dar respuesta de manera integral y coordinada a los problemas que los niños puedan presentar? ¿Hay una visión integral de todos estos elementos que mencionaba?

- ¿Qué obstáculos percibe para llevar adelante este abordaje? ¿Cómo podrían ser superados?

- ¿Articula acciones/estrategias con otros programas/políticas existentes que aborden la primera infancia (como Uruguay crece contigo, Plan Aduana, entre otros)?

**4. Como política pública:**

- En definitiva, ¿cree que está claro lo que se quiere hacer? ¿Qué hay mensajes claros desde las autoridades respecto a qué es este cambio de modelo y cómo alcanzarlo?

- ¿Pensas que hay un contexto favorable como para llevar adelante este modelo? Desde lo que son las propias características de la población a cuestiones vinculadas a los intereses de distinto orden que puedan estar involucrados.

- En suma, ¿dónde identificas los principales problemas para implementar un modelo como el que se propone? Ej. Gestión, recursos humanos, condiciones edilicias...

- ¿Qué líneas de acción propondrías para superar esos obstáculos?

## **Anexo 5. Principales resultados de la encuesta realizada por la SUP**

En el año 2011, la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), realizó una encuesta a nivel nacional con el objetivo de obtener información vinculada al mercado de trabajo y las condiciones laborales de médicos pediatras. Se consultó en total a 300 pediatras.

Si bien no fue posible acceder a los datos de manera completa (ni a una actualización de los mismos), la presentación disponible en la página web de la SUP (ver bibliografía), permitió conocer los principales resultados a los que se arribó mediante la encuesta.

En función de la información recabada, se resalta que la mayoría de los profesionales cuenta con un número relativamente grande de empleos (el promedio es de 3,14). Al consultárseles por la cantidad de trabajos que tienen, considerando tanto los remunerados como los no remunerados y el ejercicio de la profesión libre, el 9% dijo tener un único empleo, el 23% dos, el 36% tres, el 20% cuatro y el 12% cinco o más.

Se observan diferencias cuando este dato se analiza por edad: entre los profesionales menores de 35 años, aquellos que tienen uno o dos empleos representan el 25%, mientras que entre los pediatras de 56 años o más son el 49%.

Por su parte, el promedio de horas de trabajo semanal es de 61 para el total de los entrevistados; estadístico que asciende a 70 para el caso de los hombres y alcanza la cifra de 58 para las mujeres.

En cuanto al tipo de empleo ocupado por médicos pediatras, vale destacar que el 36% corresponde al trabajo en policlínica, el 19% a internación, el 15% a emergencia móvil y el 14% a puerta de emergencia (tomando como base el total de empleos).

De acuerdo a la información recabada, éstos se realizan mayoritariamente en el ámbito privado: 63% en mutualistas, seguros parciales y emergencias médico móvil, 35% en salud pública, Hospital Policial y Militar y 2% como ejercicio liberal de la profesión.

Resultan interesantes, en el marco del presente estudio, los siguientes cuadros, que reflejan el tipo de empleo y el ámbito institucional del mismo, según la edad de los médicos en cuestión.

**Cuadro Tipo de empleo según edad. Base: total de empleos**

	Edad				<b>TOTAL</b>
	Menos de 35	36-45	46-55	56 y más	
Policlínica	27	32	42	48	<b>36</b>
Internación	22	22	14	18	<b>19</b>
Emergencia Móvil	23	14	15	5	<b>15</b>
Puerta de emergencia	19	18	13	3	<b>14</b>
Administración/Gerencia	1	3	5	13	<b>5</b>
Docente	4	5	4	5	<b>4</b>
Otro	5	5	8	8	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Presentación “Condiciones Laborales de los Médicos Pediatras en Uruguay” (SUP, 2012).

**Cuadro Ámbito institucional del empleo según edad. Base: total de empleos**

	Edad				<b>TOTAL</b>
	Menos de 35	36-45	46-55	56 y más	
Salud Pública/Policial/Militar	35	41	33	26	<b>35</b>
Mutualistas/Seguros	51	48	50	62	<b>52</b>
Emergencia Médico Móvil	14	9	13	6	<b>11</b>
Ejercicio liberal de la profesión	0	1	4	6	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Presentación “Condiciones Laborales de los Médicos Pediatras en Uruguay” (SUP, 2012).

Como allí se observa, el trabajo pediátrico en el primer nivel de atención representa un tercio del total. Esto varía cuando se analiza según tramos de edad: el 27% de los empleos de los pediatras menores de 35 años se desarrollan en policlínica, porcentaje que asciende a 48% entre los mayores de 56 años.

Al considerar el ámbito institucional donde trabajan, se constata una pronunciada tendencia hacia el mutualismo y los seguros privados: representa aproximadamente el 50% de los empleos para cada tramo de edad definidos (alcanza el 62% para los mayores de 56 años).

Por otro lado, no es un dato menor la pronunciada concentración de pediatras en la capital país: el 66% se localiza en Montevideo.

En cuanto a las remuneraciones, se destaca que el 25% del total percibe más de \$75.000 mensuales, el 25% entre \$50.000 y \$75.000, el 30% entre \$20.000 y \$50.000 y el 20% menos de \$30.000.